UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO

**Estudo de utilização de psicofármacos em
Ribeirão Preto – SP**

Iahel Manon de Lima Ferreira

Ribeirão Preto

2016

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO

Estudo de utilização de psicofármacos em
Ribeirão Preto – SP

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Farmacêuticas para obtenção do Título de
Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Medicamentos e
Cosméticos.

Orientada: Iahel Manon de Lima Ferreira

Orientador: Prof. Dr. Leonardo R. L. Pereira

Co-orientadora: Profa. Dra. Marcela Jirón

**Versão corrigida da Tese de Doutorado apresentada ao Pós-Graduação em
Ciências Farmacêuticas em 13/05/2016. A versão original encontra-se disponível
na Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto/USP.**

Ribeirão Preto
2016

FICHA CATALOGRÁFICA

FERREIRA, Iahel Manon de Lima

Estudo de utilização de psicofármacos em Ribeirão Preto – SP. Ribeirão Preto, 2016.

p.88: il.; 30cm

Tese(Doutorado) apresentada à Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Medicamentos e Cosméticos.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira

Co-orientadora: Profa. Dra. Marcela Carolina Jiron

1. Psicofármacos. 2. Farmacoepidemiologia. 3. Estudo de Utilização de Medicamentos. 4. Sistema Único de Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Iahel Manon de Lima Ferreira

Estudo de utilização de psicofármacos em Ribeirão Preto – SP

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Farmacêuticas para obtenção do Título de
Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Medicamentos e
Cosméticos.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo R. L. Pereira
Co-orientadora: Profa. Dra. Marcela Jirón

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Solange T. de Lima Guimarães e Enéas Rente Ferreira
pelo eterno apoio, incentivo e por me fazerem acreditar que eu poderia chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

A D'us

em primeiro lugar, pois sem Ele, nada seria possível

) 0 (

A todos os profissionais e usuários de nosso Sistema Único de Saúde,
que possibilitaram a realização e viabilização desse projeto,
pois cada pessoa que participa ativamente dessa grande engrenagem
pode fazer uma grande diferença na vida de outras pessoas.

Gostaria de expressar a minha gratidão ao Prof. Dr. Leonardo pela oportunidade de desenvolver um projeto de doutorado sob a sua supervisão, em conjunto com a Profa. Dra. Marcela Jirón; e por todo o conhecimento que pude agregar participando das reuniões e discussões do Centro de Pesquisa em Farmácia Clínica e Assistência Farmacêutica (CPAFF), até antes mesmo de me tornar sua aluna.

Agradeço a minha co-orientadora, a Profa. Dra. Marcela Jirón, professora do curso de Farmácia do Departamento de Ciências e Tecnologia Farmacêutica da Faculdade de Ciências Químicas e Farmacêuticas da Universidade de Chile; referência na área de Farmacoepidemiologia e Farmácia Clínica em termos de América Latina. Venho ainda agradecer-lhe por toda ajuda e receptividade proporcionada durante o estágio sob a sua supervisão na Universidade de Chile.

Durante a estadia no Chile, agradeço a Profa. Dra. Inés Ruiz e a Profa. Dra. Elena María Vega pelo acolhimento que ambas tiveram para comigo durante o estágio; bem como as alunas Leslie Escobar e Maria-Paulina Jara que auxiliaram na minha ambientação, esclarecendo algumas confusões devido ao idioma.

Agradeço aos companheiros de trabalho do CPAFF, pela convivência e aprendizado nas reuniões de laboratório e nas atividades de Farmácia Clínica desenvolvidas junto aos pacientes do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (HC FMRP USP): Ana Freato, Anaí Cabral, André Baldoni, Andrea Fontoura, Anna Paula Borges, Beatriz Girolineto, Camilo Guidoni, Fabiana Marques, Helen Miranda, Lauro Maduro, Lorena Ayres, Lucas Borges, Maurílio Cazarim, Michelly Nagai, Tiago Marques; e em especial, a companheira de projeto Manuela Morello, que me ensinou como algumas diferenças (e outras semelhanças) podem muitas vezes nos ajudar a crescer e ampliar nossa visão. Extendo meus agradecimentos aos técnicos do laboratório, João Paulo Rodrigues e Marília Campos, que desenvolvem seus trabalhos brilhantemente, sempre enriquecendo a nossa convivência com suas experiências e pesquisas. A esta última, devo ainda o agradecimento pelo auxílio na parte de análise estatística.

Para viabilizar nossa análise de dados, a colaboração do técnico do Centro de Apoio a Projetos, Antonio Cid Garbin Júnior foi imprescindível. Sua participação foi de extrema importância para organização dos dados que nos foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Sem o seu auxílio, não teríamos nem conseguido abrir o banco de dados em nossos computadores, pela falta dos recursos necessários para trabalhar com tamanha quantidade de dados.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas pela oportunidade de realização desse projeto, bem como a todos os demais colaboradores que auxiliaram durante todo o processo. Agradeço também ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro.

Extendo meus agradecimentos a toda equipe da Divisão de Assistência Farmacêutica do HC da FMRP – USP, da qual faço parte como farmacêutica da Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), em especial nossa chefe Alexandra Abramovicius, que sempre nos incentiva sendo um modelo de mulher, mãe, farmacêutica e pesquisadora; e a todos os colegas de trabalho da Farmácia do CEAF, principalmente as farmacêuticas Giselle Garcia, Verônica Festuccia e Viviane Gregghi. Faço ainda um agradecimento a minha chefia imediata, a farmacêutica Lígia Canal, que além de ser uma profissional muito experiente e extremamente competente, foi bastante compreensiva em entender algumas ausências ou ajustes de horários em função do doutorado; além de me fazer redescobrir todo o amor pelos animais abandonados e “adotar” alguns.

Agradeço aos amigos que fiz em Ribeirão Preto, pela amizade e pelo carinho, sendo muitas vezes a ajuda nas horas difíceis que melhoraram muito a minha vida: Antonio Coelho, Isabela Fumes, Flávia Caetano, Mayra Kamiji, Mônica Freiman, Nathalie Dewulf, Sarah Murari e Sheila Marques. Também agradeço aos amigos de Rio Claro que tornam a “caminhada da vida” muito melhor: Ana Elisa Magalhães, Débora e Leandro de Camargo, Fabrizio e Fernanda Sanchez, Kathleen Exposti, Marcos Alborghetti, Marcos Calegari, Rafael Bonagamba e Rodolfo Penteado.

E um agradecimento mais que especial às pessoas mais próximas da minha família, que nem sempre pude estar presente pelo trabalho e pelo doutorado. Aos meus pais, Solange de Lima Guimarães e Enéas Rente Ferreira, que já trilharam o caminho (do doutorado) que estou acabando de trilhar agora; aos meus irmãos, Gabrielle e Gabriel Ferreira, e aos meus primos que ainda tem muito caminho pela frente – Ariel Monteiro, Helga e Ingrid Stein, e Vitor Bonini. A este último, ainda faço um agradecimento especial pela ajuda com a parte de estatística, e também ao seu colega de trabalho Giovani Rodrigues. E ainda um agradecimento em especial a minha tia Selma de Lima, para que eu nunca me esqueça de encontrar alguma arte e poesia na poesia da vida! E por último, aos meus companheiros de madrugada no computador: Seth, Mel e Gus.

(EGREJA, 2013)

"I don't like walking around this old and empty house
So hold my hand, I'll walk with you, my dear
The stairs creak as you sleep, it's keeping me awake
It's the house telling you to close your eyes
And some days I can't even trust myself
It's killing me to see you this way [...]
There's an old voice in my head that's holding me back
Well tell her that I miss our little talks
Soon it will be over and buried with our past
We used to play outside when we were young
And full of life and full of love
Some days I don't know if I am wrong or right
Your mind is playing tricks on you, my dear [...]"

(HILMARSDÓTTIR; ÞÓRHALLSSON, 2011)

RESUMO

FERREIRA, I. M. L. **Estudo de utilização de psicofármacos em Ribeirão Preto – SP.** 2016. 88f. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Os estudos da utilização de medicamentos refletem o que acontece com os medicamentos num ambiente com variáveis não-controladas, ao contrário do que acontece nos ensaios clínicos. Dessa forma, este estudo visa determinar o consumo de psicofármacos, contextualizando-o com o crescimento populacional no município de Ribeirão Preto – SP no período de 2008 a 2012, bem como descrever o principal grupo consumidor. Para isto, este estudo observacional analítico transversal foi conduzido por meio do levantamento do uso de psicofármacos por meio dos bancos de dados Hygia (banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto). Os medicamentos utilizados foram classificados de acordo com a classificação Anatômica Terapêutico Química (ATC) e suas quantidades foram expressas em Doses Diárias Definidas (DDD) a cada 1.000 habitantes por dia (DHD) e em Dose Diária Prescrita (DDP). Exceto para a faixa etária de 0 a 9 anos, em que o consumo tanto de medicamentos no geral quanto de psicofármacos foi maior ou igual para os homens; nas demais faixas etárias observa-se o consumo igual ou maior para todos os medicamentos, sendo o aumento no consumo correlacionado com o aumento da idade das mulheres. Para a maioria dos psicofármacos nota-se uma diferença significativa quando o valor da DDP foi comparado ao da DDD. Quando a taxa de aumento no consumo dos psicofármacos foi comparada a taxa do crescimento populacional, apenas o crescimento no consumo do clonazepam e da sertralina superam o crescimento populacional. Dessa forma, nota-se a importância de estabelecer comparações dos resultados encontrados dos trabalhos que avaliem a utilização de medicamentos com outras variáveis, como no caso, a taxa de crescimento populacional, para se ter uma real dimensão do seu aumento.

Palavras-chave: 1. Psicofármacos. 2. Farmacoepidemiologia. 3. Estudo de Utilização de Medicamentos. 4. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

FERREIRA, I. M. L. **A psychotropic drugs use study at Ribeirão Preto - State of São Paulo**. 2016. 88f. Thesis (Doctoral). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

The drug utilization studies reflect what happens to the drug in an environment with non-controlled variables, unlike what happens in clinical trials. Thus, this study aims to determine the consumption of psychotropic drugs, contextualizing it with the population growth in Ribeirão Preto - SP from 2008 to 2012, as well as describing the main consumer group. Therefore, this cross-sectional analytical observational study was conducted through survey of the use of psychotropic drugs through databases Hygia (the Ribeirão Preto's Municipal database). The drugs used were classified according to the Anatomical Therapeutic Chemical classification (ATC) and their amount were expressed in Defined Daily Dose (DDD) per 1000 inhabitants per day (DHD) and Prescribed Daily Dose (PDD). Except for the age group 0-9 years, when the demand for both drugs in general and of psychotropic drugs was higher than or equal to men; in other age groups was observed a consumption equal to or greater for all medicines, the increase in consumption related with the increasing of women' age. For most psychotropic drugs a significant difference was noticed when the value of PDD was compared to DDD. When increase rate in the consumption of psychotropic drugs was compared the rate of population growth, only the growth in consumption of clonazepam and sertraline exceed population growth. In this way, the importance of comparisons of the founded results of studies were highlighted; assessing the use of medications with other variables, as in the case, the rate of population growth, to have a real size of its increase.

Keywords: 1. Psychopharmacs. 2. Pharmacoepidemiology. 3. Drug Use Study. 4. National Public Health System.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 01. Estimativa Populacional do município de Ribeirão Preto – SP	18
Quadro 02. Medicamentos da Portaria 344/98 contemplados pela Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Ribeirão Preto – SP.....	22
Figura 01. Carimbo utilizado para auxiliar o controle da dispensação de medicamentos nas Unidades de Saúde de Ribeirão Preto – SP	24
Figura 02. Distribuição do consumo médio de medicamentos no período de 2008 a 2012 no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP), de acordo com a Classificação Anátomo-terapêutica	37
Figura 03. Consumo de Psicofármacos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012	39
Figura 04. Consumo de Antiepilépticos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012.....	41
Figura 05. Consumo de Agentes Anticolinérgicos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012	42
Figura 06. Consumo de Agentes Dopaminérgicos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012.....	43
Figura 07. Consumo de Antipsicóticos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012.....	44
Figura 08. Consumo de Ansiolítico no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012.....	45

Figura 09. Consumo de Sedativo e Hipnótico no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012.....	46
Figura 10. Consumo de Antidepressivos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012	47
Figura 11. Consumo de Agente Antitabágico no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012	48
Figura 12. Comparação entre o valor médio do consumo (x) de Psicofármacos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP), acompanhado do intervalo de confiança em que esta inserido com o seu respectivo valor de Dose Diária Prescrita (mg/dia) entre os anos de 2008 a 2012.....	58-59

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Consumo de medicamentos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) no ano de 2008.....	30
Tabela 02. Consumo de medicamentos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) no ano de 2009	31
Tabela 03. Consumo de medicamentos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) no ano de 2010	32
Tabela 04. Consumo de medicamentos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) no ano de 2011.	33
Tabela 05. Consumo de medicamentos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) no ano de 2012.	34
Tabela 06. Usuários de psicofármacos em relação ao total de usuários de medicamentos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) nos anos de 2008 a 2012.	35
Tabela 07. Consumo de Psicofármacos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012, de acordo com a Dose Diária Definida/ 1000 habitantes/ dia (DHD).	37
Tabela 08. Grupo Outros no consumo de Antiepilépticos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto entre os anos de 2008 a 2012.	39
Tabela 09. Grupo Outros no consumo de Antipsicóticos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto entre os anos de 2008 a 2012.	44

Tabela 10. Grupo Outros no consumo de Antidepressivos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto entre os anos de 2008 a 2012	47
Tabela 11. Transformação da Dose Diária Definida/1000 habitantes/dia do Consumo de Psicofármacos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012 para a dose média em miligramas por dia.	49
Tabela 12. Consumo de Psicofármacos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012, de acordo com a Dose Diária Prescrita.....	52
Tabela 13. Comparação entre o crescimento do número de usuários de psicofármacos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) em relação à taxa de crescimento populacional entre os anos de 2008 a 2012	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEC, Antes da Era Comum
ATC, Anatômica Terapêutica e Química
ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CBAF, Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF, Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEME, Central de Medicamentos
CEP, Comitê de Ética em Pesquisa
CSE, Centro de Saúde Escola
DALY, *DisabilityAdjusted Life Year* (Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade)
DDD, Dose Diária Definida
DDP, Dose Diária Prescrita
DHD, Dose Diária Definida/1000 habitantes/dia
EUM, estudos da utilização de medicamentos
FCFRP, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto
FMRP, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
fem., feminino
IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
medtos., medicamentos
mg, miligrama
nº, número
OMS, Organização Mundial de Saúde
ONU, Organização das Nações Unidas
OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde
OR, oddsratio (razão de chances)
PF, psicofármacos
Psicofarm., psicofármaco
QALY, *QualityAdjusted Life Year* (Anos de Vida Ajustados pela Qualidade de Vida)
RBS, Rede Básica de Saúde
RDC, Resolução da Diretoria Colegiada
RENAME, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SMS, Secretaria Municipal de Saúde

SNGPC, Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados

SP, São Paulo

SPrivS, Sistema Privado de Saúde

SUS, Sistema Único de Saúde

TCLE, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TM, transtorno mental

US\$ - dólares americanos

US, Unidade de Saúde

USP, Universidade de São Paulo

x, média/valor médio

SUMÁRIO

Resumo	i
Abstract	ii
Lista de Figuras	iii
Lista de Tabelas	v
Lista de Abreviaturas e Siglas	vii
1. INTRODUÇÃO	2
2. OBJETIVO	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	18
3.1 Contextualização do trabalho	18
3.2 Delineamento do estudo e casuística	19
3.3 Aspectos Éticos do estudo.....	20
3.4 Base de dados.....	20
3.5 Estruturação do banco de dados	20
3.6 Classificação de Medicamentos	24
3.7 Estatística	26
3.7.1 Análise dos medicamentos no geral	26
3.7.2 Análise dos psicofármacos	26
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
4.1 Análise da dispensação dos medicamentos no geral	29
4.2.1 Análise da dispensação	38
4.3 Considerações gerais sobre o estudo.....	61
5. CONCLUSÃO	64
6. REFERÊNCIAS	66
7. ANEXOS	80

Introdução

1. INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente na história da humanidade desde seus primórdios, como pode ser observado por meio de registros de diferentes culturas, como por exemplo aqueles datados do período neolítico (aproximadamente 8.000 AEC), tanto em situações de uso médico (VETULANI, 2001; BUTRICA, 2002), quanto em rituais e cerimônias religiosas, além do uso recreativo (MERLIN, 2003; BERTOL et al., 2004; EL-SEEDI et al., 2005).

Para a maioria das sociedades o uso de substâncias psicoativas fora do contexto médico-religioso, ou seja, como uso recreativo foi, e continua sendo, condenável socialmente ou legalmente (VETULANI, 2001). Hoje em dia, mesmo a utilização de alguns medicamentos psicoativos, ainda que sendo sob prescrição médica, acaba gerando estigmatização de seus usuários (WADDELL, 1970; DIMENSTEIN et al., 2006; MARTINS et al., 2013); enquanto que paradoxalmente, a utilização de certos psicofármacos, e de outros medicamentos, como nootrópicos, hormônios e eco-drogas, acabem sendo cultuadas como fármacos relacionados ao “estilo de vida” (HARTH et al., 2008; RASSOOL, 2011).

No passado, o uso de substâncias como cocaína, heroína e opióides como codeína e morfina, além de fazer parte do arsenal terapêutico de médicos, eram costumeiramente utilizadas por pessoas que podiam adquirir livremente estas substâncias nas farmácias no final do século XIX e início do século XX (TINOCO, 2002). O caráter benéfico ou maléfico destas substâncias, em geral, varia de acordo com o contexto em que está inserida, sofrendo influências da época, da cultura de seu uso e dos padrões e motivos pelos quais são consumidas. No entanto, o uso destas substâncias foi assumindo diferentes interpretações, até que muitas passaram a ser regulamentadas ou a ter seu uso proibido, de acordo com a compreensão e o contexto das sociedades envolvidas em questão (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007).

A Convenção Internacional do Ópio, promovida em 1912 pela Sociedade das Nações, liga de países que antecedeu a formação da Organização das Nações Unidas (ONU) foi um dos primeiros marcos neste intento, sendo seguida por diversas convenções internacionais com o intuito de regulamentação desta e de outras substâncias ainda na primeira metade do século XX (FIDLER, 2001).

Após a 2ª Guerra Mundial, a indústria farmacêutica passou por uma grande expansão, o que aumentou e diversificou a produção de novas substâncias para uso como medicamento, mas que posteriormente foi descoberto que algumas destas substâncias eram capazes de causar dependência. Por esta razão, estas novas substâncias foram incluídas em convenções e protocolos de controle internacional (SELVA, 1997; SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Nessa mesma época, começam a surgir organizações internacionais de cunho diplomático com o objetivo de elucidar e regulamentar várias questões de abrangência mundial; sendo que dentre elas podemos destacar a regulamentação de substâncias psicoativas. Com a criação de organizações como a ONU em 1945 e da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, dois importantes marcos no histórico da regulamentação destas substâncias na 2ª metade do século XX foram a Convenção Única sobre Entorpecentes em 1961 (UN, 1962) e a Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas em 1971 (UN, 1971).

