Francisco Bernardini Tancredi

Aspectos Epidemiológicos do Consumo de
Medicamentos Psicotrópicos pela População
de Adultos do Distrito de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São de
Paulo, Departamento de Prática de Saúde
Pública, para a obtenção do título de
"Mestre em Saúde Pública".

Orientador: Profa. Aracy Witt de Pinho Spinola

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
S P - 8

São Paulo
1979

I N D I C E

	<u>pág.</u>
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 O desenvolvimento da psicofarmacologia ..	4
1.2 Aspectos psico-sociais da ansiedade e a ação dos medicamentos psicotrópicos	14
1.3 Aspectos epidemiológicos do consumo de me dicamentos psicotrópicos	29
1.4 Algumas particularidades do mercado brasi leiro de medicamentos psicotrópicos	54
2. OBJETIVOS	63
3. MATERIAL E MÉTODO	65
3.1 Amostra	65
3.2 Levantamento de dados	66
3.2.1 Fase de rastreamento	67
3.2.2 Avaliação da entrevista de rastrea mento	69
3.3 Análise dos resultados	70
3.3.1 Análise do tipo de medicamentos u- tilizados	71
3.3.2 Análise dos padrões de consumo ...	73
3.4 Apuração dos resultados	75
3.5 Tratamento estatístico	75
3.6 Estimativa do índice de correção para in- formações incompletas	76

	<u>pág.</u>
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
4.1 Prevalência em um ano do consumo de medicamentos psicotrópicos	79
4.2 Incidência e prevalência do consumo de medicamentos psicotrópicos em 30 dias	85
4.3 Distribuição geográfica da prevalência do consumo de medicamentos psicotrópicos ...	87
4.4 Padrões de consumo de medicamentos psicotrópicos	89
4.5 Tipos de medicamentos consumidos	93
4.6 Motivos para o uso de medicamentos psicotrópicos	98
4.7 Fontes de indicação do uso dos medicamentos psicotrópicos	100
4.8 Estudo das características de idade e sexo dos consumidores de medicamentos psicotrópicos	105
4.9 Consumo de medicamentos psicotrópicos e estado civil	110
4.10 Consumo de medicamentos psicotrópicos e condições de habitação	117
4.11 Consumo de medicamentos psicotrópicos e grau de instrução	121
5. CONCLUSÕES	125
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
7. ANEXOS	

RESUMO

RESUMO

O autor faz uma análise crítica do consumo de medicamentos psicotrópicos e apresenta os resultados de um inquérito epidemiológico realizado no Distrito de São Paulo com vistas a determinar os níveis de prevalência e incidência do consumo destes medicamentos, os padrões de consumo, os tipos de medicamentos mais frequentemente utilizados e a associação do uso de psicotrópicos a algumas variáveis sócio-demográficas.

Inicialmente discute os aspectos psico-sociais da ansiedade chamando a atenção para o risco da utilização de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos para o alívio da ansiedade objetiva, a qual representa uma resposta de defesa do indivíduo frente ao seu meio ambiente; defende a idéia de que esta forma de ansiedade é útil e necessária ao Homem e que a utilização indiscriminada de medicamentos psicotrópicos para o seu alívio representa um prejuízo para o desenvolvimento emocional individual e para a progressão teleológica da sociedade.

Discute aspectos do mercado destes medicamentos apontando os papéis desempenhados pelos principais envolvidos em uma complexa relação de interesses: a indústria farmacêutica, a classe médica, os pacientes e os proprietários de farmácias. Em relação ao mercado brasileiro, discute o importante segmento ocupado pelos produtos classificados como "antidistônicos" que, a seu ver, representam uma forma disfarçada de colocação no mercado de produtos psicotrópicos cuja venda escapa aos rigores da legislação que regula a prescrição e aquisição de medicamentos contendo substâncias psicotrópicas.

O inquérito epidemiológico realizado em 1976-1978 indica que entre 3690 indivíduos de 16 ou mais anos de idade pertencentes a 1345 famílias a prevalência de consumo no último ano foi de 122,2/1000 habitantes (75,7/1000 para o sexo masculino e 163,2/1000 para o sexo feminino). A incidência de novos consumidores nos últimos 30 dias foi 7,6/1000 habitantes (5,8/1000 para o sexo masculino e 9,2/1000 para o sexo feminino). Observou-se uma tendência ao crescimento dos níveis de consumo com a idade e valores de prevalência de consumo sempre maiores entre as mulheres do que entre os homens (produto cruzado igual a 2,38). A idade média dos consumidores de psicotrópicos é 5,13 anos superior a dos não consumidores. A prevalência de consumo nas áreas geográficas de melhor qualidade de vida é 62% superior àquela das áreas de menor qualidade de vida.

Foram observados três padrões característicos de consumo: o uso regular (56,1% dos consumidores), o uso esporádico (38,1% dos consumidores) e o uso episódico (4,4% dos consumidores). Os consumidores esporádicos tendem a ser mais constantes no seu comportamento do que os consumidores regulares e episódicos.

Os medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos são os mais frequentemente usados (86,5% dos casos) e, pelo menos, 62,6% deles podem ser adquiridos sem a apresentação de receita médica. Somente os derivados da benzodiazepina (ansiolíticos e hipnóticos) representam 72,8% de todos os produtos consumidos.

Em 81,6% dos casos o uso se deu por indicação médica, em 2,7% dos casos a indicação foi do "farmacêutico", em 4,4% dos casos a indicação foi de um parente ou conhecido e em

10,2% dos casos foi o próprio usuário que decidiu a indicação. Dentre os médicos, são os clínicos gerais os que mais prescrevem psicotrôpicos (57,4% do total) e eles têm clara preferência pelos produtos livres de controle de receituário.

Há indícios de que possa haver maiores níveis de consumo entre mulheres com vínculo matrimonial rompido (viúvas, separadas e desquitadas) na faixa etária de 30 a 50 anos. Outrossim, foram observados maiores níveis de consumo em pessoas com menor grau de instrução. Não foi encontrada qualquer relação entre consumo de medicamentos e as condições de habitação (medidas pelo índice de aglomeração).

SUMMARY

SUMMARY

The author critically analyzes the consumption of psychotropic drugs and also presents the results of an epidemiological survey taken within the District of São Paulo, which was performed in order to determine the prevalence and incidence of the consumption of such drugs, the consumption patterns, the types of medications most frequently taken, and to determine a relation between the use of psychotropics and social-demographic variables.

First, some psycho-social aspects of anxiety are presented, emphasizing the risks involved when minor tranquilizers, hypnotics, and sedatives are used to relieve objective anxiety, which is the normal individual's defense reaction against the aggressions of his environment. It supports the idea that such anxiety is constructive and necessary for man and that the care-free utilization of psychotropic medications will thus harm, both the individual's emotional development and the teleological progress of society.

The psychopharmaceutical market is then discussed, pointing out the complex relationships among those involved and their various interests: the pharmaceutical industry, the medical class, the patients, and the pharmacy proprietors. In respect to the Brazilian market, those products classified as "antidistônicos", (hidden psychotropics), are discussed as a disguised way to legally sell psychotropic drugs over the counter and escape laws applying to their purchase and prescription.

The epidemiological survey taken during the years 1976-1978 indicates that 3690 participants, 16 years or older and distributed among 1345 families, showed a consumption

prevalence in the last year of 122.2/1000 inhabitants, (75.7/1000 for males and 163.2/1000 for females). In the last 30 days the incidence of new consumers was 7.6/1000 inhabitants. There is an increasing tendency observed in correspondence to the consumption level and age. Furthermore, the prevalence values are always higher for females than for males, (cross product is equivalent to 2.38); the mean age of psychotropic consumers is 5.13 years higher than nonconsumers.

In the geographic areas with a higher standard of living, the consumption prevalence is 62% greater than in those areas with a lower standard of living.

Three consumption patterns are characterized: the regular use (56.1% of the consumers), the sporadic use (38.1% of the consumers), and the episodic use (4.4% of the consumers). The sporadic consumers tend to have a more consistent behavior compared to those considered regular or episodic consumers. Minor tranquilizers, hypnotics, and sedatives are found as being the medications most frequently used, (86.5% of the cases), with at least 62.6% of them purchasable over the counter. Those drugs derived from benzodiazepine, (i.e., minor tranquilizers and hypnotics), alone represent 72.8% of all the medications consumed.

In 81.6% of the cases, the medications were taken under a doctor's prescription, 2.7% of the cases occurred due to a pharmacist's indication, in 4.4% of the cases a relative or friend had suggested the use of the medication, and in 10.2% of the cases the user himself had prescribed the medication. Among physicians, psychotropics are more often prescribed by general practitioners, (57.4% of the total cases), whose preference is clearly given to those products freely sold over the counter.

There is indication given that women with broken marriages, (widowed, seperated, or divorced), within the age group of 30 to 50 years, have a higher consumption level. High levels of consumption are also observed among less educated persons. No association was found between the consumption of psychotropics and habitation conditions, (measured by the conglomeration index).

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Em 1974 o Programa de Saúde Mental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo deu início ao "Estudo dos Transtornos Mentais e suas Características no Distrito de São Paulo" (*); trata-se de estudo epidemiológico de largo porte realizado através de inquérito domiciliar com objetivo geral de analisar as características da distribuição dos transtornos mentais na população residente nos 48 sub-distritos que compõem o Distrito de São Paulo.

Uma das informações solicitadas no inquérito referia-se ao uso de medicamentos psicotrópicos no período de 12 meses que antecederiam a data da entrevista na medida em que, como se supôs, este representava um dos possíveis elementos indicadores da presença de transtorno mental no indivíduo. A partir do início do trabalho de campo, em 1975, chamou a nossa atenção o número, aparentemente grande, de pessoas que acusaram o uso destes medicamentos, inclusive aquelas que, pelo conjunto de informações, não aparentavam ser portadores de um transtorno mental; isto é, aparentemente, o uso de medica-

(*) O Programa de Saúde Mental é decorrente de convênio entre a Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde e o Departamento de Saúde Pública da Universidade de São Paulo²⁸. A supervisão do Programa está a cargo do Dr. Cid Guimarães e sua execução a cargo do Dr. Francisco Bernardini Tancredi. O "Estudo dos Transtornos Mentais e suas Características no Distrito de São Paulo" está sendo desenvolvido em colaboração com o Departamento de Epidemiologia; o Grupo de Planejamento do estudo foi composto pelos seguintes membros do corpo docente da Faculdade de Saúde Pública: Prof. Ruy Laurenti, Dr. Cid Guimarães, Dra. Eunice Pinho de Castro Silva, Dr. José Maria Pacheco de Souza, Dra. Sabina Léa Davidson Gotlieb, Dra. Maria Helena de Mello Jorge e Dr. Francisco Bernardini Tancredi. A execução do estudo ficou a cargo dos Drs. Francisco Bernardini Tancredi, Paulo César Sandler e Ernesto Baptista Filho.

mentos psicotrópicos não podia, isoladamente, ser considerado um indício da presença de um transtorno mental e aparecia como um padrão de comportamento mais extenso do que se poderia imaginar. Ficou-nos a impressão de que os medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos, em particular aqueles de acusição livre, estavam sendo objeto de uma atitude permissiva por parte da população e consumidos não somente para o alívio da ansiedade associada a estados mentais caracteristicamente mórbidos como, também, para o alívio da ansiedade, mesmo que transitória, decorrente de situações do dia a dia e com uma conotação claramente não-médica; assim, por exemplo, o luto, dificuldades no trabalho ou negócios, as mais diversas dificuldades de relacionamento interpessoal, o medo diante de uma doença, o excesso de tensões acumuladas no trabalho ou no deslocamento urbano, a frustração de projetos de vida ou, simplesmente, o desejo de obter tranquilidade ou um sono repousante, todos apareceram como motivos que levavam ao consumo esporádico ou regular de medicamentos tranquilizantes.

Outrossim, além de uma aparente liberalidade da classe médica na prescrição de psicotrópicos, ficou-nos a impressão de que, um número significativo de pessoas os utilizava sem orientação médica, seja por indicação de "farmacêuticos", parentes ou conhecidos ou por conta própria.

Diante de tais observações tomamos a decisão de estudar a extensão do problema. Tanto os índices de prevalência do consumo, como os padrões de consumo, as fontes de indicação e os motivos para o uso pareciam aspectos dignos de uma análise mais profunda. Além disso, a análise das características do mercado de medicamentos, das condições de prestação de serviços médicos e das atitudes da população frente à ansiedade e seus mecanismos de alívio parece necessária para

a compreensão global do problema.

O número e a complexidade das variáveis envolvidas não nos permitiam uma análise ampla da questão. Contudo, pareceu-nos indicado, num primeiro estudo, realizar uma abordagem descritiva a partir da qual fossem levantadas hipóteses explicativas do fenômeno as quais, por sua vez, poderiam dar origem a estudos analíticos que viessem a incursionar sobre terreno tão complexo.

A execução do projeto foi possível graças ao aproveitamento da infra-estrutura do "Estudo dos Transtornos Mentais e Suas Características no Distrito de São Paulo". Ampliamos o número de questões relativas ao uso de medicamentos psicotrópicos e, a partir de julho de 1976, os entrevistadores domiciliares foram treinados com o objetivo de, a par da entrevista que já vinha sendo feita, obter informações que conduzissem a conclusões sobre o padrão de utilização de medicamentos psicotrópicos, tipos de medicamentos utilizados, fontes de indicação e motivos para o uso. Estas informações adicionais e aquelas que foram objeto do "Estudo dos Transtornos Mentais e Suas Características no Distrito de São Paulo" permitiram a realização deste estudo.

Na medida em que este trabalho se preocupa com os aspectos epidemiológicos do consumo de medicamentos que atuam sobre o comportamento humano e que seu uso indevido pode ter reflexos na organização social, julgamos conveniente abordar, num primeiro momento, alguns aspectos psico-sociais da ansiedade, emoção que com maior frequência tem sido alvo da utilização dos psicotrópicos. Além disso, para facilitar a compreensão de todo o trabalho, damos inicialmente uma sucinta descrição do desenvolvimento da psicofarmacologia.

1.1. O DESENVOLVIMENTO DA PSICOFARMACOLOGIA

Se bem que o campo de interesse da psicofarmacologia possa ser entendido, num sentido amplo, como o estudo de todas as substâncias com ação predominante sobre o sistema nervoso central que alteram as funções cognitivas e conativas, limitar-nos-emos a abordar somente o desenvolvimento das drogas utilizadas com objetivos terapêuticos. Assim, ficam excluídas as referências sobre o ópio, a maconha, a coca, o peiote e outras diversas drogas empregadas em diversas culturas desde há séculos e ainda hoje utilizadas marginalmente por alguns segmentos das sociedades modernas.

A utilização terapêutica de psicofármacos não é recente. As infusões de raízes de Rauwolfia serpentina eram empregadas desde há séculos na Índia para o tratamento da loucura e diversas tribos indígenas da América Latina que dominavam a técnica de preparação de vegetais com o fim de obter tranquilização. O lítio foi utilizado esporadicamente no século XIX para o tratamento da mania; logo foi abandonado por receio de seus efeitos tóxicos e, há cerca de tres décadas, seu uso foi retomado. Ainda no século passado foram sintetizados e utilizados os brometos, o hidrato de cloral e o paraldeído, hoje em dia, parcamente consumidos.

Em 1903 passa a fazer parte do arsenal terapêutico do médico o primeiro barbitúrico, o Veronal. A respeito deste curioso nome, conta-se que houve intenção do fabricante em associar a imagem do novo medicamento à cidade de Verona, sede da tragédia "Romeu e Julieta", onde a jovem toma uma poção mágica que a faz dormir profunda e longamente para, depois, despertar completamente lúcida. Nos anos seguintes surgem novos derivados barbitúricos empregados largamente até

hoje (Luminal em 1912 e Amytal em 1923). Mais de 2.000 substâncias correlatas foram sintetizadas e diversas delas entraram para o receituário médico³².

Os barbitúricos representaram importante aquisição pelas suas excepcionais qualidades como hipnóticos ou como sedativos, quando utilizados em menores doses; além disso, também entraram largamente no campo da Neurologia o Gardenal e o Prominal pelas suas propriedades anticonvulsivantes. Em 1920 Kläse introduz o tratamento pela narcose contínua ou sonoterapia, o qual durante algum tempo gozou de prestígio pela eficácia em estudos agudos de tensão, excitação e angústia e diante da falta de outras terapias alternativas³². Por volta de 1930 a narcose contínua foi eclipsada por outros procedimentos, mas voltou a ter popularidade limitada no tratamento das neuroses agudas de combate durante a segunda guerra mundial. Na década de 1930 surgiram os tratamentos pelo choque insulínico e a convulsoterapia que preencheram o espaço anteriormente ocupado pelos barbitúricos nos tratamentos dos estados psicóticos, principalmente as psicoses esquizofrênicas. Assim, aqueles compostos tiveram suas indicações limitadas aos estados de ansiedade e tensão associados mais frequentemente às neuroses. Finalmente, com o surgimento dos neurolépticos e dos tranquilizantes derivados da benzodiazepina, nas décadas de 1950-1960, os tratamentos à base de barbitúricos caíram definitivamente em ostracismo, exceto o seu emprego nas epilepsias como eficientes moderadores das disritmias cerebrais e como hipnóticos ou sedativos coadjuvantes de outros tratamentos farmacológicos.

Pode se afirmar que os barbitúricos representaram a primeira grande conquista da psicofarmacologia. Mesmo sem que se tivesse um conhecimento claro dos seus meca

nismos de ação (o que veio acontecer mais tarde com os estudos de neurofisiologia), eles foram bastante populares tanto entre a classe médica com entre os consumidores. Com a posterior observação de que causavam dependência e tolerância e que podiam ser utilizados com sucesso por pacientes suicidas, foram estabelecidas normas rígidas de controle do seu consumo, dificultando a sua comercialização.

A *débaçle* definitiva dos barbitúricos, contudo, ocorreu a partir da década de 1950. Em 1952 foi lançada no mercado a clorpromazina, droga-mãe de uma extensa lista de medicamentos com a propriedade de controlar os estados psicóticos (chamadas de neurolépticos) e pouco depois, em 1954, é lançado o meprobamato, o qual, sem ser capaz de atuar eficazmente sobre os estados psicóticos, era, contudo, capaz de reduzir a ansiedade e angústia; se bem que de reinado efêmero, o meprobamato teve o mérito de ser o primeiro de uma longa lista de psicofármacos denominados ansiolíticos ou, simplesmente, tranquilizantes.

Em 1957 e 1958 surgem os primeiros antidepressivos e em 1960 foi posto à venda o Librium, sucedâneo imediato do meprobamato pertencente à família das benzodiazepínicos, sem dúvida, a mais prolífica e comercialmente bem sucedida de todas entre os psicofármacos; rapidamente surgiram novos derivados de benzodiazepina, dos quais o diazepam (Valium) - introduzido em 1963 - é até hoje o mais largamente empregado. Praticamente a cada 2 anos é colocado à disposição do mercado um novo derivado da benzodiazepina, seja ele possuidor de efeito tranquilizante (medazepam, oxazepam, lorazepam, clonazepam) seja de efeito hipnótico (nitrazepam, flurazepam e flunitrazepam).

O impacto causado pelos neurolépticos,

tranquilizantes e antidepressivos sobre a Psiquiatria foi espetacular, inclusive a ponto de diversos autores considerarem a década de 1950 o início da moderna psicofarmacologia^{32,49}. Em diversos países o tempo médio de permanência nos hospitais psiquiátricos e o número de leitos psiquiátricos declinaram acentuadamente (Figuras 1 e 2); o número de pacientes que passaram a obter reintegração social aumentou significativamente^{24,49}; os tratamentos por choque insulínico e pela convulsoterapia tiveram suas indicações restringidas, principalmente o primeiro deles, que hoje está praticamente em desuso. Com os novos medicamentos, tornou-se viável, se não atuar sobre os fatores etiológicos da esquizofrenia, da psicose maníaco-depressiva e das neuroses, pelo menos, intervir diretamente sobre seus sintomas cardinais sem ter, para isso, que provocar sedação acentuada como ocorria com os barbitúricos. Além disso, a margem de segurança (relação entre a dose útil e a dose letal) era bem maior para as novas drogas permitindo uma maleabilidade e segurança até então inimaginadas para os tratamentos psiquiátricos.

O Quadro 1 mostra os principais grupos psicofarmacológicos modernos utilizados com finalidade terapêutica. Ela não pretende englobar todos os psicofármacos à disposição do mercado; sua finalidade é servir como um simples guia da exposição que se seguirá e, para facilitar sua compreensão, foram omitidos aqueles fármacos pouco utilizados atualmente. A classificação em Neurolépticos, Antidepressivos, Tranquilizantes e Hipnóticos baseia-se na ação principal de cada grupo de fármacos, mas contém forçosamente certas arbitrariedades pois uma mesma droga pode ter mais de um efeito na dependência da dose em que é utilizada, ou mesmo em doses uniformes^{23,24,49}. Assim, por exemplo, quase todos os tranquilizantes são também hipnóticos em altas doses e todos os hipnóticos podem, em doses baixas, ser utilizados para sedação diurna.

FIGURA 1 - ADMISSÕES E DURAÇÃO MÉDIA DA ESTADIA DOS DOENTES NA CLÍNICA UINVERSITÁRIA DE PSIQUIATRIA DE BASILEIA, DE 1940 A 1963.

8.

FONTE: PÖLDINGER, W.⁴⁹.

OBS: Os números da esquerda dizem respeito à curva a traço cheio e os da direita à curva a ponteados.

FIGURA 2 - POPULAÇÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS NOS ESTADOS UNIDOS, 1946 - 1967

FONTE: FREEDMAN AND KAPLAN²⁴.

QUADRO 1 - SINOPSE DOS PRINCIPAIS DERIVADOS UTILIZADOS EM MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NO BRASIL.

GRUPOS	SUB-GRUPOS	MARCA REGISTRADA	PRINCIPAIS INDICAÇÕES	PRODUTOS COMERCIAIS MAIS CONHECIDOS
NEUROLÉPTICOS (ou Tranquilizantes Maiores)	derivados da fenotiazina:			
	- cloropromazina	Largactil	excitações, esquizofrenias	Ampectil, Clorprazin
	- levomepromazina	-	excitações, esquizofrenias; efeito hipno-indutor <u>ac</u> en <u>tu</u> ado	Neozine
	tioridazina	Melleril	excitações e depressões em associação com antidepressivos	Melleril
	periciazina	Neuleptil	disforia e irritabilidade	Neuleptil
	trifluorerazina	Stelazine	esquizofrenias; tranquilizantes em pequenas doses	Stelazine
	flufenazina	-	esquizofrenias, manias, <u>es</u> tados de agitação e <u>excita</u> ção	Anatensol
	derivados da butirofena:			
	- haloperidol	Haloperidol	esquizofrenias, manias, <u>es</u> tados de agitação e <u>excita</u> ção	Haldol
	- triperidol	Triperidol	esquizofrenias crônicas ou com déficit de pragmatismo	Triperidol

GRUPOS	SUB-GRUPOS	MARCA REGISTRADA	PRINCIPAIS INDICAÇÕES	PRODUTOS COMERCIAIS MAIS CONHECIDOS
TRANQUILIZANTES (ou Tranquilizantes menores ou Antiaráxicos ou Ansiolíticos)	derivados do glicol:			
	- meprobamato	-	ansiedade	
	derivados da benzodiazepina:			
	- clordiazepóxido	Librium	ansiedade	Librium, Psicosedin, Tensil
	- diazepam	Valium	ansiedade	Valium, Dienpax, Somalium
	- medazepam	-	ansiedade	Medazepol
	- oxazepam	-	ansiedade	Nobrium, Oxazepol
	- lorazepam	-	ansiedade	Lorax, Lorium
ANTIDEPRESSIVOS TIMOLÉPTICOS (ou Antidepressivos tricíclicos ou Timoanalépticos)	- clobazam	-	ansiedade	Frisium, Urbanil
	- bromazepam	Lexotan	ansiedade	Lexotan, Deptran
	imipramina	Tofranil	depressões, principalmente as endógenas	Tofranil
	amitriptilina	-	depressões, principalmente as endógenas	Tryptanol
	nortriptilina	-	depressões, principalmente as endógenas	
	protriptilina	-	depressões, principalmente as endógenas	Concordin

GRUPOS	SUB-GRUPOS	MARCA REGISTRADA	PRINCIPAIS INDICAÇÕES	PRODUTOS COMERCIAIS MAIS CONHECIDOS
ANTIDEPRESSIVOS TIMERÉTICOS (ou inibidores da mo- no-amino-oxidase, IMAO)	tramilcipromina	Parnate	depressões com inibição	Parnate, Stelapar
HIPNÓTICOS	derivados barbitúricos:			
	- fenobarbital	Luminal	efeito hipnótico de longa ação; principalmente usado como anticonvulsionante	Gardenal e diversos outros que o contêm em pequenas doses <u>se</u> dativas (Vagostesyl, Sedandromaco)
	- amobarbital	Amytal	efeito hipnótico de dura- ção mediana	
	- butabarbital	Butisol		Vacotonil
	derivados da benzodiazepina:			
	- nitrazepan	Nogadon	hipno-indução	Mogddon, Nitrenpax, Serenex
	- flurazepan	Dalmadorm	hipno-indução	Dalmadorm, Insonium
	- flunitrazepan	Ronypnol	hipno-indução	Rohypnol
	derivados da quinazoli- nona: *	metaqualona	hipno-indução	Mequalon, Mandrix

* Retirados do mercado brasileiro (e em diversos outros países) em 1977 devido a seus efeitos psicodislópticos e por criar dependência.

Do ponto de vista da neurofisiologia pode-se compreender melhor os efeitos dos psicofármacos estudando-se os seus mecanismos de atuação sobre o sistema nervoso central. Enquanto os barbitúricos agem sobre todo o sistema, depressindo as formações do tronco cerebral e da córtex, as benzodiazepinas tem ação mais seletiva, atuando sobre o sistema límbico mas não sobre o córtex, o que explica o seu menor efeito sedativo. Assim, para se obter o mesmo efeito ansiolítico, o paciente que toma barbitúrico terá suas funções psíquicas superiores, de localização na córtex, mais afetadas. Pode-se dizer que a ação dos barbitúricos não é seletiva enquanto a dos psicofármacos mais modernos (benzodiazepinas, neurolépticos em geral) é mais específica, isto é, eles atuam principalmente sobre formações localizadas do sistema nervoso central integrantes dos circuitos neurofisiológicos responsáveis pela afetividade, pela agressividade, pela ansiedade, pelo humor, etc.

Algumas características dos fármacos pertencentes a cada grande grupo são dadas a seguir:

1. Neurolépticos: são as drogas conhecidas como antipsicóticas ou tranquilizantes maiores por sua capacidade de fazer regredir os estados psicóticos; a maioria deles é capaz de atuar sobre delírios e alucinações, reduzindo-os ou suprimindo-os. São, também, eficazes no controle dos estados de excitação e agitação psicomotora. Alguns deles produzem sedação marcada enquanto outros, não. Todos podem apresentar efeitos colaterais (síndrome de parkinsonismo), combatidos com relativa facilidade na maioria das vezes; ultimamente, tem-se descrito alguns casos de discinesias tardias consequentes ao uso dos neurolépticos. A margem de segurança pode ser considerada alta para a maioria deles; alguns, com maior efeito sedativo, tem menor margem de segurança. Não provocam dependência ou tolerância.

cia.

2. Tranquilizantes: também conhecidos por tranquilizantes menores ou ansiolíticos por sua propriedade marcada de reduzir o nível de ansiedade. Por outro lado, o seu efeito antipsicótico é muito pequeno. São indicados em todos os estados (inclusive os psicóticos) onde se objetiva reduzir a ansiedade; dada sua propriedade, são largamente usados em todos os tratamentos médicos. Seus principais efeitos colaterais são a inibição dos reflexos e a ataxia. Não provocam tolerância ou dependência, exceto ocasionalmente quando empregados por largos períodos de tempo. Sua margem de segurança é bastante elevada.

3. Antidepressivos: são divididos em dois grupos: os timeréticos (inibidores da mono-amino-oxidase) que atuam mais sobre a inibição associada às depressões e os timolépticos (derivados tricíclicos) com atuação mais acentuada sobre a tristeza vital. São, enfim, psicofármacos que atuam sobre o humor e podem ser indicados para a maioria das formas de depressões se bem que seus efeitos mais evidentes se fazem sentir nos casos de depressões endógenas. Seus efeitos colaterais são, em geral, de pequena monta e de fácil resolução. A margem de segurança também é boa. Não provocam dependência ou tolerância.

4. Hipnóticos: vamos considerar três grupos:

a) os derivados da benzodiazepina, atualmente os mais utilizados, possuem características semelhantes aos tranquilizantes, exceto pelo fato de o efeito hipno-indutor ser mais pronunciado e o efeito ansiolítico, menor; b) os derivados da quinozolinona, proscritos em 1976 por causa de seus efeitos psicodislépticos* quando usado em doses mais elevadas do que o

* efeito psicodisléptico - capacidade de promover dissociação da personalidade à semelhança do ácido lisérgico e psilocibina.

recomendado e por provocar dependência; c) os barbitúricos que podem ser empregados como hipnóticos ou, em doses menores, como tranquilizantes sedativos. Afora casos pouco frequentes de alterações da coagulabilidade sanguínea, seus efeitos indesejáveis prendem-se mais ao seu próprio efeito sedativo. Outrossim, são drogas que apresentam pequena margem de segurança e podem provocar tolerância e dependência.

Por fim cabe citar entre as substâncias psicoativas utilizáveis terapeuticamente, os extratos de vegetais preparados a partir da Passiflora incarnata e da Eritrina sp. As publicações versando sobre psicofarmacologia não fazem menção das propriedades tranquilizantes e sedativas destes vegetais; contudo, os extratos deles estão associados a pequenas doses de barbitúricos (fenobarbital) em diversas preparações disponíveis no mercado brasileiro.

1.2. ASPECTOS PSICO-SOCIAIS DA ANSIEDADE E A AÇÃO DOS MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS.

Como já mencionado, a introdução dos medicamentos psicotrópicos modernos teve papel lapidar na terapêutica psiquiátrica. Os grandes quadros mórbidos passaram a ter um prognóstico mais favorável com recuperações mais numerosas e duradouras. De um lado, na medida em que era possível controlar ou fazer regredir completamente os estados psicóticos com o uso dos neurolépticos, os hospitais psiquiátricos deixaram de ser o único ponto de referência para inúmeros pacientes. De outro lado, o manejo dos estados ansiosos associados a diversas patologias psiquiátricas tornou-se bem mais fácil com os tranquilizantes que foram - e ainda o são - largamente em

pregados como auxiliares no tratamento de estados neuróticos e diversos síndromes ansiosos da mais variada etiologia.

Contudo, se é obrigatório reconhecer seu alto valor terapêutico, necessário, também, preocupar-se com o seu uso indiscriminado ou, mesmo, indevido.

Afinal, se os derivados da benzodiazepina - e, em graus diferentes, outros psicofármacos - são capazes de atuar sobre os mecanismos neurofisiológicos envolvidos com uma emoção tão vital, frequente e importante como a ansiedade, perguntamos até que ponto e em quais situações ela deve ser e eliminada ou combatida. É mister perguntar se a ansiedade é sempre um distúrbio psicopatológico que exprime um transtorno do equilíbrio psíquico, se o seu aparecimento e percepção são nocivos ao indivíduo.

