

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

Tatiana Longo Borges Miguel

**Fatores associados a Transtornos Mentais Comuns e consumo de
psicofármacos em Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto**

**Ribeirão Preto,
2014**

TATIANA LONGO BORGES MIGUEL

Fatores associados a Transtornos Mentais Comuns e consumo de psicofármacos
em Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto

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

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica:
políticas, saberes e práticas.

Orientador: Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso

Ribeirão Preto,
2014

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

Miguel, Tatiana Longo Borges

Fatores associados a Transtornos Mentais Comuns e consumo de psicofármacos em Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2014.

119 p. : il. ; 30 cm

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

Orientador: Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Transtornos Mentais. 4. Psicotrópicos. 5. Qualidade de Vida.

TATIANA LONGO BORGES MIGUEL

Fatores associados a Transtornos Mentais Comuns e consumo de psicofármacos
em Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto

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

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

À Iride Furlan Longo, a mais bela das avós do mundo (In memoriam).

A Dante, luz da minha vida, sem seus olhos inspiradores eu não chegaria até aqui.

A Danilo, companheiro de todas as horas, que sempre concebeu este projeto como nosso, como parte de nossa vida.

A minha família, irmã Líliana e pais Helenice e Anselmo, agradeço pelo dom da vida e pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sem Ele nada se concretiza.

À minha orientadora, Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso, exemplo de professora, enfermeira e ser humano. Agradeço pela oportunidade, pela prontidão em abraçar e apoiar minhas ideias, pela disponibilidade em atender-me sempre que necessitei, pela compreensão e por compartilhar seu conhecimento.

À Profa. Dra. Kathleen Mary Hegadoren, por ter me recebido de braços abertos na Universidade de Alberta, por ter me apoiado durante todo meu estágio, pelas inúmeras oportunidades proporcionadas, pelas sugestões para o aprimoramento deste estudo e pela supervisão na análise de dados.

Às Profas. Dras. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti e Kelly Graziani Giacchero Vedana pelas sugestões enriquecedoras e pelo cuidado na leitura atenta deste trabalho.

À Adriana Borela, pela paciência e resolutividade nas minhas solicitações.

À Juliana e Livia, da Comissão de Relações Internacionais, por serem sempre solícitas para sanar minhas dúvidas e apoiar iniciativas.

À Michael Mazo, pela ajuda fundamental na análise estatística deste estudo e pelo apoio.

À Miekó e Suleimy pelo auxílio na análise preliminar deste estudo.

À Maria Gabriela Ângulo e Viviane Gomes pelo apoio durante a coleta de dados.

À CAPES, pelo apoio financeiro durante este estudo.

A Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, que autorizou a realização deste estudo.

Aos gerentes e funcionários das UBSs utilizadas como campos de pesquisa, pela recepção calorosa e por proporcionar ambiente adequado para as entrevistas.

A todos, que contribuíram direta ou indiretamente para que este trabalho pudesse ser realizado, e que, porventura, possam ter sido esquecidos aqui.

*Agradeço especialmente aos **pacientes** entrevistados, por seu desprendimento e confiança ao me ceder dados tão importantes de suas vidas. Obrigada pelas histórias de vida compartilhadas, as quais servem de combustível para a minha vontade de contribuir com a melhoria do atendimento em saúde.*

“Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o sino que tine.”

(Coríntios 13:1)

RESUMO

MIGUEL, T. L. B. **Fatores associados a Transtornos Mentais Comuns e consumo de psicofármacos em Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto.** 2014. 119 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

O objetivo geral deste estudo foi investigar os fatores associados a Transtornos Mentais Comuns (TMC) e ao consumo de psicofármacos em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de Ribeirão Preto. É um estudo epidemiológico, transversal e correlacional com plano amostral estratificado e proporcional (n=430). Cada estrato foi formado pela maior UBS em número de usuários, na área de abrangência de cada um dos cinco distritos de saúde da cidade. Foram instrumentos de pesquisa: questionários sociodemográfico, econômico, farmacoterapêutico e de histórico de saúde; *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), para estimar a prevalência de TMC e *World Health Organization Quality of Life Assessment-Brief* (WHOQOL-brief), para mensurar escores de qualidade de vida (QV) na amostra. TMC, uso de psicofármacos e QV foram considerados variáveis dependentes. Foram variáveis explicativas: sociodemográficas e econômicas, farmacoterapêuticas e histórico de saúde. Para a abordagem de TMC e uso de psicofármacos como variáveis dependentes, foram realizadas as análises: univariada (teste de Qui-quadrado) e regressão logística multivariada. Para a análise de QV, foram utilizados: t-teste de *Student* e regressão linear múltipla. Foram consideradas significativas as associações nas quais $p < 0,05$. A prevalência de TMC foi de 41,4%, e a de consumo de psicofármacos foi de 25,8%. Os fatores preditores de TMC foram uso de psicofármacos (OR=3,88; IC95% 2,34-6,41) e sexo feminino (OR=1,96; IC95% 1,04-3,69). Pelo teste Qui-quadrado, houve associação entre ser positivo para TMC e número de tipos de medicamentos e número de comprimidos por dia ($p < 0,05$). Quanto ao uso de psicofármacos, os fatores preditores foram TMC (OR=3,9; IC95% 2,36-6,55), doenças clínicas (OR=5,4, IC95% 2,84-10,2) e baixa escolaridade (OR=1,7; IC95% 1,02-2,92). Segundo o t-teste de *Student*, pacientes com TMC apresentaram escores de QV menores que pacientes negativos para TMC, em todos os domínios ($p < 0,05$). TMC foi o fator que mais contribuiu no modelo de regressão linear para piores escores de QV. O uso de psicofármacos influenciou negativamente os padrões de QV nos domínios físico e psicológico do WHOQOL-brief. Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de estratégias em atenção básica à saúde (ABS) que busquem contemplar a integralidade dos indivíduos, visto a associação entre TMC, uso de psicofármacos e QV com variáveis sociodemográficas e econômicas. Os resultados com QV permitem a suposição de que quem estivessem em uso de psicofármacos ou não, os indivíduos apresentaram-se em sofrimento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Transtornos Mentais. Psicotrópicos. Qualidade de Vida. Epidemiologia.

ABSTRACT

MIGUEL, T. L. B. **Associated Factors to Common Mental Disorders and Psychotropic Use in Basic Health Units of Ribeirão Preto.** 2014. 119 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

The general aim of this study was to investigate the factors associated with Common Mental Disorders (CMD) and the use of psychotropic drugs in Basic Health Units (BHU), in Ribeirão Preto. This is an epidemiological cross-sectional and correlational study, with stratified proportional sampling plan. Each strata was formed by the largest BHU in the number of attendees in the coverage area of each of the five health districts in the entire city. The interview subjects included 430 individuals who had medical appointments scheduled in the BHUs. These elements were used as research instruments: economic, socio-demographic, and pharmacotherapeutic questionnaires; a self-reporting questionnaire (SRQ-20), to estimate the prevalence of CMDs; and a World Health Organization Quality of Life Assessment - Brief (WHOQOL-brief) to measure quality of life scores (QOL) in the sample. The dependent variables included CMD, the use of psychotropic drugs, and QOL. The explanatory variables involved socio-demographic, economic, and pharmacotherapeutic factors, as well as health history. While analyzing TMC and the use of psychotropics drugs as dependent variables, univariate (chi -square) analysis and a multivariate logistic regression were conducted. For the analysis of QOL, a Student t - test and a multiple linear regression were used. In associations in which $p < 0.05$ were considered significant. The prevalence of CMDs was 41.4% and psychotropic drug was 25.8%. Predictors of CMD included the use of psychoactive drugs (OR = 3.88, 95% CI 2.34 to 6.41) and female gender (OR = 1.96, 95% CI 1.04 to 3.69). Information gathered by the Chi-square test indicated an association between being positive for TMC and the number of types of medications and the number of tablets per day ($p < 0.05$.) Regarding the use of psychotropic drugs, the predictors were TMC (OR = 3.9; 95% CI 2.36 to 6.55), physical illness (OR = 5.4, 95% CI 2.84 to 10.2), and lower education (OR = 1, 95% CI 1.02 to 2.92). According to the Student t-test, patients with CMD had lower QOL scores than patients who were negative for TMC across all domains ($p < 0.05$). CMD was the major contributing factor in the linear regression model for lower QOL scores. The use of psychotropics negatively influenced the patterns of QOL, in the physical and psychological domains of WHOQOL-brief. The results of this study point to the need for strategies in primary health care (PHC) which seek to consider the individuals as a whole, since there was association between CMD, use of psychotropic drugs, and QOL with socio-demographic and economic variables. The results involving QOL allow for the assumption that, whether or not there was use of psychotropic drugs, individuals presented in distress.