Simultaneamente a estas regulamentações, a OMS desde sua criação prima pelo acesso e uso racional dos medicamentos essenciais, que são aqueles que proporcionam um tratamento seguro e eficaz para a maioria das doenças transmissíveis e não transmissíveis (WHO, 2003a). O acesso aos medicamentos essenciais é a primeira etapa para o estabelecimento de uma política de medicamentos, pois de acordo com a OMS, o acesso aos medicamentos é um dos fatores necessários para a assistência à saúde (OMS, 1993).

A primeira lista de medicamentos essenciais da OMS, datada de 1977, contava com 208 itens, contemplando medicamentos como analgésicos opióides, ansiolíticos, antiepilépticos, antipsicóticos, antidepressivos e agentes anticolinérgicos e dopaminérgicos (HAM VAN DEN, 2009). Desde então, foram publicadas 17 revisões desta lista, sendo que mais de 150 países membros baseiam-se na lista da OMS para a elaboração de suas listas de medicamentos essenciais (WHO, 2011). Dessa forma, ainda que os psicofármacos sejam medicamentos passíveis de controle por parte de organismos nacionais e internacionais, eles também devem estar disponíveis ao acesso dos usuários que deles necessitem.

Ao mesmo tempo em que as políticas de acesso aos medicamentos essenciais eram desenvolvidas e implementadas, a OMS também passou a preconizar a condução de estudos farmacoepidemiológicos na década de 1970 (WHO, 2009). Em âmbito mundial, estes estudos foram motivados principalmente pelo incidente ocorrido

com a talidomida na década de 1950 e 1960; e no âmbito da América Latina, o programa de formação de farmacêuticos clínicos patrocinado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) teve na Universidade do Chile um de seus principais colaboradores, o que possibilitou a muitos farmacêuticos ter pelo menos um primeiro contato com um programa de vigilância hospitalar intensiva (COELHO, 1998; CASTRO, 1999), sendo considerada até os dias de hoje como um centro de referência na formação clínica do profissional farmacêutico de muitos países da América Latina, incluindo o Brasil (PEREIRA; FREITAS, 2008; WITZEL, 2010).

Na realidade brasileira, a Central de Medicamentos (CEME) para Assistência Farmacêutica dispunha de seu Memento Terapêutico desde 1971, e que a partir de 1978 passou a se chamar Elenco de Medicamentos da CEME. Estas publicações e suas atualizações deram origem em 1980 à 1ª Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), criada pela Portaria Interministerial nº. 6 (SOBRAVIME, 1998).

Com a promulgação da nova Constituição Federal em 1988, ficou definido em seu 196º artigo, da Seção II, do Capítulo II, que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Com o entendimento da saúde passando a ser um direito de todos e dever do Estado, passa a ocorrer toda uma alteração na conjuntura do país para a implementação do novo Sistema de Saúde Público, o Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda nessa mesma legislação são ressaltadas em seu artigo 200, da Seção II, do Capítulo II, quais seriam as competências do novo sistema de saúde, destacando-se em seu inciso VII a questão de “participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos [...]” (BRASIL, 1988).

Em meio a esse contexto de mobilização político-social e de redemocratização do Brasil ocorrido no final de década de 1970 e início da década de 1980; e em paralelo com as discussões de um novo sistema de saúde que atendesse toda a população, também começa a ocorrer o movimento de implantação da Reforma Psiquiátrica, liderado por profissionais da área de saúde mental e de familiares de

pacientes psiquiátricos. O termo transtorno mental (TM) refere-se a um conjunto de condições clínicas que afetam o pensamento de uma pessoa, seus sentimentos, seu humor, sua capacidade de se relacionar com os outros e suas atividades diárias (MURRAY; LOPEZ, 1996).

Um dos principais marcos da reforma da assistência em Saúde Mental na América Latina divulgado pela OPAS e pela OMS foi um documento intitulado: “A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina”, que acabou ficando conhecido como a “Declaração de Caracas” (OPAS, 1990). Na realidade brasileira, o projeto de lei nº 3.657/1989, após ter sido totalmente reformulado, foi aprovado como a Lei 10.216 de 2001, a qual originou a Política de Saúde Mental no Brasil, seguindo molde mais humanizado e visando o processo gradual de desinstitucionalização dos pacientes com TM (BARROS; SALLES, 2011; Brasil, 2011a).

Sendo assim, o Brasil participou de diversas convenções nacionais e internacionais para a regulamentação e controle de psicotrópicos durante o século XX, e a partir de 1998 passou a contar com a Portaria 344, que atualmente é o regulamento técnico que rege as substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, variando desde plantas e substâncias precursoras de entorpecentes e/ou psicotrópicas, retinóides de uso tópico, antirretrovirais, medicamentos frequentemente utilizados na prática clínica, imunossupressores, anabolizantes e substâncias com o uso proscrito no país (BRASIL, 1998). De acordo com a portaria:

“Psicotrópico – Substância que pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, reproduzidas nos anexos deste Regulamento Técnico” (BRASIL, 1998).

Embora pela legislação haja uma diferenciação entre as substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial e os psicotrópicos, nota-se que na literatura específica da área em língua portuguesa não há um consenso em relação a forma como se referir a tais grupos de psicotrópicos, substâncias e medicamentos.

Em uma busca realizada no portal de periódicos online Scientific Electronic Library Online SciELO (SCIELO, 2015), que reconhece descritores em língua portuguesa, mesmo quando os artigos de um mesmo periódico são analisados, existem artigos que se referem a essas substâncias em diferentes anos como:

“psicofármacos” (BRASIL, 2000) e “substâncias psicoativas” (MASTROIANNI et al., 2003); “psicofármacos” (KANTORSKI et al., 2011) e “drogas psicotrópicas” (CAMPOS et al., 2004).

Quando artigos de um mesmo periódico foram analisados ao longo do mesmo ano, também foram encontradas diferenças na forma de como se referia este grupo de medicamentos [“psicofármacos” (ZORZETTO, 2010) e “substância psicoativa” (AMARAL et al., 2010)]. Diferenças na forma de se referir a estes medicamentos foram encontradas analisando o mesmo exemplar de um periódico [“psicofármacos” (VIDAL et al., 2013) e “substância psicoativa” (PORTUGAL et al., 2013)]; e ainda, considerando a leitura de um mesmo artigo, foram encontradas variações nos termos que faziam referência a estes medicamentos, tais como “psicofármacos” e “substâncias psicotrópicas” (ANDRADE et al, 2004).

Segundo definição da OMS (OMS, 2004), as “substâncias psicoativas” são aquelas que têm a capacidade de alterar a consciência, a disposição e os pensamentos; sendo um termo bem abrangente, frequentemente associado a substâncias de uso ilícito. As substâncias psicoativas podem ser divididas em em depressores (álcool, sedativos/hipnóticos, solventes voláteis), estimulantes (nicotina, cocaína, anfetaminas, ecstasy), opióides (morfina e heroína) e alucinógenos (fenciclidina, ácido lisérgico, cannabis).

O termo Psicofarmacologia foi cunhado no final do século XIX e início do século XX pelos pioneiros nesta área de estudo, os psiquiatras Emil Kraepeline e Eugen Bleuler; e no presente trabalho preferiu-se utilizar o termo “psicofármacos” (PF), como sendo os medicamentos que são principalmente utilizados no campo da Psicofarmacologia, independentemente de serem classificados como psicotrópicos ou substâncias sujeitas ao controle especial da legislação; termo este utilizado em oposição ao uso de álcool, tabaco e substâncias ilícitas (EBERT; BÄR, 2010; FUSAR-POLI; POLITI, 2008).

Para que o farmacêutico possa aviar a receita de um PF, o usuário deve apresentar a receita e a notificação da receita, sendo que esta última fica retida na farmácia; e se tudo estiver de acordo com a legislação vigente (data de validade da receita, número de medicamentos por receita, concordância das quantidades de medicamento prescrito na receita/nome do medicamento que consta na receita e na notificação de receita, entre outros fatores), cabe ao farmacêutico liberar o medicamento sob sua responsabilidade (BRASIL, 1998; BRASIL, 1999).

Embora o processo de aquisição de um PF tenha maior complexidade que a aquisição de outro tipo de medicamento, esta complexidade acaba no mesmo ponto que a do medicamento não sujeito a controle especial: na etapa da dispensação (PEPE; CASTRO, 2000). A dispensação é a última etapa em que o usuário do medicamento ou seu cuidador tem contato direto com um profissional da saúde, e por esta razão, deveria ser conduzida como a prestação de um serviço de saúde, em que o farmacêutico pudesse avaliar o processo de utilização dos medicamentos por parte de seu usuário, disponibilizando a medicação e oferecendo informações ao usuário ou ao seu cuidador sobre como utilizá-la corretamente (MARIN et al., 2003; IGLESIAS-FERREIRA, 2010).

Entretanto, no contexto tecnicista em que estamos inseridos, a obtenção de um medicamento é um ato que muitas vezes se encontra desarticulado dos serviços de saúde, sendo considerado mais como a compra ou a entrega de um bem de consumo, e não como sendo um insumo básico de saúde. Quando a dispensação de um medicamento se torna resumida a apenas a entrega do mesmo, esta prática comum acaba inviabilizando o desenvolvimento de posturas que visem uma abordagem integral do paciente e de sua farmacoterapia, já que o estabelecimento de um diálogo para qualquer esclarecimento entre o usuário do medicamento (ou o responsável pelo usuário) e o farmacêutico nem chega a ocorrer (MARIN et al., 2003).

O monitoramento dos medicamentos após sua dispensação faz parte do âmbito da farmacoepidemiologia, que é a ciência que estuda o uso e os efeitos dos medicamentos, bem como as principais enfermidades as quais certas populações estão sujeitas (TOGNONI; LAPORTE, 1989). Os estudos farmacoepidemiológicos representam a quarta e última fase do processo de desenvolvimento de um medicamento e envolvem a vigilância dos efeitos terapêuticos do medicamento após sua comercialização, monitorando os resultados terapêuticos e eventuais reações adversas, garantindo o custo-efetividade do tratamento, a segurança e o uso racional (MATHEW, 2003). Sendo assim, os estudos da utilização de medicamentos (EUM) refletem o uso do medicamento num ambiente com variáveis não-controladas, ao contrário do que acontece nos ensaios clínicos (ROZENFELD; VALENTE, 2004).

Nos EUMs é possível verificar possíveis interações entre medicamentos indicados para o tratamento de um determinado problema de saúde que demande uma combinação de fármacos para seu controle, interações entre medicamentos para diferentes problemas de saúde, ou ainda avaliar a segurança de sua utilização,

monitorando o aparecimento de algum tipo de reação adversa por uso prolongado (tempo maior que durante os ensaios clínicos) (VAN HUNSEL et al., 2010). A continuidade dos EUM possibilita o estabelecimento de associações entre o uso de um medicamento e elevações de ocorrências entre seus usuários, a exemplo do risco cardiovascular associados ao rofecoxibe (JÜNI et al., 2004) e ao uso de fármacos anti-obesidade como a sibutramina e o rimonabanto, estes últimos foram ainda associados a transtornos psicológicos (CHAVEZ-TAPIA et al., 2009; JOHANSSON et al., 2009).

Na realidade brasileira, o custo da medicação figura como um dos fatores socioeconômicos significativamente limitantes, podendo afetar a compra do medicamento e a manutenção do tratamento (WHO, 2003b). Se a medicação não estiver disponível por meio da RENAME disponibilizada pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), da solicitação do medicamento por meio de Processo Administrativo ou Judicial; ou ainda por meio de programas como Farmácia Popular entre outros; a compra da medicação, por comprometer parte significativa dos rendimentos do paciente, pode levar ao não seguimento do tratamento prescrito.

Em âmbito mundial, pesquisadores da Universidade de Harvard e da OMS lançaram uma publicação intitulada “*The Global Burden of Disease*” (A Carga Global das Doenças), trazendo a ideia de um novo conceito: “*Disability Adjusted Life Year*” (Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade – DALY), derivado da idéia do “*Quality Adjusted Life Year*” (Anos de Vida Ajustados pela Qualidade de Vida – QALY). O DALY expressa anos de vida perdidos por morte prematura e/ou anos vividos com incapacidade de gravidade e duração específicos. Dessa forma, um DALY pode ser compreendido como um ano perdido de vida saudável (MURRAY; LOPEZ, 1996).

Devido à transição epidemiológica, constatou-se em 1990 que cinco dentre as dez causas mais comuns de DALY eram por TMs: depressão unipolar, uso de álcool, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e transtorno obsessivo compulsivo. Quando os trabalhos abordam apenas o número de mortes relacionadas com o problema de saúde, os TM tendem a ser gravemente subestimados; pois embora uma baixa mortalidade seja associada a eles, correspondendo a pouco mais de 1% das mortes, estes transtornos acarretam em torno de 11% das perdas medidas em DALY, podendo chegar a torno de 15% em 2020 (MURRAY; LOPEZ, 1996). Em 2004 os TMs contribuíram com 13% de todos os DALYs (WHO, 2005).

Os TMs e as doenças cardiovasculares foram os maiores responsáveis pelo fardo econômico em 2010, e de acordo com as estimativas, também serão em 2030 [valores expressos em trilhões de dólares americanos (US\$), respectivamente nos anos de 2010 e em 2030]: câncer (US\$ 2,5 e US\$ 4,9), doenças respiratórias crônicas (US\$ 2,4 e US\$ 4,5), doenças cardiovasculares (US\$ 8,3 e US\$ 15,8), diabetes (US\$ 1,2 e US\$ 2,2) e os transtornos mentais (US\$ 8,5 e US\$ 16,1); sendo que o total gasto em 2010 correspondeu a US\$ 22,8 trilhões, e em 2030 corresponderá a US\$ 43,4 trilhões. Em 2010 o valor gasto foi equivalente a 48% do Produto Interno Bruto mundial. Os TMs sozinhos serão responsáveis pela perda de um adicional de US\$ 16,1 trilhões ao longo deste período, com impacto dramático na produtividade e qualidade de vida (BLOOM et al., 2011).

Um trabalho que investigou o absenteísmo por doenças entre profissionais do serviço público municipal de Goiânia (capital do Estado de Goiás) encontrou que os TMs foram a principal causa de afastamento (26,5%), seguido pelas doenças osteomusculares (25,1%) e lesões (23,6%). De um total de 17.270 funcionários, 13.408 pessoas tiveram concedidas 40.578 licenças, resultando num total de 944.722 dias de absenteísmo, com duração média de 23 dias por episódio (LEÃO et al., 2015).

Entre as principais causas de afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais em Tocantins (capital do Estado de Tocantins) encontram-se os “Transtornos neuróticos, relacionados com stress e somatoformes” (45%); os “Transtornos do humor” (afetivos) (36,9%) e os “Episódios depressivos” (23,2%) (OLIVEIRA, 2015).

Em âmbito nacional, segundo dados do Ministério da Previdência Social, ao contrário do número de acidentes de trabalho que vem diminuindo nos últimos anos, os TMs e comportamentais representam o terceiro lugar em número de concessões de auxílio-doença e seguem aumentando. Dentre as 12.337 licenças concedidas, as principais causas foram por: “Episódios depressivos” (32%); “Reações ao ‘stress’ grave e transtornos de adaptação” (26,8%) e “Outros transtornos ansiosos” (17,9%) (BRASIL, 2012). Esse cenário vem de encontro com a realidade prevista pela OMS no meio da década de 1990, que a depressão seria a principal causa de perda de trabalho no mundo antes de 2020 (WHO, 1996).

Em levantamento da OMS, a principal causa de incapacitação em todo o mundo era o quadro de depressão grave, figurando como o quarto lugar entre as dez principais causas de enfermidades. Em relação aos demais TMs ao redor do mundo,

o etilismo atinge cerca de 70 milhões de pessoas, enquanto que a epilepsia e a esquizofrenia atingem cerca de 50 e 24 milhões, respectivamente. Estima-se que anualmente, cerca da dez a vinte milhões de pessoas cometam tentativa de suicídio, sendo que um milhão delas obtém êxito nesse intento. Ao longo da vida, uma em cada quatro pessoas será afetada por um TM, sendo que os riscos de alguns problemas aumentam com a idade, como por exemplo a doença de Alzheimer (OMS, 2001).

Em âmbito nacional, uma revisão sistemática (1997 a 2009) revelou que os índices de prevalência geral de TMs em diferentes populações adultas variaram entre 20% a 56%, sendo que os principais grupos acometidos foram as mulheres e trabalhadores (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Dados do Ministério da Saúde apontam que a taxa de utilização do SUS por parte de usuários com TM foi em torno de 13%, sendo considerada baixa. Estima-se que 3% da população brasileira apresente TM graves e persistentes, enquanto que 12% dos usuários do SUS recorram ao atendimento contínuo ou eventual; e que ainda 6% da população apresente TMs graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2007; MARI et al., 2007).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (BRASIL, 2010), 4,1% da população brasileira relatou ter sido diagnosticada com depressão, havendo uma lacuna em relação a outros TM cujo tratamento poderia ser realizado por meio de PFs, e também em relação aos casos que não são diagnosticados pelo fato do usuário não buscar um tratamento, por não ter consciência de que tenha algum TM ou ainda por se recusar a buscar um tratamento (MARI et al., 2007).

Um estudo realizado em duas cidades da Região Metropolitana de São Paulo (média de 450.000 habitantes/cidade) contabilizou a quantidade de PFs prescritos das Listas A e B da portaria 344/1998 a partir da análise de prescrições, resultando em um total de 108.215 prescrições, tanto de estabelecimentos públicos quanto privados de saúde: drogarias, farmácias de manipulação, unidades básicas de saúde e hospitais públicos. Desse total de receitas analisadas, 104.664 (96,7%) eram referentes a medicamentos da Lista B, enquanto que os demais 3,3% eram da Lista A. Em relação aos medicamentos da Lista A, a meperidina foi o medicamento mais prescrito (2.038 prescrições / 57,4%%), sendo que os demais 42,6% foram representados pelas prescrições de fentanil (37%) e alfentanil (5,6%). Em relação a distribuição dos medicamentos da Lista B por classe terapêutica, os benzodiazepínicos foram o grupo mais prescrito (76.954 prescrições / 71,1%), sendo

que dentre eles, os medicamentos mais prescritos foram: diazepam (31.644), bromazepam (16.911) e clonazepam (7.929). A segunda classe terapêutica mais prescrita foram os anorexígenos (26.930 prescrições / 24,8%); sendo que os anorexígenos mais freqüentes foram a dietilpropiona (14.800) e o femproporex (10.942). O terceiro grupo mais prescrito foram os opiáceos (3.540 prescrições / 3,2%). Os demais 0,9% foram divididos entre os grupos dos barbitúricos não hipnótico (375); barbitúricos hipnóticos (111); antiparkinsonianos (145) e 160 receitas foram consideradas ilegíveis (NOTO et al., 2002).