HINSIE e CAMPBELL³¹, assim definem a ansiedade:

"Um afeto que difere de outros afetos pela sua específica característica de desprazer. A ansiedade consiste de um aspecto fisiológico, somático (alterações respiratórias, aumento da atividade cardíaca, alterações vasomotoras, distúrbios músculo-esqueléticos como tremores ou paralisia, aumento da sudorese, etc.) e de um aspecto psicológico. Este último inclui'... uma atitude consciente específica e um sentimento peculiar caracterizado: (1) por uma percepção física e mentalmente dolorosa de ser impotente para fazer alguma coisa a respeito de uma situação pessoal; (2) pelo ressentimento de um perigo eminente e quase inevitável; (3) por um estado de alerta tenso e fisicamente extenuante como se estivesse frente a uma emergência; (4) por uma auto-absorção apreensiva que interfere com a solução efetiva e vantajosa dos problemas reais; (5) por uma dúvida insolúvel acerca da natureza do mal ameaçador, acerca da probabilidade do verdadeiro aparecimento

da ameaça, acerca dos melhores meios objetivos de reduzir ou remover o mal, e acerca da sua própria capacidade subjetiva de fazer uso efetivo daqueles meios se e quando a emergência aparecer' (Piotrowski, Z. Perceptanalysis, MacMillan, New York, 1957). A ansiedade deve ser diferenciada do medo ao qual faltam as características (4) e (5). O medo é uma reação frente a um perigo ameaçador e real, enquanto a ansiedade é mais tipicamente uma reação frente a um perigo irreal ou imaginado..."

Nesta definição os autores não deixam claro se se trata de um distúrbio psico-patológico ou não, isto é, se se trata de um afeto anormal ou uma reação fisiológica do ser. Além disso, pretendem criar uma distinção clara entre ansiedade e medo, o que nem sempre é possível ou verdadeiro^{29,54}. Para RYCROFT⁵⁴ é preciso "descartar a idéia, amplamente aceita atualmente, de que toda ansiedade é irracional, anormal e neurótica e mostrar que, pelo contrário, a capacidade de ficar ansioso é uma função biológica necessária para a sobrevivência .

Os estudos da etiologia mostram como os animais tem necessidade de ansiedade para sua sobrevivência²⁹. Seu mundo é cercado de ameaças, dos mais diversos tipos de inimigos e perigos; é preciso estar em constante estado de alerta a fim de não sucumbir. Desta forma, a imagem do inimigo é apreendida rapidamente ou mesmo estabelecida arquetipicamente; quem não aprende a tempo sucumbe à inexorável seleção e pode se dizer que "a tendência à fuga, o medo ante o inimigo, a angústia ante a ameaça geral ou como quer que se chame este fenômeno que domina toda a organização corporal e toda a conduta é, portanto, o afeto que tem o predomínio absoluto no reino animal"²⁹.

HEDIGER²⁹ ainda propõe que, na medida em

que o homem se livrou muito rapidamente da necessidade de evitar o inimigo, já que contava com o fogo e as armas, a ansiedade relacionada à ameaça vital provinda do meio ambiente se diluiu, mas a emoção em si não deixa de existir, passando a se relacionar à ameaça do sobrenatural, produção da própria fantasia humana. Mas o sobrenatural - algo projetado no mundo exterior - passa a adquirir nas culturas ocidentais um caráter de internalidade; os deuses, com suas ameaças e castigo, passam a fazer parte da estrutura íntima de cada um e cada um carrega dentro de si a culpa e o castigo. O homem ocidental já não tem mais necessidade da figura exterior do deus para se punir e sofrer; é sua própria consciência moral - o deus internalizado - que o castiga e o angustia.

FREUD^{25,26} sugere que há dois tipos de ansiedade, que ele chamou de objetiva e neurótica. A ansiedade objetiva estaria relacionada a situações concretas que ameaçam a integridade (física ou psíquica) do ser, enquanto que a ansiedade neurótica estaria ligada a mecanismos patológicos do psiquismo, ou seja, a medos irracionais provenientes da utilização de mecanismos inadequados de defesa do ego. Assim, de acordo com esta concepção, a ansiedade objetiva seria aquela emoção que encontra paralelo em todo o reino animal, ao passo que a ansiedade neurótica restaria como peculiaridade do ser humano.

Contudo, esta classificação não nos permite entender a ansiedade em todos os seus aspectos. Como entender a ansiedade do Homem frente ao desconhecimento do seu futuro? A partir do momento em que possui consciência, o Homem se torna ansioso, pois questiona a sua existência e interroga-se sobre o seu futuro. E este tipo de ansiedade tem sido objeto, desde sempre, de filósofos, cientistas sociais, teólogos

e artistas. Não se pode admitir que esta "ansiedade vital" seja patológica (neurótica) ou semelhante à ansiedade do animal que procura a sobrevivência em um meio hostil. Outrossim, é certamente ela a responsável pela progressão teleológica do Homem. Como entender a evolução científica ou espiritual do Homem se ele estivesse destituído desta emoção?

De outro lado, é obrigatório entender que toda a organização social - qualquer que seja a forma que ela assuma - traz consigo inúmeros fatores ansiogênicos para cada indivíduo em particular ou para seu grupo. De tal sorte, que podemos traçar um paralelo entre a hostilidade do meio ambiente dos animais e a hostilidade que a organização social humana representa para cada um.

Frente à agressividade deste meio - cujas expressões mais atuais são o consumismo, a crescente massificação, a criminalidade crescente, o culto à produtividade e ao econômico, a limitação da liberdade de expressão, a competitividade e o terror^{14,39} - o indivíduo experimenta uma desagradável sensação de ansiedade; e o alívio desta só é possível de duas maneiras: ou o conformismo ou a busca de alguma forma de intervenção no sentido de modificar o meio ambiente. O conformismo, como solução radical e duradoura da ansiedade, colocaria o indivíduo à serviço daqueles fatores apontados e levaria à estagnação do processo evolutivo das estruturas sociais. A busca da mudança estabelece uma relação dinâmica de ajustes que somados traduzem a progressão das sociedades.

Sem dúvida, a busca de mudanças implica em maior sofrimento, na medida em que os processos de mudança são mais lentos e a capacidade individual de intervenção é pequena - e torna-se menor quanto maior for o corpo social. Contudo, qualquer que seja o prisma utilizado - filosófico, psicológico,

teológico ou sociológico - este parece ser um papel do qual o Homem não pode ou não deve abdicar. A respeito destas duas posições possíveis de serem assumidas pelo indivíduo e seu grupo e das relações com as forças hostis do meio social, George Orwell, em "1984"⁴⁶ e Aldous Huxley³⁻, em "O admirável Mundo Novo" produziram fantasias que chegaram a marcar época.

É, sem dúvida, no campo da Psiquiatria e da Psicanálise que a ansiedade é profundamente investigada, quer pela frequência com que aparece associada aos transtornos mentais, quer pela intensidade marcante com que se manifesta em certos estados patológicos. Assim, a nosografia psiquiátrica consagrou a expressão "neurose" para descrever quadros onde a ansiedade aparece como transtorno principal, seja de forma pura (neurose de ansiedade), mascarada (neurose histérica, organoneuroses), associada a símbolos (neurose obsessiva, neurose fóbica) ou a transtornos do humor (neurose depressiva). A lém disso, a maioria dos transtornos mentais pode vir acompanhada da ansiedade - esquizofrenias, depressões endógenas, transtornos orgânicos cerebrais.

Em que pese o seu caráter eminentemente fisiológico, observa-se no transcorrer do século, um processo de psiquiatrização da ansiedade - ultrapassando, mesmo, todo o processo de medicalização da sociedade - levando a um alargamento, muitas vezes indevido, do conceito de transtorno neurótico. À época em que Kraepelin assentou as bases da atual nosografia psiquiátrica, no princípio do século, o conceito de neurose restringia-se a alguns clássicos quadros bastante delimitados; posteriormente, por influência das escolas psicanalíticas, o conceito se alarga sobremaneira, passando a incluir diversos transtornos do relacionamento interpessoal, até então não considerados. Quando CAPLAN¹⁵ expõe sua teoria das crises

na década de 1960, aponta situações como o luto, o casamento, a aposentadoria, a perda de um emprego ou a aquisição de um novo emprego como geradoras de ansiedade e potencialmente de desencadeadoras de um transtorno mental e, portanto, passíveis de intervenção médica com objetivos preventivos. Hoje em dia, com frequência, os "psicanalistas da família" incluem os mais diversos processos sociais, dentre os geradores de "neuroses familiares" e efetuam intervenções médicas sobre tais situações.

Observando os estudos de epidemiologia dos transtornos mentais PLUNKETT e GORDON⁴⁸ constata-se que as taxas de prevalência encontradas em diversos levantamentos realizados na primeira metade do século são bastante inferiores às taxas referidas em estudos efetuados a partir de 1950. Explicam que estas diferenças certamente não se devem a um real aumento dos transtornos mentais, mas, tão somente, a um alargamento das fronteiras do conceito de transtornos neuróticos. Que esta imprecisão de limites existe, pode ser constatado no inquérito epidemiológico de LANGNER et al³⁷ realizado em New York onde os autores confundem o conceito de felicidade pessoal com transtorno mental, chegando à conclusão de que cerca de 80% dos habitantes sofriam de um transtorno mental.

Este alargamento de fronteiras chega a tal ponto que se torna difícil para alguns deixar de dar um rótulo médico às mais variadas situações levando-os a admitir todas as expressões de ansiedade como patológicas ou potencialmente patogênicas.

Vemos como, através deste processo, se estabelece a falsa concepção de que a ansiedade é sempre um fenómeno patológico. Definitivamente a ansiedade e a enfermidade psíquica não são a mesma coisa⁸. Constatamos como a ansiedade oriunda, seja de experiências tão naturais como o luto,

a doença ou o questionamento sobre o futuro, seja de processos sociais e econômicos acaba por ser confundida com a ansiedade oriunda de um funcionamento inadequado do processo psicodinâmico.

Como responder a situações como a violência e criminalidade, ou ao tempo excessivo gasto em transporte urbano, ou à competição por uma oportunidade de trabalho, ou à ameaça da guerra, ou, enfim, a um sem número de situações comuns à existência, a não ser com ansiedade? A ansiedade é certamente necessária a fim de que o indivíduo não sucumba da mesma forma que o cervo da fábula de Tolstoi devia manter-se ansioso para não sucumbir ao leão²⁹. VON GEBSATELL⁶⁵ assume posição clara ao afirmar: "O que surpreende hoje no que se tem escrito sobre este fenômeno é uma opinião sumamente duvidosa e sumária que equipara angústia e enfermidade. Esta equiparação deve ser rejeitada da maneira mais radical em favor de uma visão mais ampla. Ainda que sempre seja um 'patos', um estado de sofrimento de algum tipo, a angústia não é em absoluto, uma enfermidade e, portanto, tampouco objeto da patologia a não ser que se ceda à malévola simplicidade que vê uma disposição patológica no destino fundamental do Homem de ter de sofrer".

Como então, distinguir a ansiedade patológica da ansiedade natural e útil ao indivíduo? Que parâmetros utilizar? A intensidade, a frequência ou suas causas? Atuando de forma contínua e/ou em intensidade elevada ela pode levar à morte por esgotamento^{29,57} ou lesões irreversíveis de órgãos; pode se, então, admitir que, nesta conjuntura, ela é patológica na medida em que pode provocar a morte do organismo. Quanto às causas, admitimos um retorno às primeiras postulações de FREUD que a classificava em objetiva e neurótica; a ansiedade objetiva é, qualquer que seja sua intensidade e frequên

cia, útil na medida em que representa a resposta a situações externas hostis e prepara o indivíduo para a defesa e o predispõe à intervenção; já a ansiedade neurótica pode - ainda que numa visão simplista - ser considerada indesejável. Para as duas é admissível alguma forma de intervenção que a alivie; a intervenção médica é justificada para a ansiedade neurótica, mas, de forma alguma, se justifica para a ansiedade objetiva que só deve ser aliviada pela modificação das condições do meio ambiente (ou pela mobilização do potencial íntimo proveniente da experiência existencial).

Não se trata, aqui, de assumir uma posição "calvinista" que pregue o sofrimento, mas tampouco, admitimos uma atitude permissiva que entenda a ansiedade como uma emoção sempre indesejável e pregue a sua erradicação por quaisquer meios e a busca do bem-estar a qualquer custo. Nossa posição tem seu interesse muito mais voltado para o coletivo do que para o individual; preocupa-se muito mais com as consequências que podem advir para a progressão teleológica da organização social se a tendência a encarar a ansiedade como emoção patológica e indesejável seguir o curso atual.

Pois esta preocupação deixa de parecer absurda ou exagerada a partir da descoberta e comercialização dos modernos medicamentos psicotrópicos. E, dentre elas, destacam-se os derivados da benzodiazepina comercializados a partir de 1960 pela sua particular propriedade ansiolítica. Eles possuem pronunciada capacidade de agir sobre os mecanismos neurofisiológicos responsáveis pela ansiedade, reduzindo sobremaneira sua intensidade.

A respeito dos efeitos destas drogas é digno transcrever um trecho de uma publicação científica do Laboratório Roche⁵³, responsável pela síntese e introdução no mer

cado das duas primeiras e principais benzodiazepinas, o Librium e o Valium (os grifos são nossos):

"... Para determinar os efeitos psicofarmacológicos de uma droga, certos padrões básicos do comportamento, os quais podem ser demonstrados tanto em animais como em homens, são examinados. Por exemplo, o medo é uma reação emocional elementar, a qual pode ser observada de uma maneira similar tanto em ratos como em seres humanos. Como CANNON e CANNON et BRITTON observaram muitos anos atrás, toda ameaça ou perigo desencadeia uma "reação de fuga ou luta" instintiva, a qual, de acordo com as investigações de SELYE sobre o stress, é capaz de mobilizar todos os mecanismos de defesa do organismo. Esta síndrome de stress tem manifestações tanto emocionais como físicas.

Esta reação combinada de fuga ou luta, que ocorre tanto em seres humanos como em animais, fornece uma valiosa indicação da eficácia de uma droga sobre o síndrome de stress psicossomático. Se animais confinados em uma gaiola não tem oportunidade de empreender a fuga, então eles reagem a uma ameaça ou perigo externo com agressão. A aplicação desse clássico teste de comportamento torna possível examinar esta reação a uma ameaça ou perigo externo sob a influência de várias drogas psicotrópicas e comparar seus efeitos.

O primeiro passo para examinar as propriedades relaxantes de uma droga é testar seus efeitos

sobre os "ratos lutadores". O sinal de perigo que provoca um estado de excitação é obtido por um choque elétrico que passa por uma grade no piso da gaiola na qual os animais estão fechados. Depois de alguns momentos de tentativas frustadas de fuga, os dois ratos na gaiola começam a se atacar mutuamente.

Após eliminar-se aqueles ratos que não mostram esta reação típica, o psicofármaco em teste é administrado em alta dosagem. Se ele prova ser efetivo, isto é, se é capaz de suprimir completamente a reação de luta em 100% dos casos, é possível determinar a dose mínima em que se obtêm 100% de eficácia. Esta dose é, por exemplo, 10mg por quilo de peso por via oral para o Valium Roche, enquanto a DL 50* por via oral é 720mg por quilo de peso representando uma margem de segurança extremamente grande. O Valium Roche provou ser vinte vezes mais efetivo do que o meprobamato neste teste; os neurolépticos de tipo cloropromazina são capazes de antagonizar a reação de fuga somente em altas doses que são acompanhadas de intensa sedação central. As drogas que provaram ser eficazes sobre os ratos lutadores são, então, submetidas a um teste posterior, usando ratos com lesões na região septal do sistema límbico. Os animais submetidos a esta cirurgia tornam-se extremamente agressivos depois de um período de um ou dois

* DL 50 - Dose Letal 50.

dias. Eles reagem com extrema intensidade a es t^ímulos externos como estrondos, mexer em seus bigodes com uma vareta ou beliscões na cauda. A reação dos animais é avaliada por uma escala variando de 0 a 4 onde o 0 significa nenhuma reação e 4, uma reação pronunciada, antes e depois de 1/2 e 1 hora ap^{ós} uma injeção intraperitonial de uma solução fisiológica (como controle) e a droga de teste. O Valium Roche também foi testado por este método e comparado com outras preparações de ação central, e o resultado mostrou que o "taming effect"* do Valium Roche foi marcadamente superior àquele de doses equivalentes do meprobamato. Somente aquelas preparações psicotr^{óp}icas que provaram ser efetivas nestes testes pr^évios são, agora, testados em primatas, comparando-se a influência so bre a agressividade com aquela sobre a ativida de em geral. Este teste é o método mais exato para avaliar o "taming effect" de um medicamen to, o qual, por sua vez, está relacionado ao e feito terapêutico desejável.

Os psicofármacos tem um efeito pronunciado so bre o comportamento de macacos normalmente a gressivos em relação ao homem, gritando horrivelmente, arreganhando os dentes e atacando qualquer um que se aproxime. Para este teste os investigadores vestem máscaras protetoras e pesadas luvas. Durante a avaliação da sua agress

* "taming effect" - efeito de domar. Preferimos conservar a expressão no original porque é consagrada.

sividade os animais são mantidos fora das gaiolas, acorrentados ao pé de uma longa mesa onde eles podem ser estreitamente observados. Para a avaliação de sua atividade normal eles são postos em gaiolas onde podem ser observados a través de vidros especiais.

Em uma investigação, os macacos foram inicialmente observados sem tratamento e sua atividade geral anotada em uma escala de comportamento. O comportamento agressivo dos animais em relação ao investigador foi, então, avaliado. Depois da administração da droga os animais foram observados pelos mesmos métodos durante várias horas sem que o investigador soubesse se a droga ativa ou um placebo haviam sido dados. Neste experimento o Valium Roche foi notável pelo fato de que exerceu um muito marcante efeito sobre a agressividade dos macacos, sem reduzir apreciavelmente a atividade geral. Este "taming effect" é muito diferente da ação das fenotrozinas, sob o efeito das quais estes macacos, embora sedados, ainda se comportam agressivamente em relação a qualquer ser humano que se aproxime..."

Estas observações ressaltam que as benzodiazepinas são capazes de eliminar a agressividade ("taming effect") sem influir na atividade geral. Com todo o cuidado que se deva ter ao fazer inferências sobre o efeito de fármacos no ser humano a partir de experimentos animais é, de toda a forma, digno notar que esta droga é potencialmente capaz de

inibir reações instintivas de defesa, tornando o indivíduo a pático. Se ela é capaz de amansar ratos previamente "neurotizados" ou docilizar macacos naturalmente agressivos, sem, contudo, reduzir significativamente seu estado de consciência, isto é, sem provocar sedação, o quê esperar do efeito da droga sobre o comportamento humano?

Medicamentos de outros grupos psicofarmacológicos são mais raramente utilizados para o tratamento da ansiedade. Eventualmente podem ser empregados neurolépticos ou barbitúricos, mas a sedação e os efeitos colaterais desagradáveis que podem provocar, além da menor margem de segurança, fizeram com que a preferência recaísse sobre as benzodiazepinas.

Algumas centenas de experimentos clínicos já foram realizados com os derivados da benzodiazepina em pacientes portadores de ansiedade. A maioria deles aponta uma significativa capacidade de redução da ansiedade, em que pese o fato de os estudos mais seriamente conduzidos, com método duplo-cego, apontarem um ponderável efeito placebo. A par da redução da ansiedade, observa-se que os efeitos sedativos são reduzidos se comparados a outros grupos psicofarmacológicos.

Estas características provavelmente as alçaram à categoria das drogas de grande aceitação pela classe médica. Sendo eficientes no manejo da ansiedade de qualquer etiologia e não oferecendo os riscos e contra-indicações dos neurolépticos e barbitúricos, as benzodiazepinas rapidamente ganharam a preferência de médicos e pacientes. A princípio, seu uso esteve restrito aos casos de neuroses, mas, paulatinamente, passou a ser empregada em situações de ansiedade não neurótica. Pelo menos, isto é o que indica o crescimento marcante das prescrições do clorodiazepóxido e do diazepam nas

décadas de 1960 e 1970.

Existe, sem dúvida, a preocupação de diversos autores ^{6,7,10,11,12,14,20,21,30,40,42,44,45,47,60,61,64} de que estes psicofármacos vem sendo utilizados de forma exagerada e, pode se supor, que com a finalidade de eliminar a ansiedade objetiva, isto é, com a finalidade de resolver situações não médicas.

Ora, se é verdade que são empregadas para o manejo da ansiedade objetiva, então é válida a preocupação que se externa a respeito do significado que isto possa ter para a organização social e a evolução teleológica do Homem.

Outrossim, não é verdade que sejam drogas muito seguras. Sabe-se que as benzodiazepinas produzem uma sensação de relaxamento geral e, eventualmente, alguma sonolência; a isto se associa em não poucos casos, um problema de ataxia e aumento de tempo das respostas reflexas. BETTS et al⁹, em experimento controlado, constataram que o cloridazepóxido afetou a performance de indivíduos submetidos a testes de habilidades na condução de veículos a motor e alerta para a possibilidade de que seu uso contribua para acidentes de trânsito.

Diante de um grupo de fármacos com tais características, capazes de inibir a ansiedade - qualquer que seja a sua etiologia - deve-se questionar se os mecanismos de controle sobre sua comercialização não deveriam ser tão rígidos quanto os controles impostos aos psicofármacos do grupo dos neurolépticos e barbitúricos.

Em 1966 - apenas 6 anos após o início da comercialização da primeira benzodiazepina - DENIKER²⁰, um dos mais importantes investigadores da psicofarmacologia, já alertava para o "... uso imoderado destas substâncias, fora de prescrições médicas, com o fim de evitar, graças à sua

ação rápida, todos os inconvenientes da existência moderna: ansiedade, nervosismo, insônia..." e propunha que se evitasse recorrer a "estas aspirinas dos estados de tensão ou angústia" para todas as situações. WANDREY et LEUTNER⁶² em 1967 referem que tais medicamentos recebiam dos usuários os apelidos de "happy pills", "modern aspirins", "peace-of-mind pills", "don't-give-a-damm-pill" ou "thoughtless tablets".

1.3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Em particular após a introdução dos derivados benzodiazepínicos, o consumo global de medicamentos contendo substâncias psicotrópicas experimentou um aumento considerável^{7,10,12,42,45,60,61,64}. BURNER¹² observa que de 1967 a 1971 houve um aumento de 11% no número de prescrições de psicotrópicos na Inglaterra e País de Gales; este incremento se deve, particularmente, aos hipnóticos não barbitúricos (58%), antidepressivos (43%) e tranquilizantes (26%), ao passo que os hipnóticos barbitúricos apresentaram um decréscimo (27%). Entre 1964 e 1972 o número de receitas de ansiolíticos passou de cerca de 40 milhões a cerca de 90 milhões nos Estados Unidos; paralelamente, as prescrições de neurolépticos, antidepressivos tricíclicos e associações apresentaram crescimento muito pequeno¹⁰. O grande crescimento das vendas de ansiolíticos deveu-se essencialmente aos benzodiazepínicos, observando-se no mesmo período, uma estabilização ou decréscimo nas vendas de outros medicamentos ansiolíticos contendo meprobamato, barbitúrico e hidroxizina¹⁰. Em 1972 o Valium (marca registrada do diazepam) foi o medicamento mais vendido nos Estados Unidos, com 50 milhões de receitas anuais e o Librium (marca

registrada do clorodiazepóxido) situou-se em quarto lugar com 20 milhões de receitas anuais⁶¹; neste mesmo ano, as 144 milhões de receitas de psicotrópicos nos Estados Unidos (sem incluir os hipnóticos) corresponderam a 6% do total de medicamentos éticos¹⁰ *. No Brasil, em 1975 um medicamento psicotrópico participava da lista dos 20 medicamentos mais vendidos no ano⁵².

O volume de vendas de medicamentos sofreu um acréscimo de 100% entre 1960 e 1971 no mercado norte-americano; os medicamentos com ação sobre o sistema nervoso central situam-se em primeiro lugar entre as vendas e foram os que apresentaram um dos maiores crescimentos neste período (136%)²⁷.

Este crescimento não está dissociado do fenômeno de medicalização acelerada da sociedade³⁴ onde se observa marcada tendência à alocação de recursos cada vez mais vultosos em gastos com a saúde, chegando alguns países a dispendem 10% do seu Produto Nacional Bruto em gastos com médicos, hospitais, produção de medicamentos e de equipamentos médicos²⁷. Os medicamentos psicotrópicos, por diversas razões, têm, desde há duas décadas, representado um segmento bastante significativo destes gastos.

Estudos realizados em diversos países tem mostrado seguidamente altos índices de prevalência de consumo. Em 1973 PARRY et al⁴⁷ encontraram, em estudo realizado a nível nacional nos Estados Unidos, um índice de 31% de adultos que haviam se utilizado de psicotrópicos no período de um ano; deste total, 22% haviam consumido medicamentos controlados e os

* Denominam-se "éticos" os medicamentos cuja venda está sujeita à prescrição médica. "Não éticos" são os produtos de venda livre; nos países anglofônicos são, também, conhecidos como "nonprescription drugs" ou "over-the-counter drugs". Entre os produtos não-éticos encontram-se analgésicos e antipiréticos, antiespasmódicos, desinfetantes locais (produtos para curativos externos, gargarejos e inalações), etc.

restantes 9% usaram produtos não éticos*. Em estudo semelhante realizado em San Francisco (EUA) em 1971, MELLINGER et al⁴² encontraram cifras ainda maiores: 23% dos homens e 38% das mulheres haviam usado produtos controlados no período de um ano, enquanto 14% dos homens e 13% das mulheres usaram produtos não controlados ("over-the-counter"). É importante notar que nesses dois estudos foram incluídos os estimulantes anfetamínicos os quais, como notam os próprios autores, são frequentemente utilizados em regimes de emagrecimento; seu uso nos tratamentos psiquiátricos, com raras exceções, é contra indicado, mas muitas pessoas ainda os utilizam com o objetivo de obter estimulação e combater o sono.

O levantamento talvez mais expressivo da prevalência do consumo de medicamentos psicotrópicos foi aquele que BALTER et al⁷ levaram a efeito em 1971 em nove países europeus simultaneamente. Os valores encontrados (Tabela 1) apontam 10% a 17% da população de 15 ou mais anos de idade daqueles países utilizando-se de psicotrópicos no período de um ano. Observa-se que nesse estudo os autores não computaram os medicamentos neurolépticos, antidepressivos, anticomiciais e estimulantes, restringindo sua atenção aos medicamentos que promovem alívio imediato e sintomático da ansiedade. Poucos estudos têm sido realizados acerca dos níveis de consumo de outros grupos de medicamentos, mas estes valores encontrados e os dados de volume de produção da indústria farmacêutica indicam que os psicotrópicos são, provavelmente, o grupo de medicamentos mais largamente consumido em diversos países, exce

* O mercado norte-americano conta com grande número de produtos não-éticos ("over-the-counter drugs") anunciados como "estimulantes", "pílulas para dormir" ou "tranquilizantes" que contêm cafeína (nos estimulantes) e escopolamina e/ou metapirilene em baixas doses (nas pílulas para dormir e tranquilizantes).

TABELA 1 - PORCENTAGEM DE INDIVÍDUOS QUE USARAM MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS/SEDATIVOS DURANTE O ÚLTIMO ANO EM NOVE PAÍSES EUROPEUS POR SEXO E IDADE, 1971.

IDADE	BÉLGICA	DINAMARCA	FRANÇA	ALEMANHA	ITÁLIA	HOLANDA	ESPANHA	SUÉCIA	REINO UNIDO
HOMENS									
15 - 24	7.0	5.8	8.1	5.8	13.5*	4.0	7.7	6.5	4.5*
25 - 34	11.8	6.2	9.1	4.3	10.9	13.2	5.8	8.3	3.1
35 - 44	9.3	8.7	11.1	7.3	9.2	6.0	6.9	9.5	9.2
45 - 54	14.3	16.7	18.6	9.8	10.7	8.8	7.6	11.6	9.6
55 +	16.7	12.9	13.2	13.7	7.1	11.1	6.7	12.0	13.9
TOTAL DE HOMENS	12.0	10.2	11.9	8.4	9.8	8.5	7.0	9.9	8.9
MULHERES									
15 - 24	15.8	14.4	13.4	5.3	8.1*	10.8	10.8	8.9	17.2*
25 - 34	21.0	8.0	21.0	19.2	14.4	13.3	10.3	14.5	20.1
35 - 44	20.7	29.3	20.3	25.7	15.1	18.3	13.8	24.4	15.6
45 - 54	18.6	23.7	20.3	23.7	14.2	21.7	15.3	23.0	23.6
55 +	24.5	23.4	27.6	20.4	10.8	20.4	13.5	30.9	18.6
TOTAL DE MULHERES	20.9	19.9	21.4	19.2	12.6	16.8	12.5	21.5	19.1
TOTAL DE AMBOS OS SEXOS	16.8	15.1	16.7	14.2	11.2	12.7	9.7	15.8	14.2

* Intervalo de idade, 16 - 24.

FONTE: BALTER et al⁷.

tuados os analgênicos cujos níveis podem atingir 28% da população¹⁷.

Quanto à distribuição dos consumidores segundo o sexo, todos os autores são unânimes ao afirmar que os resultados indicam uma larga predominância do sexo feminino; de uma forma geral dois terços dos consumidores são mulheres^{7,11,16,42,47}. Parece tentador aventar a hipótese de que esta diferença seria indicativa de um maior stress a que estariam sujeitas as mulheres, talvez pelas rápidas mudanças observadas em seu papel social. Contudo, como observam BUSH e RABIN¹³ elas são maiores consumidoras de todos os grupos de medicamentos sintomáticos e faltam elementos para se afirmar com segurança que as mulheres estejam submetidas a um maior nível de stress. Em cuidadoso estudo crítico WAGHORN⁶⁰ aponta algumas diretrizes que possam explicar esta diferença. As mulheres frequentam mais os consultórios médicos e costumam apresentar mais sintomas do que os homens. Outrossim, o médico parece mais predisposto a encarar estes sintomas como "neuróticos" ou como típicos problemas femininos. Além disso, as indústrias farmacêuticas, em sua propaganda de psicotrópicos dirigida à classe médica, tende a utilizar imagens de situações onde a mulher aparece como uma dona-de-casa insatisfeita, ansiosa e dependente, enfim, vítima de uma circunstância stressante. Entrevistando 68 médicos acerca de imagem típica do paciente queixoso, COOPERSTOCK¹⁸ verificou que 72% deles se referiram a mulheres, enquanto 24% não fizeram menção a sexo e, somente 4% relacionaram a imagem do paciente queixoso ao sexo masculino. Ainda, segundo este último autor, em relação aos homens, as mulheres tem maior chancela da sociedade para a expressão dos seus sentimentos e maior percepção de seus problemas emocionais; procuram mais frequentemente o médico por problemas emocionais e

este tem maior expectativa da sua necessidade de uso de psicotr^opⁱc^os.

No que se refere à idade, em ambos os se^xos observa-se uma tendência ao crescimento do consumo a par^tir dos 25 anos⁷ (Tabela 1), mas deste ponto em diante não são notadas diferenças significativas. PARRY et al⁴⁷ e MELLINGER et al⁴² observaram, nos Estados Unidos, maior prevalência no grupo etário de 18 a 29 anos, seguidos de perto pelo grupo de 60 a 74 anos; Mellinger chama a atenção para as diferentes preferências nos dois grupos: os mais jovens consomem mais es^timulantes enquanto o grupo de 60 a 74 anos consome mais hipⁿóticos. Na opinião de PARRY et al a prevalência geral entre homens parece crescer rapidamente no grupo etário de 30 a 44 anos para depois cair e, entre as mulheres, este aumento na classe de 30 a 44 anos permanece inalterado nas idades maiores.

