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 Farmacêuticasde 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 Ciêncas Químicas e Farmacêuticas da Universidade de Chile; referência na área de Farmacoepidemiologia eFarmácia Clínicaem termos de América Larina. Venho ainda agradecê-la por toda ajuda e receptividade proporcionadadurante o estágio sob a sua supervisão na Univerdidade 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 auxilio 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 faltados recursos necessários para trabalhar com tamanha quantidade de dados.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências Farmacêuticaspela oportunidade de realização desse projeto, bem como a todos os demais colaborares 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 anossa 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 VivianeGreghi. 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, NathalieDewulf, 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 psychotropicdrugs use studyat Ribeirão Preto - Stateof 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 RibeirãoPreto - 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 RibeirãoPreto'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 Publico 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 ..... ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.

2.1 Objetivo Geral ..... **Erro! Indicador não definido.**
2.2 Objetivos específicos ..... **Erro! Indicador não definido.**

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS ..... ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.

3.1 Contextualização do trabalho ..... **Erro! Indicador não definido.**
3.2 Delineamento do estudo e casuística ..... **Erro! Indicador não definido.**
3.3 Aspectos Éticos do estudo ..... **Erro! Indicador não definido.**
3.4 Base de dados ..... **Erro! Indicador não definido.**
3.5 Estruturação do banco de dados ..... **Erro! Indicador não definido.**
3.6 Classificação de Medicamentos ..... **Erro! Indicador não definido.**
3.7 Estatística ..... **Erro! Indicador não definido.**
3.7.1 Análise dos medicamentos no geral ..... **Erro! Indicador não definido.**
3.7.2 Análise dos psicofármacos ..... **Erro! Indicador não definido.**

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO ..... ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.

4.1 Análise da dispensação dos medicamentos no geral ..... **Erro! Indicador não definido.**
4.2.1 Análise da dispensação ..... **Erro! Indicador não definido.**
4.3 Considerações gerais sobre o estudo ..... **Erro! Indicador não definido.**

5. CONCLUSÃO **16**

6. REFERÊNCIAS **18**

7. ANEXOS **32**

I n t r o d u ç ã o

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 sitema 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 desistitucionalização 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 referira 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, canabis).

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 e 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 fora 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 obtem 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 subtâncias 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 recuperaçãodos 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 espefícicos, 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 essências; 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 ressalta 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.

C o n c l u s ã o

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 AmGeriatr 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. **RevBrasCiencFarm**, 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 SocMed**, v. 97, n. 2, p. 84-85, 2004.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **RevEscEnferm 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 EconomicBurdenofNoncommunicableDiseases. Geneva: World EconomicForum. 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° 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. Pharmacovigilancefrom A to Z: Adverse DrugEventSurveillance. **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 SaúdePública**, 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. **RevBrasPsiquiatr**, 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. saúdeocup.,** 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. **RevBrasCiencFarm**, 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 BásicaApl**, 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. PalgraveMacmillan, 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. **Epidemiolserv 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**. Dispónível 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. **InternationalJournalofEndocrinology**, v. 2015, article ID 245949.

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

TECHNE Engenharia e Sistemas. Interfaciamento 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: princípio 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: **WHOEssential 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. Acessoem: 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,

PROFª. DRª. MARIA REGINA TORQUETI
Coordenadora do CEP/FCFRP

Avenida do Café S/Nº - Monte Alegre – CEP 14040-903 – Ribeirão Preto – SP
Comitê de Ética em Pesquisa – cep@fcfrp.usp.br
Fone: (16) 3602-4213 ou 3602-4216 – Fax: (16) 3602-4892

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 Farmárcia 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,

Profª. 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

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

SCIENTIA VINCES