Keywords: Primary Health Care. Mental Health. Mental Disorders. Psychotropic Drugs. Quality of Life. Epidemiology.

RESUMEN

MIGUEL, T. L. B. **Factores asociados con los Trastornos Mentales Comunes y el uso de psicofármacos en las Unidades Básicas de Salud de Ribeirão Preto.** 2014. 119 h. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

El objetivo de este estudio fue investigar los factores asociados con los Trastornos Mentales Comunes (TMC) y el uso de psicofármacos en Unidades Básicas de Salud (UBSs) de Ribeirão Preto. En el estudio epidemiológico, transversal y correlacional se utilizó un plan de muestreo estratificado proporcional. Cada estrato se formó por la mayor UBS en número de usuarios en el área de cobertura de cada uno de los cinco distritos de salud de la ciudad. En total se entrevistó 430 sujetos con cita médica programada en las referidas UBSs. Se utilizaron como instrumentos de investigación cuestionarios sociodemográficos, económicos, farmacoterapéuticos y del histórico de salud; el *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para estimar la prevalencia de TMC y el *World Health Organization Quality of Life Assessment-Brief* (WHOQOL-brief) para mensurar las puntuaciones de calidad de vida (CV) en la muestra. Se consideraron variables dependientes los TMC, el uso de psicofármacos y la CV. Las variables explicativas fueron las sociodemográficas y económicas; farmacoterapéuticas y el histórico de salud. Para la aproximación de TMC y el uso de psicofármacos como variables dependientes se realizaron los análisis univariado (test de Chi-cuadrado) y de regresión logística multivariada. Para el análisis de CV se utilizaron el test t de *Student* y la regresión lineal múltiple. Se consideraron significativas las asociaciones en que $p < 0,05$. La prevalencia de TMC fue del 41,4% y del uso de psicofármacos fue del 25,8%. Los factores predictores de TMC fueron el uso de psicofármacos (RM=3,88; IC95% 2,34-6,41) y el sexo femenino (RM=1,96; IC95% 1,04-3,69). Por el test de Chi-cuadrado hubo asociación entre ser positivo para TMC y el número de tipo de medicamentos y el número de tabletas por día ($p < 0,05$). En cuanto al uso de psicofármacos, los factores predictores fueron TMC (RM=3,9; IC95% 2,36-6,55), enfermedades clínicas (RM=5,4; IC95% 2,84-10,2) y baja escolaridad (RM=1,7; IC95% 1,02-2,92). Según el test t de *Student*, los pacientes con TMC presentaron puntuaciones de CV más bajas que los pacientes negativos para TMC en todos los dominios ($p < 0,05$). TMC fue el principal factor que contribuyó en el modelo de regresión lineal para las peores puntuaciones de CV. El uso de psicofármacos influyó negativamente en los estándares de CV en los dominios físico y psicológico del WHOQOL-brief. Los resultados de este estudio apuntan a la necesidad de estrategias de atención primaria de salud (APS) que traten de contemplar de manera integral a los individuos, una vez que hay asociación entre TMC, el uso de psicofármacos y la CV con las variables sociodemográficas y económicas. Los resultados con CV permiten la suposición de que los individuos, estuvieran en uso de psicofármacos o no, se presentaron en sufrimiento.

Palabras clave: Atención primaria de Salud. Salud Mental. Trastornos Mentales. Psicotrópicos. Calidad de Vida. Epidemiología.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distritos de saúde do município de Ribeirão Preto. Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2009	40
Figura 2	Organograma da ABS do município de Ribeirão Preto. As UBSs selecionadas para este estudo estão em destaque. Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2009	41
Figura 3	Porcentagem (%) de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em pacientes atendidos em cinco UBSs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	54
Figura 4	Porcentagem (%) de especialidade dos médicos prescritores de psicofármacos em pacientes atendidos em cinco UBSs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	63
Figura 5	Média dos escores de Qualidade de vida (QV) obtidos nos domínios da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL– <i>brief</i>) por pacientes atendidos em cinco UBSs com ou sem Transtornos Mentais Comuns (TMC) (n=430). Houve * $p < 0,05$ em relação ao grupo sem TMC no mesmo domínio, segundo teste t de <i>Student</i> . Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	UBSs selecionadas para o estudo, número de pessoas na área de abrangência e distritos. Ribeirão Preto, São Paulo, 2014	42
Quadro 2	Grupos anatômicos e terapêuticos de acordo com o primeiro nível de <i>Anatomical Therapeutical Chemical (ATC)</i> (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009)	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Tamanho amostral por erro de amostragem e estrato	43
Tabela 2	Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=430), segundo variáveis sociodemográficas e econômicas e <i>Self Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20). Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	55
Tabela 3	Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=430), segundo variáveis farmacoterapêuticas, presença de doenças clínicas e <i>Self Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20). Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	57
Tabela 4	Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=430), segundo principais diagnósticos médicos por sistemas em pacientes atendidos em cinco UBSs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	58
Tabela 5	Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=430), segundo razões pela procura do serviço e sexo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	58
Tabela 6	Modelo de regressão logística para ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em pacientes atendidos em cinco UBSs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	60
Tabela 7	Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=111), segundo medicamentos utilizados de acordo com a Classificação <i>Anatomical Therapeutical Chemical</i> (ATC). Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	61
Tabela 8	Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=111), segundo número e tempo de uso de psicofármacos e <i>Self Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20). Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	62
Tabela 9	Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=430), segundo variáveis sociodemográficas e econômicas e uso de psicofármacos. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	64

Tabela 10	Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=430), segundo variáveis relacionadas ao perfil farmacoterapêutico, presença de doenças clínicas e Transtornos Mentais Comuns (TMC). Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	65
Tabela 11	Modelo de regressão logística para predição de uso de psicofármacos em pacientes atendidos em cinco UBSs (n=430). Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	67
Tabela 12	Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=430), segundo escores médios dos domínios e qualidade de vida geral da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL- <i>brief</i>) e Transtornos Mentais Comuns (TMC). Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	69
Tabela 13	Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida (QV) no domínio físico da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL- <i>brief</i>), em pacientes atendidos em cinco UBSs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	70
Tabela 14	Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida (QV) no domínio psicológico da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL- <i>brief</i>) em pacientes atendidos em cinco UBSs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	71
Tabela 15	Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida (QV) no domínio relações sociais da Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL- <i>brief</i>) em pacientes atendidos em cinco UBSs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	72
Tabela 16	Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida (QV) no domínio meio ambiente da Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL- <i>brief</i>) em pacientes atendidos em cinco UBSs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TMC	Transtornos Mentais Comuns
UBS	Unidade Básica de Saúde
SRQ-20	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
WHOQOL–brief	<i>World Health Organization Quality of Life Assessment-Brief</i> , Escala de Qualidade de Vida
QV	Qualidade de Vida
ABS	Atenção básica à saúde
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
UNISALESIANO	Centro Universitário Católico Salesiano <i>Auxilium</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
MS	Ministério da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
AM	Apoio matricial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
EACS	Estratégia Agentes Comunitários de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ATC	<i>Anatomical Therapeutical Chemical</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the SocialScience</i>
KR-20	Coeficiente de Kuder-Richarson
OR	<i>Odds ratio</i> , razão de chance
ISRS	Inibidor seletivo da receptação de serotonina