Um dos aspectos que mais chama a atenção no estudo do consumo de psicotr^opⁱc^os é o fato de não serem sempre utilizados com regularidade. Reflexo do que havia sido comentado no item 1.2 é a observação de que parcela significativa da população consome estes medicamentos de forma esporádica para o alívio imediato de uma situação desconfortável. BALTER et al⁷ em seu estudo multinacional verificam que de 30% a 64% da população de consumidores tem um padrão de consumo definido como regular, isto é, tomam o medicamento diariamente por um período de um mês ou mais (Tabela 2); em sua opinião o padrão regular é um critério muito mais importante para o estudo dos índices de prevalência de consumo em uma população dada do que o mero uso de um medicamento por uns poucos dias em alguma época do ano. Os dados da Tabela 3 comparados àque^les da Tabela 1 mostram que os índices de prevalência caem acentuadamente quando se considera somente os consumidores re

TABELA 2 - USO DIÁRIO DE MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS/SEDATIVOS POR UM MÊS OU MAIS ENTRE CONSUMIDORES DE PSICOTRÓPICOS EM NOVE PAÍSES EUROPEUS EM 1971.

SEXO	PORCENTAGEM DE CONSUMIDORES USANDO O MEDICAMENTO REGULARMENTE								
	BÉLGICA	DINAMARCA	FRANÇA	ALEMANHA	ITÁLIA	HOLANDA	ESPANHA	SUÉCIA	REINO UNIDO
HOMENS	41.7	64.0	42.3	48.1	18.9	67.8	36.1	38.2	54.8
MULHERES	50.0	51.5	39.8	40.2	37.9	62.2	44.1	29.1	62.6
TOTAL	46.9	55.6	40.7	42.4	30.0	64.0	41.2	31.9	60.6

FONTE: BALTER et al⁷.

TABELA 3 - PORCENTAGEM DE INDIVÍDUOS QUE USARAM MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS/SEDATIVOS DE FORMA REGULAR POR UM MÊS OU MAIS DURANTE O ÚLTIMO ANO EM NOVE PAÍSES EUROPEUS, POR SEXO E IDADE, 1971.

IDADE	BÉLGICA	DINAMARCA	FRANÇA	ALEMANHA	ITÁLIA	HOLANDA	ESPANHA	SUÉCIA	REINO UNIDO
HOMENS									
15 - 24	4.0	1.9	1.2	1.8	0.0*	1.1	2.1	2.6	0.0*
25 - 34	3.9	3.1	4.0	1.9	1.6	7.0	2.6	3.6	2.5
35 - 44	2.8	4.3	3.7	2.9	1.8	4.3	0.9	2.9	4.9
45 - 54	2.9	15.5	11.1	3.8	3.7	5.9	3.8	1.4	4.2
55 +	9.0	7.9	6.0	8.5	1.7	10.5	3.1	7.0	9.3
TOTAL DE HOMENS	5.0	6.5	5.0	4.1	1.9	5.8	2.5	3.8	4.8
MULHERES									
15 - 24	4.0	6.2	4.5	1.2	0.0*	6.6	3.0	2.1	12.6*
25 - 34	12.3	5.7	9.3	7.7	5.3	6.7	5.1	5.5	10.4
35 - 44	6.5	20.0	6.2	8.4	6.8	11.3	5.8	5.5	6.4
45 - 54	8.1	11.8	11.3	9.6	6.8	12.3	7.3	2.9	15.2
55 +	15.7	9.7	10.0	9.6	4.2	14.4	7.2	11.5	12.9
TOTAL DE MULHERES	10.5	10.2	8.5	7.7	4.8	10.5	5.5	6.3	11.9
T O T A L	7.9	8.4	6.8	6.0	3.4	8.1	4.0	5.0	8.6

* Intervalo de idade: 16 - 24.

FONTE: BALTER et al⁷.

gulares.

Não concordamos com os autores quando relegam o uso esporádico a um plano secundário na avaliação do problema do consumo de psicotrôpicos. Em primeiro lugar, porque o padrão esporádico nem sempre é o "mero uso do medicamento por uns poucos dias em alguma época do ano" e, em segundo lugar, porque seus valores são mais expressivos como medida da tendência a se usar psicotrôpicos para o manejo de situações anteriormente encaradas como vicissitudes naturais da vida.

É possível que o padrão regular de consumo seja o mais encontrado entre os usuários de neurolépticos, anticomiciais e antidepressivos na medida em que, nestas instâncias, não se visa ao alívio imediato de um sintoma e são tratamentos submetidos a estrito controle médico. Já entre os consumidores de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos, seja por indicação médica ou leiga, é possível encontrar uma proporção maior de usuários esporádicos ou episódicos.

Os tipos de medicamentos psicotrôpicos mais frequentemente utilizados tem sido os ansiolíticos, hipnóticos e sedativos. Entre os ansiolíticos, os derivados da benzodiazepina são os preferidos desde o seu aparecimento em 1960. Em 1973 BLACKWELL¹⁰ apontava para o fato de que 97% dos clínicos gerais usavam o diazepam. A Figura 3 indica a importância crescente dos tranquilizantes menores (ansiolíticos) no conjunto dos psicotrôpicos prescritos nos Estados Unidos e a Figura 4 mostra que o seu crescimento se deve, particularmente, às benzodiazepinas.

MELLINGER et al⁴² e PARRY et al⁴⁷ encontraram nos Estados Unidos índices de prevalência de consumo bem menores para os neurolépticos do que para ansiolíticos e hipnóticos. Além disso, as diferenças nos índices de consumo en

FIGURA 3 - TENDÊNCIAS DO CONSUMO DOS MEDICAMENTOS PSI
COTRÓPICOS MAIS COMUMENTE PRESCRITOS NOS
ESTADOS UNIDOS, 1964 - 1972.

FONTE: BLACKWELL, B¹⁰

FIGURA 4 - TENDÊNCIAS DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS ANSI
LÍTICOS NOS ESTADOS UNIDOS, 1964 - 1972.

FONTE: BLACKWELL, B¹⁰.

tre os dois sexos são, em grande parte, devidas às diferenças no consumo de ansiolíticos e hipnóticos.

É compreensível que os níveis de consumo de neurolépticos sejam menores e mais uniformes entre os dois sexos, posto que estes medicamentos tem seu campo de indicações limitado aos estados psicóticos e alguns estados neuróticos graves. Já os ansiolíticos, hipnóticos e sedativos indicados para alívio imediato da ansiedade encontram uma gama de indicações bem ampla. É provavelmente esta amplitude de indicações que leva grande parte dos clínicos a lançar mão dos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos para as mais diversas situações; contudo, dificilmente ele lança mão dos neurolépticos preferindo encaminhar o paciente a um especialista sempre que detecta um transtorno mental para cujo controle se exija o emprego destas drogas. O mesmo não se dá com os antidepressivos, os quais vem sendo cada vez mais empregados em clínica geral. BLACKWELL¹⁰ observa que nos Estados Unidos somente 30% das prescrições do diazepam são feitas para pacientes com transtornos mentais; 17% o são para transtornos ósteo-musculares, 16% para problemas circulatórios, 7% no período pós-cirúrgico e 3% para transtornos genito-urinários.

Em síntese, a observação da estrutura do consumo de medicamentos psicotrópicos leva a duas constatações. Em primeiro lugar, a de que há um crescimento contínuo do seu consumo desde o surgimento das drogas mais modernas em 1952; em segundo lugar, que este crescimento se deveu principalmente ao emprego cada vez mais amplo dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos com predileção pelos derivados de benzodiazepina.

Ora, estas últimas foram introduzidas como auxiliares no tratamento dos transtornos mentais, como as neuroses, onde a ansiedade exerce papel importante. É difícil su

por que o crescimento do consumo da benzodiazepina seja reflexo do puro crescimento da prevalência daqueles transtornos mentais. Se bem que se possa admitir um aumento da prevalência de estados neuróticos, inclusive pelo alargamento dos seus limites conceituais, é de se admitir que o marcante crescimento do consumo de benzodiazepinas esteja, primordialmente, relacionado ao seu emprego em situações que transcendem o conceito médico de ansiedade patológica, isto é, estas drogas ansiolíticas/sedativas devem estar sendo empregadas, cada vez mais amplamente, em situações onde a ansiedade deveria, a rigor, ser encarada em seu verdadeiro aspecto não médico.

Dentre os fatores que podem estar na raiz desta mudança de atitudes e comportamento, selecionamos para análise, aqueles mais diretamente relacionados à assistência médica. Se nosso foco de atenção recai sobre somente estes fatores não é porque os consideremos necessariamente os mais importantes, mas, simplesmente, porque num trabalho deste porte não podemos pretender abordar um conjunto por demais amplo e complexo de fatores sócio-culturais cuja apreensão escapa à nossa capacidade de análise.

A reorganização dos modelos de assistência médica com o desaparecimento do médico da família em detrimento da valorização do especialista, o crescente tecnicismo dos atos médicos decorrente do progresso da Biologia e, fato notório em nosso país, as distorções do sistema assistencial (com o paciente não raro sendo atendido por um médico diferente em cada consulta), levaram a uma profunda deteriorização da relação médico-paciente. É como se a classe médica tivesse passado a acreditar que o aspecto mais importante da prática médica é a pesquisa detetivesca da natureza orgânica dos sintomas⁴, a formulação de um "diagnóstico" que satisfaça ao cliente e à

sua própria onipotência, e, por fim, a prescrição de uma droga que promova a "cura" da "doença".

É cada vez mais evidente que nestas circunstâncias o médico se olvida que a queixa somática trazida para dentro do consultório possa ser o "passaporte" de ingresso para uma situação de intimidade que permita ao paciente exteriorizar suas dificuldades existenciais àquela figura que a cultura insiste em ver como "conselheiro" e buscar nele a orientação ou palavra de alívio⁵.

Ao mesmo tempo em que deseja a manutenção do seu status social o médico procura eximir-se deste papel histórico que, na atualidade, parece inconveniente ao funcionamento de vários dos modelos assistenciais estabelecidos. Contudo, abdicar de sua projeção social não parece ser algo interessante para nenhuma classe profissional; para tanto, os recursos laboratoriais, os diagnósticos cada vez mais complexos e o emprego de drogas em larga escala (algumas vezes inúteis, outras vezes meros paliativos e cada vez mais dispendiosas) contribuem para manter a mística da sua atuação.

O tempo que o médico dispensa a cada paciente é importante determinante do exagero das prescrições. É fato observado que quanto maior a carga de trabalho, e menor o tempo dispensado a cada paciente, maior o volume de prescrições, incluindo os psicotrôpicos³⁰. O desejo de ascensão econômico-social ou a remuneração inferior ao almejado leva o médico a assumir um número grande de compromissos. Em nosso meio, a remuneração inadequada, agravada pelo aumento de oferta de mão-de-obra, tem levado o médico a assumir, na quase totalidade dos casos, de dois a três contratos de trabalho, redundando em uma pequena disponibilidade de tempo para o efetivo atendimento do paciente. Além disso, seja pelas condições de traba-

lho, com excessivo número de atendimentos por jornada de trabalho, seja pela deterioração da relação médico-instituição, a disponibilidade emocional para a execução do trabalho é diminuída. O resultado negativo desta situação acaba recaindo com muito maior ênfase sobre o objetivo de toda esta estrutura: o próprio paciente. É ele que acaba por receber as prescrições desnecessárias ou inapropriadas.

Neste contexto, torna-se mais difícil ao paciente expressar queixas psíquicas - exceto, é claro, nos serviços especializados - em busca de ajuda e compreensão; a reação do médico vai da indiferença ao medo e ao ceticismo. Sua intervenção limita-se à prescrição de um psicotrópico (algumas vezes, bastante inapropriado) ou ao encaminhamento a um serviço especializado; poucas vezes o médico dispõe-se a ouvir atentamente a queixa e utilizar o potencial de sua relação com o paciente a fim de orientá-lo na resolução daqueles problemas.

Este comportamento cético, indiferente ou medroso diante das queixas psíquicas do paciente decorre, em grande parte, do desconhecimento observado entre a classe médica acerca da Psiquiatria e Psicologia Médica. Não poucos chegam mesmo a afirmar que "fazem questão de não conhecer estes problemas" e que "louco dever ser cuidado pelo psiquiatra". Isto é, sem dúvida, um estigma absurdo e pode ajudar-nos a compreender porque o sintoma somático assume o papel de "pas-saporte" para entrada no consultório do generalista.

Seu desconhecimento também se estende ao campo da Psicofarmacologia. Levantamento realizado na cidade de São Paulo por uma indústria farmacêutica interessada em lançar no mercado um novo produto ansiolítico* constatou que a maioria dos médicos consultados - não especialistas - confun

* Comunicação pessoal.

dia o efeito ansiolítico e efeito sedativo de uma droga psicotrópica. As fontes de aquisição de conhecimentos sobre efeitos de medicamentos são, em geral, o propagandista do laboratório, os folhetos de propaganda médica, as bulas que acompanham a embalagem do medicamento e os guias de referência publicados sob patrocínio da indústria farmacêutica^{58,61}; com menor frequência o conhecimento é adquirido em publicações científicas e reuniões médicas. E, no entanto, o clínico geral é o maior responsável pelo grande volume de prescrições de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos^{6,47}; no Brasil, os produtos mais vendidos são os derivados benzodiazepínicos contidos nos chamados "antidistônicos" que receberam a preferência dos médicos e usuários em função da falsa crença de que são "calmantes fracos" e inócuos.

Dentre as pressões a que o médico está submetido e que o induzem a prescrever com mais frequência do que o apropriado⁴³, além destas apontadas até aqui, devemos considerar aquelas exercidas pelo próprio paciente em busca do alívio de sua ansiedade frente a uma doença somática ou psíquica, ou frente a uma situação existencial desconfortável. BALINT⁵ e BALINT et al⁶ observando o fenômeno de pacientes frequentadores assíduos dos consultórios de generalistas na Grã-Bretanha constataam que nestes casos estabelece-se um padrão de relacionamento médico-paciente em que o medicamento (frequentemente um psicotrópico) estabelece uma ponte entre os dois; ele é, simbolicamente, uma forma de contacto humano. Por outro lado, é preciso notar que este padrão também estabelece uma barreira, na medida em que esconde aspectos mais profundos do relacionamento do paciente com o seu meio (incluindo aí o seu médico) os quais, desta forma, acabam por não vir à tona. Neste contexto surge a demanda pelo medicamento e, diante da sua impossibilidade de trabalhar a situação, seja por

que não a percebe ou porque não se dispõe a tal, o médico acaba por ceder às pressões do paciente, recomendando-lhe o uso de ansiolíticos, hipnóticos e, não raro, antidepressivos.

Situações como desajustes familiares ou no trabalho frequentemente são trazidas ao médico na forma de sintomas físicos mal caracterizados; problemas de origem econômica e social exteriorizam-se na forma de queixas psíquicas como a ansiedade, "nervosismo" ou insônia. Em tais circunstâncias, ou porque não tem tempo e condições de perceber as causas da queixa, ou porque não encontra alternativas, o médico apela para a prescrição de tranquilizantes. Como consequência, problemas econômicos e sociais são tratados no contexto do modelo médico de alívio do desconforto individual ao invés de receber uma abordagem dentro de um contexto político e social de esforços cooperativos visando a uma mudança social⁶¹. Diante da constatação de que um quarto das mulheres norte-americanas de 30 a 60 anos de idade fazem uso de tranquilizantes, CAMILLERI¹⁴ se espanta e afirma que "... a tensão nervosa e a pressão psíquica resultantes do estado patológico da sociedade, que ameaçam paralisar a máquina social, têm, pois, tornado necessária a manipulação psíquica do stress e a redefinição da normalidade. As drogas e o hospital psiquiátrico tornaram-se o óleo lubrificante e a oficina de reparos indispensáveis para prevenir a parada completa do motor humano..."

Porém, não só a compreensão da dinâmica desta díade médico-paciente permite o entendimento do jogo de forças que determina o grande consumo de psicotrópicos. Necessário levar em consideração o papel desempenhado pelas indústrias farmacêuticas e pelo farmacêutico⁴⁵.

O papel do farmacêutico - em nosso país, como em diversos outros, este papel é exercido por um atenden

te balconista sem qualquer preparo acadêmico - naturalmente restringido com o desenvolvimento da indústria de medicamentos e consequente desuso das fórmulas magistrais, deveria se ater a orientações gerais quanto ao uso da medicação, efeitos adversos ou incompatibilidades. Contudo, em áreas com deficiência ou má qualidade de serviços médicos sua atuação estende-se ao diagnóstico e à prescrição de medicamentos. Se este papel complementar tem sido tolerado pelo Estado é porque ele tem sido necessário para suprir as deficiências de serviços médicos, mas não se pode omitir que, além da sua impropriedade de principios, ele é gerador de distorções no consumo.

Estas distorções devem decorrer, em parte, da crença do farmacêutico no poder dos medicamentos e, em parte, da possibilidade de aumentar seus lucros. Este desejo de lucro é compartilhado pela indústria farmacêutica que utiliza o farmacêutico como forma de incrementar as vendas de produtos de maior lucratividade para os dois. No Brasil é prática comum das indústrias oferecer grandes margens de descontos para que certos produtos sejam colocados nas farmácias; com isso ganha o proprietário da farmácia que, vendendo o produto pelo preço de tabela, chega a auferir mais de 100% de lucros e ganha a indústria farmacêutica que atinge o objetivo de divulgação do seu produto. Só não ganha o usuário que é induzido a comprar produtos de eficiência duvidável em São Paulo. Estes produtos de alta lucratividade recebem, entre representantes de vendas e proprietários de farmácias, o apelido de "B.O."; alguns alegam que é uma corruptela de "bonificação" porque são repassa-dos como tal; os mais francos afirmam que se trata de uma corruptela de "bomba", gíria empregada para descrever produtos de alto custo e de efeito terapêutico discutível.

Em países onde a aquisição de medicamentos

contendo substâncias psicotrópicas é totalmente sujeita a controle, resta ao farmacêutico a possibilidade de influir no consumo de produtos não-éticos, como os "sleeping aids" e "stimulants" do mercado norte-americano, os quais contêm escopolamina ou cafeína e que representam importante segmento do mercado^{42,47}. Entretanto, quando existe a possibilidade - como acontece em nosso país - de se encontrar mesmo entre os produtos éticos alguns psicotrópicos que podem ser vendidos sem a apresentação de receita médica, vemo-nos diante de uma situação que não só leva ao super-consumo, mas, também, a um risco concreto à população. Ignorante ou indiferente ao fato, o farmacêutico (ou, mais propriamente, o balconista de farmácia) recomenda e vende tranquilizantes "antidistônicos" contendo benzodiazepínicos ou neurolépticos e sedativos contendo barbitúricos.

Quem certamente não deve ignorar os riscos do super-consumo de medicamentos psicotrópicos é, talvez, o ator com maior poder de influência neste cenário: a indústria farmacêutica. Ela tem sido acusada de interessar-se primordialmente pelo lucro e não, pelo bem estar da população³⁴; na ânsia de maximizar seus lucros impõe novos padrões de consumo^{45,61}. GODDARD²⁷ aponta que no mercado norte-americano, os laboratôrios farmacêuticos são as indústrias que auferem os maiores e mais estáveis lucros (13,5% ao ano) e que, para atingir este objetivo, eles despendem 25% do seu faturamento em promoção de vendas; as despesas em pesquisa e obtenção de matérias-primas correspondem a 6% e 35% do faturamento respectivamente. "Os porta-vozes das indústrias farmacêuticas frequentemente comparam o risco da pesquisa de novas drogas às prospecções da indústria petrolífera, mas o fato é que nos últimos 25 anos nenhum grande laboratório farmacêutico encerrou seus negócios"²⁷.

Em extenso trabalho WALDRON⁶¹ aponta que o Laboratório Roche aproveitou-se da lei de proteção de patentes para manter altos os preços do Valium e Librium nos mercados britânico e norte-americano. Os ingredientes ativos eram vendidos por preços 40 a 50 vezes mais altos do que na Itália, país que não segue efetivamente as leis de patentes; a Comissão Britânica de Monopólios acusou a Roche de obter margens de lucro de 40 a 60% nas vendas de Valium e Librium e ordenou que reduzisse os seus preços em 75% e 60% respectivamente e ressarcisse ao Tesouro 30 milhões de dólares por lucros ilícitos. Nos Estados Unidos, esta mesma indústria lutou durante dez anos para retardar a entrada em vigor de uma nova regulamentação nas vendas de psicotrópicos (limitando a validade da receita médica a seis meses e obrigando o registro de receitas) e, finalmente, em 1975 cessou a luta; "talvez não seja coincidência que as patentes do Valium e Librium expirarão brevemente (em 1980 e 1976) de forma que se espera uma competição de preços por parte de outros fabricantes no futuro próximo"⁶¹.

Uma forma de conservar a lucratividade é o lançamento de "novos" produtos periodicamente. A pletora de derivados benzodiazepínicos é, possivelmente, reflexo desta estratégia. O estoque de benzodiazepínicos testados e patenteados, prontas a serem lançadas no mercado, chega a atingir 300 produtos⁴⁴. No mercado brasileiro já foram introduzidos e permanecem à disposição 12 derivados benzodiazepínicos (9 ansiolíticos e 3 hipno-indutores) desde 1961, dando uma média de um lançamento a cada ano e meio. Enquanto isso, o mercado norte-americano tinha em 1976 apenas 6 derivados⁶¹ e o mercado escandinavo, controlado por empresa estatal, em 1979 conta com 7 deles^{*}. Isto corrobora a afirmação de SILVERMAN⁵⁸ de que os

* Comunicação pessoal.

mercados de países menos desenvolvidos são bastante propícios ao lançamento e permanência de drogas de duvidável superioridade sobre os produtos já existentes, na medida em que a legislação controladora é mais permissiva do que em países desenvolvidos.

O lançamento de um novo produto contendo um sucedâneo de uma droga já existente nem sempre segue ditames científicos de exigência de melhores resultados terapêuticos com menores efeitos colaterais. Pelo contrário, parece que o motivo é, não raro, eminentemente comercial. Em verdade, todos os derivados da benzodiazepina tem efeitos terapêuticos bastante semelhantes, variando principalmente, a intensidade e qualidade dos efeitos colaterais^{44,61}. Contudo, o apelo comercial é suficientemente grande até para induzir a indústria a lançar derivados com efeitos colaterais mais adversos; exemplo disso é o lançamento no mercado brasileiro em 1970 e 1971 do temazepan e do lorazepan, dois derivados benzodiazepínicos com efeitos colaterais mais intensos e desagradáveis do que o clorodiazepóxido e o diazepam (utilizados desde 1961 e 1963 respectivamente). O temazepan teve história efêmera, mas o lorazepan, ao que tudo indica, é hoje um dos benzodiazepínicos mais consumidos entre nós, só perdendo para o diazepam. Aliás, este derivado até hoje não é comercializado no mercado escandinavo*.

Se para a indústria farmacêutica o lançamento de novos produtos traduz um apelo a lucros maiores e mais estáveis, para o médico e farmacêutico existe o apelo da novidade. Os médicos que mais se deixam influenciar pelas novidades do mercado são aqueles com curta experiência profissional ou com menores conhecimentos clínicos^{36,41}. Diante da

* Comunicação pessoal.

precariedade de informações disponíveis sobre os efeitos e vantagens de novas drogas (e quando estas informações existem e chegam às mãos do médico, já foram "triadas" pela indústria farmacêutica) é difícil crer que ele tenha condições de avaliar suas vantagens e desvantagens; desta forma, "a adoção de uma nova droga se dá como um ato de fé"⁴¹.

Seja para o lançamento de novos produtos, para reativar as vendas de algum produto ameaçado por concorrente ou para conservar a faixa de mercado de um produto consagrado, a indústria farmacêutica lança mão de diversas formas de propaganda sobre o médico e o farmacêutico. Se uma parcela da propaganda não se dirige também ao consumidor final é porque a legislação não o permite para os produtos éticos e não porque este alvo seja desprezível; não faltaram tentativas de produtores de psicotrôpicos de influir sobre os meios de comunicação de massa⁶¹, prática possível através da técnica de "merchandising" (veiculação indireta da mensagem).

O volume de propaganda dirigida ao médico é massivo e seu efeito sobre os hábitos de prescrição é considerável^{30,55,58,63}. Com maior frequência o médico se deixa influenciar pela publicidade dos laboratórios do que pelos artigos científicos de revistas especializadas⁶¹; esta publicidade é voltada para a formação de hábitos de prescrição e atende estritamente aos interesses das indústrias. Chega ao médico através do representante de vendas, das revistas médicas e da mala direta. O representante de vendas, supostamente um disseminador de informações objetivas é, em realidade treinado por psicólogos e especialistas em mercadologia para induzir o médico a adotar novos padrões de prescrição⁵⁵; durante o treinamento é instruído a não mencionar novas evidências de reações adversas dos medicamentos durante sua entrevista com o médico⁶¹.

Seu discurso - quase sempre estereotipado e repetitivo - não visa a informar o médico, mas, sim, a promover o produto.

O material promocional veiculado por mala direta ou em revistas médicas (que, em nosso meio, frequentemente dependem deste material para sua subsistência financeira) é farto e luxuoso. Através de bem elaborados recursos de publicidade procura ampliar a gama de situações em que o produto seria indicado. WALDRON⁶¹ cita que o Valium e o Librium são mencionados neste material como úteis para "a dona-de-casa com muito pouco tempo para realizar a vocação para a qual ela se treinou por muitos anos"; ou "quando a ansiedade e tensão criam grandes discórdias nas relações pais-filhos"; ou ainda para o alívio da ansiedade do estudante cuja "recém estimulada curiosidade intelectual tornou-o o mais sensível e apreensivo em relação às condições instáveis do mundo e da nação". No Brasil, um importante laboratório utiliza na promoção de um novo ansiolítico um encarte retratando seis situações caracteristicamente existenciais - segundo o próprio texto que acompanha a foto - , para as quais ele recomenda o uso do produto (Anexo 1); outro laboratório brasileiro, na promoção do seu produto ansiolítico, qualifica a ansiedade de "a emoção oficial de nosso tempo, o símbolo de nossa época".

Outra prática utilizada - bastante corrente em nosso meio quando se trata de lançamento de novos nomes comerciais de drogas já conhecidas - é a "encomenda" de ensaios clínicos cuja metodologia científica é de qualidade duvidosa (queremos ressaltar que não se deve confundi-los com ensaios clínicos criteriosamente conduzidos e amplamente encontrados entre nós); estes ensaios, realizados sobre pequena amostra de pacientes, mas numerosos, "produzem" uma bibliografia extensa sobre o produto; esta é apresentada ao médico como "re

sultado da experiência acumulada por inúmeros colegas" e diante de tal "evidência" - mas nem sempre tomando cuidado de consultar os trabalhos citados - o médico adota uma atitude mais simpática e permissiva em relação ao produto.

Outras técnicas, como o envio de presentes de aniversário, brindes, amostras grátis e, inclusive, viagens para participação em congressos médicos complementam o elenco de medidas que criam um relacionamento amistoso entre a classe médica e a indústria farmacêutica⁶¹ trazendo para a primeira as benesses do tratamento preferencial e, para a segunda, o retorno seguro do investimento.

Assim, cada grupo, segundo seus próprios objetivos e interesses, contribui para compor, no conjunto, um quadro de facilitação do uso de psicotrôpicos. MULLER⁴⁵ pondera que "ao invés de condenar ou deplorar o comportamento de auto-satisfação de algumas pessoas e o conhecimento e julgamento deficientes de outras, pode se tomar como ponto de partida o fato de que a situação existente é, paradoxalmente, compreensível no sentido que ela pode ser explicada por fatores objetivos. Isto é, o super-consumo de drogas mantém-se porque certas características do mercado de atenção médica levam várias diferentes partes a contribuir para elevar o nível de medicação a uma certa altura. Cada ator - indústria farmacêutica, médico, paciente, farmacêutico - é impelido a fazer isto porque está fazendo uma troca entre as drogas e alguma outra alternativa menos vantajosa para si. A cada ator é permitido fazer isto porque a responsabilidade pela atenção médica é fragmentada e porque a contribuição da decisão individual de cada um para o incremento do uso de medicamentos é tão pequena que os efeitos cumulativos são ignorados".

De qualquer forma, a utilização de medica

mentos psicotrópicos para as mais variadas finalidades não-médicas já se estabeleceu como norma cultural. O uso dos tranquilizantes é aceito como aspecto natural e necessário da vida moderna; mais aceitos pelas mulheres e pelos consumidores em geral⁴⁰, eles vão, paulatinamente, minando as resistências oferecidas por outros segmentos da sociedade. O esquema da Figura 5 facilita a visualização das relações entre as várias partes envolvidas no processo.

FIGURA 5 - REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS RELAÇÕES ENTRE OS VÁRIOS SEGMENTOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE SUPER-CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS. AS LINHAS CHEIAS INDICAM UMA RELAÇÃO DE INFLUÊNCIA DIRETA; AS LINHAS PONTILHADAS INDICAM UMA RELAÇÃO DE INFLUÊNCIA INDIRETA.

Nesta representação esquemática o grupo consumidor é apontado como recebendo influência direta do processo cultural. Acreditamos que esta seja a principal influên

cia a ser considerada nos casos de alta medicação com psicotrópicos. Outrossim, o grupo de pacientes é subdividido em "consumidor" e "consumidor potencial" podendo-se observar uma influência direta do primeiro sub-grupo sobre o virtual aparecimento do hábito no segundo sub-grupo.

A auto-medicação, fenômeno frequente em nosso meio, tem suas origens calcadas em dois fatores principais: a repressão da demanda por serviços médicos (decorrente da falta de regionalização destes serviços, da influência de recursos e das dificuldades econômicas de ponderável parcela da população) e a persistência de padrões herdados da Medicina popular. Assim sendo, parcela ponderável do consumo de antibióticos e vitaminas decorre da auto-medicação; dos 20 medicamentos mais vendidos no Brasil, 9 são antibióticos, 2 são vitaminas e 1 é psicotrópico⁵².

Em relação aos medicamentos psicotrópicos é preciso acrescentar que a auto-medicação sofre a influência de normas culturais de formação bem mais recente. De fato, é principalmente após a descoberta das benzodiazepinas que se verifica o surgimento do conceito de que toda a ansiedade é prejudicial ao indivíduo e que ela pode ser eliminada de forma segura e eficaz sem exigir a mobilização de elementos internos e sem sofrimento; surge a idéia de que o stress emocional é um produto natural e inevitável das sociedades modernas e que cada um deve encontrar meios individuais de evitar suas consequências.

Seja pela auto-medicação ou por indicação do médico ou farmacêutico é fato que número crescente de pessoas assume atitudes de antipatia pela ansiedade e simpatia pelos psicotrópicos. Cada vez menos pessoas se dispõe a atravessar um período de sofrimento pelo luto, para citar um só

exemplo, sem recorrer aos tranquilizantes. Argumentar que eles são uma conquista tecnológica e, portanto, devem estar ao alcance de todos é um raciocínio, no mínimo, simplista.

Eles servem a todos, como aponta MULLER⁴⁵, mas, certamente, alguns obtêm maiores vantagens do que outros e do que o todo. E cabe perguntar até que ponto a estrutura do Estado se beneficia com o esvanecimento da ansiedade. Aparentemente os seus benefícios imediatos são ponderáveis porque, assim, se ajuda a aplanar as tensões sociais. Contudo, não há evidências de que o Estado tenha realmente se preocupado com os resultados a longo prazo de tal situação. Sua atitude passiva e, até certo ponto, permissiva parece mais ligada a interesses econômicos imediatos, seja facilitando o lucro da indústria farmacêutica, seja acobertando as próprias falhas do seu papel de prover proteção e bem-estar coletivos.

1.4. ALGUMAS PARTICULARIDADES DO MERCADO BRASILEIRO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS.

A indústria farmacêutica brasileira é formada por cerca de 400 empresas; 71 são de capital estrangeiro² e detêm 88% do mercado total²². As restantes são empresas "de capital genuinamente nacional"² e retêm a parcela dos 12% restantes²².