Estudo similar que também analisou a prescrição de PFs durante um mês em sete farmácias no município de Ribeirão Preto, cidade brasileira no interior do estado de São Paulo (SP), localizando-se a noroeste da capital do estado; resultou na coleta de 753 receitas. Desse total de receitas, 527 (70,1%) foram referentes à prescrição de substâncias da Lista B e 226 (29,9%) foram referentes a Lista C1. Dentre os medicamentos da Lista B, os anorexígenos e os benzodiazepínicos foram os mais prescritos, correspondendo respectivamente a 52,3% e a 47,7%. Em relação aos benzodiazepínicos, o bromazepam foi mais prescrito entre eles, seguido pelo diazepam, oxazepam e clordiazepóxido. Em relação aos medicamentos da Lista C1, o medicamento mais prescrito foi a fluoxetina (68,8%), existindo uma grande diferença entre o primeiro e o segundo medicamento mais prescritos, já que a amitriptilina (segundo medicamento prescrito) correspondeu a apenas 12,5% das prescrições; sendo que a soma das prescrições da amitriptilina e nortriptilina chegou a 15,6% das receitas (ANDRADE et al, 2004).

Como nos dois exemplos dos trabalhos anteriores foi feita a contabilização das substâncias anorexígenas, vale lembrar que nenhuma destas substâncias eram dispensadas nas farmácias do SUS, e que no final do ano de 2011, entrou em vigor a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 52/2011, que dispõe sobre a proibição do uso dos anorexígenos anfepramona, femproporex e mazindol; e de medidas de controle da prescrição e dispensação da sibutramina (BRASIL, 2011c).

Um trabalho conduzido apenas com pacientes do SUS do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto (SP), identificou que a prevalência de usuários de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos foi de 5,7% da população do distrito analisado (QUEIROZ-NETTO et al., 2011). Outro trabalho também conduzido neste município, exclusivamente com pacientes do SUS em 2001 mostrou que o ansiolítico diazepam foi o PF mais consumido ($DDD/10.000=96,8$) (dose diária definida – DDD), seguido

pelo fenobarbital ($DDD/10.000=32,8$); enquanto que em relação aos antidepressivos, a amitriptilina foi o mais consumido ($DDD/10000=18,6$) (SEBASTIÃO et al., 2004).

Embora as porcentagens de alguns grupos de usuários de PFs possam ser estimadas a partir de outros estudos, existe uma grande fragmentação da informação no que tange a recuperação dos dados do total de PFs consumidos, o que poderia ser atribuído parcialmente ao fato serem vários medicamentos agrupados em diferentes subgrupos farmacológicos, tais como antiepilépticos, agentes anticolinérgicos, agentes dopaminérgicos, antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos e sedativos, antidepressivos e agentes antitabágicos (BRASIL, 1998).

Outra dificuldade para a recuperação dos dados referentes ao consumo de PFs seria em relação às diferentes formas de gerenciamento dos estoques, já que esses medicamentos podem ser adquiridos tanto nas farmácias do SUS, quanto nas farmácias do Sistema Privado de Saúde (SPrivS); sendo que em cada um desses sistemas, a informação é disponibilizada de formas distintas, o que dificulta a recuperação dos dados referentes a estes medicamentos.

Muitos estudos também não estabelecem um comparativo entre o consumo dos medicamentos não sujeitos a controle especial com o consumo dos PFs, não sendo possível então verificar se há um crescimento de algum grupo de medicamentos específicos, ou se as taxas de consumo de todos os medicamentos estão aumentando de acordo com o crescimento normal da população. Dessa forma é difícil estabelecer a comparação com outros trabalhos, e também verificar se houve um real crescimento ou não do medicamento analisado em relação à população estudada.

Embora estudos apontem que o consumo de PFs no Brasil vem seguindo o mesmo padrão de consumo de outras partes do mundo ocidental, figurando entre os medicamentos mais prescritos, os dados de consumo efetivo destes medicamentos ainda são escassos (ANDRADE et al, 2004; NAVES; SILVER, 2005).

Em relatório da OMS lançado no início da década de 2000, a mesma discorre sobre estratégias que poderiam melhorar a assistência à Saúde Mental, no sentido da desinstitucionalização de usuários com TMs. Além da disponibilização dos medicamentos para a população, que foi abordado anteriormente no contexto da inserção de PFs nas listas de medicamentos essenciais; em termos locais, a OMS propõe a aplicação de programas educativos e de conscientização tanto para profissionais de saúde da atenção primária (para auxiliar na melhoria dos tratamentos dos usuários dos sistemas de saúde com TMs), quanto para a população no geral

para auxiliar na diminuição da estigmatização e da discriminação destes pacientes. É ressaltada ainda a importância de uma integração em relação ao envolvimento dos usuários dos sistemas de saúde com TMs, de seus familiares e da comunidade no geral (OMS, 1993; WHO, 2003a, OMS, 2001).

Em uma esfera mais ampla, é necessário o estabelecimento de políticas públicas de saúde, programas e legislação nacionais voltados para as questões de amparo à Saúde Mental; bem como a formação / atualização de profissionais para que estes sejam capacitados a prestação de cuidados destes pacientes. Outra estratégia sugerida pela OMS seria o estabelecimento de vínculos com outros setores, além do setor de saúde, tais como educação, trabalho, previdência social, direito e organizações não-governamentais, de forma que possa ocorrer uma maior integração das ações de todos estes setores em prol dos usuários com TM, de forma que participem na melhoria da saúde mental das comunidades (OMS, 2001).

E por último, a OMS ressaltava a necessidade da monitorização da saúde mental nas comunidades, mediante a inclusão de indicadores de saúde mental nos sistemas de informação e de notificação de saúde. Esse monitoramento auxiliaria na determinação de tendências e mudanças no padrão de saúde mental de uma comunidade, sendo ainda de extrema relevância para a verificação do resultado dos programas de prevenção e tratamento de saúde mental. Nesse contexto de monitorização, a OMS destaca a importância da realização de pesquisas, que não só monitorem a saúde mental, mas que também investiguem os aspectos biológicos e psicossociais da saúde mental, a fim de melhorar a compreensão das perturbações mentais e de desenvolver intervenções mais efetivas; sendo ainda sobressaltada a importância e urgência do fortalecimento da capacidade de investigação nos países em desenvolvimento (OMS, 2001).

Consequentemente, verifica-se a necessidade de EUMs que correlacionem mais variáveis que apenas a quantificação do consumo de PFs propriamente dito. São necessários estudos que consigam resgatar os dados de consumo tanto do SUS, quanto do SPrivS; e que contextualizem seus dados em relação ao crescimento populacional e ao consumo dos medicamentos não sujeitos a controle especial para podermos calcular o real consumo dos PFs, sendo possível assim traçar estimativas das tendências de consumo destes medicamentos e delinear políticas públicas de saúde voltadas para os grupos populacionais com maior consumo de determinada classe terapêutica, auxiliando assim a efetividade de tais tratamentos.

Sendo assim, o presente estudo visa descrever o consumo contextualizado dos PFs em relação a taxa de crescimento populacional, para confirmar se existe o maior consumo de algum medicamento em específico; bem como apresentar uma análise detalhada da população que consome os PFs, levando em consideração variáveis como sexo e idade dos usuários, para identificar qual seria o grupo populacional mais acometido pelos problemas de saúde que determinem o uso de tais medicamentos.

Objetivo

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Determinar o consumo de psicofármacos dispensados pelo Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto –SP no período de 2008 a 2012.

2.2 Objetivos específicos

Em relação aos psicofármacos:

- Descrever o consumo de todos os medicamentos (psicofármacos ou não);
- Comparar se os valores médios das Doses Diárias Prescritas são semelhantes aos valores das Doses Diárias Definidas pela Organização Mundial de Saúde;
- Correlacionar o consumo dos medicamentos em relação a taxa de crescimento populacional.

Casuística e Métodos

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Contextualização do trabalho

O presente trabalho teve início em 2011 com o projeto de doutorado da aluna lahel Manon de Lima Ferreira, e posteriormente, foi vinculado ao projeto de mestrado da aluna Manuela Roque Siani Morello em 2012. Inicialmente o estudo englobava duas fases, sendo uma fase de análise retrospectiva e outra fase de análise prospectiva.

A fase retrospectiva consistia de um estudo de utilização de medicamentos para descrever o consumo de PFs dispensados pelas farmácias do CBAF do SUS de Ribeirão Preto-SP durante os anos de 2008 a 2012, bem como a prevalência de usuários destes medicamentos; tendo como base os registros de dispensação armazenados no banco de dados municipal, o Hygia web.

A segunda etapa compreendia a avaliação da utilização de medicamentos por meio da condução de entrevistas estruturadas com os usuários do SUS. A estimativa do tamanho amostral ($n = 1360$) para as entrevistas foi calculada para estudos descritivos, considerando uma população de 600.000 habitantes (para o ano de 2012), uma estimativa da prevalência de usuários de PFs em 50%, com um intervalo de confiança de 95%, margem de erro de estimação de 3% e um acréscimo de 20% por eventuais perdas. Dessa forma, os usuários das farmácias do CBAF do SUS foram entrevistados enquanto estes aguardavam para retirar seus medicamentos em todas as farmácias do SUS. Durante a entrevista foi feita a caracterização sociodemográfica dos entrevistados, bem como a aplicação dos questionários para avaliação do conhecimento sobre o uso dos medicamentos e da adesão ao tratamento medicamentoso, além do questionário para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde.

Após a realização das duas fases do projeto, devido a grande quantidade de dados coletados, optou-se por fazer uma divisão entre as duas fases do trabalho, delineando assim o desenvolvimento de cada projeto de pesquisa. Dessa forma, a parte prospectiva foi analisada pela aluna de Manuela Roque Siani Morello, dando origem a sua dissertação de mestrado (MORELLO, 2014); e a parte retrospectiva foi desenvolvida no presente trabalho de doutorado.

3.2 Delineamento do estudo e casuística

Este estudo observacional analítico é caracterizado como um corte transversal do período de 2008 a 2012. Em meados de 2007, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ribeirão Preto-SP reformulou a base de dados (Hygia) que armazenava as informações dos registros de dispensação de medicamentos e vacinas, bem como consultas médicas entre outras informações para cada paciente atendido pelo SUS no município de Ribeirão Preto-SP. Dessa forma, o banco de dados passou a ter sua plataforma e interface atualizadas para ambiente virtual em tempo real, facilitando o registro das informações, passando a se chamar Hygia web. Dessa forma, optou-se no presente trabalho a começar a coleta de dados a partir do ano de 2008, para levar em conta o tempo de transição de um sistema para outro e a familiarização dos profissionais da área da saúde que passaram a trabalhar com ele diariamente.

Embora os autores do presente EUM saibam das dificuldades e dos desafios que os profissionais da área de saúde enfrentam em relação a adesão ao tratamento por parte dos pacientes (MORISKY et al., 1986; WHO, 2003b; MORISKY et al., 2008), pelo trabalho ter sido baseado em um banco de dados, foi pressuposto que a dispensação dos medicamentos realizada pelas farmácias do CBAF do SUS de Ribeirão Preto-SP representasse o real consumo de medicamentos dos usuários. Assim sendo, foram incluídos no presente estudo todos os usuários do SUS que retiraram pelo menos um medicamento em cada um dos anos analisados, em qualquer uma das farmácias do CBAF do SUS.

No Quadro 01 pode ser observada a estimativa anual de habitantes do município de Ribeirão Preto, município brasileiro localizado no interior do estado de São Paulo (SP), Região Sudeste do país; de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2013):

Quadro 01. Estimativa populacional do município de Ribeirão Preto - SP.

Anos	Número de habitantes
2008	558.136
2009	563.107
2010	604.682
2011	612.339
2012	619.746

Fonte: IBGE, 2013.

3.3 Aspectos Éticos do estudo

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (FCFRP) – Universidade de São Paulo (USP), conforme o processo no. CEP 228/2012 (Anexo A).

Para o acesso e utilização dos dados do banco de dados municipal, o Hygia web, foi necessária a autorização da SMS de Ribeirão Preto-SP (Anexo B); e como nessa fase do estudo não havia um contato direto com o paciente, apenas a análise de banco de dados, não foi necessária a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a condução das entrevistas com os usuários da farmácia do Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) – USP (Anexo C), também foi necessário o envio do projeto ao CEP do CSE para que as entrevistas pudessem ser feitas naquela unidade, além da assinatura do TCLE.

Os pesquisadores se comprometeram a assegurar a privacidade dos voluntários quanto aos dados confidenciais, bem como a tornar público os resultados da pesquisa, sendo eles favoráveis ou não à hipótese do estudo.

3.4 Base de dados

O Hygia é um banco de dados municipal que armazena todos os dados relativos aos atendimentos realizados pelo SUS na Rede Básica de Saúde (RBS), tanto em Oracle (desde versão 9i) quanto em MS SQL Server (desde a versão 2000). Este sistema controla e gerencia os agendamentos de consultas, atendimentos, vacinas e todos os medicamentos dispensados pelo CBAF. Em funcionamento desde 1994, inicialmente em uma versão mainframe, e desde 2007 na versão Hygia Web, uma versão totalmente web, desenvolvida em .Net. com banco de dados Oracle 10g. Tanto o banco de dados como a aplicação ficam hospedados na Companhia de Desenvolvimento Econômico de Ribeirão Preto-SP, que é a responsável pela infraestrutura de Tecnologia da Informação (RIBEIRO, 2008; TECHNE, 2012).

3.5 Estruturação do banco de dados

O banco de dados enviado pela SMS de Ribeirão Preto-SP era inicialmente em Access, sendo que cada linha correspondia ao registro de uma retirada de medicamento do ano analisado; portanto, se um paciente tivesse retirado algum medicamento mais de uma vez ao ano, a quantidade de retiradas seria equivalente a

quantidade de linhas para aquele paciente. Desta forma, o banco de dados de 2008 era composto por 3.068.728 registros de retiradas [para cerca de 558.136 habitantes – o que daria um valor médio de 5,5 registros por habitante durante o ano de 2008; que tanto poderia corresponder a uma média do uso único de 5,5 medicamentos diferentes ao ano ou de até uma média de 5,5 retiradas do mesmo medicamento durante o ano, bem como suas combinações possíveis]; 2009 por 3.537.997 registros de retiradas (para cerca de 563.107 habitantes; valor médio de 6,3 registros/habitante), 2010 por 3.851.614 registros de retiradas (para cerca de 604.682 habitantes; valor médio de 6,4 registros/habitante), 2011 por 4.063.049 registros de retiradas (para cerca de 612.339 habitantes; valor médio de 6,6 registros/habitante) e 2012 por 4.361.114 registros de retiradas (para cerca de 619.746 habitantes; valor médio de 7,0 registros/habitante).

Como trabalhar o banco de dados da forma como foi disponibilizado era inviável, o responsável pela parte de informática do Centro de Apoio a Projetos da FCFRP – USP foi contatado para auxiliar no manejo dos dados. Para facilitar o manejo do banco de dados, e o mesmo foi estruturado na forma de dois novos bancos.

O primeiro banco de dados gerado manteve todos os medicamentos disponibilizados pelo CBAF (colunas) e todas as retiradas de medicamentos de um mesmo paciente durante o ano foram agrupadas, sendo que cada linha passou a equivaler ao registro de um paciente, em que o registro de retirada passou a ser definido de forma binária, em que o 0 (zero) significava a “não retirada do medicamento” e o “1” significava a “retirada do medicamento”. Em relação ao número de retiradas pelo mesmo paciente, levou-se em consideração o critério de “retirar pelo menos uma vez determinado medicamento durante o ano analisado”. Dessa forma, foi possível esboçar um perfil de quais foram os medicamentos utilizados pelos usuários em determinado ano. A crítica a essa forma de análise é que foi perdido os dados em relação a qual a dose foi prescrita para cada usuário e quantas vezes cada usuário retirou cada medicamento durante determinado ano.

O segundo banco de dados gerado teve seu foco específico no consumo dos PF (Quadro 02), levando em consideração a média de medicamento anual retirada por cada usuário, estimada em miligramas por dia (mg/dia); esse valor acabou correspondendo a uma estimativa do cálculo da Dose Diária Prescrita (DDP). Para se chegar nesse cálculo foi somado para cada paciente o total de comprimidos ou mililitros de cada PF. A partir desse dado, foi possível estabelecer a Dose Diária

Definida (DDD) por 1.000 habitantes/dia (DHD), permitindo assim a comparação dos resultados aqui apresentados com outros trabalhos. Analisando ainda essa parte do estudo, foi possível estabelecer uma comparação entre a taxa de crescimento populacional e a taxa de crescimento de cada um dos PF analisados. Todos esses conceitos de dose serão mais aprofundados no próximo tópico, que discorrerá sobre a classificação dos medicamentos.

A discussão dos resultados foi estruturada conforme a divisão feita nos dados. A primeira parte apresentada foi referente à análise da dispensação dos medicamentos no geral; a segunda parte foi referente à dispensação dos PF; e a terceira e última parte faz uma consideração geral sobre o estudo.

Quadro 02. Medicamentos da Portaria 344/98 contemplados pela Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Ribeirão Preto – SP e distribuídos nas Farmácias do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, de acordo com a Classificação Anatômica Terapêutica e Química (ATC).

Subgrupo Terapêutico	Subgrupo Farmacológico	Nome dos Medicamentos	Código ATC
N03 Antiepilépticos	N03A Antiepilépticos	AcidoValproico	N03AG01
		Carbamazepina	N03AF01
		Clonazepam	N03AE01
		Fenitoina	N03AB02
		Fenobarbital	N03AA02
N04 Antiparkinsonianos	N04A Agentes anticolinérgicos	Biperideno	N04AA02
	N04B Agentes dopaminérgicos	Levodopa	N04BA02
N05 Psicolépticos	N05A Antipsicóticos	Carbonato de Lítio	N05AN01
		Clorpromazina	N05AA01
		Haloperidol	N05AD01
		Levomepromazina	N05AA02
		Periciazina	N05AC01
		Risperidona	N05AX08
		Tioridazina	N05AC02
	N05B Ansiolíticos	Diazepam	N05BA01
N05 Psicolépticos	N05C Hipnóticos e sedativos	Nitrazepam	N05CD02
N06 Psicoanalépticos	N06A Antidepressivos	Amitriptilina	N06AA09
		Bupropiona	N06AX12
		Clomipramina	N06AA04
		Fluoxetina	N06AB03
		Imipramina	N06AA02
		Nortriptilina	N06AA10
		Sertralina	N06AB06
N07 Outros medicamentos do sistema nervoso	N07B Agentes antitabágicos	Naltrexona	N07BB04

Fonte: BRASIL, 1998; RIBEIRÃO PRETO, 2008; RIBEIRÃO PRETO, 2009a; RIBEIRÃO PRETO, 2010b; RIBEIRÃO PRETO, 2011; RIBEIRÃO PRETO, 2012c.