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	17
1.	INTRODUÇÃO.....	21
1.1	Os transtornos mentais na atenção básica à saúde.....	22
1.1.1	Transtornos Mentais Comuns.....	23
1.1.1.1	Definindo Transtornos Mentais Comuns.....	23
1.1.1.2	Aspectos epidemiológicos e causais: consequências para a atenção básica à saúde.....	25
1.1.1.3	Qualidade de Vida e Transtornos Mentais Comuns	30
1.2	O uso de psicofármacos na atenção básica à saúde.....	31
2.	OBJETIVOS.....	36
2.1	Objetivo geral.....	37
2.2	Objetivos específicos.....	37
3.	METODOLOGIA.....	38
3.1	Tipo de estudo.....	39
3.2	Local do estudo.....	39
3.3	Sujeitos do estudo.....	42
3.4	Variáveis envolvidas no estudo.....	44
3.4.1	Variáveis dependentes (resposta ou desfecho).....	44
3.4.2	Variáveis independentes (explanatórias ou explicativas).....	44
3.5	Aspectos éticos.....	44
3.6	Coleta dos dados.....	45
3.6.1	Procedimento para coleta dos dados.....	45
3.6.2	Pré-teste.....	46
3.6.3	Instrumentos para coleta dos dados.....	46
3.6.3.1	Questionário sobre dados sociodemográficos e econômicos, farmacoterapêuticos e histórico de saúde (APÊNDICES B e C).....	46
3.6.3.2	Instrumento SRQ-20 (ANEXO B).....	47
3.6.3.3	Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL– <i>brief</i>) (ANEXO C).....	47
3.6.3.4	Classificação dos psicofármacos (APÊNDICE D).....	48
3.6.3.5	Instrumento diretivo para coleta de dados em prontuário (APÊNDICE E).....	49
3.7	Análise dos dados.....	49
3.7.1	Transtornos Mentais Comuns e uso dos psicofármacos como variáveis dependentes.....	50
3.7.2	Qualidade de vida como variável dependente.....	51
4.	RESULTADOS.....	52
4.1	Transtornos Mentais Comuns e fatores associados.....	53
4.1.1	Regressão logística.....	59
4.2	O uso de psicofármacos e fatores associados.....	60
4.2.1	Regressão logística.....	65

4.3	O impacto dos Transtornos Mentais Comuns e uso de psicofármacos sobre a Qualidade de Vida.....	67
5.	DISCUSSÃO.....	74
5.1	5.1 Limitações do estudo.....	90
6.	CONCLUSÕES.....	91
	REFERÊNCIAS.....	93
	APÊNDICES.....	109
	ANEXOS.....	116

APRESENTAÇÃO

O interesse pela Área de Saúde Mental surgiu logo na graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), ao me deparar e me certificar de quão profundo é o sofrimento de um portador de transtornos mentais.

Ao mesmo tempo, aprendi que a maior ferramenta para ajudar um portador de transtornos mentais é o próprio profissional, com conhecimento, empatia e capacidade de escuta. Além disso, pude compreender o quanto essas ferramentas são decisivas para a obtenção de um bom prognóstico na vida dessas pessoas.

Por isso, Enfermagem Psiquiátrica foi minha escolha como estágio curricular de graduação, onde tive meu primeiro contato com a orientadora deste estudo, Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso, que naquela ocasião atuava como enfermeira da Unidade de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Minha primeira inquietação foi entender os aspectos biológicos dos transtornos mentais. Assim, procurei estágio no laboratório de pesquisa do Prof. Dr. Hélio Zangrossi Junior, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), que tinha como linha de pesquisa o estudo do papel da serotonina em transtornos de ansiedade.

Este primeiro estágio, que posteriormente foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) como Iniciação Científica, culminou na obtenção do grau de mestre em Farmacologia pela FMRP – USP. O foco da dissertação de mestrado era estudar o papel de receptores serotoninérgicos em um modelo animal de transtorno do pânico.

Concomitantemente ao mestrado, iniciei minha carreira como enfermeira, atuando como supervisora de estágios em cursos técnicos de enfermagem na cidade de Ribeirão Preto. Em todos os campos de estágio que atuei, os quais incluem desde unidades de ABS até hospitais, observei que embora com uma patologia clínica de base, muitos pacientes apresentavam-se com sintomas relativos a humor e à ansiedade. No entanto, em poucos momentos presenciei ações de enfermagem que contemplassem tais manifestações.

Após o mestrado, em 2005, ingressei como coordenadora e docente do curso de enfermagem no Centro Universitário Católico Salesiano *Auxilium* (UNISALESIANO), em Lins, São Paulo. Como docente na instituição, ministrei as disciplinas referentes à farmacologia e saúde mental, incluindo a supervisão de

estágio em Estratégia Saúde da Família (ESF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I e III.

A experiência em diferentes ambientes de atenção à saúde possibilitou a observação de que embora fossem estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), a ESF e os CAPSs não apresentavam interação, o que dificultava o acompanhamento dos pacientes usuários dos CAPSs. Além disso, nos atendimentos do CAPS era constante a dificuldade no uso de medicamentos, ocasionada pelos efeitos adversos advindos dos psicofármacos. Não obstante, numa monografia de graduação orientada por mim, concluímos que os profissionais da ESF referiam existir um grande número de pessoas, não só aquelas atendidas no CAPS, com sintomas psicológicos. Porém, a equipe não tinha ações programadas para esta clientela e tinham pouco conhecimento sobre a Área de Saúde Mental.

Após cinco anos de atuação no UNISALESIANO, tais inquietações, combinadas com a intenção de galgar degraus na carreira acadêmica, me impulsionaram a buscar o doutorado.

Naquela ocasião, em 2011, a Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso atuava como docente na EERP-USP e aceitou-me como aluna de doutorado. Após exaustiva revisão de literatura e sucessivas discussões, estabelecemos o desenho deste estudo.

A alta prevalência de TMC e o uso de psicofármacos na ABS é o primeiro ponto que destaca a relevância deste objeto de estudo, visto que conhecer o curso desses sintomas bem como o perfil dos portadores permitiria detectar dissonâncias no tratamento e estabelecer estratégias precisas de assistência. Como Ribeirão Preto não possui ampla cobertura de ESF, 10% segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (RIBEIRÃO PRETO, 2009), e na literatura a maioria dos estudos sobre TMC em ABS foi desenvolvida em ESF, optamos pelas UBSs como campo de pesquisa. Dessa forma, acreditamos que os resultados deste estudo possam fornecer subsídios contundentes para que ações de saúde mental sejam formuladas, considerando o perfil de assistência à saúde no município.

Cabe assinalar a possibilidade de analisar e discutir os resultados deste estudo com a pesquisadora canadense Profa. Dra. Kathleen Mary Hegadoren na Faculdade de Enfermagem da Universidade de Alberta, em Edmonton, no Canadá. Tal parceria foi firmada por minha orientadora em visita da Profa. Dra. Kathleen Mary Hegadoren ao Brasil onde foram estabelecidos os objetivos de meu estágio na

Universidade de Alberta, onde permaneci por seis meses e desenvolvi toda a análise dos resultados obtidos.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Os transtornos mentais na atenção básica à saúde

Em muitos países, incluindo o Brasil, os conceitos inerentes à ABS são amplamente aceitos. Conforme descrito na Portaria Nº 2.488, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2011, p. 48) a definição de ABS é

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde como objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Intuitivamente, a ABS é um modelo atraente e que tem mostrado bons resultados, enfatizando o acesso da comunidade a um atendimento generalista às famílias e aos indivíduos (STARFIELD, 2002).