Em 1975 o consumo "per capita" de medicaçamentos no Brasil foi de Cr\$ 85,07 anuais (US\$ 10,71)¹; apesar desse valor baixo¹, o país situava-se entre os dez maiores mercados farmacêuticos dos países de economia capitalista, tendo apresentado, durante a década de 60, uma taxa de crescimento superior à registrada nos Estados Unidos, França, Itália e Canadá²².

Existem pouco mais de cinco mil produtos éticos no mercado brasileiro², isto é, que devem ser consumidos sob prescrição médica. Contudo, em que pese esta obrigatoriedade, eles são desde há longo tempo adquiridos com certa liberalidade. A Lei de Vigilância Sanitária^{19,38}, aprovada em 1976, estabeleceu que a partir de então esta obrigatoriedade seria cumprida com rigor. Entretanto, já decorridos 3 anos, a situação persiste quase sem alterações.

Se, como argumentam alguns, o retardo na implantação definitiva do controle de vendas de produtos éticos vem beneficiar larga parcela da população residente em âreas desprovidas de recursos médicos, ele vem, também, beneficiar largamente a indústria farmacêutica que, assim, promove suas vendas não só através da classe médica como através dos proprietários de farmácias e, indiretamente, através do próprio consumidor.

Em nosso meio, a classe médica é virtualmente desprovida de uma fonte segura de informações sobre os efeitos terapêuticos e reações adversas dos medicamentos à sua disposição. SILVERMAN⁵⁸ registra que aqui, como em diversos países sul-americanos, os laboratórios farmacêuticos anunciam indicações terapêuticas que a lei norte-americana lhes proíbe de fazer naquele mercado e, por outro lado, omitem a informação de efeitos colaterais que, lá elas são legalmente obrigadas a destacar. Em verdade, as fontes de informação são, em grande parte, manipuladas pela indústria. As bulas constantes na embalagem e o representante de vendas referem uma gama de indicações que as revistas médicas independentes não referem.

Por outro lado, dos guias de referência disponíveis, um é financiado pela indústria farmacêutica e outro, se bem que aparentemente independente, limita-se a trazer

a transcrição das bulas redigidas pela própria indústria.

A alternativa de buscar informação junto a revistas médicas fica limitada por várias razões; de um lado a situação de pauperismo de várias destas edições que tem vida efêmera; de outro lado, as publicações realmente independentes (editadas por grupos universitários ou associações médicas) tem penetração pequena. Restaria ao médico a consulta de revistas independentes estrangeiras, o que, também, é difícil dado o seu alto custo e a sua localização restrita.

Sem outra alternativa, o médico baseia-se largamente na informação trazida pelo representante do laboratório ou pelo material promocional ou, ainda, na simples leitura da bula de medicamentos.

Os psicotrôpicos sempre estiveram submetidos a controles mais rígidos de comercialização. A legislação - frequentemente alterada e atualizada - estabelece que a venda de medicamentos psicotrôpicos só pode se dar mediante a apresentação de uma receita médica para cada produto em que conste o nome e endereço completos do usuário, o nome legível do medicamento e a quantidade que deve ser vendida; por muitos anos esta quantidade esteve limitada a três embalagens comerciais. O comprador deve apresentar um documento de identidade que é anotado no verso da receita, a qual permanece retida na farmácia à disposição dos órgãos de fiscalização. Além disso, em livro registrado próprio, o farmacêutico é obrigado a anotar todos os dados da venda (nome, endereço, produto, forma de apresentação e quantidade vendida)^{50,51}. De posse desses registros e das notas fiscais de compra da farmácia, os órgãos fiscalizadores tem condições de detectar eventuais vendas ilícitas.

Este ritual certamente desestimula médicos,

pacientes, farmacêuticos e indústria farmacêutica. Médicos e pacientes porque se aborrecem com as consultas e receitas frequentes. O farmacêutico porque tem ampliado seu trabalho administrativo. E indústria farmacêutica porque vê estrangulado um filão rendoso que poderia superar em larga escala às vendas de antibióticos e vitaminas.

Assim, a convergência dos interesses destes quatro grupos, buscou no mercado brasileiro, solução que pudesse satisfazer a todos. E esta solução veio na forma de sedativos (contendo barbitúricos) e dos "antidistônicos" (contendo benzodiazepinas ou neurolépticos), cuja venda é, à semelhança de antibióticos e diversos outros produtos, legalmente sujeita à apresentação de receita médica, mas, na prática, livre.

Esta saída artilosa e inteligente foi possível graças a aspectos obscuros da legislação pertinente. Em consulta que fizemos a três laboratórios produtores de "antidistônicos" sobre as bases legais que permitiam a liberalidade para a produção e venda destes benzodiazepínicos em associação, dois deles responderam-nos, por telefone, que "a legislação não proíbe"; o terceiro não enviou qualquer resposta.

As origens dos sedativos e "antidistônicos" é remota e distinta. Os sedativos - aqui definidos como aqueles produtos éticos compostos de extratos de vegetais, brometos, etc, associados ou não a barbitúricos e cuja venda não está sujeita aos rigores da legislação sobre medicamentos psicotrópicos, têm existência longa. Muitos deles, antes da década de 60, eram associações de brometos e extratos vegetais; paulatinamente foram sendo introduzidos no mercado alguns produtos que associavam, também, pequenas doses de fenobarbital (de 10 a 30mg/comprimido, quando a dose útil diária é da ordem

de 100mg)^{3,21}. Gozaram de grande prestígio antes da introdução dos "antidistônicos", mas até hoje detêm a preferência de ponderável parcela de médicos e consumidores ainda afeitos à passiflorina, maracujina e eretrina ou ao Vagostesyl e Sedandrô-maco (associações de extratos vegetais com fenobarbital). É nebulosa a razão pela qual estes sedativos contendo barbitúricos não têm sua venda controlada enquanto todos os outros barbitúricos são severamente controlados.

Os "antidistônicos" são de origem mais recente e descendentes de um grupo de medicamentos primariamente utilizados como antiespasmódicos. Aliás, até hoje, suas vendas são classificadas entre os produtos para uso gastroentestinal ajudando a acobertar a verdadeira dimensão do mercado de psicotrópicos. O início da produção de "antidistônicos" se deu com o advento do meprobamato em meados da década de 50 e decorre, provavelmente, da observação de que a tensão psíquica tem importante papel no circuito da dor visceral; assim, a associação de pequenas doses do meprobamato (de 50 a 200mg/comprimido, quando a dose útil diária é da ordem de 1.200mg)³ permitia diminuir a dose necessária de antiespasmódicos com melhor eficiência. Até aí há um raciocínio farmacológico claro, se bem que, a rigor, se contra-indiquem os medicamentos contendo associações porque não permitem os ajustes individuais das doses de cada componente.

Entre 1961 e 1965 surgiram no mercado quatro "antidistônicos", três contendo clorodiazepóxido e um contendo haloperidol, ainda em doses discretas de psicotrópicos. A esta altura (1965) o mercado dispunha de 13 antidistônicos.

É a partir de 1968 que passam a surgir no mercado produtos contendo associações do diazepam (quase todos na dose de 5mg/comprimido quando a dose útil diária é de 10mg)^{3,11}.

A competitividade pela conquista de segmentos do mercado para estes produtos levou a um rápido crescimento do número deles a ponto de, em 1972 estarem registrados quarenta e nove e em 1977, setenta e cinco "antidistônicos"³⁵. No mesmo período, os neurolépticos passaram de 26 para 29 produtos, os tranquilizantes menores sob controle passaram de 67 para 74 e os antidepressivos passaram de 17 para 18 produtos.

Os "antidistônicos" conquistaram grande popularidade entre médicos, farmacêuticos e consumidores. O próprio fato de não serem submetidos a controle de venda pode ter contribuído para a crença de que são "calmantes fracos" e inócuos, apesar de, frequentemente, conterem a mesma quantidade de de psicotrópicos por comprimido que os produtos controlados.

São vários os exemplos de laboratórios farmacêuticos que comercializam por exemplo, o mesmo produto A com o nome de "Produto A" e "Produto A-Antidistônico"; o primeiro, contendo 5mg de diazepam é sujeito a controle de receita e o segundo contendo os mesmos 5mg de diazepam associado a pequenas doses de ergotamina e homotropina, ou ergotamina e propantelina é de venda livre. O mesmo tipo de procedimento é observado com medicamentos contendo lorazepam ou oxazepam. Não faltou, inclusive, uma indústria farmacêutica que, em 1976, lançou um "hipnótico antidistônico" à base de nitrazepam; do ponto de vista médico é muito difícil encontrar lógica nesta associação e somente o interesse comercial de dispor o mercado de um hipnótico de venda livre pode fazer-nos compreender o raciocínio daquela indústria.

A participação dos diversos grupos de medicamentos psicotrópicos no mercado brasileiro pode ser observada na Tabela 4.

Verifica-se um substancial crescimento de

TABELA 4 - VALOR DAS VENDAS EM FARMÁCIAS COMERCIAIS DE DIVERSOS GRUPOS DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NO MERCADO BRASILEIRO, 1972 - 1977 (Valores expressos em milhares de dólares).

CLASSES DE PRODUTOS	1972	1973	1974	1975	1976	1977
A-3C: Antiespasmódicos Gastrointestinais e Anticolinérgicos em associação com Tranquilizantes ("Antidistônicos")	7.800 ¹⁰⁰ 33,8	10.058 ¹²⁹ 36,8	15.491 ¹⁹⁹ 38,8	19.735 ²⁵³ 40,5	20.536 ²⁶³ 42,6	22.132 ²⁸⁴ 40,8
N-5A2: Tranquilizantes menores (Ansiolíticos)	8.736 ¹⁰⁰ 37,8	9.755 ¹¹² 35,7	15.057 ¹⁷² 37,7	15.622 ¹⁷⁹ 32,1	14.808 ¹⁶⁹ 30,7	17.109 ¹⁹⁶ 31,5
N-5B1: Hipnóticos/Sedativos não barbitúricos puros	1.461 ¹⁰⁰ 6,3	1.521 ¹⁰⁴ 5,6	2.239 ¹⁵³ 5,6	3.368 ²³⁰ 6,9	3.119 ²¹³ 6,5	4.046 ²⁷⁷ 7,4
N-5B2: Associações Hipnóticos/Sedativos não barbitúricos	1.686 ¹⁰⁰ 7,3	2.013 ¹¹⁹ 7,4	2.256 ¹³⁴ 5,6	2.282 ¹³⁵ 4,7	1.851 ¹¹⁰ 3,8	1.419 ⁸⁴ 2,6
N-5A1: Neurolépticos	1.925 ¹⁰⁰ 8,3	2.320 ¹²⁰ 8,5	2.986 ¹⁵⁵ 7,5	5.217 ²⁷¹ 10,7	5.241 ²⁷² 10,7	6.108 ³¹⁷ 11,2
N-6A: Antidepressivos	1.480 ¹⁰⁰ 6,4	1.634 ¹¹⁰ 6,0	1.889 ¹²⁸ 4,7	2.476 ¹⁶⁷ 5,1	2.681 ¹⁸¹ 5,6	3.488 ²³⁵ 6,4
T O T A L	23.088 ¹⁰⁰ 99,9	27.301 ¹¹⁸ 100,0	39.918 ¹⁷³ 99,9	48.700 ²¹¹ 100,0	48.236 ²⁰⁹ 99,9	54.302 ²³⁵ 99,9

FONTE: Mercado Farmacêutico - Brasil³⁵.

OBS. - Os números apresentados no canto inferior esquerdo de cada valor corresponde ao percentual do grupo nas vendas totais de cada ano; os números apresentados no canto superior direito correspondem ao crescimento das vendas do grupo ano a ano, tomando como base o valor 100 para o ano de 1972.

vendas de medicamentos psicotrópicos neste período, bem maior do que o crescimento vegetativo da população.

O grupo de neurolépticos (N-5 A 1) foi o que apresentou maior crescimento no período, devido, principalmente, a um grande crescimento do ano de 1975 para 1976, tendo aumentado significativamente sua participação no mercado.

O crescimento dos "antidistônicos" (A-3 C) só é superado pelo dos neurolépticos, mas observa-se que os primeiros tiveram uma tendência mais uniforme de crescimento. Em contrapartida, os tranquilizantes menores (N-5 A 2), sujeitos a controle de receituário, apresentou crescimento bem menor. A partir de 1974 observa-se que passa a haver um predomínio do consumo de ansiolíticos de venda livre sobre aqueles de venda controlada; os primeiros, que respondiam por 47% das vendas de ansiolíticos em 1972, passaram a responder por 56%, em 1977.

O grupo de medicamentos ansiolíticos é responsável por mais de 70% das vendas ao longo de todo o período.

É, também, digna de nota a queda da participação percentual e o crescimento negativo do grupo das associações de hipnóticos/sedativos não barbitúricos (N-5 B 2); a queda nas vendas observada a partir de 1976 é, provavelmente, decorrente da proibição da comercialização de produtos que continham metaqualona.

Finalizando, cabe a observação de que a grande peculiaridade do mercado brasileiro de medicamentos psicotrópicos é o fato de que os "antidistônicos", igualmente existentes em outros países, podem ser adquiridos livremente sem a obrigatoriedade de apresentação de receita médica e sem se submeter aos rigores de nossa legislação sobre comercialização de medicamentos psicotrópicos. Ao que tudo indica, esta

particularidade traduz a convergência de interesses de médicos, pacientes, farmacêuticos e indústria farmacêutica como aponta MULLER⁴⁵. É possível que o maior beneficiário deste estado de coisas seja a indústria farmacêutica e que o prejuízo, a curto prazo, recaia sobre o consumidor e a longo prazo, sobre a sociedade.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Os objetivos deste trabalho são:

- a) determinar a prevalência mínima do consumo de me
dicamentos psicotrópicos no período de um ano pela população
de 16 ou mais anos de idade residente no Distrito de São Paulo;
- b) determinar a incidência e prevalência nos 30 dias
que antecederam a entrevista do consumo de medicamentos psico
trópicos pela população de 16 ou mais anos de idade residente
no Distrito de São Paulo;
- c) analisar os padrões de consumo de medicamentos
psicotrópicos bem como os motivos para seu uso, as fontes de
indicação e os principais tipos de medicamentos consumidos;
- d) descrever algumas características sócio-demografi
cas dos indivíduos consumidores de psicotrópicos (idade, sexo,
estado civil, grau de instrução e condições de habitação) e
compará-las às dos indivíduos que não consomem estes medicamen
tos.

O trabalho tem um caráter eminentemente
descritivo buscando uma primeira abordagem do problema do con
sumo de medicamentos psicotrópicos. A pesquisa de variáveis re
lacionadas a ele viu-se, de alguma forma, limitada pelas carac
terísticas de um inquérito epidemiológico domiciliar onde se
contou com informantes-chave em cada unidade familiar; portan
to, admitimos que o trabalho não esgota a observação dos di
versos fatores intervenientes.

A análise que é feita sobre a associação
entre consumo de psicotrópicos e algumas variáveis tem caráter
de formulação de hipóteses explicativas que poderão ser subme

tidas a comprovação posteriormente.

3. MATERIAL E MÉTODO

3. MATERIAL E MÉTODO

Os dados para a elaboração deste trabalho foram, em parte, obtidos daqueles resultantes do "Estudo dos Transtornos Mentais e suas Características no Distrito de São Paulo" (daqui para diante referido como "Estudo"). Assim, diversos aspectos da amostragem e do levantamento de dados são comuns àquela pesquisa e já haviam sido estabelecidos de ante mão. Desta forma, torna-se compulsório descrever a maior par te da metodologia empregada no "Estudo"* para compreensão e de se nv olv ime nto deste trabalho.

3.1. AMOSTRA

O universo amostral do "Estudo" foi consti tuido pela população de dois ou mais anos de idade residente nos 48 sub-distritos que compõem o Distrito de São Paulo (Anexo 2).

A amostra foi determinada por um processo de amostragem estratificada por partilha proporcional segundo o número de domicílios de cada sub-distrito**. Com o objetivo de atingir 3.000 domicílios foram sorteados 3.381 endereços, esti mando-se, a priori, que cerca de 10% deles corresponderiam a casas não incluíveis na amostra (endereços não localizados, ende re ços não residenciais e domicílios vazios).

Todo o processo de amostragem foi realiza do em duas etapas sucessivas, cada uma delas cobrindo integral

* Este estudo ainda se encontra em fase de análise de resulta dos e não tem nenhuma de suas partes publicada .

** O trabalho de amostragem foi realizado pelo Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob orientação da Dra. Eunice Pinho de Castro Silva.

mente o Distrito de São Paulo. Na primeira etapa foram sorteados 1.617 endereços e na segunda etapa, 1.764 endereços. Esta característica do processo de amostragem foi, certamente, um fator que possibilitou a realização deste trabalho, na medida em que, mesmo após o início do inquérito tornou viável a utilização de uma amostra que abrangesse todo o Distrito de São Paulo.

Neste trabalho a unidade amostral referiu-se a todo indivíduo de 16 ou mais anos de idade residente no domicílio visitado, exceto na análise das condições de habitação, onde a unidade amostral considerada foi a família. Os empregados domésticos e os membros da família temporariamente ausentes foram considerados residentes.

Dos 1.764 endereços utilizados, 90 (5,1%) correspondiam a endereços comerciais, 67 (3,8%) a domicílios vagos e 52 (2,9%) não foram localizados. Restaram, portanto, 1.521 domicílios incluíveis na amostra.

3.2. LEVANTAMENTO DE DADOS

O "Estudo" foi realizado em quatro etapas, a saber:

- a) "fase de rastreamento" - inquérito domiciliar visando à obtenção de dados sobre a composição familiar, estado geral de saúde dos membros da unidade familiar e o estado da saúde mental;
- b) "avaliação da entrevista de rastreamento" - visou à formulação de um "diagnóstico presuntivo" da presença de transtorno mental em cada indivíduo da amostra;
- c) "fase de confirmação" - inquérito domiciliar

(re-visitação domiciliar) com o objetivo de colher dados médicos que permitissem a confirmação e caracterização do transtorno mental presumido, e realizada sobre uma amostra de 480 indivíduos considerados "doentes" e 120 indivíduos considerados "não-doentes" na fase b);

d) "análise e avaliação da entrevista de confirmação" - visou à confirmação da suspeita anteriormente formulada e, quando fosse o caso, à classificação diagnóstica do transtorno mental.

Este trabalho utilizou parte das informações obtidas nas fases (a) e (b). portanto, daqui para diante, omitimos o detalhamento das fases (c) e (d).

As informações pertinentes ao consumo de medicamentos psicotrópicos foram obtidas durante a "fase de rastreamento" através de um conjunto de questões introduzidas a partir de julho de 1976 até abril de 1978.

3.2.1. FASE DE RASTREAMENTO

A fase de rastreamento foi realizada através de inquérito domiciliar empregando-se um roteiro de entrevista aberta (Anexo 3) aplicado por assistentes sociais e psicólogos que receberam treinamento específico sobre os objetivos do levantamento, maneira de apresentação dos objetivos ao entrevistado e noções de psicopatologia.

O roteiro da entrevista foi pré-testado em abril de 1975. As informações solicitadas referiam-se ao período de 12 meses que antecedeu a data da realização da entrevista. Se bem se tratasse de uma entrevista aberta ela continha perguntas obrigatórias sobre diversos aspectos que foram consi

derados como prováveis indicadores da presença de transtornos mentais.

Os entrevistados deviam ser todos os mem bros da família maiores de 18 anos encontrados no domicílio no momento da entrevista. Eles deviam prestar informações so bre si mesmos e sobre os membros momentaneamente ausentes. Os empregados domésticos podiam ser o informante-chave caso est ivessem residindo com a família há, pelo menos, 1 ano. A entre vista devia se desenrolar em clima ameno e livre; os entrevis tadores foram orientados a anotar todas as informações trazidas sobre o relacionamento inter-pessoal dos membros da família, mesmo que não tivessem sido solicitadas em alguma das questões. Desta forma, a entrevista se enriquecia com citações textuais e opiniões do entrevistado. O entrevistador era livre para fa zer observações pessoais sobre o comportamento do entrevista do, desde que, expressasse claramente que se tratava de sua o pinião.

Para o levantamento sobre o consumo de me dicamentos psicotrópicos, os entrevistadores foram treinados para aplicar, em aditamento ao roteiro de entrevista domiciliar, um questionário específico sobre o consumo de psicotrópicos (Anexo 4) sempre que o entrevistado referisse o uso de "medica mentos para nervos" nos últimos doze meses. Dado que o entre vistado e o entrevistador não possuíam condições de distinguir sempre quais medicamentos efetivamente continham substâncias psicotrópicas, os entrevistadores foram orientados a preencher o questionário sempre que se referisse que um dado medicamento fora utilizado "para os nervos", "para dormir", "para acalmar" ou expressão semelhante.

Além desta informação, o entrevistador ob teve dados sobre os motivos, a frequência e as doses em que e

ram utilizados os medicamentos, as fontes de indicação e obtenção e a opinião do entrevistado sobre a necessidade da posse de uma receita médica para a aquisição dos mesmos em farmácias.

3.2.2. AVALIAÇÃO DA ENTREVISTA DE RASTREAMENTO

A seguir, esta entrevista de rastreamento foi analisada separadamente por dois médicos psiquiatras, os quais, com base nas informações ali contidas fizeram um "diagnóstico presuntivo" da presença de transtorno mental sobre cada membro da unidade familiar. Para este "diagnóstico" o médico podia lançar mão de quatro valores de score assim definidos:

score 0 - com base no conjunto das informações colhidas não há quaisquer elementos que levem à suspeita da presença de um transtorno mental;

score 1 - com base no conjunto das informações colhidas não há suspeita da presença de transtorno mental, embora algum elemento isoladamente se refira a um desequilíbrio no desempenho do aparelho psíquico;

score 2 - com base no conjunto das informações colhidas há elementos para suspeitar da presença de um transtorno mental, embora não se possa afirmar com certeza que este transtorno exista;

score 3 - com base no conjunto das informações colhidas há elementos para afirmar que se está diante de um caso de transtorno mental.

É importante observar que este critério de valoração referiu-se, exclusivamente, ao grau de certeza que o médico tinha ao afirmar seu "diagnóstico" e não levou em con

sideração a gravidade do transtorno mental em pauta. Assim, por exemplo, tanto um caso de psicose de tipo esquizofrênico em fase aguda como um moderado estado depressivo-ansioso situacional e transitório poderiam receber o score 3 se o médico tivesse um adequado grau de certeza em seu diagnóstico. Da mesma forma - e obedecendo o critério de prevalência em um ano - um indivíduo que referisse ter recebido diagnóstico de alcoolismo há dois ou três anos e que se encontrasse bem adaptado e livre do hábito no último ano, recebeu o score 0.

Os indivíduos que receberam score 0 ou 1 foram considerados "não doentes" e aqueles que receberam score 2 ou 3 foram considerados "doentes". Sempre que houvesse discordância entre os dois médicos (isto é, quando os scores não fossem 0-0, 0-1, 2-2 ou 2-3) as entrevistas eram remetidas a um terceiro médico-psiquiatra, o qual, separadamente e desenhando as opiniões dos médicos que o precederam, procedia a nova análise e dava sua valoração obedecendo aos mesmos critérios e fornecendo, desta maneira, o "voto de Minerva".

As informações sobre o consumo de medicamentos psicotrópicos foram analisadas separadamente pelo autor. Através dos dados coletados foi possível, na maioria dos casos, caracterizar o tipo de medicamento utilizado e o tipo de controle de venda a que estava submetido, a frequência e as doses em que fora utilizado, os motivos para o uso e as fontes de medicação.

3.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para o cálculo dos índices de prevalência e incidência foram utilizados coeficientes por 1.000 habitantes.

Na análise das variáveis sócio-demográficas utilizamos o modelo dos estudos de tipo caso-controle onde a

população de consumidores de medicamentos psicotrópicos foi considerada o grupo-caso e a população de não consumidores foi considerada o grupo-controle.

3.3.1. ANÁLISE DO TIPO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Na análise do tipo de medicamentos psicotrópicos consumidos foram considerados aqueles medicamentos que contivessem substâncias predominantemente psicotrópicas os quais foram enquadrados em uma das seguintes categorias consagradas:

A- Neurolépticos

A.1 - neuroléptico puro

A.2 - neuroléptico em associação em dosagem ansiolítica ("antidistônico")

B- Antidepressivos

B.1 - antidepressivos puros

B.2 - antidepressivos em associação

C- Barbitúricos Anticomiciais

C.1 - barbitúrico puro

C.2 - barbitúrico em associação

D- Tranquilizantes menores (ansiolíticos) derivados da benzodiazepina

D.1 - benzodiazepínico puro

D.2 - Benzodiazepínico em associação ("antidistônico")

D.9 - benzodiazepínico - sem outra indicação

E- Tranquilizantes menores (ansiolíticos) não derivados da benzodiazepina

E.1 - não benzodiazepínico puro

E.2 - não benzodiazepínico em associação ("antidistônicos")

E.9 - não benzodiazepínico - sem outra indicação

F- Hipnóticos benzodiazepínicos

F.1 - hipnótico benzodiazepínico puro

F.2 - hipnótico benzodiazepínico em associação ("hipnótico antidistônico")

G- Sedativos (venda livre)

G.1 - sedativos à base de barbitúricos

G.2 - sedativos à base de extratos vegetais

G.3 - sedativos à base de associações de barbitúricos com extratos de vegetais

Observa-se que esta classificação não inclui medicamentos contendo derivados anfetamínicos e que são comumente utilizados para inibição do apetite. Tampouco, foram incluídos medicamentos anticomiciais que não contivessem barbitúricos.

De outro lado, vimo-nos compelidos a abrigar nesta classificação, para efeito de apuração de resultados, as categorias de "nome ignorado" e "classificação inconclusiva" dado que um número significativo de entrevistados não soube declinar o nome correto do medicamento utilizado.

3.3.2. ANÁLISE DOS PADRÕES DE CONSUMO

Sendo, em grande número, medicamentos sintomáticos é de se admitir que os psicotrópicos não sejam sempre utilizados de forma regular, isto é, com intervalos e doses constantes. Pode se encontrar três padrões característicos de consumo de psicotrópicos:

- A - regular:- quando o medicamento é utilizado com intervalos e doses constantes. Em geral, os intervalos variam de 1 a 3 tomadas diárias e as doses, muito variáveis de caso para caso, são pré-fixadas. O padrão regular de consumo é o mais frequentemente encontrado quando o tratamento é feito sob orientação médica, mas, também, é largamente observado quando da auto-medicação. Outrossim, está associado aos tratamentos com neurolépticos, antidepressivos e anticomiciais, isto é, de forma geral, aqueles medicamentos que não visam ao alívio imediato da ansiedade;
- B - esporádico:- caracteriza-se pela inconstância no intervalo das tomadas; a dose de cada tomada pode ser fixa ou variada. É o padrão de consumo mais caracteristicamente encontrado quando se objetiva exclusivamente o alívio sintomático da ansiedade. É frequentemente associado à auto-medicação e, mais raramente, aos tratamentos sob supervisão médica. Os intervalos entre as tomadas são muito variados podendo ir de 2-3 dias até 1-2 meses; em geral, estes intervalos se situam na faixa de 7 dias. O motivo que leva o usuário

esporádico a tomar o medicamento é, quase sempre, o alívio imediato da ansiedade para permitir maior bem-estar e/ou induzir o sono.

C - episódico:- a nosso ver, existe um padrão de consumo episódico que frequentemente tem sido confundido com o esporádico e nele incluído. O padrão episódico tem como característica a tomada em intervalos regulares por poucos dias associada a episódios de conteúdo desagradável, como, por exemplo, o luto, uma separação, o período que antecede um exame ou uma cirurgia ou o período de tensão pré-menstrual. Ele não pode ser considerado regular porque o período de consumo é muito curto e não deve ser confundido com o esporádico porque estas situações desencadeantes não tendem a ser repetitivas (exceto nos casos de tensão pré-menstrual).

Alguns autores consideram que se deve observar um período mínimo de 30 dias de uso contínuo para caracterizar o padrão regular de consumo⁷. Neste trabalho consideramos como critério básico para definir o padrão regular, a intencionalidade do consumidor em usá-la regularmente; assim, mesmo que o uso tenha sido interrompido após alguns dias por motivos intervenientes, consideramos um padrão de uso regular sempre que o usuário tivesse, ao iniciar o consumo, demonstrado a intenção de fazê-lo em doses constantes e intervalos regulares.

3.4. APURAÇÃO DOS RESULTADOS

As informações obtidas no levantamento foram codificadas de acordo com os manuais apresentados nos Anexos 5 e 6; a seguir foram transcritas em cartões perfuráveis tipo IBM e processadas eletronicamente*.

3.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Foi realizado o teste de hipóteses de diferença das médias das idades das populações de usuários de psicotrôpicos (grupo caso) e não usuários (grupo controle) utilizando-se o teste t de Student para duas populações com médias supostamente diferentes e desvio padrão supostamente igual, com nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

No estudo da associação entre consumo de psicotrôpicos e diversas variáveis sócio-demográficas (sexo, estado civil, grau de instrução) foi utilizado o teste do qui quadrado com nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

Foi ainda utilizado o produto cruzado que nos introduz ao conceito de risco relativo na análise das relações entre consumo e grau de instrução. O intervalo de confiança do produto cruzado foi estabelecido para um nível de significância de 95%.

* O trabalho de processamento eletrônico foi gentilmente realizado pelo Centro de Informática de Bernardini S/A, Indústria e Comércio.

3.6. ESTIMATIVA DO ÍNDICE DE CORREÇÃO PARA INFORMAÇÕES IN-COMPLETAS

Dado que o inquérito abrangeu um período de 12 meses que antecedia a data da entrevista e que as informações não eram necessariamente prestadas pelo próprio usuário do medicamento, era esperado que em certo número de casos o informante não tivesse condições de recordar o nome do medicamento utilizado. Este fato pode colocar uma dúvida sobre a validade desta informação, isto é, se o entrevistado não dá o nome do medicamento utilizado, como julgar se se tratava de um medicamento psicotrópico ou não?

Simplemente desprezar-se as informações todas as vezes em que o entrevistado não soubesse o nome do medicamento poderia levar-nos a uma sub-estimativa dos índices de prevalência do consumo; e este erro poderia ser muito grande, a ponto de invalidar os resultados, na medida em que o inquérito abrangeu um período relativamente longo. Por outro lado, admitir que todas as informações "não sabe o nome" se referissem a medicamentos que efetivamente fossem psicotrópicos, poderia levar a uma super-estimativa dos índices de prevalência.

Por estas razões optamos pelo aproveitamento das informações em que o entrevistado não sabia o nome do medicamento, mas calculamos um índice de correção que permitisse estimar a magnitude do erro dos índices de prevalência. Este índice de correção foi calculado da seguinte maneira:

sabe o nome do medicamento mas o mesmo não é psicotr <u>ô</u> pico	=	não sabe o nome do medica <u>ç</u> mento e o mesmo supostamen <u>te</u> não é psicotr <u>ô</u> pico
número total de informações em que o entrevistado sabe o nome do medicamento		número total de informações em que o entrevistado não sabe o nome do medicamento

Este cálculo é possível porque sempre que é dado o nome do medicamento o pesquisador tem condições de julgar se ele se enquadra em algum dos grupos descritos no item 3.3.1..

O número total de medicamentos de nome conhecido encontrado foi 480 (há indivíduos que referiram ter tomado mais de um medicamento); deste total, 73, isto é, 15,2% correspondiam a medicamentos que não se enquadravam entre os psicotrôpicos. Portanto, estimamos que 19(15,2%) das 123 inforções incompletas ("não sabe o nome do medicamento") correspondem a medicamentos não psicotrôpicos.

De outro lado, 109 dos 452 indivíduos que referiam ter consumido psicotrôpicos não souberam declinar o nome do medicamento. Se aplicarmos aquele índice de correção, concluímos que há nos resultados uma super-estimativa de 17 consumidores (15,2% de 109) no total de 452, isto é, um erro de 3,8% para mais na estimativa da prevalência.