3.6 Classificação de Medicamentos

Todos os medicamentosos foram classificados de acordo com a classificação criada pelo grupo de pesquisadores do *Nordic Council on Medicines* na década de 1980: a Anatómica Terapêutica e Química (ATC) (a relação completa dos medicamentos contemplados na REMUME e dispensados pelo CBAF entre os anos de 2008 a 2012; e a média de consumo durante o período analisado podem ser vistos no ANEXO D, p. XX) (BRASIL, 1998; RIBEIRÃO PRETO, 2008; RIBEIRÃO PRETO, 2009a; RIBEIRÃO PRETO, 2010b; RIBEIRÃO PRETO, 2011; RIBEIRÃO PRETO, 2012c; WHO, 2009). Como os bancos de dados do presente trabalho foram estruturados de formas diferentes, as análises de cada banco de dados puderam proporcionar um tipo diferente de estimativa do consumo de medicamentos, cujos conceitos são explicados nos parágrafos a seguir.

Um dos conceitos que foi utilizado para comparação da dose diária do medicamento foi o de Dose Diária Definida (DDD) que seria "a dose média diária de manutenção de um medicamento, usado para sua indicação principal no adulto"; sendo que seus valores são estipulados a partir de estudos de cada medicamento, o que necessariamente não reflete a dose que tenha sido prescrita para cada usuário, quer seja para a mesma indicação terapêutica ou para outra (WHO, 2009).

Tomando por base o conceito da DDD, podemos partir para outra medida derivada desta unidade. A "Dose Diária Definida por 1.000 habitantes/dia" (DHD) é uma medida de comparação muito utilizada em EUM para a comparação de dados em diferentes localidades e períodos analisados. A DHD pode ser compreendida como uma taxa que representa o número de pessoas que consomem a DDD de determinado medicamento; valor este que, no caso de medicamentos de uso contínuo, pode estimar a prevalência do problema de saúde tratado (WHO, 2003c):

$$\text{DHD} = \frac{\text{Total de mg consumidas ao ano}}{\text{DDD} \times \text{número de habitantes} \times 365 \text{ dias}} \times 1.000$$

Dessa forma, a DHD pode ser interpretada como sendo "porcentagem de pessoas na população que faz uso de um medicamento. Por exemplo, uma DHD de 1% significaria que 10 pessoas a cada 1000 pessoas fazem uso da DDD do medicamento em análise.

Para saber a dose que foi efetivamente prescrita para cada usuário foi determinada a medida de comparação chamada Dose Diária Prescrita (DDP). Para cada registro de retirada de medicamento foi realizado esse cálculo da DDP, levando em consideração que a “quantidade de medicamento retirada” seria equivalente à “quantidade de medicamento prescrita”.

No município de Ribeirão Preto-SP, a retirada de medicamento nas farmácias do CBAF do SUS pode ser realizada tanto pelo próprio usuário (desde que maior de 18 anos) e/ou o responsável, mediante a apresentação da prescrição do medicamento em duas vias, acompanhada do cartão da Unidade de Saúde (US), do cartão SUS e da numeração do Hygia, que normalmente ou é anotada no cartão do SUS ou no cartão da US. No caso dos medicamentos que forem para “uso único”, o paciente só poderá retirar o medicamento uma única vez com aquela prescrição; os medicamentos que forem de “uso contínuo” podem ser retirados por até seis meses com a mesma receita, sendo que uma das vias da receita fica retida na farmácia, enquanto que a outra via é devolvida ao usuário com um carimbo (Figura 01) onde vão sendo registradas as retiradas dos medicamentos durante o semestre. O prolongamento da continuidade das prescrições ocorre pelo fato da demanda por consultas médicas ser normalmente acima da oferta do serviço, sendo que esse prazo também é estendido para os PF, embora na portaria que os regulamenta, o prazo máximo de validade para as receitas seria de até 30 dias.

MEDICAMENTOS DISPENSADOS	Retorno na Farmácia - CMSC Vila Lobos					
	09/03	21/04				
Ms	30	30				
E. Valproico ⁵⁰⁰	30	30				
Omeprazol	60	60				
Nitroglicerina	90	90				
Sumatriptano	30	F				

Figura 01. Carimbo utilizado para auxiliar o controle da dispensação de medicamentos nas Unidades de Saúde de Ribeirão Preto – SP.

3.7 Estatística

Dessa forma, para a visualização de um panorama mais claro, as análises foram conduzidas de duas formas, de acordo com a estruturação do banco de dados de cada parte.

3.7.1 Análise dos medicamentos no geral

Nesta etapa da análise da dispensação de todos os medicamentos disponibilizados pelo CBAF nas farmácias das USs do SUS de Ribeirão Preto-SP durante o período do estudo, o banco de dados foi estruturado levando em consideração o critério de **“retirar pelo menos uma vez determinado medicamento durante o ano em questão”**. Dessa forma, foi feita uma análise descritiva que permitiu delinear o perfil nosológico da população, por meio das classes terapêuticas mais consumidas durante o período analisado, de acordo com a classificação ATC (a relação completa dos medicamentos contemplados na REMUME entre os anos de 2008 a 2012 e a média de consumo durante o período analisado podem ser vistos no ANEXO D).

Depois da análise da leitura de vários trabalhos sobre o tema desse EUM, em geral, a população que mais utiliza PF são pessoas do sexo feminino, sendo que o aumento da idade influencia no aumento do consumo. Por conseguinte, para verificar qual o grupo populacional que fazia mais uso dos medicamentos, de acordo com a faixa etária e o sexo, foi feita uma análise descritiva da população. Sendo assim, no presente trabalho a razão de chances [*odds ratio* (OR)] foi calculada em relação ao fato do usuário “ser do sexo feminino”.

3.7.2 Análise dos psicofármacos

Como o cálculo da DHD representa uma medida teórica para estudos populacionais, para trazer essa medida para a realidade de Ribeirão Preto-SP, foi feita a transformação do cálculo de DHD para a DDD em relação ao tamanho da população de Ribeirão Preto-SP, levando em consideração que 75% da população do município fosse atendida pelo SUS. Com base neste cálculo, posteriormente foi feita uma comparação do valor da DDD preconizada pela OMS com a média do valor das DDP nos cinco anos do estudo, para analisar a diferença entre os valores.

A DDP foi calculada por meio de uma média dos valores prescritos do mesmo medicamento retirados mensalmente durante o ano analisado, sendo esse valor dividido pela quantidade de tempo em dias que o paciente utilizou o determinado medicamento, tendo assim um valor estimado da quantidade em miligramas do consumo diário prescrito do medicamento.

Em relação a DDP, os valores das doses médias consumidas dos PF em relação ao sexo do usuário foram analisados por meio do teste t de Student não pareado, considerando a dose como variável dependente em relação ao sexo (variável independente). Para avaliar se o aumento da idade poderia ser correlacionado de alguma forma com o aumento do uso de PF, foi realizada uma regressão linear simples, considerando a dose média do medicamento como a variável dependente e a idade como variável independente.

E finalmente, foi calculada a taxa de crescimento populacional para ver se o número de usuários de medicamentos controlados foi maior, menor ou igual ao crescimento da população geral em questão. Nessa análise a hipótese nula foi definida como se o aumento fosse igual ou proporcional. Logo a hipótese alternativa foi definida como se o aumento não fosse igual. Foi feito o experimento para cada medicamento individualmente e no geral somando o número de usuários de todos os tipos de medicamentos. Para poder fazer essa medição de aumento do crescimento foi calculado para cada ano a taxa de crescimento, tanto do número de usuários dos medicamentos quanto para a população. Computado esses dados foi utilizado o teste estatístico não-paramétrico Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney Amostras Independentes, que para esse teste não precisamos nos preocupar com a distribuição dos dados, e podemos ter poucas observações para sua utilização e eficiência.

R e s u l t a d o s e D i s c u s s ã o

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Análise da dispensação dos medicamentos no geral

Em relação a casuística, estudos estimam que no mínimo 75% da população brasileira dependa exclusivamente do SUS para o seu atendimento; no entanto, calcula-se que uma porcentagem ainda maior acabe retirando seus medicamentos nas farmácias do CBAF do SUS, pois os usuários que são atendidos pelo SPrivS, mas que apresentem a prescrição de acordo com as especificações do SUS, podem retirar seus medicamentos nas Farmácias do SUS, conforme foi legitimado em âmbito local a partir de março de 2010 (RIBEIRÃO PRETO, 2010a), e posteriormente em âmbito nacional pela Portaria 2.928/2011 (BRASIL, 2011b). Sendo assim, estima-se que mais de 75% da população de Ribeirão Preto-SP retire seus medicamentos exclusivamente nas Farmácias do SUS.

Um estudo que analisou dois grupos de idosos em Sorocaba, outro município do interior do Estado de São Paulo (número de habitantes semelhante ao do município de Ribeirão Preto), sendo que um grupo era formado por usuários do SUS e o outro por usuários de plano do SPrivS, e ambos os grupos foram recrutados em ambulatórios e hospitais das redes públicas e privadas de saúde. No mês anterior a entrevista feita com os usuários do SUS, 23% deles não tiveram gasto com medicamentos e 77% deles teve algum gasto com medicamento; e que entre os usuários de plano de saúde, 8% não teve nenhum gasto com medicamentos, enquanto que 92% teve gasto com medicamento no período analisado. A aquisição dos medicamentos pelos usuários do SUS é realizada predominantemente em farmácias comunitárias ou das USs, enquanto que os usuários de plano de saúde adquiriam seus medicamentos nas farmácias privadas (DUARTE et al., 2012).

No entanto, neste trabalho realizado em Sorocaba, os autores não deixam claro no texto se quando os idosos foram questionados em relação a “ter algum gasto com medicamento”, se os pacientes que respondera que “não tiveram gasto com o medicamento” de fato não tiveram gasto com o medicamento pois ou **o medicamento foi obtido gratuitamente em alguma farmácia do SUS ou por qualquer tipo de financiamento de entidade pública**; ou se estes pacientes **não tiveram gasto pois não compraram o medicamento**(DUARTE et al., 2012).

Essa ambiguidade de **“não ter tido despesa com medicamento pois não foi necessária a compra do medicamento”** e **“não ter tido despesa pois não comprou o medicamento necessário”** fica claro em uma pesquisa feita em Recife (Estado de Pernambuco) junto a uma das equipes de Estratégia de Saúde da Família, que traz a fala de um dos usuários do SUS que retrata fidedignamente a questão da falta dos medicamentos em farmácias públicas e a falta de recurso financeiro do usuário para a compra do medicamento quando questionado sobre “ter despesa com medicamentos”: “Não (não teve despesa com medicamentos). Eu não tenho esse dinheiro. (...) Já faltou o medicamento, mas eu nunca comprei (...)”. (AZEVEDO et al., 2010).

Em dados divulgados pelo Ministério da Saúde relativo ao programa Farmácia Popular, do total de receitas apresentadas em agosto de 2012, 53% delas foram oriundas do SPrivS, e 47% delas eram provenientes do SUS. Do total de usuários atendidos em 2012, 80% dos pacientes tiveram acesso gratuito aos medicamentos para hipertensão, diabetes e asma; enquanto que medicamentos para colesterol, glaucoma, rinite, osteoporose, doença de Parkinson, dislipidemia, anticoncepção e fraldas geriátricas foram vendidos com até 90% de desconto nas Farmácias Populares e nas unidades credenciadas ao programa em todo o País (BRASIL, 2013a).

No presente trabalho, vemos que o consumo de medicamento tem uma correlação positiva com o aumento da idade, e que independente do medicamento ser ou não PF, a população feminina foi a maior consumidora, exceto pela faixa etária de 0 a 9 anos de idade, em que o público masculino foi maior ou igual ao público feminino; e o público masculino nessa mesma faixa etária representa o grupo de maior consumo de PF.

De acordo com a Classificação Anátomo-terapêutica, o grupo de medicamentos que atua no Sistema Nervoso foi o que apresentou o maior consumo, representando 22,3% do total de medicamentos. Dentre estes, podemos fazer uma divisão entre os medicamentos que atuam como “Outros analgésicos e antipiréticos”, que eram representados pela dipirona e o paracetamol, correspondendo a 15% do total de medicamentos consumidos no município; enquanto que os demais 7,3% correspondiam ao total do consumo de PF (A relação completa dos medicamentos contemplados na REMUME entre os anos de 2008 a 2012 e a média de consumo durante o período analisado podem ser vistos no ANEXO D).

Tabela 01. Consumo de medicamentos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) no ano de 2008.

Faixa Etária (anos)	Total de usuários que retiraram medtos.	2008				Odds Ratio *	Valor de p *	Intervalo de Confiança 95% *
		Sexo [fem. (%)]	Usuário de Psicofarm.	Sexo [fem. (%)]	Sexo [fem. (%)]			
0 - 9	45820	22423 (48,9%)	838	306 (36,5%)	0,5946	0,000	0,5160 - 0,6852	
10 - 19	38597	20622 (53,4%)	1975	1021 (51,7%)	0,9294	0,113	0,8488 - 1,0175	
20 - 29	46206	26933 (58,3%)	5070	3380 (66,7%)	1,4930	0,000	1,4039 - 1,5879	
30 - 39	36318	21376 (58,9%)	7173	5055 (70,5%)	1,8753	0,000	1,7736 - 1,9828	
40 - 49	34205	20301 (59,4%)	9667	6989 (72,3%)	2,2008	0,000	2,0911 - 2,3163	
50 - 59	31951	19354 (60,6%)	10599	8003 (75,5%)	2,7162	0,000	2,5791 - 2,8605	
60 - 69	22571	13682 (60,6%)	7196	5325 (74,0%)	2,3900	0,000	2,2475 - 2,5416	
70 - 79	14546	8892 (61,1%)	4467	3242 (72,6%)	2,0746	0,000	1,9216 - 2,2398	
≥ 80	6430	4253 (66,1%)	1793	1299 (72,4%)	1,4981	0,000	1,3292 - 1,6886	
Total	276644	157836 (57,1%)	48778 (17,6%)	34620 (71,0%)	2,0768	0,000	2,0332 - 2,1213	

fem., feminino; medtos., medicamentos; Psicofarm., Psicofármacos.

* Odds Ratio, Valor de p e Intervalo de Confiança em relação a ser do sexo feminino e fazer uso de algum psicofármaco. Org. por Iahel Manon de Lima Ferreira (2016).

Tabela 02. Consumo de medicamentos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) no ano de 2009.

Faixa Etária (anos)	Total de usuários que retiraram medtos.	2009				Odds Ratio *	Valor de p *	Intervalo de Confiança 95% *
		Sexo [fem. (%)]	Usuário de Psicofarm.	Sexo [fem. (%)]				
0 - 9	47407	23149 (48,8%)	1120	451 (40,3%)	0,7006	0,000	0,6209 – 0,7906	
10 - 19	36910	19987 (54,2%)	3136	1670 (53,3%)	0,9598	0,273	0,8920 – 1,0329	
20 - 29	52354	30197 (57,7%)	6551	4116 (62,8%)	1,2782	0,000	1,2117 – 1,3483	
30 - 39	42020	24739 (58,9%)	8098	5433 (67,1%)	1,5434	0,000	1,4665 – 1,6243	
40 - 49	38567	23250 (60,3%)	9921	7104 (71,6%)	1,9524	0,000	1,8580 – 2,0514	
50 - 59	36187	22400 (61,9%)	10648	7947 (74,6%)	2,2568	0,000	2,1464 – 2,3729	
60 - 69	25261	15516 (61,4%)	7507	5474 (72,9%)	2,0678	0,000	1,9495 – 2,1933	
70 - 79	15461	9670 (62,5%)	4569	3355 (73,4%)	2,003	0,000	1,8566 – 2,1609	
≥ 80	6822	4540 (66,5%)	1925	1404 (72,9%)	1,5133	0,000	1,3472 – 1,6998	
Total	300990	173448 (57,6%)	53477 (17,8%)	36954 (69,1%)	1,8191	0,000	1,7831 – 1,8558	

fem., feminino; medtos., medicamentos; Psicofarm., Psicofármacos.

* Odds Ratio, Valor de p e Intervalo de Confiança em relação a ser do sexo feminino e fazer uso de algum psicofármaco.

Org. por Iahel Manon de Lima Ferreira (2016).

Tabela 03. Consumo de medicamentos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) no ano de 2010.

Faixa Etária (anos)	Total de usuários que retiraram medtos.	2010					Valor de p *	Intervalo de Confiança 95%*
		Sexo [fem. (%)]	Usuário de Psicofarm.	Sexo [fem. (%)]	Odds Ratio *			
0 - 9	48721	24007 (49,3%)	1061	372 (35,1%)	0,5472	0,000	0,4818 – 0,6215	
10 - 19	43266	22690 (52,4%)	2275	1102 (48,4%)	0,8421	0,000	0,7739 – 0,9163	
20 - 29	51527	29398 (57,1%)	5450	3507 (64,3%)	1,4072	0,000	1,3274 – 1,4919	
30 - 39	43610	25285 (58,0%)	8394	5818 (69,3%)	1,8272	0,000	1,7365 – 1,9226	
40 - 49	39659	23240 (58,6%)	10638	7797 (73,3%)	2,4130	0,000	2,2982 – 2,5336	
50 - 59	38257	23102 (60,4%)	12401	9435 (76,1%)	2,8370	0,000	2,7042 – 2,9764	
60 - 69	27465	16639 (60,6%)	9232	6908 (74,8%)	2,5970	0,000	2,4574 – 2,7446	
70 - 79	17242	10602 (61,5%)	5693	4136 (72,7%)	2,0882	0,000	1,9492 – 2,2371	
≥ 80	8185	5354 (65,4%)	2750	2024 (73,6%)	1,7623	0,000	1,5933 – 1,9493	
Total	317933	180317 (56,7%)	57899 (18,2%)	40920 (70,7%)	2,1230	0,000	2,0820 – 2,1649	

fem., feminino; medtos., medicamentos; Psicofarm., Psicofármacos.

* Odds Ratio, Valor de p e Intervalo de Confiança em relação a ser do sexo feminino e fazer uso de algum psicofármaco. Org. por Iahel Manon de Lima Ferreira (2016).

Tabela 04. Consumo de medicamentos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) no ano de 2011.

Faixa Etária (anos)	Total de usuários que retiraram medtos.	2011				Odds Ratio *	Valor de p *	Intervalo de Confiança 95% *
		Sexo [fem. (%)]	Usuário de Psicofarm.	Sexo [fem. (%)]				
0 - 9	49745	24544 (49,3%)	920	331 (36,0%)	0,5634	0,000	0,4920 - 0,6451	
10 - 19	45398	23883 (52,6%)	2300	1134 (49,3%)	0,8668	0,001	0,7971 - 0,9426	
20 - 29	53891	30539 (56,7%)	5980	3805 (63,6%)	1,3858	0,000	1,3107 - 1,4651	
30 - 39	47052	27307 (58,0%)	9339	6537 (70,0%)	1,9031	0,000	1,8127 - 1,9981	
40 - 49	41823	24537 (58,7%)	11451	8353 (72,9%)	2,3637	0,000	2,2552 - 2,4774	
50 - 59	40396	24284 (60,1%)	13278	10182 (76,7%)	3,0355	0,000	2,8968 - 3,1808	
60 - 69	29406	17741 (60,3%)	9995	7463 (74,7%)	2,6191	0,000	2,4835 - 2,7621	
70 - 79	18085	11111 (61,4%)	6081	4451 (73,2%)	2,1911	0,000	2,0487 - 2,3434	
≥ 80	8857	5852 (66,1%)	3036	2258 (74,4%)	1,7984	0,000	1,6319 - 1,9818	
Total	334653	189798 (56,7%)	62392 (18,6%)	44514 (71,3%)	2,1761	0,000	2,1353 - 2,2177	

fem., feminino; medtos., medicamentos; Psicofarm., Psicofármacos.