No Brasil, na Constituição de 1988, a saúde é estabelecida como direito da população e dever do Estado. Assim, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), cujas principais transformações ocorreram no âmbito da ABS que foi valorizada e priorizada como ambiente preferencial para a realização da assistência em saúde. Previamente, a assistência em saúde baseava-se num modelo médico-assistencial privatista.

A partir de 1994, a ESF foi escolhida como novo eixo norteador da ABS no Brasil, na tentativa de reorientar a assistência na busca de atenção integral, contemplando o indivíduo e as famílias em seu próprio contexto de vida, ou seja, seu território (BRASIL, 2004). Em muitos municípios, as primeiras equipes da ESF foram lotadas em UBSs. Desde então se observa uma melhora nos indicadores de saúde em populações assistidas pelo modelo (BRASIL, 2006).

Apesar das vantagens da ABS como componente do sistema de prestação de cuidados de saúde, alguns desafios emergiram. Entre eles, a atenção em saúde mental no âmbito da ABS.

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001), cerca de 450 milhões de pessoas sofrem no mundo de problemas psicológicos ou transtornos mentais. Tais transtornos representam cinco

das dez causas de morbidade do mundo, e o impacto causado pelos mesmos evidencia-se pelo fato de representarem quatro das dez principais causas de incapacitação. Estima-se que os transtornos mentais sejam responsáveis por 15% da morbidade até 2020.

Sabe-se que em qualquer momento da vida, uma pessoa pode viver situações que a levem a um desajuste emocional. Tal desajuste pode levar à desadaptação social e resultar em um transtorno mental (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2007).

Em artigo de revisão, Santos e Siqueira (2010) referem que o ônus dos transtornos mentais foi por muito tempo subestimado, pois a forma de avaliar seu impacto na saúde considerava apenas os índices de mortalidade. Todavia, sabe-se que os transtornos mentais possuem valores baixos de mortalidade, mas representam um grande peso de incapacitação, de duração longa, o que ocasiona redução da QV dos portadores.

Com as políticas atuais de saúde mental, as unidades de ABS, ou seja ESF e UBS, tornam-se um recurso importante para o diagnóstico e para o tratamento de transtornos mentais. Na atual rede de saúde mental, os portadores de transtornos mentais considerados severos, como a esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar, são tratados em unidades especializadas, os chamados CAPSs, embora devam também ser acompanhados na ABS.

No entanto, acredita-se que transtornos considerados menores, que muitas vezes não se enquadram nos critérios atuais de diagnóstico de transtornos mentais, são diagnosticados e tratados na ABS.

1.1.1 Transtornos Mentais Comuns

1.1.1.1 Definindo Transtornos Mentais Comuns

Ao verificar casos com sintomas ansiosos, depressivos ou somatoformes que não se enquadravam perfeitamente nos critérios diagnósticos de transtorno mental e apresentavam uma elevada prevalência na população adulta em todo o mundo, Goldberg e Huxley (1992) cunharam o termo TMC para se referir a tal

situação de saúde (GOLDBERG; GOODYER, 2005).

Seguindo os pressupostos dessa definição, os TMCs podem se apresentar por meio de múltiplos sintomas, tais como: queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração, assim como uma infinidade de manifestações que poderiam se caracterizar como depressivas, ansiosas ou somatoformes (MARAGNO et al., 2006).

Vasta parcela de autores, todavia, assinala que os TMCs também englobam os quadros depressivos, ansiosos e somatoformes classificáveis nos manuais diagnósticos (KING et al., 2008; PATEL et al., 2007; SANDERSON; ANDREWS, 2006).

Isso quer dizer que parte da população apontada como apresentando TMC pode necessitar de cuidados bem específicos de saúde mental e tratamento medicamentoso (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

A despeito da controvérsia sobre a definição de TMC, o que parece ser a apresentação clínica mais comum em ABS são perfis de sintomas mistos, ou seja, a grande maioria das pessoas com TMC tem sintomas de ansiedade e depressão concomitantemente, além de geralmente apresentarem sintomas somáticos associados (BENER et al., 2013; WALTERS et al., 2011). Há autores que sugerem a existência de diagnóstico específico para este último tipo de apresentação sintomática em ABS (FRANCES, 2010; LOWE et al., 2008).

Embora existam críticas ao conceito de TMC que propõem que tal conceito levaria a uma psiquiatrização e medicalização da vida, há autores que acreditam que esta seja uma maneira de apreender determinada manifestação de sofrimento humano (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008; GOLDBERG; GOODYER, 2005).

Dessa maneira, o conceito atual de TMC abrange uma gama mais ampla da população que necessita de cuidados, mas não é necessariamente portadora de um diagnóstico categorial de saúde mental encontrado nos manuais.

Para possibilitar discussão pautada no paradigma atual de TMC, optou-se neste estudo por utilizar sua definição mais abrangente, incluindo, assim, pacientes com quadros depressivos, ansiosos e somatoformes.

1.1.1.2 Aspectos epidemiológicos e causais: consequências para a atenção básica à saúde

Em termos epidemiológicos no Brasil, estudos mostram que, mesmo se considerando populações diferentes ou específicas, normalmente com profissões diferentes, a prevalência de TMC é alta, acometendo de 22,7% a 50,3% das amostras estudadas (ARAUJO et al., 2006; COELHO et al., 2009; COSTA; LUDEMIR, 2005; FACUNDES; LUDEMIR, 2005; FORTES et al., 2011; GASPARINI, 2006; GOMES; MIGUEL; MIASSO, 2013; LIMA et al., 1996; LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; LUDEMIR, 2000; SILVA; MENEZES, 2008).

A alta prevalência de TMC parece ser mundial (GOLDBERG; GOODYER, 2005). Estudo no Estado de Qatar, no Paquistão, constatou que 36,6% de uma amostra da população apresentou TMC (GHULOUM; BENER; ABOU-SALEH, 2011). As taxas de prevalência de TMC encontradas no Quênia foram de quase 50% (AILLON et al., 2013). No Chile, tal prevalência é de cerca de 17% (BIJL et al., 2003).

Em geral, os países europeus relatam menores taxas de prevalência de TMC. Em unidades de ABS na Espanha, a prevalência foi de 23% (GRANDES et al., 2011); enquanto em países que incluem o Reino Unido, Holanda, Estônia, Eslovênia e Portugal, a prevalência de TMC variou de 14 a 19% (KING et al., 2008). No Canadá e nos Estados Unidos, as taxas de TMC encontradas foram de 17% e 27%, respectivamente (BIJL et al., 2003).

Mediante tão alta prevalência, pesquisadores têm buscado compreender os fatores que podem levar à ocorrência de TMC. Há uma corrente de autores que tem conduzido estudos evidenciando a relação entre a presença de TMC e eventos de vida produtores de estresse.

Em estudo de coorte com 4.030 funcionários de uma universidade pública do Rio de Janeiro, houve associação positiva entre a ocorrência de eventos de vida produtores de estresse, nos últimos doze meses anteriores à entrevista, e a presença de TMC, cuja prevalência foi de 29%. Cabe ressaltar que o evento estressor mais fortemente associado com TMC foi ter passado por graves dificuldades financeiras, seguido por ter sido vítima de agressão física, rompimento de relação amorosa, mudança forçada de moradia e problema sério de saúde

(LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

Corroborando a hipótese de que eventos desfavoráveis ou produtores de estresse possam estar significativamente relacionados com a presença de TMC, Lima et al. (1996) observaram que a prevalência de TMC encontrada no estudo aumentava com a idade e que a ocorrência de eventos produtores de estresse estava positivamente associada aos TMCs, exceto migração e acidentes, e a probabilidade de TMC aumentou de modo linear com o número de eventos desfavoráveis. No Reino Unido, Weich e Lewis (1998) obtiveram resultado semelhante.