Outra possível fonte de erro da estimativa da verdadeira prevalência, e, desta vez, levando a uma sub-estimativa deste valor, é a omissão voluntária ou involuntária da informação. A omissão involuntária é bastante passível de acontecer devido à larga abrangência do período de observação (12 meses) e ao fato de as informações terem sido obtidas, indistintamente, do próprio consumidor ou de algum outro membro da família (o qual poderia ignorar o fato ou não rememorar-lo na

ocasião da entrevista); dadas as dificuldades metodológicas, este tipo de erro não foi medido. De outro lado, a omissão voluntária da informação, passível de controle prévio mas extremamente difícil de ser medida a posteriori, pode ocorrer sempre que o entrevistado tiver algum tipo de reserva frente ao entrevistador.

Acreditamos que os erros que levam à sub-estimativa do índice de prevalência possam ser ainda maiores do que o erro de 3,8% de super-estimativa. Por isso, admitimos que os resultados encontrados possam ser aceitos como a prevalência mínima do consumo de medicamentos psicotrópicos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 1.521 domicílios visitados e pertencentes à amostra a entrevista foi realizada em 1.345. Em 104 (6,8%) a pessoa que atendeu o entrevistador recusou-se a prestar informações; em 6 (0,4%) alegaram "falta de tempo" o que pôde ser equiparado a uma recusa; e em 57 (3,7%) não foi encontrado qualquer pessoa em casa em três tentativas realizadas em dias diferentes apesar de a casa dar mostras de ser habitada. Ainda, 21 entrevistas realizadas foram inadvertidamente extravias.

Nas 1.345 famílias computadas foram obtidas informações a respeito de 3.690 indivíduos de 16 ou mais anos de idade, sendo 1.729 homens e 1.961 mulheres. A Tabela 5 mostra a distribuição desta população por idade e sexo.

Em 369 famílias (27,4% do total) foram encontrados 451 indivíduos (12,2% do total) que consumiram medicamentos psicotrópicos no período de 12 meses que antecedeu a data da entrevista, sendo 131 do sexo masculino (29,0%) e 320 do sexo feminino (71,0%) (Tabela 6).

4.1. PREVALÊNCIA EM UM ANO DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Com base na distribuição por idade e sexo da população amostral e dos usuários de psicotrópicos podemos elaborar coeficientes de prevalência em um ano do consumo de medicamentos psicotrópicos pela população de 16 ou mais anos de idade residente no Distrito de São Paulo para o período de julho de 1976 a abril de 1978 (Tabela 7 e Figura 6).

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO AMOSTRAL POR IDADE E SEXO NO
DISTRITO DE SÃO PAULO, 1976 - 1978.

CLASSES DE IDADE EM ANOS COMPLETOS	SEXO			
		MASCULINO	FEMININO	TOTAL
16 ————— 25		466	533	999
25 ————— 35		441	473	914
35 ————— 45		316	368	684
45 ————— 55		258	275	533
55 ————— 65		140	194	334
65 ————— 75		81	79	160
75 e mais		26	36	62
Não informa		1	3	4
T O T A L		1.729	1.961	3.690

FONTE: Levantamento de dados.

NOTA: Todas as Tabelas que seguem referem-se a população do Distrito de São Paulo nos anos de 1976 a 1978.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE USUÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS
POR SEXO E IDADE.

CLASSES DE IDADE EM ANOS	SEXO			TOTAL
		MASCULINO	FEMININO	
16 — 25		24	52	76
25 — 35		28	61	89
35 — 45		25	81	106
45 — 55		27	56	83
55 — 65		14	46	60
65 — 75		8	18	26
75 e mais		5	6	11
Não informa		-	-	-
T O T A L		131	320	451

FONTE: Levantamento de dados.

TABELA 7 - COEFICIENTE DE CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS POR 1.000 HABITANTES POR SEXO E IDADE.

CLASSES DE IDADE \ SEXO	SEXO		
	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
16 —— 25	51,5	97,6	76,1
25 —— 35	63,5	129,0	97,4
35 —— 45	79,1	220,1	155,0
45 —— 55	104,6	203,6	155,7
55 —— 65	100,0	237,1	179,6
65 —— 75	98,8	227,8	162,5
75 e mais	192,3	166,7	177,4
T O T A L	75,7	163,2	122,2

FONTE: Levantamento de dados.

FIGURA 6 - VARIAÇÃO DOS COEFICIENTES DE CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS SEGUNDO IDADE E SEXO PELA POPULAÇÃO DO DISTRITO DE SÃO PAULO, 1976 - 1978.

FONTE: Levantamento de dados.

Os resultados obtidos concordam em grande parte com aqueles encontrados por BALTER et al²² em 1971 para nove países europeus. O coeficiente de prevalência de consumo de 122,2/1.000 habitantes (75,7/1.000 para homens e 163,2/1.000 mulheres) é, sem dúvida, elevado e deve situar-se entre os mais altos para os diversos grupos de medicamentos comercializados em nosso meio.

Chama a atenção o fato de o consumo entre as mulheres ser sempre maior do que entre os homens, exceto para a faixa etária de 75 ou mais anos, quando, praticamente, se equiparam. Entre as mulheres de 35 a 75 anos ele mantém-se sempre acima dos 200/1.000 habitantes enquanto que, para os homens, atinge valores próximos a 100/1.000 habitantes somente a partir dos 45 anos de idade. No total, há uma relação de 2,44 mulheres para cada homem que consome este tipo de medicamentos.

A súbita queda observada na prevalência do consumo entre mulheres de 75 ou mais anos de idade é, possivelmente, casual e devida à pequena dimensão da amostra para esta faixa etária.

Esta marcante e constante diferença nos níveis de consumo entre os dois sexos concorda com o que tem sido observado seguidamente em diversos países^{22,24,26,27,33}. A atitude das mulheres frente aos medicamentos psicotrópicos é mais permissiva²⁹; de outro lado, a crença de que o apelo ao psicotrópico é um sinal de fraqueza³⁰ e a maior possibilidade de que tem de recorrer a outras formas de alívio da ansiedade, como o álcool, por exemplo, podem responder pelo menor consumo pelo sexo masculino.

Cabe interrogar se a suposta atitude negativa do sexo masculino frente ao uso de medicamentos psicotrópicos não seria responsável por uma sonegação de informações

ao entrevistador. Contudo, a metodologia empregada neste trabalho - o informante foi o membro da família localizado em casa no momento da entrevista e não, necessariamente, o indiviúduo objeto das informações - vem, casualmente, contribuir para reduzir a influência deste possível fator de erro, pois em pelo menos 921 (68,5%) das famílias entrevistadas o informante era do sexo feminino e podemos raciocinar que elas teriam menor tendência a sonegar a informação do uso destes medicamentos pelos membros masculinos da família.

4.2. INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS EM 30 DIAS

O tipo de entrevista empregada permitiu-nos detectar os novos usuários de medicamentos psicotrópicos no período de 30 dias que antecedeu a data da entrevista. A Tabela 8 mostra a distribuição destes indivíduos por sexo e idade; com base na distribuição da população amostral obtivemos o coeficiente de incidência do consumo de medicamentos psicotrópicos em 30 dias de 7,6/1.000 habitantes. Ainda aqui se repete a predominância do sexo feminino (9,2/1.000 habitantes) sobre o sexo masculino (5,8/1.000 habitantes). A pequena magnitude dos números não recomenda o cálculo deste coeficiente nas diversas faixas etárias.

Foi, também, possível detectar 313 indiviúduos que nos 30 dias que antecederam a entrevista, fizeram uso de algum medicamento psicotrópico o que nos dá um coeficiente de prevalência no mês de 84,8/1.000 habitantes (não foi feita a distribuição por idade e sexo).

Estes dados padecem de impossibilidade de comparação no momento, posto que em todos os trabalhos consulta

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS NOVOS USUÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS (ÚLTIMOS 30 DIAS) POR IDADE E SEXO.

CLASSES DE IDADE EM ANOS	SEXO			
		MASCULINO	FEMININO	TOTAL
16 ———— 25		-	4	4
25 ———— 35		3	3	6
35 ———— 45		-	6	6
45 ———— 55		2	4	6
55 ———— 65		3	1	4
65 ———— 75		1	-	1
75 e mais		1	-	1
T O T A L		10	18	28
COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA POR 1.000 HABITANTES		5,8	9,2	7,6

FONTE: Levantamento de dados.

tados os autores não se preocuparam em medir a incidência e prevalência no mês, restringindo-se à medida da prevalência em um ano. De qualquer forma, nota-se que a prevalência ainda conserva valores elevados quando medida no espaço de 30 dias, a relação entre a prevalência no último ano e a prevalência no último mês é 0,69. Por outro lado, a relação entre a incidência e a prevalência no último mês é igual a 0,08. Isto vem indicar que o consumo destes medicamentos deve se dar por espaço de tempo relativamente longo.

4.3. DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Utilizando-se do agrupamento dos sub-distritos de São Paulo em 6 áreas homogêneas, conforme o proposto pela Secretaria de Economia e Planejamento⁵⁶, calculamos os coeficientes de prevalência de consumo de medicamentos psicotrópicos para estas 6 áreas separadamente. A Tabela 9 apresenta os valores encontrados em cada uma das áreas.

Cumprе salientar que o critério utilizado para o agrupamento em áreas homogêneas leva em consideração as seguintes variáveis⁵⁶: renda familiar, saneamento básico, densidade demográfica, crescimento populacional, uso residencial do solo urbano e mortalidade proporcional. A numeração das áreas se dá em ordem **decrecente** de qualidade de vida.

Observa-se uma tendência decrecente dos coeficientes de prevalência de consumo da área 1 para a área 6. Reagrupando-se as 6 áreas, verifica-se que a prevalência de consumo nas Áreas 1, 2 e 3 é 62% superior à prevalência das Áreas 4, 5 e 6.

TABELA 9 - PREVALÊNCIA EM UM ANO DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NO DISTRITO DE SÃO PAULO, SEGUNDO A DISTRIBUIÇÃO DOS SUB-DISTRITOS EM ÁREAS HOMOGÊNEAS, 1976 - 1978.

ÁREAS HOMOGÊNEAS	NÚMERO DE USUÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS	POPULAÇÃO AMOSTRAL	COEFICIENTE DE PREVALÊNCIA DE CONSUMO POR 1.000 HABITANTES
ÁREA 1 - Jardim América, Jardim Paulista, Indianópolis, Perdizes, Pinheiros, Vila Madalena, Cambuci.	48	290	165,5
ÁREA 2 - Cerqueira Cezar, Santa Cecília, Aclimação, Bela Vista, Liberdade, Alto da Móoca.	55	311	176,8
ÁREA 3 - Consolação, Vila Mariana, Bom Retiro, Belenzinho, Barra Funda, Santa Efigênia, Móoca, Pari, Sé, Brás.	46	259	177,6
ÁREA 4 - Ibirapuera, Lapa, Saúde, Santana, Tatuapé, Ipiranga.	101	910	111,0
ÁREA 5 - Butantã, Casa Verde, Penha de França, Tucuruvi, Vila Maria, Limão, Vila Formosa, Vila Matilde, Jabaquara, Vila Prudente, Vila Jaguara, Nossa Senhora do Ó, Cangaíba, Vila Guilherme	139	1356	102,5
ÁREA 6 - Santo Amaro, Pirituba, Capela do Socorro, Vila Nova Cachoeirinha, Brasilândia	62	564	109,9

FONTE: Levantamento de dados.

Estas diferenças possivelmente se devem a um maior acesso aos recursos médicos por parte da população residente nas áreas de melhor qualidade de vida, mas não se pode, através destes dados, fazer qualquer inferência a respeito do nível de stress nas populações das diversas áreas geográficas.

4.4. PADRÕES DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

As Tabelas 10 e 11 mostram a distribuição dos 451 usuários de psicotrópicos detectados no levantamento segundo o padrão de consumo observado nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, respectivamente.

Os resultados se assemelham e mostram uma larga predominância do padrão regular de consumo que responde por mais da metade dos casos. O padrão esporádico de consumo com 38,1% e 42,5% tem magnitude expressiva e, como veremos a diante na análise das fontes de indicação, é provável que este ja largamente associado a tratamentos sob orientação médica. Os baixos valores encontrados para o padrão episódico (4,4% e 1,0%) estão de acordo com a sua característica principal, isto é, eventos episódicos e não repetitivos.

No estudo multi-nacional coordenado por BALTER, LEVINE e MANHEIMER²² em nove países europeus, os valores encontrados para o padrão regular de consumo variaram de 30,0% a 64,0% não tendo se observado diferenças significativas entre os sexos. Como sugerem aqueles autores, o padrão regular é bem mais significativo como critério de estimativa da exten são da prevalência do consumo de medicamentos psicotrópicos pela população do que "a mera tomada de uma droga por uns pou

TABELA 10 - PADRÕES DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS
PSICOTRÓPICOS OBSERVADOS ENTRE OS
USUÁRIOS NOS ÚLTIMOS DOZE MESES.

PADRÃO DE CONSUMO	USUÁRIOS	
	F	%
Episódico	20	4,4
Esporádico	172	38,1
Regular	253	56,1
Inconclusivo	6	1,3
T O T A L	451	99,9

FONTE: Levantamento de dados.

TABELA 11 - PADRÕES DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS
PSICOTRÓPICOS OBSERVADOS ENTRE OS
USUÁRIOS NOS ÚLTIMOS 30 DIAS.

PADRÃO DE CONSUMO	USUÁRIOS	
	F	%
Episódico	3	1,0
Esporádico	133	42,5
Regular	171	54,6
Inconclusivo	6	1,9
T O T A L	313	100,0

FONTE: Levantamento de dados.

cos dias em alguma época do ano". Acreditamos que a distinção feita entre os padrões episódico e esporádico ajuda a compreender melhor o significado do padrão esporádico no compto geral da prevalência, pois exclui "a mera tomada de uma droga por uns poucos dias em alguma época do ano" (padrão episódico), deixando restar o contingente daqueles que usam psicotrôpicos com maior frequência e em maior quantidade durante o ano e que representam importante parcela de usuários. O usuário esporádico, apesar de menos "assíduo" do que o usuário regular parece ser bastante "fiel" ao medicamento, passando largos períodos de tempo em sua situação de consumidor enquanto um usuário regular pode cessar o consumo tão logo termine um tratamento médico. Assim sendo, um usuário esporádico que tome, por exemplo, um comprimido hipnótico a cada cinco dias em média terá tomado, ao cabo de um ano, tantas doses quantas tomou um indivíduo que fez uso regular durante dois meses e meio. Em termos gerais de consumo, estes dois indivíduos tem o mesmo peso.

A Tabela 12 ilustra as mudanças de situação do padrão de consumo dos 451 usuários observados. Verifica-se que de 231 indivíduos que referiram padrão regular de consumo nos últimos 11 meses continuavam a consumir regularmente nos últimos 30 dias, 2 (0,9%) mudaram para o padrão esporádico e 81 (35,1%) já haviam abandonado a medicação. Outrossim, dos 166 que referiram padrão esporádico de consumo, 125 (75,3%) ainda se utilizaram esporadicamente do medicamento nos últimos 30 dias e 40 (24,1%) não se utilizaram dele. Note-se que, dentre estes últimos, uns efetivamente devem ter deixado de ser usuários e outros simplesmente não tomaram porque seu intervalo entre tomadas deve ter sido maior do que 30 dias.

TABELA 12 - VARIAÇÕES OBSERVADAS NOS PADRÕES DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NO PERÍODO DE UM ANO.

CONSUMO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS \ CONSUMO NOS ÚLTIMOS 11 MESES	NÃO USOU ANTES DOS ÚLTIMOS 30 DIAS	EPISÓDICO	ESPORÁDICO	REGULAR	INCONCLUSIVO	TOTAL
Não usou	-	17	40	81	-	138
Episódico	-	3	-	-	-	3
Esporádico	6	-	125	2	-	133
Regular	22	-	1	148	-	171
Inconclusivo	-	-	-	-	6	6
T O T A L	28	20	166	231	6	451

FONTE: Levantamento de dados.

4.5. TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS

À entrevista pediu-se ao entrevistado que declinasse o nome de todos os medicamentos psicotrópicos utilizados quer simultaneamente, quer sucessivamente durante o ano precedente. Dos 451 indivíduos, 388(86,0%) referiram ter utilizado um só medicamento, 48(10,6%) referiram dois medicamentos e 15(3,3%) referiram três medicamentos usados simultaneamente ou sucessivamente. Desta forma, foram referidos 530 produtos, dos quais 123 de nome ignorado; como argumentado no item 3.6., admitimos que 19 deles não sejam psicotrópicos; para os 104 restantes vamos admitir que sua distribuição seja igual àquela dos 407 produtos de nome conhecido.

O Quadro 2 mostra a distribuição dos produtos de nome conhecido, de acordo com as categorias descritas no item 3.3.1..

Observa-se uma predominância evidente dos derivados da benzodiazepina que sozinhos respondem por 72,8% do consumo. Os neurolépticos puros (A1), os antidepressivos (B) e os barbitúricos anticomiciais (C), em geral associados a tratamentos sob estrita orientação médica, e sem o objetivo de alívio imediato da ansiedade, respondem por, somente, 12,4% do total de produtos consumidos. Por outro lado, os neurolépticos em associação (antidistônicos), os ansiolíticos (D,E), sedativos (G) e hipnóticos (F) indicados, em geral, para alívio sintomático são responsáveis por 86,55% do total do consumo.

Estes últimos são, frequentemente utilizados sob a forma de produtos livres de controle de receituário (antidistônicos, sedativos) cuja aquisição é bastante facilitada. A Tabela 13 mostra que, pelo menos, 62,6% deles são destinados de qualquer tipo de controle para sua aquisição. São os sedativos à base de barbitúricos e/ou extratos de vegetais e

QUADRO 2 - TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS PELA POPULAÇÃO DO DISTRITO DE SÃO PAULO, 1976 - 1978.

TIPO DE PRODUTO	Nº DE VEZES EM QUE É REFERIDO	PORCENTAGEM SOBRE O TOTAL
A- NEUROLÉPTICOS	24	5,9
A1- Neuroléptico puro	12	2,95
A2- Neuroléptico em associação ("antidistônico")	12	2,95
B- ANTIDEPRESSIVOS	5	1,2
B1- Antidepressivo puro	2	0,5
B2- Antidepressivo em associação	3	0,7
C- BARBITÚRICOS ANTICOMICIAIS	34	8,3
C1- Barbitúricos puros	16	3,9
C2- Barbitúricos em associação	18	4,4
D- TRANQUILIZANTES MENORES DERIVADOS DA BENZODIAZEPINA	277	68,1
D1- Benzodiazepínico puro	72	17,7
D2- Benzodiazepínico em associação ("antidistônico")	168	41,3
D9- Benzodiazepínico - SOI	37	9,1
E- TRANQUILIZANTES MENORES NÃO DERIVADOS DA BENZODIAZEPINA	2	0,5
E1- Não benzodiazepínico puro	1	0,25
E2- Não benzodiazepínico em associação ("antidistônico")	-	-
E9- Não benzodiazepínico - SOI	1	0,25
F- HIPNÓTICOS BENZODIAZEPÍNICOS	19	4,7
F1- Hipnótico benzodiazepínico puro	16	3,9
F2- Hipnótico benzodiazepínico em associação ("antidistônico")	3	0,7
G- SEDATIVOS	42	10,3
G1- À base de barbitúricos	1	0,25
G2- À base de extratos vegetais	8	2,0
G3- À base de associações de barbitúricos com extratos vegetais	33	8,1
H- CLASSIFICAÇÃO INCONCLUSIVA	4	1,0
T O T A L	407	100,0

FONTE: Levantamento de dados.

os "antidistônicos" à base de haloperidol em baixa dosagem ou benzodiazepínicos em dosagens convencionais.

TABELA 13 - FORMA DE AQUISIÇÃO DE ANSIOLÍTICOS, SEDATIVOS E HIPNÓTICOS NÃO BARBITÚRICOS UTILIZADOS PELA POPULAÇÃO DO DISTRITO DE SÃO PAULO, 1976 - 1978.

FORMA DE AQUISIÇÃO	NÚMERO DE PRODUTOS REFERIDOS	PORCENTAGEM SOBRE O TOTAL
Com controle de <u>receituário</u> (D1, E1, F1)	89	26,2
Sem controle de <u>receituário</u> (D2, E2, F2, G)	213	62,6
Inconclusivo	38	11,2
T O T A L	340	100,0

FONTE: Levantamento de dados.

A preferência pelos produtos livres de controle de receituário existe - como veremos adiante - não só por parte dos que se auto-medecam mas, também, por parte dos médicos clínicos gerais.

BLACKWELL²³ em 1973 constatava que 51% dos medicamentos psicotrópicos vendidos nos EUA eram ansiolíticos derivados da benzodiazepina, essencialmente o clorodiazepóxido e o diazepam; 12,8% eram neurolépticos e 14% antidepressivos.

PARRY et al³³ apontam que os tranquilizantes menores correspondem à grande maioria dos medicamentos consumidos pelos adultos nos EUA e que, o seu consumo entre as mulheres, bastante elevado, pode ser apontado como o responsável pelas maiores taxas de prevalência de consumo de todos os

psicotrôpicos entre mulheres do que entre homens. MELLINGER et al²⁴ também apontam a predominância dos tranquilizantes menores e seu maior uso entre as mulheres mostrando que elas os consomem 1,5 mais vezes do que os homens.

Cabe uma referência particular ao volume de consumo dos produtos comercialmente conhecidos como "antidistônicos"; trata-se, como vimos, de uma forma disfarçada de colocação no mercado de derivados benzodiazepínicos que, originalmente, deveriam estar sujeitos a controle de venda. Pois bem, vemos que eles correspondem a, pelo menos, 42,0% (categorias D2 e F2) de todos os produtos consumidos ou, ainda, a 57,8% do total do consumo de benzodiazepínicos; estes valores concordam de maneira marcante com aqueles apresentados na Tabela 4 (pág.60).

De outro lado, é de se supor que em diferentes grupos etários se encontrem diferenças com relação ao tipo de medicamento consumido. A Tabela 14 mostra que os neurolépticos e anticomiciais são usados com maior frequência pelos indivíduos mais jovens enquanto os hipnóticos e sedativos são mais usados pelos indivíduos mais velhos. Observa-se, também, nos três grupos etários um consumo crescente dos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos (78,8%, 89,8% e 90,6%), não havendo diferença significativa entre os dois grupos mais velhos.

Pela Tabela 15 podemos verificar que, dentre os medicamentos de aquisição livre, o grupo de 55 e mais anos de idade consome com maior frequência os sedativos à base de barbitúricos e extratos vegetais, enquanto os dois grupos mais jovens dão preferência aos psicofármacos modernos. Estes valores parecem refletir diferentes atitudes entre os grupos etários. Recorde-se que os benzodiazepínicos foram introduzidos no mercado brasileiro a partir de 1965 e que, até

TABELA 14 - TIPOS DE MEDICAMENTOS USADOS SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO DOS CONSUMIDORES

TIPO DE MEDICAMENTO	GRUPO DE IDADE		16 ----- 35anos		35 ----- 55anos		55 e mais	
			F	%	F	%	F	%
Neurolépticos			6	4,5	5	3,4	1	1,2
Antidepressivos			3	2,3	1	0,7	1	1,2
Anticomiciais			19	14,4	9	6,1	6	7,0
Ansiolíticos (com controle)			24	18,2	27	18,4	22	25,6
Hipnóticos			4	3,0	6	4,1	6	7,0
"Antidistônicos"			64	48,5	84	57,1	35	40,7
Sedativos			12	9,1	15	10,2	15	17,4
T O T A L			132	100,0	147	100,0	86	100,0

FONTE: Levantamento de dados.

OBS: Não estão incluídos os grupos D9, E9 e H.

então, os barbitúricos e extratos vegetais gozavam de boa aceitação por parte de médicos e pacientes.

TABELA 15 - CONSUMO DE "ANTIDISTÔNICOS" E SEDATIVOS SEGUNDO A IDADE DOS CONSUMIDORES.

TIPO DE MEDICAMENTO		"ANTIDISTÔNICO"		SEDATIVOS		TOTAL	
CLASSE DE IDADE		F	%	F	%	F	%
16	35	64	84,2	12	15,8	76	100,0
35	55	84	84,9	15	15,1	99	100,0
55 e mais		35	70,0	15	30,0	50	100,0

FONTE: Levantamento de dados.

4.6. MOTIVOS PARA O USO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÔPICOS

A Tabela 16 mostra a distribuição dos 451 usuários de psicotrôpicos segundo o motivo alegado para o uso do medicamento. Verifica-se que 382 pessoas (84,7%) consumiram os psicotrôpicos por apresentarem queixas psíquicas ou queixas somáticas de presumível etiologia psíquica. Por ordem de frequência seguem-se os quadros neurológicos (4,2%), cardiocirculatórios (3,5%), endocrinológicos (2,9%) e gastroenterológicos (1,3%). Cumpre salientar que o emprego associado a tratamentos endocrinológicos, se deu, na maior parte das vezes, aos tratamentos da menopausa.

Outrossim, a entrevista direta provavelmente explica a grande diferença entre os valores encontrados por nós e aqueles apresentados por BLACKWELL¹⁰; este autor refere

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS SEGUNDO O MOTIVO ALEGADO PARA O USO DO MEDICAMENTO.

M O T I V O	NÚMERO DE USUÁRIOS	PORCENTAGEM SOBRE O TOTAL
0 - Não informa	5	1,1
1 - Queixas psíquicas	371	82,3
2 - Queixas somáticas de presumível etiologia psíquica	11	2,4
3 - Associado a tratamento neurológico	19	4,2
4 - Associado a tratamento cardiológico	16	3,5
5 - Associado a tratamento endocrinológico	13	2,9
6 - Associado a tratamento gastroenterológico	6	1,3
7 - Associado a outros tratamentos médicos	9	2,0
8 - Inconclusivo	1	0,2
T O T A L	451	99,9

FONTE: Levantamento de dados.

que, nos Estados Unidos somente 30% das prescrições do diazepam são feitas para pacientes com transtornos mentais. Contudo, Blackwell se baseou exclusivamente na origem da receita médica para a sua estimativa e é possível que seus valores reflitam aquelas prescrições feitas somente por médicos psiquiatras.

4.7. FONTES DE INDICAÇÃO DO USO DOS MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Diante da possibilidade de livre aquisição de medicamentos psicotrópicos e da suposição de que a classe médica lança mão deles para o manejo das mais variadas situações de desconforto psicológico é de se supor que seu uso não esteja restrito ao médico especialista; em nosso meio onde a prática da auto-medicação é corrente acredita-se que uma parcela ponderável do consumo de medicamentos psicotrópicos se dê por iniciativa própria.

Na Tabela 17 observa-se que em 81,6% dos casos o uso da medicação se deveu a uma indicação médica; observa-se que os médicos psiquiatra e neurologista são responsáveis por uma proporção relativamente pequena das indicações (12,2% e 2,9% respectivamente) e que o clínico geral é o responsável por 57,4% de todas as indicações. Estes valores se aproximam, de alguma forma, àqueles apresentados por BLACKWELL¹⁰ que referiu somente 30% das prescrições de psicotrópicos provenientes de psiquiatras. Chama a atenção o valor relativamente alto - se considerarmos que estamos diante de um grupo de medicamentos que deveria ser sujeito a estrito controle - de consumidores que usaram a medicação por auto-indicação (10,2%), por indicação de parentes ou conhecidos (4,4%) ou por indicação

TABELA 17 - FONTES DE INDICAÇÃO PARA O USO DE MEDICAMENTOS PSI
COTRÓPICOS.

<div> <div></div> <div>NÚMERO DE CON- SUMIDORES</div> </div> <div> <div>FONTE DE INDICAÇÃO</div> <div></div> </div>	F	%
Não informa	5	1,1
Conta própria	46	10,2
Parente ou conhecido	20	4,4
"Farmacêutico"	12	2,7
Médicos	368	81,6
Psiquiatra	55	12,2
Neurologista	13	2,9
Cardiologista	15	3,3
Ortopedista	2	0,4
Clínico Geral	259	57,4
Outras especialidades	24	5,3
T O T A L	451	99,9

FONTE: Levantamento de dados.

do "farmacêutico" (2,7%), totalizando 17,3% dos casos.

A Tabela 18 revela que os medicamentos não puramente sintomáticos (neurolépticos, antidepressivos e anticomiciais) são de domínio quase exclusivo do receituário do psiquiatra, do neurologista e do clínico geral. É provável que a participação do clínico geral na prescrição de neurolépticos se deva à escassez de recursos de assistência psiquiátrica, da mesma forma como a predominância de prescrições de anticomiciais pelo clínico geral se deva a dificuldades de acesso ao neurologista e/ou psiquiatra.

Observe-se que 62% das indicações de medicamentos não sintomáticos são de responsabilidade do psiquiatra e do neurologista ao passo que eles respondem somente por 11% das indicações de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos. Dentre estes últimos, 22% das indicações são de fonte não médica.

O "farmacêutico", a quem se costuma atribuir ponderável importância nos hábitos de consumo de medicamentos, contribuiu com somente 2,7% das indicações (Tabela 17), as quais restringem-se somente aos "antidistônicos" e sedativos (Tabela 18) provavelmente por reflexo do estrito controle a que são submetidos os outros grupos de psicotrópicos.

Dentre a classe médica, verifica-se pela Tabela 19 que os psiquiatras e neurologistas prescrevem preferentemente produtos sujeitos a controle de receituário (69,2% e 55,6% respectivamente) enquanto os clínicos gerais e médicos de "outras especialidades" indicam com maior frequência os produtos livres de controle de receituário (65,5% e 87,5% respectivamente). Estas diferenças são explicáveis, em parte, pelo fato de psiquiatras e neurologistas atenderem, com maior frequência, pacientes portadores de estados mentais de maior gra

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS CONSUMIDOS SEGUNDO TIPO DE MEDICAMENTO E A FONTE DE INDICAÇÃO (SOMENTE MEDICAMENTOS DE NOME CONHECIDO) .

FONTE DE INDICAÇÃO	NEUROLÉPTI- COS		ANTIDEPRES- SIVOS		ANTICOMI- CIAIS		ANSIOLÍTI- COS (com controle)		HIPNÓTICOS		"ANTIDISTÔ- NICOS"		SEDATIVOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Por conta própria/ parente ou conheci- do	-		-		2	3,2	2	3,2	2	3,2	45	72,6	11	17,7	62	99,9
"Farmacêutico"	-		-		-		-		-		6	85,7	1	14,3	7	100,0
Psiquiatra	8	15,1	3	5,7	11	20,7	13	24,5	6	11,3	10	18,9	2	3,8	53	100,0
Neurologista	-		1	8,3	8	66,7	1	8,3	-		2	16,7	-		12	100,0
Cardiologista	-		-		-		6	42,9	-		7	50,0	1	7,1	14	100,0
Clínico Geral	4	2,0	-		12	6,1	50	25,6	8	4,1	97	49,7	24	12,3	195	99,8
Outras especialida- des	-		1	5,9	-		1	5,9	-		13	76,5	2	11,8	17	100,1
T O T A L	12	3,3	5	1,4	33	9,2	73	20,3	16	4,4	180	50,0	41	11,4	360	100,0

FONTE: Levantamento de dados.

OBS: 1) Não estão incluídos os grupos D9, E9 e H.

2) Não estão incluídos os medicamentos de fonte de indicação desconhecida.

TABELA 19 - CONSUMO DE MEDICAMENTOS INDICADOS POR MÉDICOS SEGUN
DO O CONTROLE DE VENDA .