* Odds Ratio, Valor de p e Intervalo de Confiança em relação a ser do sexo feminino e fazer uso de algum psicofármaco. Org. por Iahel Manon de Lima Ferreira (2016).

Tabela 05. Consumo de medicamentos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) no ano de 2012.

Faixa Etária (anos)	Total de usuários que retiraram medtos.	2012				Odds Ratio *	Valor de p *	Intervalo de Confiança 95% *
		Sexo [fem. (%)]	Usuário de Psicofarm.	Sexo [fem. (%)]				
0 - 9	51904	25533 (49,2%)	913	339 (37,1%)	0,6048	0,000	0,5282 - 0,6924	
10 - 19	44803	23855 (53,2%)	2297	1149 (50,0%)	0,8728	0,001	0,8025 - 0,9492	
20 - 29	54621	31152 (57,0%)	6010	3723 (61,9%)	1,2571	0,000	1,1898 - 1,3283	
30 - 39	49405	28882 (58,5%)	9920	6913 (69,7%)	1,8330	0,000	1,7485 - 1,9216	
40 - 49	43522	25431 (58,4%)	11642	8490 (72,9%)	2,3752	0,000	2,2675 - 2,4881	
50 - 59	42465	25556 (60,2%)	13699	10418 (76,0%)	2,8574	0,000	2,7302 - 2,9906	
60 - 69	31553	19065 (60,4%)	10565	7891 (74,7%)	2,5906	0,000	2,4604 - 2,7277	
70 - 79	19090	11681 (61,2%)	6457	4708 (72,9%)	2,1833	0,000	2,0457 - 2,3302	
≥ 80	9658	6376 (66,0%)	3326	2455 (73,8%)	1,7331	0,000	1,5801 - 1,9010	
Total	347021	197530 (56,9%)	64832 (18,7%)	46086 (71,1%)	2,1224	0,000	2,0835 - 2,1621	

fem., feminino; medtos., medicamentos; Psicofarm., Psicofármacos.

* Odds Ratio, Valor de p e Intervalo de Confiança em relação a ser do sexo feminino e fazer uso de algum psicofármaco. Org. por Iahel Manon de Lima Ferreira (2016).

Tabela 06. Usuários de psicofármacos em relação ao total de usuários de medicamentos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) nos anos de 2008 a 2012.

Faixa Etária (anos)	2008			2009			2010			2011			2012		
	Total de usuários	Usuário de Psicofarm.	Total de usuários	Usuário de Psicofarm.	Total de usuários	Usuário de Psicofarm.	Total de usuários	Usuário de Psicofarm.	Total de usuários	Usuário de Psicofarm.	Total de usuários	Total de usuários	Usuário de Psicofarm.	Total de usuários	
0 - 9	45820	838 (0,3%)	47407	1120 (0,4%)	48721	1061 (0,3%)	49745	920 (0,3%)	51904	913 (0,3%)					
10 - 19	38597	1975 (0,7%)	36910	3136 (1,0%)	43266	2275 (0,7%)	45398	2300 (0,7%)	44803	2297 (0,7%)					
20 - 29	46206	5070 (1,8%)	52354	6551 (2,2%)	51527	5450 (1,7%)	53891	5980 (1,8%)	54621	6010 (1,7%)					
30 - 39	36318	7173 (2,6%)	42020	8098 (2,7%)	43610	8394 (2,6%)	47052	9339 (2,8%)	49405	9920 (2,9%)					
40 - 49	34205	9667 (3,5%)	38567	9921 (3,3%)	39659	10638 (3,3%)	41823	11451 (3,4%)	43522	11642 (3,4%)					
50 - 59	31951	10599 (3,9%)	36187	10648 (3,6%)	38257	12401 (4,0%)	40396	13278 (3,9%)	42465	13699 (3,8%)					
60 - 69	22571	7196 (2,6%)	25261	7507 (2,5%)	27465	9232 (2,9%)	29406	9995 (3,0%)	31553	10565 (3,0%)					
70 - 79	14546	4467 (1,6%)	15461	4569 (1,5%)	17242	5693 (1,8%)	18085	6081 (1,8%)	19090	6457 (1,9%)					
≥ 80	6430	1793 (0,6%)	6822	1925 (0,6%)	8185	2750 (0,9%)	8857	3036 (0,9%)	9658	3326 (1,0%)					
Total	276644	48778 (17,6%)	300990	53477 (17,8%)	317933	57899 (18,2%)	334653	62392 (18,6%)	347021	64832 (18,7%)					

Psicofarm., Psicofármacos.

Org. por Iahel Manon de Lima Ferreira (2016).

Figura 02. Distribuição do consumo médio de medicamento por paciente no período de 2008 a 2012 no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP), de acordo com a Classificação Anatómica Terapêutica e Química.

4.2 Análise da dispensação dos psicofármacos

4.2.1 Análise da dispensação

O consumo total dos PF disponíveis na RBS de Ribeirão Preto-SP, expresso individualmente em seus respectivos valores de Dose Diária Definida/1000 habitantes/dia (DHD), pode ser observado na tabela a seguir:

Tabela 07. Consumo de Psicofármacos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012, de acordo com a Dose Diária Definida/1000 habitantes/dia (DHD).

Medicamentos	Dose Diária Definida/1000 habitantes/dia (DHD)				
	2008	2009	2010	2011	2012
AcidoValproico	1,196	1,274	1,368	1,522	1,643
Amitriptilina	3,808	4,285	4,196	2,635	3,415
Biperideno	0,933	0,736	0,705	0,713	0,741
Bupropiona	-	0,005	0,031	0,008	0,019
Carbamazepina	3,365	0,090	0,088	3,253	3,271
Carbonato de Litio	0,728	0,884	0,900	0,915	0,995
Clomipramina	0,377	0,452	0,515	0,547	0,607
Clonazepam	1,572	2,063	2,439	2,955	3,093
Clorpromazina	0,968	0,969	0,945	0,932	0,951
Diazepam	11,278	10,778	10,364	10,355	10,804
Fenitoína	1,507	1,469	1,464	1,488	1,580
Fenobarbital	3,958	4,049	3,768	3,758	3,876
Fluoxetina	19,924	21,566	20,235	17,862	16,218
Haloperidol	1,924	1,884	1,811	1,832	1,921
Imipramina	1,030	1,074	1,014	1,249	1,514
Levodopa	0,189	0,192	0,150	0,200	0,209
Levomepromazina	0,037	0,033	0,034	0,039	0,039
Naltrexona	0,023	0,017	0,028	0,034	0,070
Nitrazepam	0,240	0,308	0,289	0,289	0,317
Nortriptilina	0,182	0,366	0,541	0,663	1,001
Periciazina	0,246	0,224	0,219	0,237	0,256
Risperidona	-	0,031	0,414	0,745	0,911
Sertralina	4,338	6,760	11,931	19,430	20,656
Tioridazina	0,135	0,140	0,134	0,143	0,140

Org. por Iahel Manon de Lima Ferreira (2016).

Na Figura 03 pode-se notar que há um crescimento significativo do consumo de medicamentos controlados no período do estudo.

Figura 03. Consumo de Psicofármacos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012.

Os principais Antiepilépticos (Figura 04) consumidos nas farmácias do CBAF durante o período analisado foram o Fenobarbital (DDD 100 mg), o Clonazepam (DDD 8 mg) e a Carbamazepina (DDD 1.000 mg) e o grupo Outros (Tabela 08). Em um trabalho desenvolvido em Ribeirão Preto-SP no ano de 2001, Sebastião e colaboradores (2004) registraram um valor de DHD de 2,9 para a Carbamazepina e de 3,3 para o Fenobarbital; o que, quando comparado com os valores obtidos no presente estudo, significa uma queda de 15,9% no consumo de Carbamazepina e de 13,6% no consumo do Fenobarbital num período de 10 anos. O Clonazepam, embora seja classificado como Antiepiléptico pela Classificação ATC, na prática clínica do município de Ribeirão Preto-SP este costuma ser prescrito e utilizado como Sedativo e Hipnótico.

Tabela 08. Grupo Outros no consumo de Antiepilépticos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto entre os anos de 2008 a 2012.

Medicamentos	DDD/1000 habitantes/dia				
	2008	2009	2010	2011	2012
Ácido Valpróico	0,90	0,96	1,03	1,14	1,23
Fenitoína	1,13	1,10	1,10	1,12	1,19

DDD para o Ácido Valpróico: 1500 mg; DDD para a Fenitoína: 300 mg.

Figura 04. Consumo de Antiepilépticos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012.

Em relação ao grupo dos Agentes Anticolinérgicos (Figura 05), o Biperideno era o único Agente Anticolinérgico disponível na rede básica. Apresenta uma DDD de 10 mg, sendo que seu consumo ao longo dos anos analisados no presente trabalho representou uma queda de 20,6% em relação à DHD entre os anos de 2008 a 2012. Analisando um período de 2001 (SEBASTIÃO, 2004) a 2010, nota-se uma pequena variação de -2,1%.

Figura 05. Consumo de Agentes Anticolinérgicos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012.

Em relação ao grupo dos Agentes Dopaminérgicos (Figura 06), a Levodopa (DDD 600 mg) era o único medicamento desta classe disponível no CBAF; entretanto, suas associações variaram no decorrer do período estudado. Durante os anos de 2008 e 2009 (RIBEIRÃO PRETO, 2008; RIBEIRÃO PRETO, 2009a), a associação disponível era a de Levodopa 250 mg associada a Carbidopa 25 mg; e durante os anos posteriores, as associações disponíveis foram (RIBEIRÃO PRETO, 2010; RIBEIRÃO PRETO, 2011; RIBEIRÃO PRETO, 2012c):

- Levodopa 100 mg + Benserazida 25 mg
- Levodopa 200 mg + Benserazida 50 mg
- Levodopa 200 mg + Carbidopa 50 mg
- Levodopa 50 mg + Carbidopa 50 mg

Quando a variação do consumo é analisada por meio da DDD/1000 habitantes/dia entre 2008 a 2012, ocorre um aumento de 341,5% no consumo da Levodopa; no entanto, quando comparado aos dados de 2001 de Sebastião e colaboradores (2004), foi encontrado um valor de DHD de 0,8.

Figura 06. Consumo de Agentes Dopaminérgicos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012.

O consumo dos medicamentos Antipsicóticos pode ser acompanhado pelo Figura 07. Os principais medicamentos utilizados foram o Haloperidol (DDD 3,3 mg), a Clorpromazina (DDD 300 mg) e o Carbonato de Lítio (623 mg); enquanto que o grupo Outros engloba a Levomepromazina, a Periciazina, a Risperidona e a Tioridazina (Tabela 09).

Figura 07. Consumo de Antipsicóticos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012.

Tabela 09. Grupo Outros no consumo de Antipsicóticos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012.

Medicamentos	DDD/1000 habitantes/dia				
	2008	2009	2010	2011	2012
Levomepromazina	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Periciazina	0,18	0,17	0,16	0,18	0,19
Risperidona	0	0,02	0,31	0,56	0,68
Tioridazina	0,10	0,11	0,10	0,11	0,10

DDD para a Levomepromazina: 300 mg; DDD para a Periciazina: 50 mg; DDD para a Risperidona: 5 mg; DDD para a Tioridazina: 300 mg.

A risperidona é um medicamento que faz parte do CEAF, e de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, sua dispensação é feita para o tratamento de esquizofrenia refratária (BRASIL, 2013b). Para que a sua dispensação possa ser feita nas farmácias do CBAF para outros TMs, é necessário que a receita do medicamento venha acompanhada da “Justificativa do Uso da Risperidona” (Anexo E) (RIBEIRÃO PRETO, 2009b).

O Diazepam (DDD 10 mg) é o único Ansiolítico (Figura 08) disponível no CBAF, e durante o período estudado houve uma discreta redução do seu consumo em -4,2%. A DHD do consumo de Diazepam em 2001 era de 9,7 (SEBASTIÃO, 2004).

Figura 08. Consumo de Ansiolíticos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012.

O Nitrazepam (DDD 5 mg), de acordo com a Classificação ATC, é o único Sedativo e Hipnótico (Figura 09) disponibilizado no CBAF, embora o Clonazepam também seja utilizado com a mesma finalidade na prática clínica, como já foi mencionado anteriormente. Em 2001, seu consumo em DHD era inferior a 0,1 (SEBASTIÃO, 2004).

Figura 09. Consumo de Hipnóticos e Sedativos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012.

Em relação ao uso de Antidepressivos em Ribeirão Preto-SP (Figura10), a Fluoxetina (DDD 20 mg) e a Sertralina (DDD 50 mg) são os que apresentam o maior consumo. O consumo desses dois medicamentos durante o período estudado apresentou um comportamento distinto, enquanto que a Fluoxetina teve um decréscimo de -18,6%, a Sertralina teve um aumento de 376,2%. O consumo da Fluoxetina em 2001 representava uma DHD de 0,31; enquanto que a Sertralina ainda não fazia parte do elenco terapêutico do CBAF

Figura 10. Consumo de Antidepressivos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012.

A Imipramina (DDD 100 mg), que esta incluída no grupo dos Outros Antidepressivos (Tabela 10), e a Amitriptilina (DDD 75 mg) costumam ser prescritas para auxiliar no tratamento de pacientes com fibromialgia e dor crônica, e também em episódios de crise de pânico e ansiedade. A Amitriptilina teve uma redução de -10,3% em sua DHD no período estudado, enquanto que a Imipramina teve um aumento de 47%. A Amitriptilina tinha um consumo de DHD de 1,8 em 2001.

Tabela 10. Grupo Outros no consumo de Antidepressivos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012.

Medicamentos	DDD/1000 habitantes/dia				
	2008	2009	2010	2011	2012
Bupropiona	-	>0,01	0,02	0,01	0,01
Clomipramina	0,28	0,34	0,39	0,41	0,46
Imipramina	0,77	0,81	0,76	0,94	1,14
Nortriptilina	0,14	0,27	0,41	0,50	0,75

DDD para a Bupropiona 300 mg; DDD para a Clomipramina 100 mg; DDD para a Imipramina 100 mg; DDD para a Nortriptilina 75 mg.

Figura 11. Consumo de Antitabágicos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012.

Embora a Naltrexona (DDD 50 mg) seja o único Agente Antitabágico (Figura 11) disponível no CBAF segundo a Classificação ATC, a Bupropiona foi introduzida a partir de 2009 como parte dos programas de cessação do tabagismo.

Na tabela a seguir (Tabela 11), foi feita a transformação do cálculo de DHD para a DDD em relação ao tamanho da população de Ribeirão Preto-SP, levando em consideração que 75% da população do município seja atendida pelo SUS. Com base neste cálculo, podemos comparar se a DDD preconizada pela OMS esta semelhante ou não ao valor da DDP encontrada.

Tabela 11. Transformação da Dose Diária Definida/1000 habitantes/dia do Consumo de Psicofármacos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012 para a dose média em miligramas por dia.

Medicamentos (Transformação de DHD para mg/dia)	2008 (Pop. 558136) no. usuários mg/dia	2009 (Pop. 563107) no. usuários mg/dia	2010 (Pop. 604682) no. usuários mg/dia	2011 (Pop. 612339) no. usuários mg/dia	2012 (Pop. 619746) no. usuários mg/dia
Acido Valproico	50044	53788	62040	69908	75452
Amitriptilina	159401	180983	190314	121024	156832
Biperideno	39074	31074	31954	32758	34050
Bupropiona	-	216	1395	382	885
Carbamazepina	140840	3784	4007	149385	150226
Carbonato de Lítio	30458	37314	40819	42006	45714
Clomipramina	15770	19085	23340	25100	27893
Clonazepam	65816	87117	110615	135701	142042
Clorpromazina	40516	40927	42869	42804	43685
Diazepam	472104	455172	470012	475547	496177
Fenitoína	63079	62027	66400	68326	72573
Fenobarbital	165702	170990	170888	172591	178021
Fluoxetina	834027	910801	917676	820336	744809
Haloperidol	80518	79552	82118	84149	88224
Imipramina	43105	45376	45985	57351	69530
Levodopa	7909	8104	6790	9182	9577
Levomepromazina	1532	1409	1560	1788	1772
Naltrexona	971	738	1273	1564	3197
Nitrazepam	10051	13004	13095	13271	14564
Nortriptilina	7636	15443	24543	30448	45989
Periciazina	10297	9471	9923	10891	11780
Risperidona	-	1292	18789	34235	41858
Sertralina	181595	285493	541099	892335	948640
Tioridazina	5631	5931	6068	6563	6414

*DHD, Dose Diária Definida/1000 habitantes/dia; mg, miligrama; no., número; Pop., População
Org. por Iahel Manon de Lima Ferreira (2016)

O consumo total dos PF disponíveis na CBAF de Ribeirão Preto-SP, foi expresso individualmente em seus respectivos valores de DDP (tabela 07, P. 37); e embora uma análise preliminar nos mostre que o público feminino é o que mais faz uso dos PF proporcionalmente; quando comparamos os valores das doses médias consumidas dos PF em relação ao sexo do usuário por meio do teste t de Student não pareado, considerando a dose como variável dependente em relação ao sexo (variável independente), temos as seguintes situações:

- **valor da dose média mais elevada para usuários do sexo masculino**

ácidovalpróico ($t = -12,959$; $p = 0,000$);
 amitriptilina ($t = -5,688$; $p = 0,000$);
 carbamazepina ($t = -9,102$; $p = 0,000$);
 carbonato de lítio ($t = -4,591$; $p = 0,000$);
 clomipramina ($t = -4,055$; $p = 0,000$);
 clonazepam ($t = -7,198$; $p = 0,000$);
 clorpromazina ($t = -14,431$; $p = 0,000$);
 fenitoína ($t = -4,144$; $p = 0,000$);
 levodopa ($t = -4,9$; $p = 0,000$);
 risperidona ($t = -5,483$; $p = 0,000$).

- **ausência de diferença entre as doses**

biperideno ($t = 0,688$; $p = 0,491$); bupropiona ($t = 0,665$; $p = 0,507$);
 fenobarbital ($t = 0,031$; $p = 0,975$); fluoxetina ($t = -0,237$; $p = 0,813$);
 haloperidol ($t = 1,779$; $p = 0,075$); imipramina ($t = -1,544$; $p = 0,123$);
 levomepromazina ($t = -0,303$; $p = 0,768$); naltrexona ($t = -1,435$; $p = 0,03$);
 nitrazepam ($t = -1,435$; $p = 0,152$); nortriptilina ($t = -1,107$; $p = 0,268$);
 sertralina ($t = 2,085$; $p = 0,037$); tioridazina ($t = -0,555$; $p = 0,579$).