Cabe considerar que na América Latina, particularmente no Brasil, há muitos fatores que podem contribuir para que a prevalência de eventos de vida produtores de estresse e TMC na população sejam altos, tais como: processos acelerados de urbanização e industrialização, acesso desigual aos cuidados de saúde, distribuição desigual de renda, condições de moradias inadequadas e altas taxas de violência e criminalidade (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

Vários estudos mostram, ainda, que condições sociodemográficas ou indicadores de desvantagem social podem estar positivamente relacionados à presença de TMC (ARAUJO et al., 2005; COSTA; LUDEMIR, 2005; COUTINHO; ALMEIDA-FILHO; MARI, 1999; FORTES, 2004; LIMA et al., 1999; LIMA et al., 2008; LUDEMIR, 2000, 2005; LUDEMIR; MELO FILHO, 2002; MARAGNO et al., 2006).

No município de São Paulo, por exemplo, Maragno et al. (2006) pesquisaram dois grupos populacionais, cobertos e não cobertos pela ESF. A análise dos dados revelou prevalências semelhantes de TMC entre os dois grupos, sendo que o grupo não coberto pela ESF apresentou escolaridade e renda muito superiores ao grupo dos cobertos pela ESF. Porém, houve associação positiva entre variáveis sociodemográficas e econômicas e TMC. No quesito escolaridade e renda *per capita*, a relação com TMC foi linear, ou seja, quanto maior a renda e a escolaridade menor foi a chance de se observar TMC.

Em termos internacionais, revisando artigos em ABS oriundos de seis países diferentes (Brasil, Chile, Indonésia, Lesoto, Paquistão e Zimbábue), Patel e Kleinman (2003) observaram a vinculação entre TMC e variáveis sociodemográficas e econômicas, tais como níveis educacionais e baixa renda em todos os artigos analisados, independente do nível de desenvolvimento da sociedade.

Outro aspecto que tende a ser consensual na literatura é a maior

prevalência de TMC no sexo feminino (LIMA et al., 2008; LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; MARAGNO et al., 2006; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006; SANTOS; SIQUEIRA, 2010). No entanto, faz-se importante mencionar que há estudos, nos quais não foi observada diferença entre homens e mulheres para essa variável, como no de Coelho et al. (2009).

O apoio social parece ter efeito protetor aos TMCs. Vários autores observaram que quanto mais densa a rede de apoio social, menor o risco de TMC (ARAUJO et al., 2005; COSTA; LUDERMIR, 2005; COUTINHO; ALMEIDA FILHO; MARI, 1999; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002). Como exemplo, em estudo realizado na Inglaterra, Brugha et al. (1997) observaram que a densidade da rede de apoio, que afere o número de parentes e amigos, demonstrou ter efeito protetor, em curto prazo, no curso e prognóstico de episódios depressivos, relacionando-se, inclusive, positivamente com recuperação em episódios recorrentes. Em outro trabalho, Brugha et al. (2003) demonstraram também que a morbidade psiquiátrica era maior em pessoas com grupos primários de apoio com menos de quatro pessoas. Quando utilizaram como parâmetro o “apoio percebido” (um parâmetro que afere o componente de apoio a partir de sua percepção subjetiva), as pessoas com ausência de apoio percebido também apresentavam maior morbidade psiquiátrica.

Há, ainda, a vertente biológica para explicar a ocorrência de TMC. Alguns marcadores genéticos têm se mostrado fortemente associados à presença de certos sintomas psiquiátricos. Na Austrália, pesquisadores acompanharam por cinco anos pacientes de ABS portadores de variações no gene metilenetetraidrofolato redutase (MTHFR) e descobriram que um desses polimorfismos (C677T) influenciou no prognóstico de depressão. Os portadores de tal polimorfismo desenvolveram sintomas de depressão mais severos (BOUSMAN et al., 2014).

No entanto, na prática clínica como se apresentam principalmente por meio de queixas somáticas inespecíficas, podendo em um primeiro contato confundir o profissional de saúde levando o mesmo a concluir tratar-se de patologia unicamente física, é possível inferir que, assim como na população em geral, sejam encontradas altas prevalências dos TMCs na ABS (FORTES et al., 2011; GOMES; MIGUEL; MIASSO, 2013). Tal fato é mais irrefutável se for levado em consideração que a ABS se constitui, como já pontuado anteriormente, como principal porta de entrada para o paciente com transtornos mentais.

Dados do MS (BRASIL, 2003) corroboram essa afirmação. Segundo os

mesmos, o cotidiano das equipes de atenção básica demonstra que rotineiramente elas se deparam com problemas de “saúde mental”. Além disso, 56% das equipes de saúde da família referem realizar “alguma ação de saúde mental”.

No entanto, há poucos estudos que buscaram investigar a presença de TMC na população usuária da ABS. Nesse sentido, Fortes, Villano e Lopes (2008) detectaram uma prevalência de 56% em 714 usuários de ESF no município de Petrópolis. Em Sorocaba, Gianini et al. (2008) encontraram uma prevalência de 35,3% para TMC em usuários da ESF da cidade.

Foram encontrados apenas dois artigos concernentes à presença de TMC em populações atendidas em UBS. As prevalências encontradas foram de 29,2% e 50% (FIOROTTI; TOMAZELLI; MALAGRIS, 2009; GOMES; MIGUEL; MIASSO, 2013). No entanto, em um deles o objetivo era verificar a associação de TMC em pacientes hipertensos (FIOROTTI; TOMAZELLI; MALAGRIS, 2009).

Embora a literatura versando sobre o tema seja ainda escassa, diante dos dados apresentados acima, é possível concluir que o portador de TMC é tratado nas UBSs ou na ESF, porém o mesmo não dispõe de modalidades de tratamento aplicadas especificamente à saúde mental.

Sendo assim, as equipes de ABS conferem um recurso estratégico para assegurar atendimento a pessoas com TMC. No entanto, embora a importância da ABS seja indiscutível para o atendimento de pacientes com TMC, o que se tem visto na literatura são dissonâncias em relação a esse aspecto.

Estudos evidenciam a falta de ações programáticas específicas voltadas para esse público e a falta de preparo dos profissionais. Nesse contexto, em estudo com enfermeiros das UBSs de Botucatu, São Paulo, as pesquisadoras verificaram que não existe ação programática para lidar com os portadores de transtornos mentais. (CAIXETA; MORENO, 2008).

Corroborando esses dados, Silva, Furegato e Costa Junior (2003) observaram que os enfermeiros entrevistados em uma pesquisa de campo em UBSs têm conhecimento médio sobre depressão, mas não sabem reconhecer pacientes deprimidos.

Ainda, de maneira preocupante, pesquisa realizada recentemente por Braga et al. (2010) evidenciou que 42,6% dos trabalhadores da ABS da cidade de Botucatu, em São Paulo, apresentavam TMC. Além disso, houve associação entre TMC e elevado desgaste, levando à conclusão de que as condições de trabalho na

referida cidade podem levar ao adoecimento dos próprios trabalhadores.

Em relação ao atendimento específico de saúde mental na ABS, chama a atenção um estudo realizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, com psicólogos atuantes em ABS um profissional que nem sempre é encontrado em tais unidades. Nesse estudo, foi observado que a maioria dos psicólogos não consegue reconhecer qual o seu papel e suas potencialidades na ABS. As autoras apontam para a necessidade de reflexões acerca da formação dos mesmos (RONZANI; RODRIGUES, 2006).