MÉDICO	COM CONTROLE DE RECEITUÁRIO		SEM CONTROLE DE RECEITUÁRIO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Psiquiatra	27	69,2	12	30,8	39	100,0
Neurologista	5	55,6	4	44,4	9	100,0
Cardiologista	6	50,0	6	50,0	12	100,0
Clínico Geral	61	34,5	116	65,5	177	100,0
Outras especiali dades	2	12,5	14	87,5	16	100,0
T O T A L	101	39,9	152	60,1	253	100,0

FONTE: Levantamento de dados.

OBS: O critério de "controle de receituário" é estabelecido pelo pesquisador. Estão excluídos os produtos onde não foi possível chegar à conclusão sobre a exigência de receita médica para aquisição do medicamento.

vidade e, portanto, sujeitos ao uso de medicamentos neurolépticos ou antidepressivos, os quais, em qualquer circunstância são submetidos a rigoroso controle de vendas. Contudo, pela Tabela 18 verifica-se que também em relação aos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos os psiquiatras dão preferência aos produtos controlados.

4.8. ESTUDO DAS CARACTERÍSTICAS DE IDADE E SEXO DOS CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

A apresentação e análise dos resultados deste item e dos seguintes seguirá o modelo dos estudos de caso-controle definindo-se como "grupo caso" o conjunto de indivíduos da população que referiram ter consumido medicamentos psicotrópicos no ano que antecedeu a entrevista e "grupo controle" o conjunto de indivíduos que referiram não ter consumido psicotrópicos.

A Tabela 6 (pág.81) e a Tabela 20 mostram a distribuição dos grupos caso e controle, respectivamente, por sexo e grupos etários. Os valores encontrados para a mediana, média e desvios padrão das idades são apresentados no Quadro 3; observa-se tanto para a mediana como para a média das idades em ambos os sexos uma marcante diferença entre o grupo caso e o grupo controle. A idade média dos indivíduos consumidores de psicotrópicos é 5,13 anos maior do que a dos não consumidores (42,01 e 36,88 anos respectivamente). A mediana das idades nos dois grupos mostra uma diferença de 7,27 anos a favor dos consumidores. O teste t de Student revela que essas diferenças são significativas para o nível de significância de 5% tanto para os homens como para as mulheres.

TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE NÃO CONSUMIDORES DE PSI
COTRÓPICOS (GRUPO CONTROLE) POR IDADE E SEXO.

CLASSES DE IDADE EM ANOS		SEXO		
		MASCULINO	FEMININO	TOTAL
16	25	442	481	923
25	35	413	412	825
35	45	291	287	578
45	55	231	219	450
55	65	126	148	274
65	75	73	61	134
75	e mais	21	30	51
Não informa		1	3	4
T O T A L		1598	1641	3239

FONTE: Levantamento de dados.

QUADRO 3 - VALORES OBSERVADOS PARA A MEDIANA, MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS IDADES DOS GRUPOS DE CONSUMIDORES E NÃO CONSUMIDORES DE PSICOTRÓPICOS SEGUNDO O SEXO.

AMOSTRA	MÉDIA DE IDADE	DESVIO PADRÃO DA IDADE	MEDIANA DA IDADE
Grupo casos-consumidores de Psicotrópicos			
MASCULINO	41,94	16,63	40,40
FEMININO	42,03	15,39	40,80
TOTAL	42,01	15,74	40,71
Grupo controle-não consumidores de Psicotrópicos			
MASCULINO	36,97	15,26	33,64
FEMININO	36,80	15,58	33,24
TOTAL	36,88	15,42	33,44

Valor de t para o grupo de homens = 3,57

Valor de t para o grupo de mulheres= 5,51

Valor de t para ambos os sexos= 6,60

Já na análise dos coeficientes de prevalência de consumo (Figura 6) podia se notar uma tendência ao crescimento do consumo de psicotrópicos dos grupos mais jovens para os mais velhos, fazendo supor que a população de indivíduos que tomam estes medicamentos é mais velha do que a população em geral. Os valores aqui observados confirmam esta hipótese e concordam com as observações de diversos autores.

Podemos admitir que a maior idade média do grupo de consumidores deve-se essencialmente ao grupo que utiliza ansiolíticos, hipnóticos e sedativos, já que o uso de neurolépticos e anticomiciais é mais frequente nos grupos mais jovens (Tabela 14).

Na Tabela 21 observamos que o consumo de psicotrópicos no sexo feminino é bem mais elevado do que no sexo masculino. O teste do qui quadrado (para l.g.l. e α igual a 0,01) indica que esta diferença é significativa. O produto cruzado é igual a 2,38 (com intervalo de confiança a 95% variando de 1,34 a 4,18) indicando maior risco de consumo de psicotrópicos entre as mulheres. Ainda uma vez, os valores observados concordam com aqueles encontrados em diversos estudos realizados em outros países. O maior consumo observado entre mulheres não deve, a priori, ser considerado um indicador de maiores níveis de ansiedade e stress no sexo feminino, mas, como aponta COOPERSTOCK¹⁸, é, provavelmente, devido à fatores como maior aceitação social para a expressão dos sentimentos e procura mais frequentemente do médico para a solução de problemas existenciais.

TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO DOS CONSUMIDORES E NÃO CONSUMIDORES DE PSICOTRÓPICOS SEGUNDO O SEXO.

SEXO	GRUPO	CONSUMIDORES		NÃO CONSUMIDORES		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Masculino		131	7,6	1598	92,4	1729	100,0
Feminino		320	16,3	1641	83,7	1961	100,0
T O T A L		451	12,2	3239	87,8	3690	100,0

FONTE: Levantamento de dados.

$\chi^2 = 65,39$

Produto cruzado = 2,38

Intervalo de confiança do produto
cruzado = 1,34 - 4,18

4.9. CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS E ESTADO CIVIL

O estado civil - ou, mais propriamente, o tipo de vínculo matrimonial - pode estar associado a maiores ou menores níveis de ansiedade e, portanto, ao consumo de medicamentos tranquilizantes. Observa-se na prática clínica que, aparentemente, o consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativivos é mais elevado entre as pessoas com vínculo matrimonial rompido, seja por viuvez ou separação. De outro lado, tem sido argüido que as mulheres na faixa etária de 30 a 50 anos dispontaram como os maiores consumidores de psicotrópicos em decorrência, talvez, de um elevado nível de conflito psicológico diante das modificações de seu papel social.

De qualquer forma, pode se supor que, em uma determinada cultura, haja uma "expectativa" em relação ao estado civil dos indivíduos em determinados grupos etários, expectativa esta decorrente da observação de que a maior proporção dos indivíduos naquela faixa de idade se encontre em determinado estado civil. Assim, por exemplo, é mais frequente observar indivíduos solteiros ou casados nas idades de 18 a 30 anos e menos frequente encontrar viúvos; ou, por outro lado, encontrar com maior frequência pessoas casadas, viúvas ou desquitadas nas idades de 50 a 70 anos do que pessoas solteiras.

Ora, o desvio da normalidade - aqui entendido unicamente no seu aspecto estatístico de frequência relativa de ocorrência do evento - pode ser fator predisponente ao aparecimento de estados ansiosos, seja pelas dificuldades de desempenho do papel social, seja pela dificuldade individual de escapar à norma cultural. Assim, pessoas casadas antes da maioridade, pessoas separadas ou viúvas na idade dos 20 aos 30 anos ou pessoas solteiras na idade dos 50 aos 70 anos teriam

maiores dificuldades de relacionamento social.

Ainda dentro desta suposição de um gradiente de vínculos matrimoniais de acordo com a idade, pode se supor que seja social e individualmente mais fácil a adaptação de um viúvo na faixa dos 50 aos 70 anos do que na faixa dos 30 aos 50 anos.

Se forem verdadeiras estas suposições, podemos admitir que, como reflexo das dificuldades de adaptação, se encontre diferentes proporções de consumo de medicamentos psicotrópicos em diferentes faixas etárias de acordo com o estado civil.

É obvio que, se existirem, estas diferenças não podem ser entendidas como uma comprovação da hipótese aventada na medida em que as variáveis intervenientes são inúmeras. Contudo, dentro de uma perspectiva de esforços corporativos de observação da realidade com o objetivo de uma apreensão global da mesma a partir da somatória das diversas observações setoriais, julgamos conveniente analisar as relações entre o estado civil e os níveis de consumo de psicotrópicos.

Para esta análise optamos por agrupar os estados civis (ou vínculos matrimoniais) em três categorias: a) onde o vínculo matrimonial não chegou a existir - os solteiros; b) onde existe um vínculo matrimonial - os casados de fato ou de direito, os separados que se casaram novamente ou viúvos que se casaram novamente; c) onde o vínculo matrimonial existiu e foi rompido - os separados, desquitados e viúvos.

As Tabelas 22, 23, 24, 25, 26 e 27 apresentam a distribuição da população amostral por faixas de idade, sexo e estado civil; o teste do qui quadrado aplicado sobre os resultados destas tabelas revelou que estas diferenças não são estatisticamente significativas para o nível de significância

de 5% (qui quadrado crítico igual a 5,99).

A Tabela 28, que consolida estas observações, mostra a distribuição porcentual destes indivíduos em cada sexo, faixa etária e estado civil; verifica-se nos dois sexos as menores proporções de consumidores entre os solteiros e casados no grupo etário de 18 a 29 anos. As maiores proporções de consumidores são, entre os homens, a dos solteiros de 30 a 50 anos (14,3%) e entre as mulheres a das separadas de 30 a 50 anos (28,3%) e das solteiras de 51 a 70 anos (27,3%).

Na análise destes valores percentuais é mister considerar as diferenças de prevalência de consumo entre os sexos masculino, feminino e as diversas faixas etárias (item 4.1.). Os índices mostram-se sempre superiores entre as mulheres e seu crescimento tende a acompanhar a idade. Nas Tabelas 23, 24 e 25 observa-se que os índices de consumo crescem de 11,8% para 19,0% e 23,9% entre as mulheres de 18 a 29, 30 a 50 e 51 a 70 anos respectivamente. Chama a atenção o índice de 28,3% encontrado entre as mulheres separadas do grupo de 30 a 50 anos cujo valor é 46% superior à média do consumo naquela idade (Tabela 25); esta é, sem dúvida, a única condição de vínculo matrimonial e idade onde podemos constatar uma diferença marcante nos níveis de consumo de psicotrópicos. Este valor fornece-nos um indício de que possa haver neste grupo maiores níveis de ansiedade e dificuldades de adaptação; cabe ressaltar que em se tratando de pessoas desquitadas ou separadas somente através de estudos clínicos é possível avaliar a causa ou a consequência do rompimento do vínculo matrimonial.

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DOS HOMENS DE 18 a 29 ANOS SEGUNDO O CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS E O ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL \ CONSUMO	CONSUMIDORES		NÃO CONSUMIDORES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Solteiros	21	5,1	394	94,9	415	100,0
Casados	13	6,8	178	93,2	191	100,0
Separados	-	-	3	100,0	3	100,0
T O T A L	34	5,6	575	94,4	609	100,0

FONTE: Levantamento de dados.

$$\chi^2 = 1,43$$

TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES DE 18 a 29 ANOS SEGUNDO O CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS E O ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL \ CONSUMO	CONSUMIDORES		NÃO CONSUMIDORES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Solteiras	43	11,7	325	88,3	368	100,0
Casadas	35	11,8	261	88,2	296	100,0
Separadas	2	16,7	10	83,3	12	100,0
T O T A L	80	11,8	596	88,2	676	100,0

FONTE: Levantamento de dados.

$$\chi^2 = 0,25$$

TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO DOS HOMENS DE 30 a 50 ANOS SEGUNDO O CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÔPICOS E O ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL \ CONSUMO	CONSUMIDORES		NÃO CONSUMIDORES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Solteiros	6	14,3	42	85,7	48	100,0
Casados	51	9,0	564	91,0	615	100,0
Separados	2	10,0	18	90,0	20	100,0
T O T A L	59	8,6	624	91,4	683	100,0

FONTE: Levantamento de dados.

$$\chi^2 = 1,07$$

TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES DE 30 a 50 ANOS SEGUNDO O CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÔPICOS E O ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL \ CONSUMO	CONSUMIDORES		NÃO CONSUMIDORES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Solteiras	14	18,4	62	81,6	76	100,0
Casadas	105	17,6	491	82,4	596	100,0
Separadas	26	28,3	66	71,7	92	100,0
T O T A L	145	19,0	619	81,0	764	100,0

FONTE: Levantamento de dados.

$$\chi^2 = 5,83$$

TABELA 26 - DISTRIBUIÇÃO DOS HOMENS DE 51 a 70 ANOS SEGUNDO O CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÔPICOS E O ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL \ CONSUMO	CONSUMIDORES		NÃO CONSUMIDORES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Solteiros	-	-	7	100,0	7	100,0
Casados	27	10,3	236	89,7	263	100,0
Separados	2	11,8	15	88,2	17	100,0
T O T A L	29	10,1	258	89,9	287	100,0

FONTE: Levantamento de dados.

$$\chi^2 = 0,35$$

TABELA 27 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES DE 51 a 70 ANOS SEGUNDO O CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÔPICOS E O ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL \ CONSUMO	CONSUMIDORES		NÃO CONSUMIDORES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Solteiras	6	27,3	16	72,7	22	100,0
Casadas	49	24,9	148	75,1	197	100,0
Separadas	27	21,8	97	72,2	124	100,0
T O T A L	82	23,9	261	76,1	343	100,0

FONTE: Levantamento de dados

$$\chi^2 = 0,52$$

TABELA 28 - PORCENTAGEM DE CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓ-
PICOS NA AMOSTRA SEGUNDO IDADE, SEXO E ESTADO CIVIL.

SEXO E ESTADO CI- VIL	GRUPO ETÁRIO				
		18 - 29	30 - 50	51 - 70	TOTAL
HOMENS					
	Solteiros	5,1	14,3	-	5,7
	Casados	6,8	9,0	10,3	8,5
	Separados	-	10,0	11,8	10,0
MULHERES					
	Solteiras	11,7	18,4	27,3	13,5
	Casadas	11,8	17,6	24,9	17,3
	Separadas	16,7	28,3	21,8	24,1
T O T A L		8,9	14,1	17,6	12,8

FONTE: Levantamento de dados.

4.10. CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS E CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO

A observação de que grande parte do consumo de medicamentos psicotrópicos é devida ao uso de produtos que visam ao alívio sintomático da ansiedade, levou-nos à hipótese de que pudesse haver uma associação entre os níveis de consumo e as condições de aglomeração domiciliar, isto é, que em domicílios onde houvesse escassez de pessoas (baixo índice de aglomeração) ou excesso de pessoas (alto índice de aglomeração) por espaço útil pudesse haver maior consumo de medicamentos psicotrópicos na medida em que nestas condições de existência haveria maior nível de ansiedade individual.

O índice de aglomeração tem sido utilizado por diversos autores para mensurar a qualidade de vida; é obtido pela relação entre o número de pessoas residentes no domicílio e o espaço útil existente. Para a definição do espaço útil há autores que consideram somente certas dependências da casa (quartos e salas); neste estudo consideramos espaço útil todas as dependências da casa. Assim, a relação

$$\frac{\text{número de pessoas residentes}}{\text{número de dependências}}$$
 forneceu-nos o índice de aglomeração com o qual trabalharemos.

Para o estudo da associação entre consumo de psicotrópicos e condições de habitação classificamos as famílias em dois grupos: no grupo caso foram incluídas as famílias onde havia pelo menos uma pessoa que tivesse referido o uso de psicotrópicos no último ano e no grupo controle foram incluídas as famílias onde não havia nenhuma pessoa que tivesse referido o uso destes medicamentos naquele período.

A Tabela 29 e a Figura 7 mostram a distri

TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO DAS FAMÍLIAS SEGUNDO O ÍNDICE DE AGLOMERAÇÃO E A EXISTÊNCIA DE ADULTOS QUE TOMARAM PSICOTRÓPICOS.

ÍNDICE DE AGLOMERAÇÃO \ FAMÍLIAS	COM ADULTOS QUE TOMARAM PSICO-TRÓPICOS		SEM ADULTOS QUE TOMARAM PSICO-TRÓPICOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
0,1 - 0,3	10	2,83	29	3,17	39	3,08
0,4 - 0,6	98	27,76	191	20,90	289	22,81
0,7 - 0,9	78	22,10	211	23,09	289	22,81
1,0 - 1,2	42	11,90	126	13,79	168	13,26
1,3 - 1,5	32	9,07	93	10,17	125	9,87
1,6 - 1,8	25	7,08	62	6,78	87	6,87
1,9 - 2,1	10	2,83	16	1,75	26	2,05
2,2 - 2,4	16	4,53	31	3,39	47	3,71
2,5 - 2,7	16	4,53	76	8,31	92	7,26
2,8 - 3,0	11	3,12	52	5,69	63	4,97
3,1 - 3,3	3	0,85	6	0,66	9	0,71
3,4 - 3,6	3	0,85	8	0,88	11	0,87
3,7 - 3,9	-		-		-	
4,0 - 4,2	-		-		-	
4,3 - 4,5	1	0,28	-		1	0,08
4,6 - 4,8	2	0,57	-		2	0,16
4,9 - 5,1	-		1	0,11	1	0,08
5,2 - 5,4	1	0,28	-		1	0,08
5,5 - 5,7	3	0,85	1	0,11	4	0,32
5,8 - 6,0	1	0,28	10	1,09	11	0,87
6,1 - 6,3	-		1	0,11	1	0,08
6,4 - 6,6	1	0,28	-		1	0,08
T O T A L	353	99,99	914	100,00	1267	100,02

FONTE: Levantamento de dados.

MÉDIA	1,25	1,33	1,31
DESVIO PADRÃO	0,99	0,97	0,98

FIGURA 7 - DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL SEGUNDO O ÍNDICE DE AGLOMERAÇÃO DAS FAMÍLIAS COM ADULTOS QUE TOMARAM PSICOTRÓPICOS E SEM ADULTOS QUE TOMARAM PSICOTRÓPICOS.

FONTE: Levantamento de dados.

buição destas famílias segundo o índice de aglomeração. Não foi possível definir este índice em 16 famílias do grupo caso (4,3%) e em 62 famílias do grupo controle (6,3%) por falta de informação conclusiva sobre o número de dependências da casa. Observa-se que a distribuição porcentual dos dois grupos é praticamente igual; a moda no grupo caso situa-se no intervalo 0,4 a 0,6 pessoas por dependência e no grupo controle situa-se no intervalo 0,7 a 0,9 pessoas por dependência. As médias do índice de aglomeração para o grupo caso e controle foram, respectivamente, 1,25 e 1,33 pessoas por dependência; o teste t de Student bicaudal indica que a diferença entre as médias observadas não é significativa. Concluimos, portanto, que não há associação entre o consumo de psicotrópicos e as condições de aglomeração do domicílio.

É digno notar na Figura 7 o caráter bimodal da distribuição nos dois grupos; esta particularidade leva-nos a admitir que a amostra é constituída de duas populações distintas no que se refere à aglomeração domiciliar; a primeira delas, mais numerosa, apresenta a moda do índice de aglomeração situada em 0,6 habitantes por dependência e a segunda apresenta a moda situada em 2,6 habitantes por dependência. Assim, por exemplo, supondo-se uma unidade básica de habitação (um quarto, uma sala, uma cozinha, um banheiro e uma área de serviço), na primeira hipótese residiriam cerca de três pessoas e na segunda hipótese residiriam treze pessoas. É provável que esta segunda população, com alto índice de aglomeração, seja constituída por aquelas famílias de baixo poder aquisitivo que residem em cortiços e favelas, onde, não raro, observa-se famílias residindo em um único cômodo.

4.11. CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS E GRAU DE INSTRUÇÃO

O grau de instrução guarda uma relação direta com o nível sócio-econômico. Nesta medida, é importante a análise da associação entre os níveis de prevalência de consumo de psicotrópicos e o grau de instrução dos usuários.

Em nosso meio temos ouvido com frequência a afirmação de que "a Psiquiatria para as classes pobres é feita à base de medicamentos e a Psiquiatria dos abastados, à base de psicoterapia". Isto reflete uma crítica dos profissionais que, engajados ou não neste tipo de comportamento, mostram-se insatisfeitos com o uso excessivo de psicofármacos em situações que, idealmente, deveriam receber um outro tipo de abordagem terapêutica.

PARRY et al⁴⁷ observaram nos Estados Unidos em 1970 - 1971 que apesar de as cifras de prevalência de consumo serem semelhantes em todas as classes sócio-econômicas, as classes de menor nível educacional usavam os medicamentos de forma mais regular e constante.

Na Tabela 30 é mostrada a distribuição dos grupos de consumidores e não consumidores segundo o grau de instrução. Observa-se maior porcentagem de consumidores entre as pessoas de menor nível educacional (14,4%) e, contrariamente, a menor porcentagem de consumidores entre as pessoas de instrução superior (8,1%). O teste do qui quadrado indica que estas diferenças são significativas e o cálculo do produto cruzado indica que, em relação às pessoas de nível superior de instrução, o risco relativo de indivíduos analfabetos ou de instrução primária que consumiram psicotrópicos é igual a 1,92 e para os indivíduos de instrução média é 1,34 (intervalo de confiança

TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO DOS ADULTOS SEGUNDO O CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS E O GRAU DE INSTRUÇÃO.

GRAU DE INSTRUÇÃO	CONSUMO	CONSUMIDORES		NÃO CONSUMIDORES		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Analfabeto ou instrução primária		267	14,4	1585	85,6	1852	100,0
Ginasial, Colegial e Técnico		145	10,5	1230	89,5	1375	100,0
Superior completo ou incompleto		35	8,1	398	91,9	433	100,0
T O T A L		447	12,2	3213	87,8	3660	100,0

FONTE: Levantamento de dados.

$$\chi^2 = 19,26$$

OBS: Não foi obtida informação sobre o grau de instrução de 30 indivíduos.

igual a 1,39 - 2,57 para indivíduos de instrução primária e 2,97 - 5,65 para indivíduos de instrução média).

Podemos fazer diversas suposições a partir dos valores observados. Em primeiro lugar, podemos aventar a hipótese de que o nível de ansiedade entre pessoas de menor instrução e, portanto, situadas em estratos sociais inferiores, seja maior em decorrência de condições de vida mais difíceis; os altos índices de prevalência do consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos, frequentemente utilizados para o alívio da ansiedade decorrente de situações não médicas, vem, de alguma forma, reforçar esta hipótese.

Contudo, deve-se, por outro lado, considerar que as condições de prestação de assistência médica à população de menor renda são mais precárias e, habitualmente, baseiam-se muito mais na farmacoterapia do que nas psicoterapias. No Capítulo I apontávamos que, com frequência, o paciente que procura o médico com queixas psíquicas não recebe o atendimento mais indicado, seja por desconhecimento ou falta de condições do médico e este pode ser um dos fatores que expliquem a maior frequência de prescrições de psicotrópicos para as classes sociais mais baixas. Não devemos, inclusive, olvidar que, em nosso meio, mesmo os serviços de assistência psiquiátrica estão organizados de forma tal a não permitir uma abordagem psicoterápica dos estados ansiosos como seria tecnicamente recomendado; mesmo nestes centros especializados, a psicofarmacoterapia tem papel de primeira linha nos tratamentos.

Por outro lado, os indivíduos com níveis mais elevados de instrução e renda têm maiores possibilidades de acesso à assistência médica privada, onde o tempo disponível para o atendimento é maior e os encaminhamentos aos especialistas são mais frequentes. Assim, há maior chance de que as quei

xas de ansiedade recebam um tratamento mais profundo com uma busca e tentativa de resolução de sua etiologia através de técnicas não farmacológicas.

Outra hipótese a ser aventada é a de que haveria, entre os indivíduos de menor grau de instrução, maior crença nos benefícios dos psicofármacos, levando-os a assumir uma atitude mais complacente em relação ao seu uso. Observando uma população nos Estados Unidos, MANHEIMER et al⁴⁰ chegam à conclusão exatamente oposta. Em nosso meio carecemos de levantamentos deste tipo e seria necessário a realização de estudos de atitudes populares acerca dos psicotrôpicos para confirmar a veracidade desta hipótese.

Na análise dos coeficientes de prevalência de consumo segundo as áreas geográficas (item 4.3.) observamos que os menores valores encontrados nas áreas geográficas de menor qualidade de vida eram, provavelmente, devidos a uma repressão da demanda por serviços médicos. Ora, a relação direta agora observada entre baixo nível de instrução e consumo de psicotrôpicos vem reforçar aquela hipótese. Isto é, se as pessoas de menor nível sócio-econômico consomem mais e, no entanto, nas áreas geográficas onde estão mais concentradas observa-se menores valores globais de consumo, é provável que isto se deva a uma repressão da demanda de serviços de saúde.

5. CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

- (1) A descoberta dos modernos psicofármacos a partir do início da década de 1950 trouxe mudanças notáveis no tratamento e prognóstico dos transtornos mentais, particularmente em relação aos distúrbios psicóticos, tendo-se observado maiores índices de recuperação de pacientes e utilização mais eficaz dos leitos hospitalares.
- (2) A ansiedade é uma emoção necessária à preservação do indivíduo. Ela pode, no Homem, assumir características de uma ansiedade neurótica que é claramente patológica e passível de uma abordagem médica; contudo, aquela forma de ansiedade, dita objetiva, que decorre das relações do Homem com o seu meio ambiente é útil e não tem conotação médica, não devendo ser confundida com a ansiedade neurótica. Tem sido observada uma tendência a encerrar a ansiedade objetiva como um "patos", como algo indesejável e, em consequência, se observa uma tendência a buscar o seu alívio através de recursos médicos.
- (3) A descoberta dos derivados da benzodiazepina, os quais se mostram bastante eficientes no controle da ansiedade, representou, ao mesmo tempo, um benefício na medida em que permitiu um método alternativo de tratamento da ansiedade neurótica e um risco, na medida em que pode ser empregada indiscriminadamente para o alívio da ansiedade objetiva.

- (4) Observa-se um crescimento constante e acentuado do consumo de medicamentos psicotrópicos, particularmente daqueles que contêm derivados da benzodiazepina. Estudos realizados em diversos países entre 1971 e 1975 indicam que os índices gerais de prevalência de consumo destes medicamentos entre adultos variaram de 90 a 170 por 1000 habitantes; a maioria dos consumidores se utiliza de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos, ou seja, produtos que visam ao alívio imediato da ansiedade.
- (5) A análise do consumo excessivo de medicamentos psicotrópicos leva-nos a admitir que se trata de um fenômeno multicausal; o estudo das diversas variáveis intervenientes é complexo e faz-se necessário realizar diversos estudos médico-sociais que busquem uma análise profunda de cada variável.
- (6) Numa abordagem epidemiológica preliminar concluímos haver quatro segmentos diretamente envolvidos com o consumo de medicamentos psicotrópicos e que mantêm, entre si, relações dinâmicas: a indústria farmacêutica, a classe médica, os pacientes e os proprietários de farmácias. A responsabilidade pelos excessos de consumo não deve ser imputada a algum destes segmentos separadamente, mas o poder de influência de cada um é diferente e, aparentemente, é a indústria farmacêutica que detém a maior capacidade de influenciar o mercado, seja através de sua ação junto à classe médica, seja através de sua ação junto às agências estatais fiscalizadoras de suas atividades.

- (7) O mercado brasileiro de medicamentos psicotrópicos possui duas características facilitadoras do consumo excessivo ou indiscriminado destas drogas. De um lado a precariedade de fontes independentes de informação científica, levando o médico, não raramente, a basear-se somente na informação fornecida pela indústria farmacêutica para avaliar as indicações e contra-indicações de um medicamento. De outro lado, o grande número de produtos que, sob o rótulo de "antidistônicos" e sedativos, podem ser adquiridos livremente nas farmácias, se bem que a legislação sanitária só permita seu uso sob prescrição médica; assim, escapando ao rigor a que são submetidos os produtos psicotrópicos em geral, estes "antidistônicos" e sedativos permitem a médicos, pacientes e farmacêuticos uma certa liberalidade no consumo de psicotrópicos, e à indústria farmacêutica a exploração de um segmento importante do mercado de medicamentos.
- (8) A prevalência em um ano do consumo de medicamentos psicotrópicos entre pessoas de 16 ou mais anos de idade residentes no Distrito de São Paulo foi, em 1976-1978, de 122,2 por 1000 habitantes (75,7 por 1000 habitantes no sexo masculino e 163,2 por 1000 habitantes no sexo feminino). A prevalência de consumo nos últimos trinta dias foi de 84,8 por 1000 habitantes para ambos os sexos e a incidência de novos usuários nesse mesmo período foi de 7,6 por 1000 habitantes (5,8 por 1000 habitantes para o sexo masculino e 9,2 por 1000 habitantes para o sexo feminino).

- (9) Existem diferenças significativas nos índices gerais de prevalência de consumo entre as diversas áreas homogêneas do Distrito de São Paulo. Foi observado que nas três áreas homogêneas de melhor qualidade de vida os níveis de prevalência de consumo são 62% superiores aos níveis das três áreas com pior qualidade de vida. Provavelmente, estas diferenças se devem à maior satisfação da demanda de serviços médicos nas três primeiras áreas.
- (10) Existem três padrões básicos de consumo de medicamentos psicotrópicos. O padrão de consumo regular é o mais frequente (56,1% dos casos), seguido do padrão de consumo esporádico (38,1%) e do padrão de consumo episódico (4,4%). Os usuários que adotam o padrão esporádico tendem a ser mais constantes, consumindo os medicamentos por mais longo tempo do que os restantes.
- (11) 86,5% dos medicamentos consumidos foram ansiolíticos, hipnóticos e sedativos. Os restantes 13,5% pertenciam aos grupos dos neurolépticos, antidepressivos e antimiciliais. Dentre os primeiros, 62,6% podem ser adquiridos em farmácias sem a exigência da apresentação de receita médica. Do total de medicamentos consumidos, 72,8% continham, basicamente, derivados de benzodiazepina. Assim, concluímos que o consumo de psicotrópicos em nosso meio é essencialmente voltado para o alívio da ansiedade e suas manifestações e que as preferências recaem sobre os produtos livres do controle da legislação sobre venda de psicotrópicos.

- (12) Dentre os produtos de aquisição livre, os consumidores de 55 ou mais anos de idade tenderam a preferir os produtos à base de barbitúricos e extratos vegetais enquanto os grupos mais jovens preferem os derivados da benzodiazepina. Isto reflete, possivelmente, as mudanças de padrões culturais frente às drogas psicotrôpicas, levando-se em conta que as benzodiazepinas são de aquisição relativamente recente.
- (13) Em 81,6% dos casos o uso destes medicamentos foi indicado por médicos. Seguem-se as auto-indicações (10,2%), as indicações de parentes ou conhecidos (4,4%) e as indicações de "farmacêuticos" (2,7%). O clínico geral é responsável por 57,4% de todas as indicações e o médico psiquiatra responsável por 12,2%. Observou-se uma clara preferência pelos produtos livres de controle de receituário por parte dos clínicos gerais.
- (14) A idade média dos consumidores é 5,13 anos maior do que a idade média dos não consumidores de psicotrôpicos. Entre os consumidores observa-se um nítido aumento dos índices de prevalência de consumo a partir da faixa etária de 35 a 45 anos, atingindo os maiores valores entre 55 e 65 anos de idade (179,6 por 1000 habitantes).
- (15) Em todos os grupos etários as mulheres sempre apresentaram coeficientes de consumo mais elevados do que os homens. 70,9% dos consumidores são do sexo feminino e a relação entre os coeficientes de prevalência de consumo do sexo feminino e masculino é igual a 2,16.