- **valor de dose média mais elevados para usuárias do sexo feminino:**

diazepam ($t = 11,662$; $p = 0,000$);
 periciazina ($t = 6,047$; $p = 0,000$).

Em muitos EUM é recorrente encontrar um grupo maior de usuários de sistemas de saúde do sexo feminino do que do sexo masculino, o que pode em parte ser justificado pela necessidade mais frequente de atendimentos e exames médicos, principalmente durante o período de vida fértil da mulher em que exames periódicos de rotina são necessários, bem como para a utilização de contraceptivos. Em nosso contexto de sociedade, acredita-se também que as mulheres sejam mais propensas a buscar o atendimento médico do que os homens, além de apresentar uma maior adesão aos tratamentos propostos (WHO, 2003b).

Controversamente, embora as mulheres sejam a maior proporção nos EUM, nos ensaios pré-clínicos, em geral a maioria dos exames “*in vivo*” são realizados em cobaias do sexo masculino, o que muitas vezes acarreta uma grande disparidade destes estudos com os ensaios clínicos. As diferenças de sexo e gênero ainda não conseguiram alcançar a atenção devida, quer seja em humanos ou animais; e normalmente acabam sendo feitas generalizações sobre as respostas de cada ser vivo, sem considerar as diferenças entre machos e fêmeas. Homens e mulheres diferem em muitos aspectos em relação à vulnerabilidade a agentes xenobióticos e outros estressores, sendo que as principais diferenças dizem respeito ao estilo de vida e a fatores hormonais e psicossociais que podem vir a modificar a cinética e a resposta fisiológica (GOCHFELD, 2007; SHI et al., 2015).

Ainda em relação as diferenças, embora as mulheres tenham uma maior propensão biológica e psicossocial a terem mais TMs, tais como os de humor e de ansiedade; o estrógeno (hormônio sexual feminino) acaba tendo uma ação protetora em TMs como a esquizofrenia, abrandando os sintomas; dessa forma os homens acabam sendo mais sujeitos a estes transtornos, além dos sintomas serem mais evidentes (SEEMAN, 1996; GOGOS et al., 2015).

Tabela 12. Consumo de Psicofármacos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2008 a 2012, de acordo com a Dose Diária Prescrita.

Medicamentos	2008				2009				2010				2011				2012			
	(Dose diária prescrita - mg/dia) *	no. usuarios	média mg/dia	no. usuarios	média mg/dia	no. usuarios	média mg/dia	no. usuarios	média mg/dia	no. usuarios	média mg/dia	no. usuarios	média mg/dia	no. usuarios	média mg/dia	no. usuarios	média mg/dia			
Acido Valproico		1498	971,55	1665	933,06	1875	914,09	2392	893,9	2245	927,64									
Amitriptilina		9927	33,85	11331	32,65	11706	33,2	9827	34,66	9817	37,13									
Biperideno		1475	6,87	1416	3,71	1497	3,57	1533	3,46	1640	3,44									
Bupropiona **		-	-	29	246,44	166	235,33	43	280,81	73	311,44									
Carbamazepina		4212	554,82	4398	534,01	4493	543,14	4655	549,23	4841	549,79									
Carbonato de Lítio		359	997,56	432	939,64	503	894,26	516	867,45	563	887,82									
Cloimpramina		587	62,47	668	60,59	897	54,8	1063	55,09	1015	57									
Clonazepam		6049	2,45	7677	2,39	9378	2,35	11419	2,37	12338	2,45									
Clorpromazina		1869	116,26	1999	101,6	2132	97,76	2181	94,37	2355	90,85									
Diazepam		18750	6,62	18546	6,12	17935	6,16	18198	6,24	18251	6,43									
Fenitoína		1533	223,8	1503	219,53	1566	224,05	1568	236,32	1694	239,53									
Fenobarbital		1627	126,49	2326	123,98	2343	124,41	2249	131,63	2315	130,15									
Fluoxetina		16980	28,26	18055	27,76	17565	28,65	17115	29,64	15428	31,86									
Haloperidol		2498	9,64	2507	9,26	2608	9,12	2686	8,79	2664	9,58									
Imipramina		2130	48,52	2223	46,63	2266	45,38	3779	40,71	3927	42,79									
Levodopa		189	441,94	206	472,52	576	427,51	578	516,5	632	764,19									
Levomopromazina		247	56,37	237	53,1	273	47,33	301	47,74	383	39,73									
Naltrexona		43	55,59	28	55,6	46	57,13	53	55,53	149	50,91									
Nitrazepam		136	9,9	185	8,88	186	8,58	177	8,5	183	8,4									
Nortriptilina		309	55,11	789	45,57	1146	46	2498	38,88	2448	42,8									
Periciazina		455	30,9	479	24,91	540	24,71	538	25,5	570	24,41									
Risperidona **		-	-	144	2,95	961	2,61	1292	2,79	1585	2,69									
Sertralina		2202	106,03	3697	91,41	9191	76,74	15377	77,09	17224	80,63									
Tioridazina		298	149,68	312	116,8	313	117,58	340	109,36	328	102,25									

mg, miligramas; no., número.

* Essa é a dose real que foi prescrito a cada paciente.

**A bupropiona e a risperidona não eram disponibilizadas na rede em 2008.

Org. por Iahel Manon de Lima Ferreira (2016)

Por meio de uma regressão linear simples, considerando a dose média do medicamento como a variável dependente e a idade como variável independente, foi possível avaliar se o aumento da idade poderia ser correlacionado de alguma forma com o aumento da dose. Dessa forma foi possível verificar que os maiores grupos foram aqueles em **que não houve evidências de que a idade estivesse associada com a variação na dose média** [amitriptilina ($R^2 = 10$; $F = 0,025$; $p = 0,875$); bupropiona ($R^2 = 4$; $F = 1,194$; $p = 0,275$); clomipramina ($R^2 = 14$; $F = 0,088$; $p = 0,348$); fluoxetina ($R^2 = 1$; $F = 0,056$; $p = 0,813$); haloperidol ($R^2 = 12$; $F = 1,822$; $p = 0,177$); levodopa ($R^2 = 18$; $F = 0,788$; $p = 0,375$); naltrexona ($R^2 = 5$; $F = 1,45$; $p = 0,228$); nitrazepam ($R^2 = 38$; $F = 1,242$; $p = 0,265$); nortriptilina ($R^2 = 6$; $F = 0,236$; $p = 0,627$)] e o grupo em que **o aumento da idade representou uma diminuição da dose média** [biperideno ($R^2 = 25$; $F = 4,761$; $p = 0,029$; o aumento em um ano na idade reduz a dose em 0,073 mg/dia); carbamazepina ($R^2 = 43$; $F = 42,557$; $p = 0,000$; o aumento em um ano na idade reduz a dose em 0,732 mg/dia); carbonato de lítio ($R^2 = 59$; $F = 7,984$; $p = 0,005$; o aumento em um ano na idade reduz a dose em 1,794 mg/dia); clonazepam ($R^2 = 64$; $F = 194,07$; $p = 0,000$; o aumento em um ano na idade reduz a dose em 0,005 mg/dia); clorpromazina ($R^2 = 39$; $F = 16,296$; $p = 0,000$; o aumento em um ano na idade reduz a dose em 0,305 mg/dia); fenitoína ($R^2 = 47$; $F = 17,067$; $p = 0,000$; o aumento em um ano na idade reduz a dose em 0,268 mg/dia); levomepromazina ($R^2 = 14$; $F = 20,93$; $p = 0,000$; o aumento em um ano na idade reduz a dose em 0,296 mg/dia); risperidona ($R^2 = 61,2$; $F = 63,843$; $p = 0,000$; o aumento em um ano na idade reduz a dose em 0,011 mg/dia); sertralina ($R^2 = 62$; $F = 185,1$; $p = 0,000$; o aumento em um ano na idade reduz a dose em 0,162 mg/dia)]. **O menor grupo foi o qual o aumento da idade estava correlacionado com o aumento da dose** [ácido valpróico ($R^2 = 65$; $F = 41,5$; $p = 0,000$; o aumento de um ano na idade aumenta 1,969 mg/dia na dose); diazepam ($R^2 = 36$; $F = 3470,72$; $p = 0,000$; o aumento de um ano na idade aumenta 0,084 mg/dia na dose); fenobarbital ($R^2 = 35$; $F = 411,9$; $p = 0,000$; o aumento de um ano na idade aumenta 0,596 mg/dia na dose); imipramina ($R^2 = 29,0$; $F = 12,4$; $p = 0,000$; o aumento de um ano na idade aumenta 0,051 mg/dia na dose); periciazina ($R^2 = 43,4$; $F = 598,4$; $p = 0,000$; o aumento de um ano na idade aumenta 0,421 mg/dia na dose); tioridazina ($R^2 = 42$; $F = 69,7$; $p = 0,000$; o aumento de um ano na idade aumenta 1,287 mg/dia na dose)].

Em relação ao uso de medicamentos, principalmente aqueles em que a dose média aumenta quando há um aumento da idade do usuário, seria interessante fazer uma seleção dos medicamentos que poderiam ser inadequados para o uso em idosos de acordo com o critério de Beers; dentre os quais podemos citar os benzodiazepínicos, como sendo um dos principais grupos de medicamentos potencialmente inapropriados para os idosos (AGS, 2015).

Como o diazepam foi um dos medicamentos que teve o seu consumo correlacionado com o aumento da idade dos usuários, seria interessante rever o seu uso, principalmente em usuários idosos, já que este medicamento é um benzodiazepínico de longa duração e que os pacientes idosos estão mais sujeitos aos efeitos adversos e acumulativos dos benzodiazepínicos como o risco de quedas e, consequentemente fraturas; que representa um fator extremamente debilitante em pacientes idosos. Como a falta de sono costuma ser uma queixa recorrente da população mais idosa, poderiam ser analisadas a inserção de benzodiazepínicos de curta duração no elenco terapêutico do CBAF especificamente para o público idoso, tais como o alprazolam, lorazepam e oxazepam (AGS, 2015; FICK et al., 2003).

Na Figura 12 pode ser visualizada a comparação entre o valor médio do consumo (x) de PF no SUS de Ribeirão Preto-SP, acompanhado do intervalo de confiança em que esta inserido com o seu respectivo valor de Dose Diária Prescrita (mg/dia) entre os anos de 2008 a 2012. Dessa forma, o que pode ser observado na maioria dos casos foi a divergência entre o valor da DDD preconizado pela OMS e o valor da DDP. Embora os valores de DDD sejam preconizados para a realização de estudos populacionais, é notável que seja difícil estabelecer um parâmetro de referência da real prevalência do uso de um medicamento; isso ainda sem levar outros fatores em consideração, tal como a adesão ao tratamento medicamentoso.

Figura 12. Comparação entre o valor médio do consumo ($\bar{x}$) de Psicofármacos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP), acompanhado do intervalo de confiança em que esta inserido com o seu respectivo valor de Dose Diária Definida (mg/dia) entre os anos de 2008 a 2012.

Figura 12. Comparação entre o valor médio do consumo ($\bar{x}$) de Psicofármacos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP), acompanhado do intervalo de confiança em que esta inserido com o seu respectivo valor de Dose Diária Definida (mg/dia) entre os anos de 2008 a 2012 (continuação).

4.2.2 Crescimento Populacional

Foi realizada a análise para se testar se o crescimento do número de usuários de medicamentos controlados foi maior, menor ou igual ao crescimento da população geral em questão, indicando que o aumento (ou não) de usuários dos medicamentos foi devido ao crescimento da população.

Nessa análise a hipótese nula foi definida como se o aumento fosse igual ou proporcional. Logo a hipótese alternativa foi definida como se o aumento não fosse igual. Foi feito o experimento para cada medicamento individualmente e no geral somando o número de usuários de todos os tipos de medicamentos.

Para poder fazer essa medição de aumento do crescimento foi calculado para cada ano a taxa de crescimento, tanto do número de usuários dos medicamentos quanto para a população. Computado esses dados foi utilizado o teste estatístico não-paramétrico Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney Amostras Independentes, que para esse teste não precisamos nos preocupar com a distribuição dos dados, e podemos ter poucas observações para sua utilização e eficiência.

Usando um nível de significância de 95% apenas os medicamentos clonazepam e sertralina deram evidências que o número de usuários desse medicamento foi maior que crescimento da população, os demais deram evidências que tiveram a mesma taxa de crescimento que a população.

Tabela 13. Comparação entre o crescimento do número de usuários de psicofármacos no Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto (SP) em relação à taxa de crescimento populacional entre os anos de 2008 a 2012.

Crescimento populacional	0,00891	0,07383	0,01266	0,01210	p valor
Acido Valproico	0,11148	0,12613	0,27573	-0,06145	0,2123
Amitriptilina	0,14143	0,03310	-0,16052	-0,00102	0,8852
Biperideno	-0,04000	0,05720	0,02405	0,06980	0,8852
Bupropiona		4,72414	-0,74096	0,69767	0,5959
Carbamazepina	0,04416	0,02160	0,03606	0,03996	0,3123
Carbonato de Litio	0,20334	0,16435	0,02584	0,09109	0,0606
Clomipramina	0,13799	0,34281	0,18506	-0,04516	0,3123
Clonazepam	0,26914	0,22157	0,21764	0,08048	0,0304
Clorpromazina	0,06956	0,06653	0,02298	0,07978	0,1939
Diazepam	-0,01088	-0,03295	0,01466	0,00291	0,1939
Fenitoína	-0,01957	0,04192	0,00128	0,08036	0,8852
Fenobarbital	0,42963	0,00731	-0,04012	0,02935	0,8852
Fluoxetina	0,06331	-0,02714	-0,02562	-0,09857	0,1939
Haloperidol	0,00360	0,04029	0,02991	-0,00819	0,6650
Imipramina	0,04366	0,01934	0,66770	0,03916	0,1939
Levodopa	0,08995	1,79612	0,00347	0,09343	0,3123
Levomepromazina	-0,04049	0,15190	0,10256	0,27243	0,3123
Naltrexona	-0,34884	0,64286	0,15217	1,81132	0,3123
Nitrazepam	0,36029	0,00541	-0,04839	0,03390	0,8852
Nortriptilina	1,55340	0,45247	1,17976	-0,02002	0,3123
Periciazina	0,05275	0,12735	-0,00370	0,05948	0,6650
Risperidona		5,67361	0,34443	0,22678	0,0518
Sertralina	0,67893	1,48607	0,67305	0,12011	0,0304
Tioridazina	0,04698	0,00321	0,08626	-0,03529	0,8852

Org. por Iahel Manon de Lima Ferreira (2016)

4.3 Considerações gerais sobre o estudo

É sabido também que por Ribeirão Preto-SP ser considerada um pólo na área de saúde nessa região, usuários de outros municípios e outros estados acabam retirando medicamentos em Ribeirão Preto-SP, sem que haja nenhum repasse de verba do município de origem desses usuários pois esse não é um dado que seja fácil de ser percebido no atendimento dos usuários. Durante a fase em que os usuários do Sistema de Saúde de Ribeirão Preto-SP foram entrevistados, era perceptível algumas vezes que o usuário que estava sendo entrevistado não era morador do município e, em alguns casos, até mesmo que quem iria utilizar o medicamento que estava sendo retirado não era o próprio paciente e sim o seu animal de estimação.

É importante ressaltar ainda que, por esse estudo se tratar de uma análise retrospectiva de um banco de dados, qualquer falta de medicamento que tenha ocorrido durante o período analisado não tem como ser avaliada, pois essa informação não fica registrada no sistema.

Outra questão importante a ser ressaltada é que como os registros no Hygia são inseridos por cada funcionário que faz a dispensação de medicamentos, podem haver falhas na inserção dos dados tanto referentes ao processo de dispensação dos medicamentos, quando em relação ao processo de cadastramento do paciente, quer seja pela inserção de dados errados ou incompletos, e até mesmo duplicidade de registros de usuários.

Em função das informações incompletas do cadastramento dos usuários, não foi possível relacionar os dados do bairro de origem do usuário que retirou o medicamento com os dados de renda por bairro disponibilizados pelo IBGE, numa tentativa de traçar um perfil socioeconômico da população.

Além da análise do banco de dados do SUS, o presente trabalho também visava conseguir analisar os dados do SPrivS por meio da utilização dos dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), cujo monitoramento é feito pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O SNGPC é um sistema que monitora a dispensação de medicamentos e substâncias entorpecentes e psicotrópicas, e seus precursores em drogarias e farmácias. Foi criado a partir da RDC nº 27, de 30 de março de 2007 (BRASIL, 2007) e em 2012 alcançou o marco de mais de 47 mil estabelecimentos credenciados em 4.186 municípios brasileiros (ANVISA, 2012).

Durante o ano de 2011 foram feitas inúmeras tentativas de contato com a ANVISA por telefone ou email, todas elas sem resultado positivo. Até que em um congresso da área farmacêutica em 2012 tornou-se possível o contato com um dos palestrantes que estava como representante da ANVISA no evento. Foi feito então o contato por email com a pessoa responsável pelo setor do SNGPC para viabilizar a utilização dos dados (Anexo F).

Em meados de 2013 foram disponibilizados os dados sobre os medicamentos da SPrivS, entretanto os mesmos estavam incompletos, sendo feita uma nova solicitação que foi enviada no final de 2013.

Os novos dados começaram a ser analisados em 2014 e revelaram não serem compatíveis com o consumo de medicamentos de uma cidade do porte de Ribeirão Preto-SP. No mesmo ano, houve uma troca de responsável pelos dados do SNGPC e até que fosse possível entrar em contato com o novo responsável, foi solicitado um novo relatório em 2015, processo SIGA no. 22673 (Anexo G).

Conclusão

5. CONCLUSÃO

Em relação aos usuários de psicofármacos do Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto-SP temos evidências de que:

- Quando comparamos o consumo de medicamentos no geral entre o consumo de homens e mulheres, pode-se dizer que as mulheres consomem mais medicamentos, exceto pela faixa etária de 0 a 9 anos, em que os homens consomem medicamentos de forma igual ou maior. Quando o consumo específico de psicofármacos é analisado, as mulheres representam a maioria do consumo, exceto pela faixa etária de 0 a 9 anos em que o consumo masculino é maior; sendo que o aumento no consumo correlacionado com o aumento da idade das mulheres nas demais faixas etárias;
- Quando o consumo em DDP foi comparado ao valor da DDD preconizada pela OMS, pode-se verificar que para a maioria dos medicamentos, o valor da DDD era significativamente diferente;
- Quando analisamos o consumo de psicofármacos no geral, pode-se observar um crescimento anual dos medicamentos. No entanto, quando contextualizamos este crescimento do consumo em relação a taxa de crescimento populacional, observa-se que apenas o crescimento no consumo do clonazepam e da sertralina superam o crescimento populacional.

Diante do exposto anteriormente, o presente trabalho propõe que a hipótese nula seja definida como se “a taxa de aumento do consumo de PFs fosse igual ou proporcional à taxa de crescimento populacional”; e que complementarmente, a hipótese alternativa seria definida como se “a taxa de aumento do consumo de PFs não fosse igual à taxa de crescimento populacional”.