Em contrapartida, há algumas iniciativas buscando melhorar o atendimento aos portadores de transtornos mentais na ABS. Entre elas, em Cuiabá, a equipe de uma ESF percebeu, por meio de comparação entre a realidade com a qual eles se deparavam e o preenchimento das fichas cadastrais que poderia haver subnotificação de casos de sofrimento psíquico. Tal aspecto foi confirmado mediante busca ativa na área de abrangência da equipe, pois o número de casos subiu de 19 para 43, sendo que 39 foram confirmados por diagnóstico médico. Com tais informações, houve reorientação das ações da equipe para promover assistência a esta clientela (OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004).

Há municípios que têm utilizado o apoio matricial (AM), eleito pelo MS (BRASIL, 2003), como estratégia oficial para implementar ações de saúde mental na ABS. Em Campinas, existem psicólogos que atendem à sua unidade e às unidades vizinhas, dando apoio (FIGUEIREDO, 2006). Em Recife, ele é realizado por psiquiatras volantes que não têm sede fixa (BRASIL, 2007). Em Sobralzinho, no Ceará, pela triagem de casos de transtorno mental foram obtidas informações que levaram à implantação de postos de matriciamento localizados estrategicamente onde há maior demanda (TÓFOLI; FORTES, 2007).

O AM se mostrou tão fundamental na abordagem a problemas específicos, como os transtornos mentais, na ABS que o MS criou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Trata-se de unidade de apoio às ESFs, não constituindo porta de entrada para os usuários que são de responsabilidade da ESF do território. Nos NASFs, profissionais de diversas especialidades, incluindo psiquiatra, trabalham conjuntamente com a ESF apoiando e orientando as ações da mesma (BRASIL, 2009).

1.1.1.3 Qualidade de Vida e Transtornos Mentais Comuns

O fato de os TMCs não se adequarem totalmente às categorias diagnósticas psiquiátricas não diminui o grau de sofrimento dos pacientes, bem como suas necessidades de acolhimento e atendimento. O não reconhecimento do mal-estar amplo desses usuários por parte dos profissionais, com enfoque apenas na queixa imediata, implica em gastos com encaminhamentos e exames desnecessários (FORTES, 2004). Por se apresentarem usualmente com sintomas somáticos associados, tais queixas podem tornar-se erroneamente o principal foco do tratamento (BENER et al., 2013; WALTERS et al., 2011).

Estima-se que os pacientes com TMC sejam subdiagnosticados e que apenas uma pequena parcela desses pacientes é diagnosticada e tratada (MARAGNO, 2006).

Além do sofrimento individual produzido pelos TMCs, há implicações sociais e econômicas significativas, visto que tais sintomas se constituem como causa importante de dias de trabalho perdidos e elevam a demanda nos serviços de saúde (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Vários autores consideram que os pacientes com TMC apresentam prejuízos e incapacidades funcionais comparáveis ou mais graves que os transtornos crônicos (MARAGNO et al., 2006; SANTOS, 2002).

As incapacidades ou prejuízos funcionais podem ser estimados por medidas de QV. A OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, p. 11) estabelece a seguinte definição de QV:

Percepções do indivíduo a respeito de sua posição na vida no contexto dos sistemas de cultura em que ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas e valores. É um conceito de alcance abrangente, afetado de forma complexa por sua saúde física, estado psicológico e nível de independência, por suas relações sociais e relações com as características do seu meio ambiente.

Inicialmente, tal conceito foi criado almejando a população em geral. No entanto, a aplicabilidade do conceito de QV na área da saúde surgiu da necessidade de valorizar a percepção do paciente a respeito de si mesmo e de sua vida, ao invés de considerar unicamente a avaliação de seus sintomas ou de seu estado de saúde.

Assim, a QV é um dos desfechos mais estudados em pesquisa atualmente (LIMA; FLECK, 2009).

Há divergências na literatura quanto à validade da medida de QV em pacientes com transtornos mentais, considerando que tais condições poderiam influenciar esta medida. Um indivíduo depressivo, por exemplo, poderia ter padrões menores de QV, pois teria a tendência de avaliar negativamente os diversos aspectos de sua vida. No entanto, considerando que a QV é um construto subjetivo, o ponto de vista do paciente sobre seu próprio sofrimento é válido e importante (ORLEY; SAXENA; HERRMAN, 1998).

Assim, a literatura internacional e brasileira mostra que pacientes com TMC apresentam pior QV do que a população em geral (JANSEN et al., 2011; WALTERS et al., 2011).

Além disso, Spitzer et al. (1995) observaram em ABS que pacientes com transtornos mentais apresentaram piores escores de QV do que aqueles com diagnósticos unicamente orgânicos. Ainda, a presença de TMC concomitante com doenças clínicas piora os escores de QV (KROENKE et al., 2013; LIMA; FLECK, 2009).

Portanto, caracterizar em ABS as associações entre QV e TMC, objeto de estudo desta pesquisa, consiste em valiosa medida para aferir prejuízos funcionais que os indivíduos podem apresentar por serem portadores de tais sintomas.

Nesse contexto, há ainda outro fator a ser considerado em ABS: o uso indiscriminado de psicofármacos. Ressalta-se que a dificuldade de diagnóstico de TMC, vinculada à falta de estratégias de atendimento efetiva a pacientes com TMC na ABS, pode não só culminar em subdiagnóstico desses pacientes, como na prescrição indiscriminada de psicofármacos. Assim, a elucidação de como se dá a utilização de psicofármacos nessa população torna-se imprescindível para subsidiar ações de grande relevância para prevenir riscos de agravos.

1.2 O uso de psicofármacos na atenção básica à saúde

Os psicofármacos podem ser definidos como substâncias que alteram a

atividade psíquica, aliviando sintomas de transtornos psiquiátricos ou promovendo alterações na percepção e no pensamento. São distintos das demais classes de fármacos pela propriedade de atravessar a barreira hematoencefálica para exercerem seus efeitos (ZILBERMAN; GORENSTEIN, 2008).

É de conhecimento de todos que o homem sempre utilizou substâncias, inicialmente contidas em plantas e ervas, para afetar sua condição mental. No entanto, foi somente a partir do final da década de 1940, após a Segunda Guerra Mundial, que teve início a psicofarmacologia moderna, quando os primeiros fármacos foram utilizados especificamente com a finalidade de tratar transtornos mentais. Porém, para muitos autores, o grande marco da psicofarmacologia foi a descoberta dos neurolépticos, ou antipsicóticos, em 1952.

Nessa época, Henri Laborit, cirurgião francês, após observar que a clorpromazina, um análogo da prometazina, deixava seus pacientes bem mais calmos sem perder a vigilância, sugeriu a seus amigos psiquiatras, John Delay e Pierre Deniker, que utilizassem o fármaco em seus pacientes. De modo surpreendente, muitos pacientes melhoraram consideravelmente, podendo até mesmo retornar ao convívio social. Foi percebida, em especial, uma remissão dos sintomas psicóticos característicos da esquizofrenia.

Dessa maneira, o uso da clorpromazina difundiu-se pelo mundo, culminando com uma mudança drástica na prática psiquiátrica e passando pela chamada revolução farmacológica. Nas nações mais desenvolvidas, a partir daí, houve diminuição considerável dos leitos psiquiátricos, pois foram abertas possibilidades de outras modalidades de intervenção, como as sociais e as psicológicas (GRAEFF; GUIMARÃES, 2005).