- (16) Não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de consumo entre as pessoas de diferentes estados civis e diferentes grupos de idade. Contudo, há indícios de que os maiores coeficientes de prevalência de consumo se encontrem entre as mulheres viúvas, desquitadas e separadas com idade compreendida entre 30 e 50 (coeficientes de prevalência estimado em 282,6 por 1000 habitantes).
- (17) Não foi observado associação entre consumo de medicamentos psicotrópicos e o índice de aglomeração domiciliar.
- (18) Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre os níveis de consumo de medicamentos psicotrópicos e o grau de instrução. As pessoas com menor grau de instrução são as que mais consomem, seguindo-se as pessoas de instrução média e, com os menores níveis de consumo, as pessoas de instrução superior.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias bibliograficas

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA - É o brasileiro um hipocondríaco? Rev. pauli. Med., 91: VIII, mar/abr., 1978.
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA - Carta semanal da Abifarma, nº 694 J. bras. Med., 37:80, 1979.
3. BAKSAAS-AASEN, I. et al. - Drug dose statistics: list of defined doses for drugs registered in Norway. Norsk Medisinaldepot, Oslo, 1975.
4. BALINT, E. & NORELL, J. S. - Seis minutos para o seu paciente. São Paulo, Editora Manole, 1976.
5. BALINT, M. - O médico, seu paciente e a doença. 2a. ed., Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1975.
6. BALINT, M. et al. - Treatment or diagnosis: a study of repeat prescriptions in general practice. London, Tavistock Publ., 1970.
7. BALTER, M. B. et al. - Cross-national study of the extent of anti-anxiety/sedative drug use. New Engl. J. Med., 290: 769-774, 1974.
8. BENEDETTI, G. - La angustia desde el punto de vista psiquiatrico. In: HEDIGER, H. et al. - La angustia. Madrid, Tribuna de la Revista de Occidente, 1960. p.201-238.
9. BETTS, T. A., et al. - Effects of four commonly-used tranquilizers on low-speed driving performance tests. Brit. Med. J., 4:580, 1972.
10. BLACKWELL, B. - Psychotropic drugs in use today. J. Amer. med. Ass., 225:1637-1641, 1973
11. BOETHIUS, G. & WESTERHOLM, B. - Purchases of hypnotics, sedatives and minor tranquilizers among 2.556 individuals in the county of Jämtland, Sweden. Acta psychiat. scand., 56:147-159, 1977.

12. BURNER, M. - Usage immodéré des médicaments: information et prévention. Med. et Hyg., Geneve, 33(1136):245, 1975.
13. BUSH, P. J. & RABIN, D. L. - Who's using nonprescribed medicines? Med. Care, 14:1014-1023, 1976.
14. CAMILLERI, J. A. - Civilization in crisis. Cambridge, Cambridge University Press, 1976.
15. CAPLAN, G. - Principles of preventive psychiatry. London, Tavistock Publications, 1966.
16. CARMODY, J. et al. - Patterns of the use of benzodiazepines in Australia. Med. J. Aust., 2:666-668, 1977.
17. CHRISTIE, D. - "The analgesic abuse syndrome": an epidemiological perspective. Int. J. Epidemiol., 7:139-143, 1978.
18. COOPERSTOCK, R. - Sex differences in the use of mood modifying drugs. J. Hlth. soc. Behav., 12:238-244, 1971.
19. DECRETO nº 79.094 - 05 de janeiro de 1977. Regulamenta a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que submete a sistema de vigilância sanitária, os medicamentos, insumos farmacêuticos, drogas, correlatos, cosméticos, produtos de higiene, saneamento e outros. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação Federal do Setor Saúde. Brasília, 1977. v.3, p. 958-997.
20. DENIKER, R. - La psychopharmacologie. Paris, Press Universitaires de France, 1966.
21. ELMES, P. C. et al. - Prescribing in Northern Ireland: study nº 1, sleeping tablets. Ulster med. J., 45:166-177, 1976.
22. FINEPE constata fraude no setor farmacêutico. Folha de São Paulo, 6 jun. 1979.
23. FISHER, E. & CIAFARDO, R. - Farmacoterapia de las enfermedades nerviosas y mentales. Buenos Aires, Editorial Beta, 1971.

24. FREEDMAN, A. M. et al. - Comprehensive textbook of psychiatry.
2nd. ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1975.
25. FREUD, S. - Inhibicion, sintoma y angustia. In: Obras completas, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1968, v.2,
p. 31-71.
26. FREUD, S. - A ansiedade. In: _____ - Conferências introdutórias sobre psicanálise. Rio de Janeiro, Editora Imago, 1976.
27. GODDARD, J. L. - The medical business. Sci. amer., 229:161-166,
1973.
28. GUIMARÃES, C. et al. - Programa de Saúde Mental. Rev. Saúde Publ., S. Paulo, 9:551-3, 1975.
29. HEDIGER, H. - La angustia del animal. In: HEDIGER, H. et al. La angustia. Madrid, Tribuna de la Revista de Occidente,
1960, p. 13-50.
30. HEMMINKI, E. - The effect of a doctor's personal characteristics and working circumstances on the prescribing of psychotropic drugs. Med. Care, 12:351-357, 1974.
31. HINSIE, L. E. & CAMPBELL, R. J. - Psychiatric dictionary. 4th. ed., New York, Oxford University Press, 1970. p. 49-50.
32. HORDERN, A. - Psicofarmacologia: algunas consideraciones históricas. In: JOYCE, C. R. B. et al. - Psicofarmacologia: dimensiones y perspectivas. Buenos Aires, Editorial Beta, 1970. p. 115-170.
33. HUXLEY, A. - Admirável mundo novo. 11a. ed. Rio de Janeiro, Companhia Brasileira de Divulgação do Livro, 1969.
34. ILLICH, I. - A expropriação da saúde: nemesis da medicina. 2a. ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
35. IMS - Mercado Farmacêutico: Brasil. Catálogos de 1972 a 1977.

36. JOYCE, C. R. B. et al. - Personal Factors as a cause of differences in prescribing by general practitioners. Brit. J. prev. soc. Med., 22:170-177, 1968.
37. LANGNER, T. S. & MICHAEL, S. T. - Life stress and mental health: the Midtown Manhattan Study. London, Free Press, 1963.
38. LEI nº 6.360 - 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação Federal do Setor Saúde. Brasília, 1977, v.1, p. 162-179.
39. LORENZ, K. - Civilização e pecado. Rio de Janeiro, Ed. Artenova, 1974.
40. MANHEIMER, D. I. et al. - Popular attitudes and beliefs about tranquilizers. Amer. J. Psychiat., 130:1246-1253, 1973.
41. MAPES, R. E. A. - Physician's drug innovation and relinquishment. Soc. Sci. Med., 11:619-624, 1977.
42. MELLINGER, G. D. et al. - Patterns of psychotherapeutic drug use among adults in San Francisco. Arch. gen. Psychiat., 25:385-394, 1971.
43. MILES, D. L. - Multiple prescriptions and drug appropriateness. Hlth. Serv. Res., 12:3-10, 1977.
44. MOREIRA, M. J. C. et al. - Algumas considerações sobre o uso de ansiolíticos em nosso meio. Rev. Ass. bras. Psiquiat., 2:10-18, 1979.
45. MULLER, C. - The over medicated society: forces in the marketplace for medical care. Science, 176:488-492, 1972.
46. ORWELL, G. - 1984. 7a. ed. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1974.

47. PARRY, H. et al. - National patterns of psychotherapeutic drug use. Arch. gen. Psychiat., 28:769-783, 1973.
48. PLUNKETT, R. & GORDON, J. - Epidemiology and mental illness. New York, Basic Books, 1960.
49. PÖLDINGER, W. - Compêndio de psicofarmacoterapia. Basle, Suíça, Serviço Científico Roche, 1968.
50. PORTARIA Nº 20 de 6 de setembro de 1977. Instruções sobre proibição, limitação, fiscalização e controle de produção, do comércio e do uso de substâncias que determinem dependência física ou psíquica e medicamentos que as contenham. Diário Oficial da União, 11 nov. 1977 - Seção I, Parte I, p. 15302-10.
51. PORTARIA Nº 26 de 26 de julho de 1974, do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 14 de out. de 1974.
52. REMÉDIOS mais consumidos podem prejudicar a saúde. O Estado de São Paulo, 22 set. 1976, p. 15
53. ROCHE SCIENTIFIC SERVICE - From emotion to lesion. Basle, Suíça, Roche, 1969, p. 42-50.
54. RYCROFT, C. - Anxiety and neurosis. London, Penguin Books, 1970.
55. SCHULZ, P. - L'utilisation de sources d'information sur les médicaments: revue de la littérature. Praxis, 65:1115-1120, 1976.
56. SECRETARIA DA ECONOMIA E PLANEJAMENTO - Subdivisão do Município de São Paulo em áreas homogêneas. São Paulo, 1977. (Estudos e Pesquisas, 13)
57. SELYE, H. - Stress: a tensão da vida. São Paulo, Ibrasa, 1959.
58. SILVERMAN, M. - The epidemiology of drug promotion. Int. J. Hlth. Serv., 7:157-166, 1977.

59. SIVGARD, J. - La place du médicament dans l'economie de la santé. Thérapie, 32:529-552, 1977.
60. WAGHORN, J. M. - Influences affecting the increasing use of psychotropic drug, specially by woman. Hlth. Educ. J., 35:231-237, 1976.
61. WALDRON, I. - Increased prescribing of Valium, Librium and other drugs: an exemple of the influence of economic and social factors on the practice of medicine. Int. J. Hlth. Serv., 7:37-62, 1977.
62. WANDREY, D. & LEUTNER, V. - Los neuropsicofarmacos en la clinica y en la practica. Barcelona, Editorial Científico Medico, 1967.
63. WILSON, C. W. et al. - Influence of different sources of therapeutic information on prescribing by general practitioners. Brit. Med. J., 2:599-604, 1963.
64. WOTRING, C. E. & SCHMELLING, D. - Mood altering drug abuse: the perceptions of middle age women concerning the use and abuse of prescription drugs. J. Drug Educ., 7:123-131, 1977.
65. VON GEBSATELL, V. E. - Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Citado In BENEDETTI, G. - La angustia desde el punto de vista psiquiátrico. In: _____ - La angustia. Madrid, Tribuna de la Revista de Occidente, 1960. p. 201.

No executivo.

Eduardo (38 anos) vive em estado ansioso porque assumiu todas as responsabilidades da empresa e não tem tempo de fazer tudo o que queria.

Na dona-de-casa.

Da. Dirce (36 anos) vive em estado ansioso porque não consegue mais ser lavadeira, arrumadeira, cozinheira, costureira, babá, professora, administradora do lar, motorista das crianças, e uma esposa tranqüila ao mesmo tempo.

No jovem.

Gabriel (19 anos) vive em estado ansioso porque não sente atração pelo que normalmente daria prazer a um jovem da sua idade.

No adulto.

Da Mariza (viúva de 58 anos) vive em estado ansioso porque não se sente útil morando na casa do filho.

Nas pessoas idosas.

"Seu" José e Da. Ana (68 e 67 anos) vivem em estado ansioso porque têm medo de se verem sozinhos de repente.

Na criança.

Fábio (10 anos) vive em estado ansioso porque tem medo de não ir bem nas provas escolares, repetir de ano e ser repetido pelos pais e irmãos.

No casal.

Cláudio e Suzana (29 e 26 anos) vivem em estado ansioso porque começarem uma vida nova juntos e estão enfrentando sérios problemas na convivência diária.

RELAÇÃO DOS 48 SUB-DISTRITOS QUE COMPÕEM O DISTRITO DE SÃO PAULO

01	SÉ	25	PARÍ
02	LIBERDADE	26	VILA PRUDENTE
03	PENHA DE FRANÇA	27	TATUAPE
04	NOSSA SENHORA DO Ó	28	JARDIM PAULISTA
05	SANTA EFIGÊNIA	29	SANTO AMARO
06	BRÁS	30	IBIRAPUERA
07	CONSOLAÇÃO	31	PIRITUBA
08	SANTANA	32	CAPELA DO SOCORRO
09	VILA MARIANA	33	ALTO DA MOÓCA
10	BELENZINHO	34	CERQUEIRA CÉSAR
11	SANTA CECÍLIA	35	BARRA FUNDA
12	CAMBUCI	36	VILA MARIA
13	BUTANTÃ	37	ACLIMAÇÃO
14	LAPA	38	VILA MATILDE
15	BOM RETIRO	39	VILA MADALENA
16	MOÓCA	40	BRASILÂNDIA
17	BELA VISTA	41	CANGAÍBA
18	IPIRANGA	42	JABAQUARA
19	PERDIZES	43	JAGUÁRA
20	JARDIM AMÉRICA	44	LIMÃO
21	SAÚDE	45	PINHEIROS
22	TUCURUVI	46	VILA FORMOSA
23	CASA VERDE	47	VILA GUILHERME
24	INDIANÓPOLIS	48	VILA NOVA CACHOEIRINHA

LEVANTAMENTO SOBRE MORBIDADE DE TRANSTORNOS MENTAIS

São Paulo, 1975

IDENTIFICAÇÃO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ENDEREÇO: _____ Nº _____ COMPL. _____ BAIRRO: _____

ENTREVISTADOR: _____

I. Apresente-se, dizendo o porque da entrevista e porque essa casa foi selecionada. (Seguindo as instruções do treinamento).

II. Complete o quadro da caracterização do agregado familiar. Coloque em 1º lugar o chefe, depois o cônjuge e filhos. Coloque um círculo no nº de ordem do entrevistado.

SOBRENOME _____

Nº DE ORDEM	PRENOME	RELAÇÃO PAREN- TAL C/D. CHEFE	IDADE	SEXO		ESTADO DO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO			VIVE EM S.P. HÁ ... ANOS	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO ATUAL	PREVIDÊNCIA
				M	F		CIDADE	ESTADO OU PAÍS	U R				
1				M	F								
2				M	F								
3				M	F								
4				M	F								
5				M	F								
6				M	F								
7				M	F								
8				M	F								
9				M	F								
10				M	F								
11				M	F								
12				M	F								
13				M	F								
14				M	F								
15				M	F								

(Ao terminar, pergunte: "Não falta mais ninguém?")

Complete a FOLHA DE CARACTERIZAÇÃO SOCIAL. Lembre-se de que ela só diz respeito ao chefe da casa. (Chame-o pelo nome).

01 OCUPAÇÃO (Coloque o nome, se existir, e descreva <u>detalhadamente</u> no que consiste)	
PROFISSÃO: _____ EXPLICAÇÃO: _____	
02 ESCOLARIDADE (Marque ✓)	03 RESIDÊNCIA
☐ Treinamento Profissional de nível universitário	☐ Quarto
☐ Treinamento Profissional de nível técnico	☐ Sala
☐ Curso Colegial (completo ou não) / Treinamento Profissional de nível técnico incompleto	☐ Cozinha
☐ Ginásio (completo ou não)	☐ Banheiro
☐ Primário Completo	☐ Dependência de empregada
☐ Primário Incompleto	☐ Outros
☐ Móbrel ou Analfabeto	☐ Σ
Último ano completo _____ do Curso _____	Valor do Imposto Predial Cr\$ _____
	Faixa _____

Comece a entrevista pelos adultos da casa (folha de tarja preta)

V. Complete os dados da entrevista

01 ENTREVISTA				
VISITA	DATA			RESULTADO
1ª				
2ª				
3ª				

02 AVALIAÇÃO SUBJETIVA	
Colaborou com a entrevista?	
Sim ☐	Não ☐ Por que? _____

Confiabilidade das informações:	
Bom ☐	Média ☐ Ruim ☐

- R1 - Completa;
- R2 - Não havia ninguém em casa (vá outro dia);
- R3 - O entrevistado não tem tempo (vá outro dia);
- R4 - Negou-se a dar entrevista (informe o seu supervisor);
- R5 - Não há a residência (informe o seu supervisor) ou o endereço não corresponde;
- R6 - Residência desabitada;
- R7 - Outra razão.

VI. Complete os dados da localização

03 DADOS PARA LOCALIZAÇÃO																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">ENTIDADE OU ASSOCIAÇÃO DA QUAL FAÇA PARTE</th> </tr> <tr> <th>NOME</th> <th>ENDEREÇO (BAIRRO)</th> <th>FONE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			ENTIDADE OU ASSOCIAÇÃO DA QUAL FAÇA PARTE			NOME	ENDEREÇO (BAIRRO)	FONE									
ENTIDADE OU ASSOCIAÇÃO DA QUAL FAÇA PARTE																	
NOME	ENDEREÇO (BAIRRO)	FONE															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">LOCAL DE TRABALHO DO CHEFE OU OUTRO MEMBRO</th> </tr> <tr> <th>NOME</th> <th>ENDEREÇO</th> <th>FONE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			LOCAL DE TRABALHO DO CHEFE OU OUTRO MEMBRO			NOME	ENDEREÇO	FONE									
LOCAL DE TRABALHO DO CHEFE OU OUTRO MEMBRO																	
NOME	ENDEREÇO	FONE															
<table border="1"> <tr> <td> VAI SE MUDAR? Não ☐ Ignora ☐ </td> <td> Sim ☐ Local _____ Data ____/____/____ Quem pode informar sobre o novo local de moradia? Nome: _____ Endereço: _____ </td> <td> Qual o horário melhor para localizar os que trabalham fora? <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº DE ORDEM</th> <th>HORÁRIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> </td> </tr> </table>			VAI SE MUDAR? Não ☐ Ignora ☐	Sim ☐ Local _____ Data ____/____/____ Quem pode informar sobre o novo local de moradia? Nome: _____ Endereço: _____	Qual o horário melhor para localizar os que trabalham fora? <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº DE ORDEM</th> <th>HORÁRIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nº DE ORDEM	HORÁRIO										
VAI SE MUDAR? Não ☐ Ignora ☐	Sim ☐ Local _____ Data ____/____/____ Quem pode informar sobre o novo local de moradia? Nome: _____ Endereço: _____	Qual o horário melhor para localizar os que trabalham fora? <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº DE ORDEM</th> <th>HORÁRIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nº DE ORDEM	HORÁRIO													
Nº DE ORDEM	HORÁRIO																

VII. Existe alguma coisa que o Sr.(a) gostaria de acrescentar, que não foi perguntado e que acha importante?

VIII. Lembre ao entrevistado que, para dar continuidade ao estudo, seu domicílio poderá ser revisitado brevemente.

OBSERVAÇÕES: _____

Entrevistador _____

A D U L T O S

Nº DE ORDEM DOS QUE PRESTARAM INFORMAÇÕES: _____
IDSSÃO: _____ OCUPAÇÃO ATUAL: _____
ID: _____

Como é a saúde ^{da(e) (r)?} ele(a)? Apresentou algum problema de saúde nos últimos 12 meses? Como começou? Quando começou? Como evoluiu? _____

_____ teve alguma doença, antes de 1 ano para cá? _____
(nome) _____

Durante este último ano ele(a) foi alguma vez examinado(a) por algum médico ou esteve hospitalizado(a)? (Anotar nomes, locais e outros motivos) _____

Durante este último ano ele(a) precisou tomar algum remédio para dormir ou para os nervos? Quem indicou? Qual foi o remédio? Sabe a dose e por que (em que época)? Teve que tomar outro medicamento? _____

Ele(a) sofre dos nervos? Desde quando? (Descrever em detalhes minuciosos) _____

Tem ou teve desmaios, ataque de bichas ou convulsões? Preciso ser tratado? Com que idade? _____

Ele(a) apresentou alguma mudança no seu comportamento, nas suas idéias ou na maneira de tratar as pessoas? Apresentou idéias ou comportamentos que lhe pareceram absurdos ou estranhos? Quais? _____

_____ precisou ser ajudado por alguém, mesmo que não fosse médico, por causa de problemas de nervos?
(nome) _____

(Explicar as circunstâncias) _____

Ou precisou recorrer à ajuda de religião ou crença? _____

0. Acha que _____ precisaria ter consultado médico ou tomado remédio para tratar de problemas de nervos? Que mé-
dico? Que remédio? _____

1. Como ele(a) é no trabalho? _____

11A	Marque um ✓ (descrever em detalhes os motivos)
	mudou de emprego nos últimos 12 meses
	parou de trabalhar nos últimos 12 meses
	perdeu dias de serviço
	tem se queixado muito ou parece insatisfeito
	não trabalha
	nenhuma das anteriores

2. Como ele(a) é nos estudos? _____

12A	Marque um ✓
	não estuda
	tem tido dificuldade para acompanhar o programa nos últimos 12 meses
	perdeu aulas (descrever ao lado porque)
	teve problemas na escola (descrever ao lado por-que)

3. Acha que ele(a) sabe demais? Ou passou a fazê-lo nos últimos 12 meses? (Descrever bem o que o(s) informante(s) enten-
de(m) por "demais") _____

4. O uso do álcool já lhe causou problemas? (Saúde física e mental, no trabalho, com a família, amigos ou vizinhos, com a
Polícia) (Se este for positiva, e a anterior negativa, volte à nº 13) _____

5. _____ teve algum acidente ou precisou comparecer à delegacia de Polícia por algum motivo? _____
(nome)

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Durante os últimos 12 meses _____ teve algum problema de saúde que necessitasse de médico ou farmacêutico? Especificar. _____

2. Teve alguma vez doenças? Qual? (Descrever o tratamento e resultados).
 Eczema ☐ Cefaléia ☐ Asma ☐ Alergia ☐ _____

3. Toma algum remédio regularmente? _____

4. Aos 2 anos _____ andava? E aos 4, falava?
 (nome) _____

1. Com 1 ano sentava? Sim ☐ Não ☐
 2. Com 2 anos ficava de pé? Sim ☐ Não ☐
 3. Depois de sentar/andar/falar deixou de fazê-lo?
 Com que idade? _____
 Sabe por que? _____

5. Tem algum problema com a comida e sua digestão?

1. Pouco ☐ ou muito ☐ apetite
 2. Pouco ☐ ou muito ☐ peso
 3. Recusa alimentar-se sem motivo justo? Qual? _____
 4. Vômitos ☐ Diarréia ☐ Obstipação ☐

6. Tem (ou teve) convulsões? Tem (ou teve) esquecimentos? (Descrever início, frequência, tratamento, etc.) _____

7. Como pega nos objetos?

1. Descoordenado, não consegue manusear nada sem deixar cair ou quebrar (desastrado).
 2. Hiperativa ☐

8. Tem algum hábito ou "mania"?

1. Rói unhas ☐ Chupa (ou chupou) dedos ☐
 Masturba-se demais ☐ Encoprese ☐
 Gagueja ☐

9. Como é o "gênio" ou temperamento dele(a)?

1. Exige ser obediência (é quem manda) ☐
 2. Dócil ☐ Birrento ☐ Chorão ☐
 Agressivo ☐ Violento ☐ Isolado ☐
 Bonzinho ☐ Medroso ☐
 Outros: _____

_____ tem atitudes agressivas ou destrutivas que cheguem a provocar reclamações de outras pessoas, como por exemplo, os vizinhos?

1. Tem atos agressivos ☐
destrutivos ☐ de repente ☐
2. Mente ☐ Rouba ☐
Põe fogo nas coisas ☐

Qual é a sua atividade predileta? (aquela que ele(a) gosta de passar a maior parte do seu tempo).

Como se dá com os familiares e amigos? (Incluir pais, irmãos, avós, etc.)

_____ fala sozinho(a)? Em que ocasiões?

1. Muito obediente ☐ quietinho ☐ demais ☐
2. Isolado ☐ Não se dá com outras crianças ☐ Não tem grupos ☐
3. É infeliz ☐ Não conversa ☐
4. Faz coisas sem sentido ☐
5. Não consegue brincar adequadamente com brinquedos ☐

_____ parece ficar muito tempo sozinho(a)? (se positivo, especificar a atividade)

_____ medos (de coisas, situações, pessoas, animais) negativo, fazer inventário)

1. Tem medo de animais ☐ objetos ☐
de dormir (ou adormecer sozinho(a)) ☐
de escuro ☐ de outras crianças ☐
de adultos ☐ de brigos ☐
de separar-se da mãe ☐

_____ algum problema de sono?

- (Esclarecer os termos médicos)
1. Não pega no sono ☐ Acorda ☐
Enurese noturna ☐ Terror noturno ☐
Sonilôquio ☐ Sonambulismo ☐

AÇÕES DO ENTREVISTADOR: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Durante os últimos 12 meses _____ teve algum problema de saúde que necessitasse de médico ou farmacêutico? Especificar. _____
2. Teve alguma vez doenças? Qual? (Descrever o tratamento e resultados)
Eczema ☐ Cefaléia ☐ Asma ☐ Alergia ☐ _____
3. Toma algum remédio regularmente? _____
4. Aos 2 anos, _____ andava? E aos 4, falava? _____
 1. Com 1 ano sentava? Sim ☐ Não ☐
 2. Com 2 anos ficava de pé? Sim ☐ Não ☐
 3. Depois de sentar/ficar de pé/andar/falar/ deixou de fazê-lo?
 Com que idade? _____
 Sabe por que? _____
5. Tem algum problema com a comida e sua digestão? _____
 1. Pouco ☐ ou muito ☐ apetite
 2. Pouco ☐ ou muito ☐ peso
 3. Recusa alimentar-se sem motivo justo? Qual? _____
6. Tem (ou teve) convulsões? Tem (ou teve) "esquecimentos"? (Descrever início, frequência, tratamento, etc.) _____
7. Como pega nos objetos, em geral? _____
 1. Descoordenado, não consegue manusear nada sem deixar cair ou quebrar (destruído)
 2. Hiperativa
8. Tem hábito ou "mania"? _____
 1. Rói unhas ☐ Chupa(ou chupou) dedos ☐
 Masturba-se demais ☐ Encoprese ☐
 Gagueja ☐
9. Como é o "gênio" ou temperamento dele(a)? _____
 1. Exige ser obedecido (é quem manda) ☐
 2. Dócil ☐ Birrento ☐ Violento ☐
 Chorão ☐ Agressivo ☐ Isolado ☐
 Bonzinho ☐ Medroso ☐
 Outros: _____
10. _____ tem atitudes agressivas ou distúrbios que cheguem a provocar reclamações de outras pessoas, como os vizinhos? _____
 1. Tem atos agressivos e distúrbios ☐
 2. Mente ☐ Rouba ☐
 Põe fogo nas coisas ☐
 3. Muito desobediente ☐ Invejoso ☐

(Não perguntar se a 10 for negativa).

Teve problemas com a Polícia? (dizer a razão) ou Juizado de Menores?

Tem alguma curiosidade especial ou problemas em relação ao sexo?

Como se dá com os familiares (incluir pais, irmãos, avós) e amigos?

Qual sua atividade predileta? (aquela que ele(a) gosta de passar a maior parte do tempo)

Como vai na escola?

_____ fala sozinho(a)? Em que ocasiões?

Prefere ficar muito tempo sozinho(a)? (se positivo, especificar qual a atividade)

Convida ou é convidado para festinhas, reuniões, brincadeiras, excursões em grupos com frequência?

Passou a se descuidar da higiene pessoal?

Tem medos que o impedem de fazer alguma coisa? (se negativo, fazer o inventário)

Tem "manias" ou rituais que o(a) impedem de fazer alguma coisa?

Mostra preocupação excessiva com religião, horário, dinheiro, arrumação de suas roupas ou sua higiene pessoal?

Tem algum problema de sono?

1. Nunca termina o que começa ☐

1. Falta muito ☐ Troca muito ☐

Expulso 1 ou mais vezes ☐

Por que? _____

2. Frequenta classe ou escola especial ☐

1. Muito obediente ☐ ou quietinho ☐

2. Isolado ☐ Não se dá com outras crianças ☐ Não tem grupos ☐

3. É infeliz ☐ Não conversa ☐

4. Faz coisas sem sentido ☐ Não consegue brincar adequadamente com brinquedos ☐

1. Tem medo de animais ☐ objetos ☐
de dormir (ou adormecer) sozinho(a) ☐
de escuro ☐ de outras crianças ☐
de adultos ☐ de brigas ☐
de separar-se da mãe ☐

1. Não pega no sono ☐ Acorda muito durante o sono ☐ Enurese noturna ☐
Terror noturno ☐ Sonambulismo ☐
Sonilóquio ☐

INQUÉRITO SOBRE O USO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

OBS:- Preencha este questionário sempre que o entrevistado responder afirmativamente à questão 4 da folha de "entrevista de adultos".

numero da entrevista

informante

nome

numero de ordem na família

1. Qual(is) o(s) nome(s) do(s) medicamento(s) ?

a) _____

b) _____

c) _____

2. Quais os motivos ou situações que o (a) levam a usar a medicação? (exemplo: por falta de sono, por ficar angustiado, porque o médico recomendou, etc..)

3. Quais as épocas em que tomou esse medicamento?

4. Toma(ou) com regularidade ou com irregularidade? Com que frequência usou nos últimos 12 meses e quais as doses aproximadas? (exemplo: 2 - 3 vezes por mês; 3 comprimidos nos dias em que se sente mal, etc..)

5. Nos últimos 30 dias ainda tem tomado algum dos medicamentos ou começou a fazê-lo? NÃO SIM

Quais? : _____

6. Em que doses? _____

7. Com que frequência usou a medicação nos últimos 30 dias?

- a) nenhuma vez;
- b) uma vez;
- c) mais de uma e menos de 5 vezes;
- d) mais de cinco vezes, e
- e) diariamente.

8. Quem indicou o nome e o uso do medicamento?

- a) parente ou conhecido;
- b) tomou por conta própria;
- c) farmacêutico;
- d) médico

d.1. psiquiatra

d.2. clínico geral

d.3. outro. Indicar a especialidade: _____

e) Outra pessoa. Quem? _____

f) Não sabe.

9. Como obtém o medicamento? (indicar local e forma de aquisição).

10. Há necessidade de apresentar receita médica para comprá-lo na farmácia ?

("a receita fica presa na farmácia"). _____

11. Quem paga a medicação?

a) o usuário;

b) recebe gratuitamente. De que instituição?

12. Quais os efeitos que o entrevistado acha que os medicamentos usados tem?

____/____/____
DATA

ENTREVISTADOR

ESTUDO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E SUAS CARACTERÍSTICAS NO DISTRITO DE SÃO PAULO

MANUAL DE CODIFICAÇÃO

CARTÃO FAMILIAR

ITEM	CÓDIGO	COLUNA		
1 - Identificação do cartão	1 - Familiar	$\frac{1}{1}$		
2 - Identificação da entrevista	Fase	$\frac{1}{2}$		
	Subdistrito	$\frac{3}{}$		$\frac{4}{}$
	UPA	$\frac{5}{}$	$\frac{6}{}$	$\frac{7}{}$
	Mês de sorteio	$\frac{8}{}$		$\frac{9}{}$
	Domicílio	$\frac{10}{}$	$\frac{11}{}$	$\frac{12}{}$
3 - Entrevistadora	00 - Não informa			
	01 - Cássia			
	02 - Cynthia			
	03 - Deocélia			
	04 - Elma			
	05 - Isis			
	06 - José Carlos			
	07 - Josefina			
	08 - Lala (M. Candelária)	$\frac{13}{}$		$\frac{14}{}$
	09 - Leane			
	10 - Lilian			
	11 - Maria Zimmerman (Maria)			
	12 - Maria Aparecida Borin			
	13 - Maria Antonia			
	14 - Maria José			
	15 - Marisa A. E. Simons			
	16 - Margarete			

continuação (3)

- 17 - Meyre
- 18 - Regina
- 19 - Rosali/ Neiri
- 20 - Takako
- 21 - Valdomira (Mira)
- 22 - Thomás
- 23 - Nanci

4 - Número de pessoas
que residem na ca
sa

15 16

5 - Número de pessoas
do sexo masculino

17 18

6 - Relação parental
do informante
principal com o
chefe da casa

- 0 - Não informa
- 1 - Chefe
- 2 - Cônjuge
- 3 - Filho(a)/genros/noras
- 4 - Pais/sogros
- 5 - Irmãos/cunhados
- 6 - Netas/avós
- 7 - Sobrinho/primo ou ou
tro parente
- 8 - Agregado sem laço de
parentesco (empregada
doméstica/amigo)
- 9 - Não é possível distinguir
qual dos infor-
mantes foi o principal

19

7 - Quantos informantes
houve ao to-
do ?