R e f e r ê n c i a s

6. REFERÊNCIAS

AGS - American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **J Am Geriatr Soc.**, v. 63, n. 11, p.2227-46, 2015.

AMARAL, R. A.; MALBERGIER, A.; ANDRADE, A. G. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.32, s. 2, p. S104-S111, 2010.

ANDRADE, M. F.; ANDRADE, R. C. G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev Bras Cienc Farm**, v. 40, n. 4, p. 471-479, 2004.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa apresenta panorama sobre situação do SNGPC. 19 de junho de 2012. Disponível em: <<http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/wDP>>. Acesso em: 13 out. 2012.

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.35, p.797-810, 2010.

BERTOL, E.; FINESCHI, V.; KARCH, S. B.; MARI, F.; RIEZZO, I. Nymphaea cults in ancient egypt and the new world: a lesson in empirical pharmacology. **J R Soc Med**, v. 97, n. 2, p. 84-85, 2004.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. esp. 2, p. 1780-5. 2011.

BLOOM, D.E.; CAFIERO, E.T.; JANÉ-LLOPIS, E.; ABRAHAMS-GESSEL, S., BLOOM, L.R.; FATHIMA, S.; FEIGL, A.B.; GAZIANO, T.; MOWAFI, M.; PANDYA, A.; PRETTNER, K.; ROSENBERG, L.; SELIGMAN, B.; STEIN, A.Z.; WEINSTEIN, C. The

Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum. 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 1998.

BRASIL. **Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 1998.

BRASIL. **Portaria n.º 6, de 29 de janeiro de 1999**. Aprova a Instrução Normativa da Portaria SVS/MS n.º 344 de 12 de maio de 1998 que instituiu o Regulamento Técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 1999.

BRASIL. **Resolução RDC nº 27, de 30 de março de 2007**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC, estabelece a implantação do módulo para drogarias e farmácias e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Um Panorama da Saúde no Brasil** Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde - 2008. Rio de Janeiro: MPOG, IBGE, 2010. 245 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011a, 106 p.

BRASIL. **Portaria n.º 2.928, de 12 de dezembro de 2011.** Dispõe sobre os §§ 1º e 2º do art. 28 do Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 2011b.

BRASIL. **Resolução nº 52, de 6 de outubro de 2011.** Dispõe sobre a proibição do uso das substâncias anfepramona, femproporex e mazindol, seus sais e isômeros, bem como intermediários e medidas de controle da prescrição e dispensação de medicamentos que contenham a substância sibutramina, seus sais e isômeros, bem como intermediários e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Previdência em questão.** Informativo Eletrônico, nº 59, de 16 a 29 de fevereiro de 2012. Disponível em <http://www.mps.gov.br/arquivos/office/4_120326-105114-231.pdf>. Acesso em 16 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Receitas médicas do setor privado também são aceitas no Farmácia Popular.** Publicado: Sexta, 01 de fevereiro de 2013a, 13h05. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/servicos/31880-receitas-medicas-do-setor-privado-tambem-sao-aceitas-no-farmacia-popular.html>> Acessado em: 13 out 2014.

BRASIL. **Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013.** Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Esquizofrenia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 2013b.

BRASIL, H. H. A. Princípios gerais do emprego de psicofármacos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, s. II, p. 40-41, 2000.

BUTRICA, J. L. The medical use of cannabis among the greeks and romans. **J CannabisTher**, v. 2, n. 2, p. 51-70, 2002.

- CAMPOS, F. V.; SOARES, C. B. Conhecimento dos estudantes de enfermagem em relação às drogas psicotrópicas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.38, n.1, p.99-108, 2004.
- CASTRO, L. L. C. Farmacoepidemiologia no Brasil: evolução e perspectivas. **CienSaude Colet**, v. 4, n. 2, p. 405-410, 1999.
- CHAVEZ-TAPIA, N. C.; TELLEZ-AVILA, F. I.; BEDOGNI, G.; CROCÈ, L. S.; MASUTTI, F.; TIRIBELLI, C. Systematic review and meta-analysis on the adverse events of rimonabant treatment: considerations for its potential use in hepatology. **BMC Gastroenterol.**, v. 9, n. 9, 2009.
- CLARK, J. Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized? **Global Health Action**, v. 7, n. 16, 2014a.
- CLARK, J. Medicalization of global health 2: The medicalization of global mental health. **Global Health Action**, v. 7, n. 16, 2014b.
- COELHO, H. L. Farmacovigilância: um instrumento necessário. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 871-875, 1998.
- DIMENSTEIN, M.; BRITO, M. A. M.; SEVERO, A. K. S.; CABRAL, C. M. T.; ALVERGA, A. R. Reinserção social e cotidiano de usuários de psicotrópicos. **Mnemosine**, v. 2, n. 2, p. 130-149, 2006.
- DUARTE, L. R.; GIANINNI, R. J.; FERREIRA, L. R.; CAMARGO, M. A. S.; GALHARDO, S. D. Hábitos de consumo de medicamentos entre idosos usuários do SUS e de plano de saúde. **Cad. Saúde Colet.**, v. 20, n. 1, p. 64-71, 2012.
- EBERT, A.; BÄR, K.J. Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. **Indian J Psychiatry**, v. 52, n. 2, p. 91-192, 2010.
- EL-SEEDI, H. R.; DE SMET, P. A. G. M.; BECK, O.; POSSNERT, G.; BRUHN, J. G. Prehistoric peyote use: alkaloid analysis and radiocarbon dating of archaeological

specimens of lophophora from texas. **J Ethnopharmacol**, v. 101, n. 1-3, p. 238–242, 2005.

FICK, D. M.; COOPER, J. W.; WADE, W. E.; WALLER, J. L.; MACLEAN, J. R.; BEERS, M .H.Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. **Arch Intern Med.**,v. 163, n. 22, p. 2716-24, 2003.

FIDLER, D. P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. **Bulletin of the World Health Organization**, n. 79, p. 842-849, 2001.

FUSAR-POLI, P.;POLITI, P. Paul Eugen Bleuler and the Birth of Schizophrenia (1908). **Am J Psychiatry.**, v. 165, n. 11, 2008.

GOCHFELD, M. Framework for gender differences in human and animal toxicology. **Environ Res.**, v. 104, n. 1, p. 4-21, 2007

GOGOS, A.; SBISA, A. M.; SUN, J.;GIBBONS, A.; UDAWELA, M; DEAN, B. A Role for Estrogen in Schizophrenia: Clinical and Preclinical Findings. **International Journal of Endocrinology**,v. 2015, Article ID 615356.

HAM VAN DEN, R. **Selection of Essential Medicines - a background paper for the World Medicines Situation 2010 report.**Utrecht University, WHO CC for Pharmacoepidemiology& Pharmaceutical Policy Analysis, 2009.

HARTH, W.; SEIKOWSKI, K.; HERMES, B.; GIELER, U. Lifestyle drugs in medicine. **Wien MedWochenschr.**, v. 158, n. 3-4, p. 110-5, 2008.

IGLESIAS-FERREIRA, Paula. Dispensação clínica de medicamentos. **Infopharma**, n.3, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional por amostras de domicílios. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>. Acesso em: 10 jun. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Dados do Censo 2010 - Dados: Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=35>. Acesso em: 15 jun. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ribeirão Preto – Estimativa da população. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/4MYG>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

JOHANSSON, K.; NEOVIUS, K.; DESANTIS, S. M.; RÖSSNER, S.; NEOVIUS, M. Discontinuation due to adverse events in randomized trials of orlistat, sibutramine and rimonabant: a meta-analysis. **Obes Rev.**, v. 10, n. 5, p. 564-75, 2009.

JÜNI, P.; NARTEY, L.; REICHENBACH, S.; STERCHI, R.; DIEPPE, P. A.; EGGER, M. Risk of cardiovascular events and rofecoxib: cumulative meta-analysis. **Lancet**, v. 364, n. 9450, p. 2021-2029, 2004.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; PORTO, A. R.; SCHEK, G.; CORTES, J. M.; OLIVEIRA, M. M. Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul brasileira. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.6, p.1481-1487, 2011.

LEÃO, A. L. M.; BRANCO, A. B.; NETO, E. R.; RIBEIRO, C. A. N.; TURCHI, M. D. Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 18, n. 1, 2015.

MARI, J. J.; JORGE, M. R.; KOHN, R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed; p. 119-41, 2007.

- MARIN, NELLY; LUIZA, VERA LUCIA; OSORIO-DE-CASTRO, CLÁUDIA G. SERPA; MACHADO-DOS-SANTOS, SILVIO. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 373p.
- MARTINS, G. C. S.; PERES, M. A. A.; OLIVEIRA, A. M. B.; STIPP, M. A. C.; ALMEIDA FILHO, A. J. O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda – RJ. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 2, p. 327-34. 2013.
- MASTROIANNI, P. C.; GALDURÓZ, J. C. F.; CARLINI, E. A. Influência da legislação sobre as propagandas de medicamentos psicoativos no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 3, p. 146-55, 2003.
- MATHEW, T. Pharmacovigilance from A to Z: Adverse Drug Event Surveillance. **Internal Med J**, v. 33, n. 1-2, p. 67, 2003
- MERLIN, M. D. Archaeological evidence for the tradition of psychoactive plant use in the old world. **EconBot**, v. 57, n. 3, p. 295-323, 2003.
- MORELLO, M. R. S. **Medicamentos psicoativos na rede pública de saúde de Ribeirão Preto - SP: perfil de utilização e fatores associados**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.
- MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care Research and Review**, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.
- MORISKY, D. E.; ANG, A.; KROUSEL-WOOD, M.; WARD, H. J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 10, n. 5, p. 348–354, 2008.
- MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. **The Global Burden of Disease** – A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990

and projected to 2020. Harvard School of Public Health on Behalf of the World Health Organization and the World Bank. 1996. 45 p.

NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 223-230, 2005.

NOTO, A. R.; CARLINI, E. A.; MASTROIANNI, P. C.; ALVES, V. C.; GALDURÓZ, J. C. F.; KUROIWA, W.; CSIZMAR, J.; COSTA, A.; FARIA, M. A.; HIDALGO, S. R.; ASSIS, D.; NAPPO, S. A. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the state of São Paulo, Brazil. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, n. 2, p. 68-73, 2002.

NUNES, L. M.; JÓLLUSKIN, G. O uso de drogas - Breve análise histórica e social. **FCHS**, n. 4, p. 230-237, 2007.

OLIVEIRA, L. A.; BALDAÇARA, L. R.; MAIA, M. Z. B. Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 40, n. 132, 2015.

OMS (Organización Mundial de la Salud), 1993. **El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud**. Informe de la Reunión de la OMS, Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. OMS, 2001.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Neurociência: de consumo e dependência a substâncias psicoactivas. Genebra: OMS, 2004.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina** (Declaração de Caracas) – Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. 1990.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 815-822, 2000.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev Bras Cienc Farm**, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

PORTUGAL, F. B.; CERUTTI JÚNIOR, C.; SIQUEIRA, M. M. Uso de substâncias psicoativas por futuros educadores. **Cad. Saúde Colet.**, v. 21, n. 4, p. 432-440, 2013.

QUEIROZ NETTO, M. U.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L. Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, 2011. No prelo.

RASSOOL, G. H. Synthetic drugs: smart or 'eco drugs' and 'spice'. In: _____. **Understanding Addiction Behaviours: Theoretical and Clinical Practice in Health and Social Care**. Palgrave Macmillan, p. 137-142, 2011.

RIBEIRÃO PRETO. Divisão de Farmácia da Secretaria Municipal de Saúde. Dados relativos às médias de atendimentos nas farmácias da rede pública de Saúde do Município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde. 2012.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUNE)**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde. 2008.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUNE)**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde. 2009a.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Farmacoterapêutico no. 23** – Informativo da Comissão de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde. 2009b.

RIBEIRÃO PRETO. **Portaria n. 58, de 17 de março de 2010.** Aprova as diretrizes para prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades integrantes do Sistema Único de Saúde sob gestão municipal. Diário Oficial do Município, Ribeirão Preto, 22 mar. 2010a.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUNE).** Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde. 2010b.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUNE).** Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde. 2011.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUNE).** Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde. 2012.

RIBEIRO, R. S. Rumo ao desenvolvimento - Saneada, a CODERP apresenta hoje grandes perspectivas de crescimento. **Revista Revide**, Ribeirão Preto, ano 22, ed. 428, n. 46, p. 10-13, nov 2008.

ROZENFELD, S.; VALENTE, J. Estudos de utilização de medicamentos – considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. **Epidemiol serv saúde**, v. 13, n. 2, p. 115-123, 2004.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr.**, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SEEMAN, M. V. The Role of Estrogen in Schizophrenia. **J Psychiatry Neurosci**, v. 21, n. 2, 1996.

SCIELO – **Scientific Electronic Library Online**. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em 01 dez 2015.

SEBASTIÃO, E. C. O.; PELÁ, I. R. Consumo de psicotrópicos: análise das prescrições ambulatoriais como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos. **Pharmacy Practice**, v. 2, n. 4, p. 250-266, 2004.

SELVA, C. international control of opioids for medical use. **Eur J Palliat Care**, v. 4, n. 6, p. 194-198, 1997.

SHI, H.; BROWN, L. M.; RAHIMIAN, R. Sex/Gender Differences in Metabolism and Behavior: Influence of Sex Chromosomes and Hormones. **International Journal of Endocrinology**, v. 2015, article ID 245949.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE VIGILÂNCIA DE MEDICAMENTOS (SOBRAVIME). As origens da RENAME e as perspectivas da versão 1998. In: **Boletim da SOBRAVIME**, n. 28, 1998. 20 p.

TECHNE Engenharia e Sistemas. Interfacing do Hygia com laboratórios gera economia de R\$840 mil por ano para Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.techne.com.br/noticia.asp?id=345>. Acesso em: 13 dez. 2012.

TINOCO, R. Para uma história dos efeitos das drogas. **Antropológicas**, n. 6, p. 221-245, 2002.

TOGNONI, G.; LAPORTE, J. R. Estudos de utilização de medicamentos. In: Laporte, J. R.; togoni, G.; Rozenfeld, S. **Epidemiologia do Medicamento: princípios gerais**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1989. 264p.

UNITED NATIONS (UN). **The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961: Preparations for the coming into force**. New York: United Nations Economic and Social Council, 1962.

- UNITED NATIONS (UN). **United Nations Conference for the Adoption of a Protocol on Psychotropic Substances**. New York: United Nations Economic and Social Council, 1971.
- VAN HUNSEL, F.; VAN DER WELLE, C.; PASSIER, A.; VAN GROOTHEEST, K. Motives for reporting adverse drug reactions by patient-reporters in the Netherlands. **Eur J ClinPharmacol**, v. 66, n. 11, p. 1143-1150, 2010.
- VETULANI, J. Drug addiction. Part I. Psychoactive substances in the past and presence. **Pol J Pharmacol**, v. 53, n. 3, p. 201-214, 2001.
- VIDAL, C. E. L.; YAÑEZ, B. F. P.; CHAVES, C. V. S.; YAÑEZ, C. F. P.; MICHALAROS, I. A.; ALMEIDA, L. A. S. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Cad. Saúde Colet.**, v. 21, n. 4, p.457-464, 2013.
- WADDELL, I. G. International narcotics control. **Am J Int Law**, v. 64, n. 2, p. 310-323, 1970.
- WITZEL, M. D. R. F. Relato de experiência de formação do farmacêutico para atuação clínica em nível de especialização: desafio de compatibilizar teoria e prática. **Rev OFIL**, v. 20; n. 3-4, p. 84-90, 2010.
- WHO. World Health Organization. **Global action for the improvement of mental health care: policies and strategies**. Geneva: WHO, 1996. 72 p.
- WHO. World Health Organization. 25 years of essential medicines progress. In: **WHO Essential Drugs Monitor**, n. 32, 2003a. 24 p.
- WHO. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003b. 211p.
- WHO. World Health Organization. **Mental Health Atlas**. Geneva: World Health Organization. WHO, 2005.
- WHO. **Introduction to Drug Utilization Research**. Oslo, 2003c. 48 p.

WHO. World Health Organization. **The global burden of disease: 2004 update**. Geneva: World Health Organization. WHO, 2008. 160 p.

WHO. **Report from the WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring**. Uppsala, 2009. 10 p.

WHO. **Model List of Essential Medicines**. Geneva, 2011. 45 p.

ZORZETTO, D. Psicofármacos: consulta rápida. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.32, n.4, p.471-471, 2010.

Epígrafe

EGREJA, A. E. **Exodus**. 2013. 1 original de arte, óleo sobre tela, 150 cm x 160 cm. São Paulo: Galeria Leme. Disponível em: <<http://galerialeme.com/artist/ana-elisa-egreja-2/>>. Altura: 615 pixels. Largura: 570 pixels. 77,9 Kb. Formato JPEG. Acesso em: 13 out. 2013.

HILMARSDÓTTIR, N. B; ÞÓRHALLSSON, R. Little Talks. In: **My head is an animal**. Iceland: Universal Republic. 2011. Disponível em: <<http://www.metrolyrics.com/little-talks-lyrics-of-monsters-and-men.html>>. Acesso em: 13 out. 2014.

A n e x o s

7. ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Of. CEP/FCFRP nº. 066/2012
kms

Ribeirão Preto, 15 de agosto de 2012.

À
Pós-graduanda Iahel Manon de Lima Ferreira
Orientador: Prof. Dr. Leonardo Regis Leira Pereira
FCFRP/USP

Prezada Pós-graduanda,

O Comitê de Ética em Pesquisa da FCFRP/USP aprovou, em sua 105ª Sessão Ordinária, realizada em 14/08/2012, o projeto de pesquisa intitulado "ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO - SP", apresentado por Vossa Senhoria a este Comitê, Protocolo CEP/FCFRP nº. 228.

Informamos que conforme Carta Circular 003/2011 da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso e também o pesquisador responsável deverão rubricar todas as páginas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido Termo. Ainda, de acordo com a Resolução 196/96, item IV.2, letra d, "o TCLE deverá ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador".

Em atendimento à Resolução 196/96, lembramos que deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seu resultado, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer alteração, intercorrência ou interrupção do mesmo, tais como eventos adversos e eventuais modificações no protocolo ou nos membros da equipe.

Atenciosamente,

PROF. DR. MARIA REGINA TORQUETI
Coordenadora do CEP/FCFRP

ANEXO B

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

OF. 4664/11 – GS
RASR/rasr

Ribeirão Preto, 14 de outubro de 2011.

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação de autorização para a realização do Projeto de Pesquisa intitulado “**Estudo de Utilização de Psicofármacos no município de Ribeirão Preto**”, informamos que somos favoráveis à realização do referido Projeto.

Solicitamos que após a conclusão dos trabalhos, os resultados sejam repassados a Divisão de Farmácia Apoio e Diagnostico desta Secretaria.