Obviamente, após a revolução farmacológica citada acima, com o advento de novos psicofármacos com a finalidade de tratar os diversos quadros mentais, e o relativo aumento na segurança de utilização dos mesmos, houve a difusão do uso de psicofármacos e aumento considerável e crescente da utilização dos mesmos, principalmente de psicofármacos da classe dos ansiolíticos e antidepressivos.

Os psicofármacos são hoje uma das classes de medicamentos mais prescritas nos Estados Unidos (MARK, 2010). Tal fenômeno parece ser mundial, visto que estudos realizados em outros países demonstram altas taxas de utilização de psicofármacos. Como exemplo, no Chile, a prevalência de uso de psicofármacos

foi de 32% em amostra de pacientes em ABS (GALLEGUILLLOS et al., 2003).

Para uma ideia do panorama que se apresenta atualmente no Brasil, as prevalências de psicofármacos em populações específicas variam de 7,5% a 95% (MUNIZ, 1996; NOTO et al., 2002; ROCHA; WERLANG, 2013). Em estudos de base populacional no Brasil, a prevalência de uso de psicofármacos foi estimada em torno de 6,5 a 10% (LIMA et al., 2008; QUINTANA et al., 2013; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006).

Embora seja indiscutível o benefício relacionado à utilização de psicofármacos como modalidade terapêutica, com a grande popularização dos mesmos surgiram alguns questionamentos referentes à real necessidade de sua utilização. Alguns autores se referem a uma medicalização do sofrimento humano, ou seja, não seria mais “normal” sentir-se triste ou ansioso diante de situações da vida que sabidamente causam essas sensações. Assim, as pessoas estariam procurando alívio rápido para esses sentimentos considerados extremamente desagradáveis, acreditando que os mesmos são doenças tratáveis exclusivamente com medicamentos (ORLANDI; NOTO, 2005; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006).

A literatura mostra que nem sempre os psicofármacos são utilizados para transtornos mentais específicos, algumas vezes o próprio médico que prescreveu não consegue pontuar ao certo o motivo da utilização de psicofármacos por alguns de seus pacientes (HEDENRUD; SVENSSON; WALLERSTEDT, 2013; MARK, 2010; ORLANDI; NOTO, 2005).

Em estudo realizado com estudantes de enfermagem no Equador, foi encontrada automedicação, sendo que o fármaco é obtido por meio de farmácia, amigos e amostras médicas. Os estudantes referem utilizar psicofármacos, em sua maioria benzodiazepínicos, para insônia, ansiedade, estresse, depressão e problemas familiares e econômicos (PINOS-PAREDES; MIASSO; TIRAPELLI, 2008). Corroborando esses dados, em outro estudo pacientes em uso de benzodiazepínicos enfatizaram a facilidade em adquirir o medicamento, muitas vezes sem a necessidade de consulta médica. Ainda, alguns usuários chegaram a afirmar que tomam o medicamento profilaticamente, para evitar ansiedade provocada por situações de estresse (ORLANDI; NOTO, 2005).

Cabe ressaltar que alguns médicos referiram que alguns pacientes fazem do medicamento uma “muleta”, para terem a sensação de estar resolvendo seus

problemas (ORLANDI; NOTO, 2005). Carvalho e Dimenstein (2003) observaram resultados semelhantes em estudo com mulheres usuárias de ansiolíticos na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, no qual constataram que a maioria das usuárias relacionava o uso do medicamento a situações desconfortáveis do dia a dia. Nos Estados Unidos, Mark (2010) encontrou que num universo de 4.000 médicos, apesar de 92,7% das prescrições serem para diagnósticos de transtorno mental, um terço dos ansiolíticos foi prescrito para problemas de saúde não psiquiátricos ou em condições inespecíficas de uso.

Uma lacuna encontrada na literatura diz respeito a averiguar se essas pessoas que fazem uso de psicofármacos, seja com prescrição médica ou não, são portadoras de TMC. A importância de estudos que contemplem essa temática se dá na medida em que os pacientes poderiam ser orientados não só quanto à melhor modalidade terapêutica para seu caso, mas também em relação à correta utilização de medicamentos, visto que o uso mal orientado de psicofármacos envolve riscos de agravos que podem ser graves.

A respeito do risco de agravos provenientes do uso indiscriminado de psicofármacos, no estado de São Paulo, em estudo epidemiológico, foi constatado que a maior parte de eventos toxicológicos relacionados a medicamentos ocorreu em pacientes que usavam os princípios ativos: fenobarbital, diazepam, haloperidol, carbamazepina e bromazepam, ou seja, todos os medicamentos de utilização em psiquiatria (GANDOLFI; ANDRADE, 2006).

Nesse contexto, Carlini e Nappo (2003) analisaram 219 notificações de reações adversas produzidas por medicamentos psicoativos, preenchidas por médicos psiquiatras que relataram 50 delas como sérias, sendo 12 com risco de vida e 26 delas que exigiram um prolongamento no tempo de internação dos pacientes. Entre os medicamentos, os antidepressivos ficaram em primeiro lugar (122 notificações), seguidos pelos neurolépticos (46) e anticonvulsivantes (25). Os três principais órgãos e sistemas afetados foram o sistema nervoso central (102 notificações), pele e mucosa (44) e o sistema gastrointestinal (21).

Revisando artigos sobre síndrome metabólica, Ohaeri e Akanji (2011) concluíram que a síndrome é de duas a três vezes mais comum em pacientes em uso de antipsicóticos.

Outra questão importante a ser ressaltada é o alto risco de interação de psicofármacos com as demais classes de medicamentos. Tal risco pode ser

considerado ainda maior nos pacientes em uso de psicofármacos na ABS, visto que a grande maioria dessa clientela apresenta problemas clínicos associados, fazendo uso de outras classes de medicamentos.

Alguns estudos sugerem que o uso indevido de psicofármacos envolve não apenas fatores relacionados ao controle de dispensação de medicamentos, mas também fatores relacionados às atitudes dos profissionais de saúde, tais como, obtenção de receita médica sem consulta e falhas na orientação. As falhas na orientação ocorrem principalmente em relação ao risco de tolerância e dependência. Destaca-se que tais achados são referentes à ABS (AUCHEWSKI et al., 2004; ORLANDI; NOTO, 2005; SAASTAMOINEN; ENLUND; KLAUKKA, 2008).

Há ainda outra questão concernente ao uso de psicofármacos em ABS que merece atenção: a prescrição de psicofármacos por profissionais generalistas. Alguns autores creditam as dissonâncias relacionadas à prescrição de psicofármacos à dificuldade em se diagnosticar transtornos mentais por parte de tais profissionais.

Nesse sentido, a literatura revela que médicos com maior conhecimento em psiquiatria, como aqueles com especialização, detectam mais acuradamente sintomas de transtornos mentais (KARTAL; COSKUN; DILBAZ, 2010). Tal questão é particularmente relevante no contexto brasileiro, visto que na ABS se concentram médicos não psiquiatras.

Como já mencionado, devido à sua alta prevalência e custos, os transtornos mentais têm chamado a atenção do MS que tem buscado oficializar estratégias com o intuito de efetivar o atendimento a essa clientela. Porém, os municípios ainda têm se voltado, em sua maioria, para melhorar ou aumentar sua rede especializada em saúde mental sem estratégias de atendimento na ABS, voltadas, inclusive, para pacientes com TMC.