20

8 - Sexo do informante principal	0 - Não informa		
	1 - Masculino		
	2 - Feminino		<u>21</u>
	9 - Não é possível distinguir o informante principal		

9 - Idade do informante principal	00 - Não informa		
	99 - Não se aplica	<u>22</u>	<u>23</u>

10 - Grau de instrução do informante principal	0 - Não informa		
	1 - Mobral/analfabeto		
	2 - Primário incompleto		
	3 - Primário completo		
	4 - Ginásio (completo ou não)		
	5 - Curso colegial (completo ou não)/treinamento profissional de nível técnico incompleto		<u>24</u>
	6 - Treinamento profissional de nível técnico		
	7 - Treinamento profissional de nível universitário		
	9 - Não foi possível caracterizar o informante principal		

11 - Principal ocupação do informante	0 - Não informa/não sabe		
	1 - Empregado/autônomo		
	2 - Empregador		
	3 - Aposentado		
	4 - Desempregado		
	5 - Licenciado		<u>25</u>
	6 - Trabalhos Domésticos		
	7 - Estudante		
	8 - Sem ocupação		
	9 - Não se aplica/não foi possível caracterizar o informante principal		

12 - Número de pessoas com
menos de 2 anos de i-
dade

26

13 - Idade da pessoa mais
velha que reside no
domicílio

00 - Ignorado

99 - Não se aplica

27

28

14 - Idade da pessoa mais
nova que reside no
domicílio

00 - Ignorado

01 - 1 ano ou menos de 1 ano

99 - Não se aplica

29

30

15 - Tipo de família

1 - Nuclear completa

2 - Nuclear incompleta

3 - Pseudo-nuclear

4 - Elementar

5 - Nuclear múltipla

6 - Para-nuclear

7 - Elementar múltipla

8 - Poli-nuclear

9 - Outros não classificados
nos códigos acima

31

16 - Idade do Chefe

00 - Não informa

32

33

17 - Sexo do Chefe

0 - Não informa

1 - Masculino

2 - Feminino

34

18 - Estado Civil do Chefe

00 - Não informa

11 - Solteiro de fato

12 - Solteiro com companheira

21 - Casado vivendo com o cõn-
juge

22 - Casado vivendo separado

35

36

continuação (18)

- 23 - Casado vivendo com o companheiro(a)
- 31 - Viúvo sem companheira
- 32 - Viúvo vivendo com o companheiro(a)
- 41 - Desquitado vivendo so
- 42 - Desquitado vivendo com companheiro(a)
- 43 - Desquitado vivendo com o companheiro de quem se desquitou

19 - Local de nascimento
do chefe

Ver listagem de locais de nascimento

37 38 39

20 - Origem urbana ou rural do chefe

- 0 - Não informa
- 1 - Urbano
- 2 - Rural

40

21 - Há quanto tempo o
chefe vive em São
Paulo ?

- 0 - Não informa
- 1 - Menos de 6 meses
- 2 - Menos de 1 ano e 6 ou mais meses
- 3 - 1 a 2 anos
- 4 - 3 a 5 anos
- 5 - 6 a 10 anos
- 6 - 11 a 20 anos
- 7 - 21 anos e mais
- 8 - Sempre viveu em São Paulo

41

22 - Grau de instrução
do chefe

- 0 - Não informa
- 1 - Mobral ou analfabeto
- 2 - Primário incompleto
- 3 - Primário completo
- 4 - Ginásio (completo ou não)
- 5 - Curso colegial (completo ou

42

continuação (22)

não)/treinamento profissio-
nal de nível técnico incom-
pleto

6 - Treinamento profissional de
nível técnico

7 - Treinamento profissional de
nível universitário

23 - Principal ocupação
atual do chefe

0 - Não informa/não sabe

1 - Empregado/autônomo

2 - Empregador

3 - Aposentado

4 - Desempregado

5 - Licenciado

6 - Trabalhos domésticos

7 - Estudante

8 - Sem ocupação

9 - Não se aplica

43

24 - Profissão do chefe

Escala OIT

44

45

25 - O chefe tem previden-
ciária?

0 - Não informa

1 - Não

2 - Sim

46

26 - Tipo de residência

0 - Não informa

1 - Casa individual

2 - Casa coletiva

3 - Apartamento individual

4 - Apartamento coletivo

5 - Favela

6 - Não é possível distinguir
se se trata de casa ou
apartamento

47

27 - Número de dependências	99 - Não há informação	<u>48</u>	<u>49</u>
28 - Utilização de cozinha e/ou banheiro	0 - Não informa 1 - Cozinha e banheiro individuais 2 - Cozinha individual e banheiro coletivo 3 - Cozinha coletiva e banheiro individual 4 - Cozinha e banheiro coletivos	<u>50</u>	
29 - Número de dependências que excedem a unidade básica de habitação (2 quartos, 1 cozinha, 1 banheiro, ou 1 quarto, 1 sala, 1 cozinha, 1 banheiro) 4 é o mínimo	0 - Não atinge a unidade básica 1 - Não atinge a unidade básica, mas tem "outras" dependências 2 - Resume-se à unidade básica 3 - Excede em 1 dependência a unidade básica 4 - Excede em 2 dependências a unidade básica 5 - Excede em 3 dependências a unidade básica 6 - Excede em mais de 3 dependências 9 - Não há informação	<u>51</u>	
30 - O chefe é doente	1 - Não 2 - Sim	<u>52</u>	
31 - O cônjuge é doente	1 - Não 2 - Sim 9 - Não se aplica	<u>53</u>	
32 - Número de menores de 15 anos doentes	9 - Não se aplica	<u>54</u>	

33 - Número de outros adultos da família doentes (exclui o chefe e o cônjuge)	9 - Não se aplica	<u>55</u>
34 - Número de outros adultos agregados doentes (empregados, pessoas com estadia temporária)	9 - Não se aplica	<u>56</u>
35 - Número de doentes do sexo masculino (inclui os agregados)		<u>57</u>
36 - Número de doentes do sexo feminino (inclui os agregados)		<u>58</u>
37 - Classificação sócio-econômica: profissão do chefe	9 - Não informa	<u>59</u>
38 - Classificação sócio-econômica: escolaridade do chefe	9 - Não informa	<u>60</u>
39 - Classificação sócio-econômica: tipo de residência	9 - Não informa	<u>61</u>

MANUAL DE CODIFICAÇÃOCARTÃO INDIVIDUAL DE ADULTOS

ITEM	CÓDIGO	COLUNA	
1 - Identificação do cartão	2 - Individual de adultos	<u>2</u>	<u>1</u>
2 - Identificação da entrevista	Fase	<u>1</u>	<u>2</u>
	Subdistrito	<u>3</u>	<u>4</u>
	UPA	<u>5</u>	<u>6</u> <u>7</u>
	Mês de sorteio	<u>8</u>	<u>9</u>
	Domicílio	<u>10</u>	<u>11</u> <u>12</u>
3 - Identificação do indivíduo (Nº de Ordem)		<u>13</u>	<u>14</u>
4 - Relação parental do interessado com o chefe	0 - Não informa		
	1 - 0 próprio chefe		
	2 - Cônjuge		
	3 - Filho (a)/genro/nora		
	4 - Pais/sogros		
	5 - Irmãos/cunhados		
	6 - Netos/avós	<u>15</u>	
	7 - Sobrinho/primo ou outro parente		
	8 - Agregado S/laço de parentesco		
	9 - Empregada doméstica		
5 - Idade	00 - Não informa	<u>16</u>	<u>17</u>

6 - Sexo	0 - Não informa			
	1 - Masculino			
	2 - Feminino			<u>18</u>
<hr/>				
7 - Estado Civil	00 - Não informa			
	11 - Solteiro de fato			
	12 - Solteiro com companheira			
	21 - Casado vivendo com o cônjuge			
	22 - Casado vivendo separado			
	23 - Casado vivendo com companheiro(a)			
	31 - Viúvo sem companheira			
	32 - Viúvo vivendo com companheiro(a)			
	41 - Desquitado vivendo só	<u>19</u>		<u>20</u>
	42 - Desquitado vivendo com companheiro(a)			
	43 - Desquitado vivendo com o companheiro de quem se desquitou			
	99 - Menor			
<hr/>				
8 - Local de nascimento	Ver listagem de locais de nascimento			
		<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>
<hr/>				
9 - Origem urbano/rural	0 - Não informa			
	1 - Urbano			
	2 - Rural			<u>24</u>
<hr/>				
10 - Há quanto tempo vive em São Paulo	0 - Não informa			
	1 - Menos de 6 meses			<u>25</u>

continuação (10)

- 2 - Menos de 1 ano e 6 meses
ou mais
- 3 - 1 a 2 anos
- 4 - 3 a 5 anos
- 5 - 6 a 10 anos
- 6 - 11 a 20 anos
- 7 - 21 anos e mais
- 8 - Sempre viveu em São Paulo

11 - Grau de instrução

- 0 - Não informa
- 1 - Analfabeto/Mobral
- 2 - Primário incompleto
- 3 - Primário completo
- 4 - Ginásio incompleto
- 5 - Ginásio completo
- 6 - Colegial completo/incompleto
- 7 - Superior incompleto
- 8 - Superior completo
- 9 - Não se aplica

26

12 - Ocupação principal

- 0 - Não informa/não sabe
- 1 - Empregado/autônomo
- 2 - Empregador
- 3 - Aposentado
- 4 - Desempregado
- 5 - Licenciado
- 6 - Trabalhos domésticos
- 7 - Estudante
- 8 - Sem ocupação
- 9 - Não se aplica

27

13 - Ocupação secundária

0 - Não informa

1 - Estudante

2 - Trabalho esporádico

3 - Trabalho regular feito
em horário livre

4 - Trabalho regular feito
em horário fixo

28

5 - Trabalho doméstico

9 - Não tem/não se aplica

14 - Tem cobertura previ-
denciária?

0 - Não informa

1 - Não

2 - Sim-na qualidade de segurado

3 - Sim- na qualidade de dependente

29

4 - Sim - não é possível distinguir se é segurado ou dependente

5 - Tem mais de uma cobertura previdenciária

15 - Profissão

Tabela de OIT

30

31

16 - Relação parental do
informante principal
com o interessado

0 - Não informa

1 - O próprio

2 - Pais

3 - Cônjuges

4 - Filhos

5 - Sogros

32

6 - Genros/noras

7 - Cunhados/irmãos

8 - Outros

9 - Empregado doméstico

17 - Refere transtornos mentais nos últimos 12 meses

- 1 - Não refere qualquer problema presumivelmente classificado como mental
- 2 - Queixas somáticas de presumível etiologia psíquica
- 3 - Queixas de transtornos psíquicos mal definidos
- 4 - Queixa de quadro de tipo ansioso associado a transtorno somático
- 5 - Queixa de quadro de tipo depressivo ou depressivo-ansioso
- 6 - Queixa de quadro ansioso ou conversivo
- 7 - Queixa de quadro de irritabilidade associado ou não com ansiedade
- 8 - Queixas de deficiências intelectuais
- 9 - Queixas de quadros psíquicos de linha psicótica
- 0 - Outros quadros não classificáveis nos ítems anteriores

33

18 - Refere problemas de saúde nos últimos 12 meses

- 1 - Não refere problemas de saúde no período ou refere episódios menores de curta duração
- 2 - Queixas indefinidas ou mal especificadas
- 3 - Queixas do aparelho locomotor
- 4 - Queixas do aparelho cardio-circulatório
- 5 - Queixas do aparelho gastro-intestinal
- 6 - Queixas do aparelho respiratório
- 7 - Queixas do aparelho genito urinário
- 8 - Queixas de patologia endócrina

34

continuação (18)

9 - Queixas de mais de um aparelho

0 - Sintomas não classificados nos ítems anteriores

19 - Recebeu assistência médica ambulatorial nos últimos 12 meses por queixa somática?

0 - Não informa

1 - Não recebeu

2 - Exames de admissão e/ou rotina

3 - Pré-natal

4 - Uma ou mais consultas por queixa somática

5 - Faz tratamento regular e periódico (várias consultas)

6 - Recebeu assistência sem especificação

7 - Faz tratamento regular de reabilitação

35

20 - Recebeu assistência ambulatorial nos últimos 12 meses por queixa de etiologia presumivelmente psíquica?

0 - Não informa

1 - Não recebeu

2 - Fez uma ou mais consultas a clínico geral ou outro especialista

3 - Fez uma ou mais consultas a neurologista

4 - Fez uma ou mais consultas a médico psiquiatra ou psicólogo

5 - Fez tratamento regular com médico psiquiatra ou psicólogo

6 - Fez tratamento regular de reabilitação

7 - Fez consulta não específica

36

21 - Esteve hospitalizado
nos últimos 12 meses?

- 0 - Não informa
- 1 - Não
- 2 - Em maternidade
- 3 - Para diagnóstico ou
tratamento clínico
- 4 - Para diagnóstico ou
tratamento cirúrgico
- 5 - Em hospital psiquiá-
trico
- 6 - Em instituições pa-
ra hospitalares
psiquiátricos
- 7 - Esteve internado em
-mais de um dos ti-
pos de instituição
acima
- 8 - Esteve internado em
hospital geral -não
sabe o tipo de tra-
tamento

37

22 - Uso de medicação não
psicotrópica nos úl-
timos 12 meses.

- 0 - Não informa
- 1 - Não usou
- 2 - Usou com regularida-
de orientado por mē-
dico
- 3 - Usou com regularida-
de orientado por
leigo
- 4 - Usou com regularida-
de por auto-indica-
ção
- 5 - Usou com regularida-
de - sem indicação
de quem indicou
- 6 - Usou irregularmente
(esporadicamente, em
episódios isolados)
indicado por médico
- 7 - Usou irregularmente
(esporadicamente, em
episódios isolados)
indicado por leigo
- 8 - Usou irregularmente
(esporadicamente, em

38

continuação (22)

episódios isolados)
por auto-indicação

9 - Usou irregularmente
sem outra especificação

23 - Quantas vezes apareceram
respostas negativas entre os ítems 17 a 22 inclusive (código 1)? (colunas 33 a 38)

39

24 - Usou de medicação psicotrópica nos últimos 12 meses. Tipo

0 - Não informa/não sabe

1 - Não usou

2 - Anticonvulsivante

3 - Hipnótica

4 - Ansiolítica

5 - Antidepressiva

6 - Neuroléptica

7 - Associação entre 3-4-5-6

8 - Associação entre 2 e 3-4-5-6

9 - Fez uso de medicação psicotrópica - sem especificação

40

25 - Uso de medicação psicotrópica. Frequência (nos últimos 12 meses)

0 - Não informa/não sabe

1 - Não usou

2 - Não usou nos últimos 12 meses mas usou anteriormente

3 - Usou com regularidade

4 - Usou esporadicamente e episodicamente

5 - Usou episodicamente associado a situação de stress

6 - Usou associado a tratamentos clínicos

41

continuação (25)

7 - Usou - sem outra indicação

26 - Uso de medicação psicotrô-
pica. Fonte de indi-
cação. (nos últimos 12
meses)

- 0 - Não informa/não sabe
- 1 - Não usou
- 2 - Indicado por psiquiatra
- 3 - Indicado por neurologista
- 4 - Indicado por clínico ou
outros especialistas
- 5 - Indicado por farmacêutico
- 6 - Indicado por amigos, pa-
rentes ou auto-indicado
- 7 - Usou - sem especificação
sobre a fonte de indica-
ção

42

27 - Precisou ajuda externa
nos últimos 12 meses

- 0 - Não informa/não sabe
- 1 - Não precisou/não recorreu
- 2 - Alguém do núcleo familiar
- 3 - Alguém da família extensi-
va
- 4 - Amigos, patrões, chefes,
- 5 - Farmacêutico
- 6 - Religioso,
- 7 - Sim - sem outra indicação
- 8 - AA, NA

43

28 - Precisaria ter recebido
assistência para proble-
mas de nervos

- 0 - Não informa/não sabe
- 1 - Não
- 2 - Sim por médico psiquiatra
(ou outros profissionais
da área)
- 3 - Sim por outro especialis-
ta (inclusive clínico ge-
ral)
- 4 - Sim - sem indicação
- 5 - Informa já estar em trata-
mento

44

29 - Quantas vezes apareceu resposta negativa (código 1) entre os ítems 24 a 28 (inclusive) (colunas 40 a 44)	<u>45</u>
--	-----------

30 - Uso de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses	0 - Não informa/não sabe 1 - Habitualmente é abstinente 2 - Bebe ocasionalmente/socialmente sem excessos 3 - Bebe esporadicamente em excessos 4 - Habitualmente bebe regularmente sem excessos 5 - Bebe regularmente sem excessos 6 - Bebia em excessos passando a fazê-lo moderadamente no período dos últimos 12 meses 7 - Bebia em excessos tendo se tornado abstinente 8 - Bebe, não informa frequência ou quantidade 9 - Responde "Não"	<u>46</u>
---	---	-----------

31 - Avaliação do avaliador 1	9 - Não avaliou	<u>47</u>
-------------------------------	-----------------	-----------

32 - Avaliação do avaliador 2	9 - Não avaliou	<u>48</u>
-------------------------------	-----------------	-----------

33 - Avaliação do avaliador 3	9 - Não avaliou	<u>49</u>
-------------------------------	-----------------	-----------

34 - Decisão	0 - Não Doente (N) 1 - Doente (S)	<u>50</u>
--------------	--------------------------------------	-----------

ESTUDO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E SUAS CARACTERÍSTICAS DO DISTRITO DE SÃO PAULO

MANUAL DE CODIFICAÇÃO

CARTÃO INDIVIDUAL DE MENORES DE 15 ANOS

ITEM	CÓDIGO	COLUNA		
1 - Identificação do cartão	3 - Menores de 15 anos	<u>3</u> 1		
2 - Identificação da entrevista	Fase	<u>1</u> 2		
	Sub-Distrito	<u>3</u>	<u>4</u>	
	UPA	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
	Mês do sorteio	<u>8</u>	<u>9</u>	
	Domicílio	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>12</u>
3 - Identificação do indivíduo (nº de ordem)		<u>13</u>	<u>14</u>	
4 - Relação parental do interessado com o chefe	0 - Não informa			
	1 - Filho(a)			
	2 - Irmãos/cunhado			
	3 - Neto			
	4 - Sobrinho/primo			
	5 - Adotivo (de criação) SEM laço de parentesco	<u>15</u>		
	6 - Adotivo (de criação) COM laço de parentesco			
	7 - Empregado doméstico			
5 - Idade		<u>16</u>	<u>17</u>	
6 - Sexo	0 - Não informa			
	1 - Masculino			
	2 - Feminino	<u>18</u>		

7 - Local de nascimento	Usar a listagem de locais de nascimento	<u>19</u>	<u>20</u>	<u>21</u>
8 - Origem urbano-rural	0 - Não informa 1 - Urbano 2 - Rural		<u>22</u>	
9 - Há quanto tempo <u>vi</u> ve em São Paulo	0 - Não informa 1 - Menos de 6 meses 2 - Menos de 1 ano e mais de 6 meses 3 - Entre 1 e 2 anos 4 - Entre 3 e 5 anos 5 - Entre 6 e 10 anos 6 - Mais de 11 anos 8 - Sempre viveu em S. Paulo		<u>23</u>	
10 - Grau de instrução	0 - Não informa 1 - Analfabeto 2 - Primário incompleto 3 - Primário completo 4 - Ginásial incompleto 5 - Ginásial completo 6 - Colegial incompleto 9 - Não se aplica (menores de 7 anos exclusive)		<u>24</u>	
11 - Ocupação principal	0 - Não informa 1 - Estudante 2 - Não tem/sem ocupação 3 - Trabalho doméstico 4 - Trabalho externo 9 - Não se aplica (menores de 7 anos exclusive)		<u>25</u>	

16 - Procurou assistência leiga por problemas de saúde nos últimos 12 meses?	0 - Não informa	
	1 - Não	
	2 - Farmacêutico	
	3 - Outros	<u>30</u>
	4 - Associação entre 2 - 3	

17 - Recebeu assistência médica ambulatorial nos últimos 12 me- ses?	0 - Não informa	
	1 - Não	
	2 - Exames de rotina e/ou vacinações	
	3 - Uma consulta	
	4 - Fez tratamento regular e periódico	<u>31</u>
	5 - Recebeu assistência am- bulatorial - sem outra indicação	
	6 - Faz tratamento regular de reabilitação	
	7 - Associação entre 2 - 3 a 6	

18 - Esteve hospitaliza- do nos últimos 12 meses?	0 - Não informa	
	1 - Não	
	2 - Para diagnóstico ou tratamento clínico	
	3 - Para diagnóstico ou tratamento cirúrgico	
	4 - Em hospital ou clínica psiquiátrica	
	5 - Em instituições para- hospitalares	<u>32</u>
	6 - Esteve internado em mais de um dos tipos de instituições acima	
	7 - Esteve internado em hospital geral - sem outra indicação	

19 - Apresentou algumas das seguintes doenças	0 - Não informa	
	1 - Nenhuma	
	2 - Eczema	
	3 - Cefalea	
	4 - Asma	
	5 - Alergia (a drogas ou medicamentos)	33
	6 - Alergia (outras)	
	7 - Apresentou mais de uma delas	
	8 - Sim - sem indicação que permita classificar nos itens anteriores	

20 - Antes dos últimos 12 meses teve alguma doença	0 - Não informa	
	1 - Não há indicação	
	2 - Doenças infantis sem complicação	
	3 - Doenças infantis com complicação	
	4 - Desidratação	
	5 - Broncopneumonia	34
	6 - Desnutrição	
	7 - Qualquer associação entre 4 - 5 - 6	
	8 - Outras doenças	
	9 - Qualquer associação entre 2,3,4,5,6,8	

21 - Tomou medicação psicotrópica - alguma vez?	0 - Não informa	
	1 - Não	
	2 - Sim indicado por leigo	35
	3 - Sim indicado por médico	
	4 - Sim - não informa a fonte de indicação	

22 - Fez uso de vitaminas	0 - Não informa	
nos últimos 12 meses?	1 - Não	
	2 - Sim - indicado por leigo	<u>36</u>
	3 - Sim - indicado por médico	
	4 - Sim - não informa quem - indicou	

23 - Fez uso de outros me	0 - Não informa	
dicamentos nos últi-	1 - Não	
mos 12 meses ?	2 - Sim - indicado por leigo	<u>37</u>
	3 - Sim-indicado por médico	
	4 - Sim - sem indicação	

24 - Quantas vezes apare-		
ceram respostas nega		
tivas (código 1) en-		
tre os ítems 15 a 23?		<u>38</u>
(col. 29 a 37)		

25 - Com que idade começou	0 - Não informa	
a andar?	1 - Antes dos 12 meses	
	2 - 12 a 18 meses	
	3 - 19 a 24 meses	
	4 - depois dos 2 anos	
	5 - só responde afirmativamen	<u>39</u>
	te a pergunta, sem preci-	
	sar a idade ("normal")	
	6 - Ainda não começou a andar	
	7 - depois de ter começado a	
	andar deixou de fazê-lo	

26 - Refere problemas que	0 - Não informa	
atrasaram o desenvo	1 - Não refere	
vimento da marcha?	2 - Neurológicas	<u>40</u>
	3 - Ortopédicas	

continuação (26)

4 - Neurológicos e ortopédicos

5 - Outros

6 - Não refere qual a possível
origem do atraso

27 - Com que idade come-
çou a falar?

0 - Não informa

1 - Antes de 1 ano de idade

2 - Mais de 1 e menos de 2 anos

3 - Mais de 2 e menos de 3 anos

4 - Mais de 3 e menos de 4 anos

5 - Só responde afirmativamente
à pergunta, sem precisar a
idade ("normal")

41

6 - Ainda não começou a falar

7 - Depois de ter começado a fa-
lar deixou de fazê-lo

8 - Depois dos 4 anos

28 - Refere problemas no
desenvolvimento da
fala?

0 - Não informa

1 - Não refere

2 - Distúrbios na pronuncia de
letras ou sílabas

3 - Não forma frases

42

4 - Gagueja

5 - Outros

6 - Não começou a falar

29 - Refere distúrbios co-
miciais?

0 - Não informa

1 - Não

2 - Apresentou (apresenta) con-
vulsões febris

3 - Apresentou convulsões, des-
maios ou ausências antes dos
últimos 12 meses

43

4 - Apresenta convulsões, des-
maios ou ausências

5 - Apresenta distúrbios possi-
velmente comiciais mal carac-
terizados

30 - Refere distúrbios da motricidade?	0 - Não informa	
	1 - Não	
	2 - Incoordenação motora	
	3 - Hiperatividade motora	<u>44</u>
	4 - Incoordenação mais hiperatividade	
	5 - Refere possíveis distúrbios da motricidade mal caracterizados	

31 - Está na escola?	0 - Não informa	
	1 - Não	<u>45</u>
	2 - Sim	
	9 - Não se aplica	

32 - Repetências de ano	0 - Não informa	
	1 - Não	
	2 - Repetiu de ano 1 vez	
	3 - Repetiu o mesmo ano mais de 1 vez e menos de 4	
	4 - Repetiu o mesmo ano mais de 4 vezes	<u>46</u>
	5 - Repetiu 1 vez, anos diferentes	
	6 - Responde afirmativamente mas não sabe precisar	
	9 - Não se aplica	

33 - Frequenta classe especial?	1 - Não	
	2 - Sim	
	9 - Não se aplica	<u>47</u>

34 - Refere distúrbios de sono?	0 - Não informa	
	1 - Não	
	2 - Sono agitado, ranger de dentes	<u>48</u>
	3 - Terror noturno	

continuação (34)

4 - Soniloquio

5 - Sonambulismo

6 - Enurese

7 - Combinação de 2, 3

8 - Combinação de 3,4,5,6

9 - Combinação de 5, 6

35 - Avaliação do avalia_
dor 1

9 - Não avaliou

49

36 - Avaliação do avalia_
dor 2

9 - Não avaliou

50

37 - Avaliação do avalia_
dor 3

9 - Não avaliou

51

38 - Decisão

0 - Não doente (N)

52

1 - Doente (S)

INQUÉRITO SOBRE O USO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

MANUAL DE CODIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

1. EPIDEMIOLOGIA DO USO DE TRANQUILIZANTES MENORES, HIPNÓTICOS E SEDATIVOS - TANCREDI	<u>0</u> 1
2. Nº QUESTIONÁRIO	11 colunas
3. Nº DE ORDEM DA PESSOA	<u>13 - 14</u>
4. QUEM DÁ A INFORMAÇÃO	<u>15</u>
0. Não informa	
1. o próprio	
2. pais	
3. cônjuges	
4. filhos	
5. sogros	
6. genros/noras	
7. cunhados/irmãos	
8. outros	
9. empregado doméstico	
5. QUANTOS PRODUTOS REFERE	<u>16</u>
6. DENTRE OS PRODUTOS REFERIDOS ... NÃO SE ENQUADRAVAM ENTRE OS PSICOTRÓPICOS	<u>17</u>
9. responde "não sabe", "não sabe o nome"	
7. EM QUE CATEGORIA SE ENQUADRAM OS PRODUTOS NÃO CONSIDERADOS PSICOTRÓPICOS	<u>18</u>
0. responde "não sabe", "não sabe o nome"	
1. ético	
2. não ético	
3. caseiro	
8. a informação não é conclusiva	
9. não se aplica	

1º PSICOTRÓPICO REFERIDO

8 colunas
19 - 26

8. NOME

9. DOSE

00 - Não informa
99 - Não se aplica27 - 28

10. APRESENTAÇÃO

0. Não informa
1. comprimido
2. solução
3. xarope
4. gotas
5. ampola29

11. CATEGORIA

30 - 31

2º PSICOTRÓPICO REFERIDO

12. NOME

8 colunas
32 - 3913. DOSE 00 - Não informa
 99 - Não se aplica40 - 41

14. APRESENTAÇÃO

42

15. CATEGORIA

43 - 44

3º PSICOTRÓPICO REFERIDO

16. NOME

8 colunas
45 - 5217. DOSE 00 - Não informa
 99 - Não se aplica53 - 54

18. APRESENTAÇÃO

55

19. CATEGORIA

56 - 57

20. Segundo do informante, a venda se dá

0. não informa
1. com controle de receituário
2. sem controle de receituário
3. inconclusivo58

- 4. não sabe
- 5. não se aplica

21. Segundo o pesquisador, a venda se dá

59

- 0. não informa
- 1. com controle de receituário
- 2. sem controle de receituário
- 3. inconclusivo
- 9. não se aplica (não se sabe o nome)

22. Tomou nos últimos 30 dias

60

- 0. não informa
- 1. não
- 2. sim
- 3. inconclusivo
- 9. não se aplica

23. Padrão de uso nos últimos 30 dias

61

- 0. não informa
- 1. nenhuma vez
- 2. uma vez
- 3. mais de uma e menos de cinco vezes
- 4. mais de cinco vezes
- 5. diariamente
- 6. inconclusivo
- 9. não se aplica

24. Tomou no último ano? (exclui os últimos 30 dias)

62

- 0. não informa
- 1. não
- 2. sim
- 3. inconclusivo
- 9. não se aplica

25. Padrão de uso no ano (exclui os últimos 30 dias)

63

- 0. não informa
- 1. não tomou
- 2. episódico
- 3. esporádico
- 4. regular
- 5. inconclusivo
- 9. não se aplica

26. Motivo(s) para o uso:

64

- 0. não informa/não sabe
- 1. queixas psíquicas
- 2. queixas somáticas de presumível etiologia psíquica
- 3. associado a tratamento neurológico
- 4. associado a tratamento cardiológico

- 5. associado a tratamento endocrinológico
- 6. associado a tratamento gastroenterológico
- 7. associado a outros tratamentos médicos
- 8. inconclusivo
- 9. não se aplica

27. Quem indicou?

65 - 66

- 00. não informa/não sabe
- 10. por conta própria
- 21. parente ou conhecido morando no mesmo domicílio
- 22. parente ou conhecido morando em outro domicílio
- 30. "farmacêutico"
- 40. médico psiquiatra
- 51. neurologista
- 52. clínico geral
- 53. cardiologista
- 54. ortopedista
- 55. gastroenterologista
- 58. outras especialidades
- 59. médico sem especificação
- 60. outras pessoas
- 90. não se aplica

CLASSIFICAÇÃO POR TIPOS DE MEDICAMENTOS

10. Neuroléptico - S01
11. Neuroléptico em dosagem antipsicótica
12. Neuroléptico em dosagem leve
13. Neuroléptico em associação antidistônica
20. Antidepressivo - S01
21. Antidepressivo puro
22. Antidepressivo em associação
30. Anticomicial
31. Anticomicial barbitúrico puro
32. Anticomicial barbitúrico em associação
33. Anticomicial não barbitúrico (puro ou em associação)
40. Tranquilizante menor benzodiazepínico - S01
41. Tranquilizante menor benzodiazepínico com receituário controlado
42. Tranquilizante menor benzodiazepínico sem controle de receituário (anti-distônicos)
50. Tranquilizante menor não benzodiazepínico - S01
51. Tranquilizante menor não benzodiazepínico com controle receituário
52. Tranquilizante menor não benzodiazepínico sem controle receituário
60. Hipnótico - S01
61. Hipnótico com controle receituário
62. Hipnótico sem controle receituário (antidistônico)
70. Sedativo - S01
71. Sedativo - associações com barbitúricos
72. Sedativo - associações com vegetais
73. Sedativo - associações com barbitúricos mais vegetais
74. Sedativo - associações com outras substâncias psicotrópicas
99. Não sabe o nome
00. Inconclusivo