Cordialmente,

STÊNIO CORREIA MIRANDA
Secretário Municipal da Saúde

ILUSTRÍSSIMA SENHORA
PROFª DRA. IAHEL MANON DE LIMA FERREIRA
DOUTORANDA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
FARMACÊUTICAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO –
USP
NESTA

ANEXO C

FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto SP.
Telefone: (0**16) 3602-0000/0001
Fax: (0**16) 3602-0029

Ribeirão Preto, Preto, 04 de dezembro de 2012.

DIREÇÃO ACADÊMICA DE ENSINO E PESQUISA LIBERAÇÃO DE PESQUISA Nº 35/2012.

Comunicamos que as pesquisadoras **IAHEL MANON DE LIMA FERREIRA E MANUELA ROQUE SIANI MORELLO**, cumpriu as exigências operacionais e legais, podendo dar início à coleta de dados no setor de Farmácia do Centro de Saúde Escola-Sumarezinho da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para o trabalho **"ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS MO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP"**.

Atenciosamente,

Nereida Kilza da Costa Lima
Prof^a. Dra. Nereida Kilza da Costa Lima
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa do
CSE-FMRP-USP

Ilmo. Senhor.

Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira (orientador)
Faculdade de Ciências Farmacêuticas de
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

ANEXO D

**Medicamentos contemplados pela Relação Municipal de Medicamentos
Essenciais de Ribeirão Preto – SP de acordo com a Classificação
Anatomica Terapêutica e Química (ATC) entre os anos de 2008 a 2012,
e a média de consumo durante o período analisado.**

Classificação ATC - A - Aparelho digestivo e metabolismo

	ATC	2008	2009	2010	2011	2012	média
Hidroxido de aluminio	A02A	5222	5112	4883	4824	5580	5124
Cimetidina	A02B	201	0	0	0	0	201
Omeprazol	A02B	48142	54973	62809	69515	79551	62998
Ranitidina	A02B	1	1219	1594	1934	2398	1786
Bromoprida	A03F	0	4101	8682	11650	13872	9576
Domperidona	A03F	4	1472	2051	2176	2323	2006
Metoclopramida	A03F	7638	7795	9435	6898	9641	8281
Insulina humana injetavel	A10A	4859	5530	6193	6694	7025	6060
Glibenclamida	A10B	8653	8780	8695	8408	7894	8486
Glicazida	A10B	932	1620	2527	3633	4988	2740
Metformina	A10B	13289	15439	17408	18706	19381	16845
Polivitaminico	A11A	4732	4677	5012	5332	5257	5002
Piridoxina	A11D	305	343	384	471	409	382
Tiamina	A11D	142	118	145	227	392	205
Vitamina do complexo B	A11E	12617	11872	10773	11907	12227	11879
Carbonato de calcio	A12A	0	0	1520	2239	6023	3261
Carbonato de calcio + vit d	A12A	3212	7036	4200	0	0	2890

Classificação ATC - B - Sangue e órgãos hematopoiéticos

	ATC	2008	2009	2010	2011	2012	média
Varfarinasodica	B01A	0	0	0	0	872	872
Acidosalicílico	B01A/N02B	22620	24711	26002	27393	28616	25868
Sulfato ferroso	B03A	15699	15159	14894	16081	15734	15513
Acidofolico	B03B	4038	5636	7974	8469	9293	7082

Classificação ATC - C - Aparelho cardiovascular

	ATC	2008	2009	2010	2011	2012	média
Digoxina	C01A	2431	2348	2143	1955	1886	2153
Amiodarona	C01B	2060	2224	2325	2511	2630	2350
Isossorbida	C01D	1858	1959	1901	2019	2162	1980
Clonidina	C02A	4718	4826	4966	4993	4874	4875
Metildopa	C02A	2426	2209	1994	1718	1528	1975
Hidroclorotiazida	C03A	27912	29701	29878	30825	31986	30060
Furosemida	C03C	6272	6905	7355	7643	8261	7287
Espironolactona	C03D	0	0	1693	3093	3644	2810
Pentoxifilina	C04A	1	84810	0	0	0	84810
Carvedilol	C07A	50	2447	3503	4457	5371	3166
Propranolol	C07A	12730	12314	11695	11051	10671	11692
Anlodipino	C08C	3523	9999	12915	16323	18184	12189
Nifedipina	C08C	6574	4876	3897	2644	816	3761
Captopril	C09A	17983	16684	15102	13104	10062	14587
Enalapril	C09A	23704	27792	30037	29587	30252	28274
Losartana	C09C	0	0	0	12346	21633	16990
Sinvastatina	C10A	18117	23667	28697	31964	35685	27626

Classificação ATC - D - Medicamentos dermatológicos

	ATC	2008	2009	2010	2011	2012	média
Miconazoltopico	D01A	13486	14521	14041	14218	14368	14127
Nistatinatopico	D01A	4494	5497	6144	6662	7771	6114
Retinol + calciferol + oxido de zinco topico	D02A	8486	9456	9560	9842	11107	9690
Neomicina + bacitracina topico	D06A	17955	18871	19001	18736	18909	18694
Rifampicina	D06A	32	36	37	70	50	45
Metronidazoltopico	D06B	9509	9094	8455	8136	8082	8655
Dexametasonatopico	D07A	13399	13106	13731	14137	15800	14035
Permanganato de potassiotopico	D08A	5520	5532	6806	5199	4521	5516

Classificação ATC - G - Aparelho genito-urinário e hormônios sexuais

	ATC	2008	2009	2010	2011	2012	média
Levonorgestrel	G03A	10	35	41	11	21	24
Estradiol + norestirona	G03A	4274	5005	5680	6169	6561	5538
Etinilestradiol + levonorgestrel	G03A	10725	9582	8633	8173	7931	9009
Medroxiprogesterona	G03A	4380	7066	7437	8204	8783	7174
Norestirona	G03A	1906	1412	1158	1079	807	1272
Estradiol	G03C	612	669	747	777	730	707
Estrioltopico	G03C	1002	1547	1425	2435	3155	1913

Classificação ATC - H - Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas

	ATC	2008	2009	2010	2011	2012	média
Prednisolona	H02A	9719	11862	12910	13885	19138	13503
Prednisona	H02A	12767	14111	14625	18550	24214	16853
Levotiroxina	H03A	7025	8845	10569	12199	14142	10556

Classificação ATC - J - Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico

	ATC	2008	2009	2010	2011	2012	média
Tetraciclina + anfotericina	J01A	21	0	0	0	0	21
Doxiciclina	J01A	3276	4069	3348	3137	2775	3321
Amoxicilina	J01C	65354	71022	68921	74674	81815	72357
Amoxicilina + clavulanato	J01C	2515	4153	3994	3907	5042	3922
Cefalexina	J01D	22606	26304	28806	28933	31581	27646
Sulfadiazina	J01E	86	89	55	77	77	77
Sulfametoxazol + trimetoprima	J01E	7427	7986	7267	5851	6848	7076
Azitromicina	J01F	1003	710	613	621	786	747
Claritromicina	J01F	19	23	44	33	43	32
Eritromicina	J01F	1107	1386	1086	798	1018	1079
Espiramicina	J01F	72	44	40	24	0	36
Clindamicina	J01F	76	76	81	82	100	83
Ofloxacino	J01M	9	10	1	2	3	5
Ciprofloxacino	J01M	751	518	580	504	1002	671
Norfloxacino	J01M	14961	18137	17110	18733	20843	17957
Metronidazol	J01X	19486	20151	18772	18662	18196	19053
Tinidazol	J01X	3820	3581	3154	2951	2735	3248
Cetoconazol	J02A	134	25	0	0	0	80
Fluconazol	J02A	9063	11724	11977	13085	13441	11858
Itraconazol	J02A	41	38	56	52	41	46
Etambutol	J04A	58	53	24	25	23	37
Etionamida	J04A	8	5	0	0	0	7
Isoniazida + rifampicina	J04A	256	283	242	252	221	251
Isoniazida + rifampicina + pirazinamida + etambutol	J04A	0	209	186	236	181	162
Pirazinamida	J04A	209	223	38	15	10	99
Isoniazida	J04A	147	131	212	283	233	201
Dapsona	J04B	30	34	33	33	47	35
Abacavir	J05A	12	16	12	6	7	11
Aciclovir	J05A	272	277	268	223	239	256
Amprenavir	J05A	5	0	0	0	0	5
Darunavir	J05A	7	19	28	33	42	26
Didanosina	J05A	62	44	31	18	21	35
Estavudina	J05A	87	58	48	40	28	52
Etravirina	J05A	0	0	0	0	1	1
Fosamprenavir	J05A	16	19	17	23	25	20
Indinavir	J05A	27	14	13	9	9	14
Lopinavir + ritonavir	J05A	400	402	380	398	429	402
Raltegravir	J05A	0	18	29	32	45	25
Saquinavir	J05A	19	10	8	7	3	9
Zidovudina + lamivudina	J05A	1021	1084	1050	1083	1172	1082
Atazanavir	J05A	310	347	370	392	417	367
Efavirenz	J05A	703	712	688	710	794	721
Lamivudina	J05A	388	236	494	556	671	469
Nevirapina	J05A	116	107	90	89	100	100
Oseltamivir	J05A	0	2086	117	52	698	591
Ritonavir	J05A	245	307	348	381	409	338
Tenofovir	J05A	377	442	509	579	740	529
Zidovudina	J05A	18	19	10	8	12	13

Classificação ATC - L - Agentes antineoplásicos e imunomoduladores

	ATC	2008	2009	2010	2011	2012	média
Talidomida	L04A	48	44	53	37	44	45
Metotrexato	L04A	144	320	473	502	0	360

Classificação ATC - M - Sistema músculo-esquelético

	ATC	2008	2009	2010	2011	2012	média
Diclofenaco	M01A	92398	94793	90234	92557	102048	94406
Nimesulida	M01A	14	0	0	0	0	14
Alopurinol	M04A	2782	3646	4369	5237	6320	4471
Alendronato de sódio	M05B	0	0	401	708	783	631

Classificação ATC - N - Sistema nervoso

	ATC	2008	2009	2010	2011	2012	média
Classificação ATC - N - Sistema nervoso (outros analgésicos e antipiréticos)							
Dipirona	N02B	93111	98279	105330	118144	117434	106460
Paracetamol	N02B	74150	0	106333	107954	108548	99246

Classificação ATC - N - Sistema nervoso (psicofármacos)

Acidovalproico	N03A	1513	1684	1891	2062	2270	1884
Carbamazepina	N03A	4261	4453	4553	4690	4897	4571
Fenitoina	N03A	1574	1534	1590	1592	1717	1601
Fenobarbital	N03A	2279	2416	2390	2291	2359	2347
Clonazepam	N03A/N05C	6091	7739	9457	11489	12404	9436
Biperideno	N04A	1489	1434	1513	1545	1665	1529
Levodopa	N04B	189	208	598	605	630	446
Carbonato de lítio	N05A	363	434	511	521	570	480
Clorpromazina	N05A	1888	2027	2164	2226	2390	2139
Haloperidol	N05A	2513	2524	2639	2719	2695	2618
Levomepromazina	N05A	249	240	275	301	390	291
Periciazina	N05A	465	488	548	542	575	524
Risperidona	N05A	0	144	972	1309	1607	1008
Tioridazina	N05A	299	319	314	343	332	321
Diazepam	N05B	18845	20714	18022	18290	18372	18849
Nitrazepam	N05C	137	188	187	180	186	176
Amitriptilina	N06A	10038	11424	11796	9886	9882	10605
Bupropiona	N06A	0	29	168	45	74	79
Clomipramina	N06A	587	677	913	1079	1039	859
Fluoxetina	N06A	17105	18189	17718	17276	15567	17171
Imipramina	N06A	2149	2251	2294	3812	3965	2894
Nortriptilina	N06A	312	798	1156	2517	2473	1451
Sertralina	N06A	2210	3720	9268	15493	17345	9607
Naltrexona	N07B	43	28	46	53	150	64

Classificação ATC - P - Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes

	ATC	2008	2009	2010	2011	2012	média
Pirimetamina	P01B	80	76	53	73	79	72
Primaquina	P01B	0	0	1	1	0	1
Cloroquina	P01B	589	894	1136	1083	925	925
Praziquantel	P02B	37	41	28	11	18	27
Tiabendazol	P02C	338	299	192	217	222	254
Mebendazol	P02C	24221	24388	22790	22613	21220	23046
Benzoato de benzila	P03A	28	40	66	0	0	45
Deltametrinatopico	P03A	6699	6023	4840	4379	3942	5177

Classificação ATC - R - Aparelho respiratório

	ATC	2008	2009	2010	2011	2012	média
Salbutamol	R03A	8544	9988	8654	9170	10821	9435
Beclometasona nasal/oral	R03B	13962	13996	3035	3205	3901	7620
Budesonida nasal	R03B	0	8939	23123	28015	32800	18575
Aminofilina	R03D	3273	2970	2506	2122	1791	2532
Dexclorfeniramina	R06A	69031	77918	74646	64857	57008	68692
Loratadina	R06A	0	0	7836	41915	60970	36907
Prometazina	R06A	1317	1595	1858	1917	1947	1727

Classificação ATC - S - Órgãos dos sentidos

	ATC	2008	2009	2010	2011	2012	média
Cloranfenicolcolirio	S01A	7088	7561	8899	12347	8765	8932
Dextrana + hipromelosecolirio	S01X	98	144	187	630	822	376
Acet de fluocinolona + polimixinaBotologico	S02C	8993	8947	7929	7904	8999	8554

Classificação ATC - V - Vários

	ATC	2008	2009	2010	2011	2012	média
Folinato de calcio	V03A	166	152	134	129	113	139

ANEXO E

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Secretaria da Saúde
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

JUSTIFICATIVA DE USO DA RISPERIDONA 2mg

Atenção: O completo preenchimento deste documento com letra legível é imprescindível para a dispensação deste medicamento.

Paciente: _____ Hygia: _____

Idade: _____ CID ou diagnóstico principal: _____

Unidade: _____

A risperidona foi incluída na Relação Municipal de Medicamentos da SMSRP para atendimento dos pacientes em seguimento nas clínicas de **Psiquiatria e Neurologia e que não se enquadram no Protocolo de Medicamentos Excepcionais (Alto Custo) – CID 10: F20 (Esquizofrenias refratárias).**

IMPORTANTE: Os pacientes que se enquadram no Protocolo de Medicamentos Excepcionais (Alto Custo) para uso da risperidona deverão retirar o medicamento na farmácia do HCFMRP.

Justificativa da Indicação:

Já fez uso desta medicação? ☐ Sim ☐ Não

O paciente se enquadra no diagnóstico ou critérios de inclusão da Portaria do Ministério da Saúde para uso de medicamentos excepcionais (alto custo)? ☐ Sim ☐ Não

Há indicação do uso de antipsicóticos típicos? ☐ Sim ☐ Não

O uso de antipsicóticos típicos levou a efeitos adversos limitantes? ☐ Sim ☐ Não

Há evidências científicas que o uso de antipsicóticos atípicos neste caso supere claramente o uso de antipsicóticos típicos?

☐ Sim ☐ Não

O paciente apresenta sintomas tais como alucinações, delírios, impulsividade, agressividade ou outros que apresentam evidências científicas de benefício com este tipo de tratamento? ☐ Sim ☐ Não

Identificação do Prescritor:

☐ NEUROLOGISTA

☐ PSIQUIATRA

☐ GERIATRIA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
ou NOME COMPLETO/CRM

Para uso exclusivo da farmácia	
Dispensado	Não dispensado
Farmacêutico-responsável	Preenchimento incompleto ou ilegível
	Medicamento indisponível
	CID não autorizado ou justificativa insuficiente
Data ____/____/____	Outro: _____
	Farmacêutico-responsável
	Data ____/____/____

ANEXO F

ENC: Contato sobre SNGPC ↑ ↓ ✕

Coordenacao do SNGPC Add to contacts 5/16/2012
To: 'iahel@fcfrp.usp.br'

Actions

From: **Coordenacao do SNGPC** (sngpc.coordenacao@anvisa.gov.br) You moved this message to its current location.
Sent: Wednesday, May 16, 2012 3:55:29 PM
To: 'iahel@fcfrp.usp.br' (iahel@fcfrp.usp.br)

Prezada Iahel,

Boa tarde!

Primeiramente gostaria de me desculpar caso você já tenha escrito para nós não tenha tido êxito como relata abaixo. Confesso que me causou certa estranheza uma vez que não deixamos de atender ninguém, muito menos os que nos procuram com o propósito apresentado por você, pois afinal somos maiores interessados que nossos dados possam ser estudados e que o sistema mostre a sua importância como fonte de dados para a pesquisa na área de saúde (com foco nos EUM) no Brasil.

Passado isso, ficamos a disposição para atendê-la e para isso preciso que você me envie um ofício da própria universidade, que deve estar assinado pelo professor orientador ou pelo coordenador do programa de pós-graduação do seu curso. Neste ofício você deve detalhar os dados de que necessita para sua pesquisa. Por exemplo:

Você fala de dados de medicamentos sujeitos ao controle especial, que medicamentos? Todos? Informo que nem todos que estão na lista são informados no SNGPC, veja nosso primeiro boletim de farmacoe epidemiologia disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/boletim.htm> que traz uma caracterização qualitativa dos medicamentos informados no sistema.

De toda forma, seria um trabalho gigante a elaboração de todas as tabelas em que constasse o consumo de todos os medicamentos que são informados no sistema SNGPC. Outra limitação é que só temos dados robustos a partir de 2009, tendo em vista que nos de 2007 e 2008 os estabelecimentos ainda estavam em processo de adesão e o sistema passou por muitos problemas de validação de dados.

Por favor, veja os nossos dois boletins para que tenha uma ideia do que pode ser solicitado no seu ofício que faremos uma avaliação do que conseguimos atender e prazos para lhe enviar os relatórios.

Nota: O ofício deve ser direcionado a esta coordenação e pode ser enviado para este e-mail ou por fax (61 3462 5673).

Atenciosamente,

Márcia Gonçalves de Oliveira
Coordenadora do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados - CSGPC
Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados - SNGPC
CSGPC/NUVIG/ANVISA
www.anvisa.gov.br/sngpc

ANEXO G

RES: RES: RES: RES: Dados do SNGPC

Sidarta Figueredo Silva Add to contacts 6/17/2015 Photos

Actions ▾

To: Iahel Manon de Lima Ferreira

From: Sidarta Figueredo Silva (Sidarta.Silva@anvisa.gov.br) You moved this message to its current location.

Sent: Wednesday, June 17, 2015 1:55:12 PM

To: Iahel Manon de Lima Ferreira (lahelmanon@hotmail.com)

Prezada Iahel, boa tarde,

O referido relatório foi solicitado conforme dados abaixo:

SIGA nº. 22673	SNGPC	Administração de Banco de Dados	Relatório Riberio Preto Substâncias 344/98	Em Triagem	16/06/2015 14:12:17	GGMON	SIDARTA.SILVA
Registros: 1 at? 1 Total: 1							

Atenciosamente,

Sidarta Figueredo Silva

Especialista em Regulação e Vig. Sanitária

Gerência Geral de Monitoramento de Prod. sujeitos a visa

GGMON/SUCOM/Anvisa

ramal 4115