Assim, tendo em vista a ABS ser considerada a principal porta de entrada para pacientes com queixas de ordem psicológica/emocional, as dissonâncias e riscos relacionados à alta taxa de utilização de psicofármacos bem como à escassez de estudos realizados na ABS, buscando correlacionar tais dados à presença de TMC, tornam-se relevantes estudos que investiguem e correlacionem tais dados, sendo esta a meta da presente pesquisa. Acredita-se que os resultados obtidos conferirão um salto para a Área de Saúde Mental no sentido de fornecer subsídios para o direcionamento de estratégias específicas a essa clientela.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar os fatores associados a TMC e ao consumo de psicofármacos em UBSs de Ribeirão Preto.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar, entre pacientes atendidos em UBSs de Ribeirão Preto, a prevalência de TMC e o consumo de psicofármacos;
- Identificar associações entre TMC e variáveis sociodemográficas, econômicas, farmacoterapêuticas, uso de psicofármacos e histórico de saúde;
- Identificar associações entre consumo de psicofármacos e variáveis sociodemográficas, econômicas, farmacoterapêuticas, TMC e histórico de saúde;
- Avaliar a QV em pacientes atendidos em UBSs de Ribeirão Preto e sua associação com variáveis sociodemográficas, TMC e uso de psicofármacos.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

A abordagem do presente estudo é quantitativa, epidemiológica, de corte transversal e de caráter correlacional-descritivo.

Trata-se de estudo epidemiológico por examinar a prevalência de condições de saúde, no caso, TMC e consumo de psicofármacos e verificar se tais condições variam de acordo com determinadas características (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). É transversal, pois as variáveis foram identificadas num ponto do tempo, e as relações entre as mesmas foram determinadas (HARTUNG; TOCHETTE, 2009; SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

É, também, de caráter descritivo, considerando-se que tal delineamento tem como objetivo observar, descrever e classificar aspectos de um fenômeno (uma situação), explorando as dimensões, a maneira pela qual é manifestado e outros fatores com os quais se relaciona (POLIT et al., 2004).

O aspecto correlacional do mesmo é determinado pela investigação sistemática da natureza das relações ou associações entre as variáveis, em vez de relações diretas de causa e efeito. Geralmente transversais, os delineamentos correlacionais analisam direção, grau, magnitude e força das relações ou associações. Os estudos correlacionais descritivos descrevem as variáveis e as relações que ocorrem entre as mesmas (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

3.2 Local do estudo

Ribeirão Preto, cidade onde foi realizado o estudo, é localizada no nordeste do Estado de São Paulo. Com uma população estimada de 604.682 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010) é o nono município mais populoso do Estado e o sexto mais populoso entre as cidades do interior do Brasil (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Na Figura 1, está ilustrada a divisão de Ribeirão Preto em cinco distritos de saúde. São eles: leste, oeste, central, norte e sul.

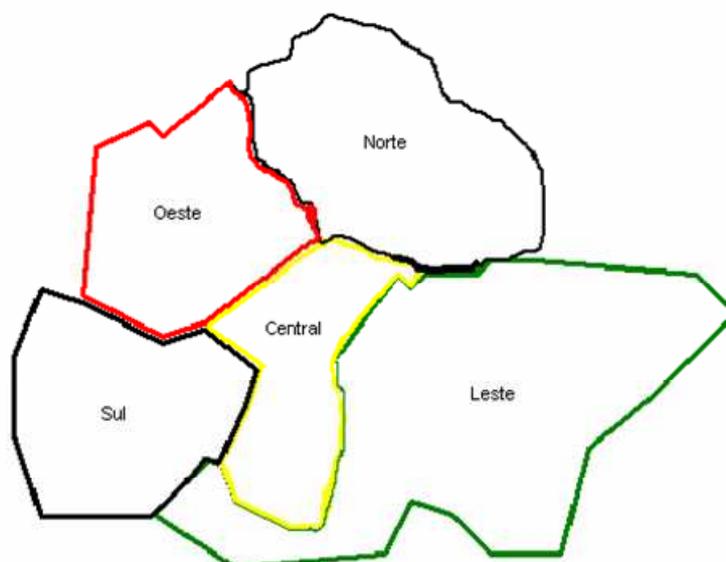


Figura 1 – Distritos de saúde do município de Ribeirão Preto. Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2009

A rede de ABS do município possui cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), 13 unidades/núcleos de saúde da família com um total de 21 ESFs; e 21 UBSs com 26 Estratégias Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Em Ribeirão Preto, especificamente, justifica-se a escolha do campo de pesquisa com UBS pela cidade não ter ampla cobertura de ESF. Até 2009, Ribeirão Preto tinha 11% da população coberta com ESF. Se contabilizadas as EACSs, a cobertura chegava a 32,1% (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

O presente estudo foi realizado em cinco UBSs na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, ou seja, em uma UBS de cada setor de saúde. Na Figura 2, observa-se o organograma de Ribeirão Preto na ABS.

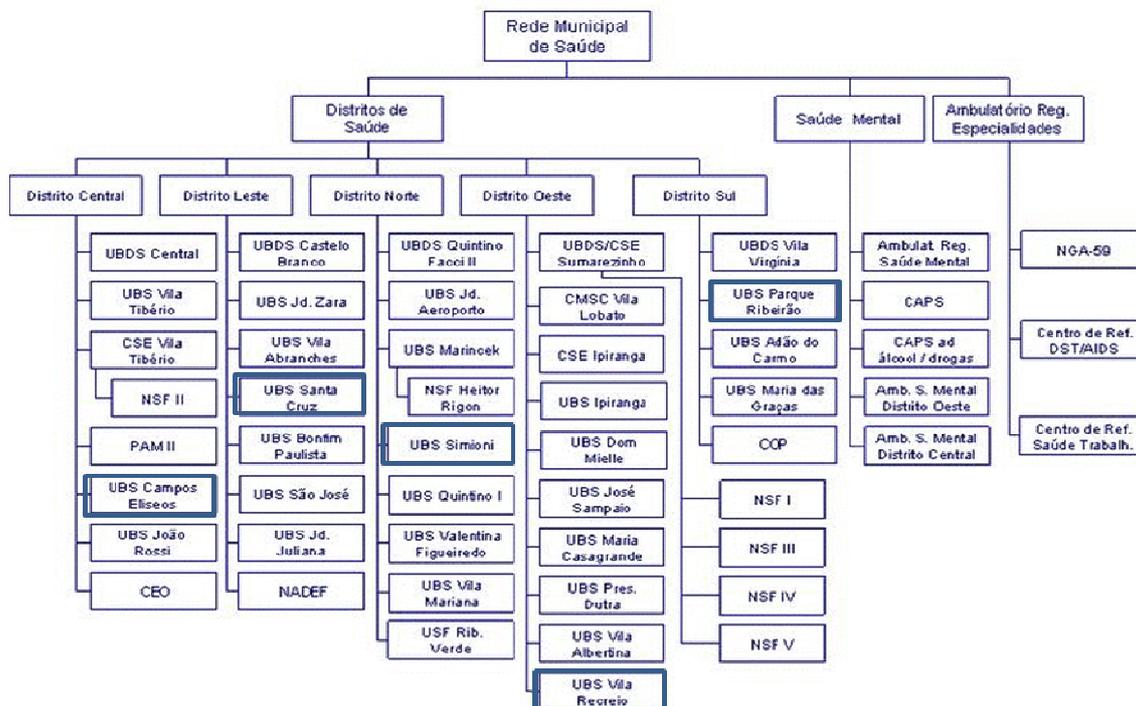


Figura 2 – Organograma da ABS do município de Ribeirão Preto. As UBSs selecionadas para este estudo estão em destaque. Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2009

Visto que o objetivo do estudo se concentra no modelo de UBSs, foram selecionadas as unidades com maior área de abrangência em número de pessoas de cada distrito e que tivessem unicamente o atendimento de UBS e que não dispusessem de ESF. Desse modo, foram selecionadas as seguintes unidades: UBS Simioni - “Alexandre Fleming”, UBS Santa Cruz - “Hélio Lourenço de Oliveira”, UBS Campos Elíseos - “Nelson Barrionovo”, UBS Parque Ribeirão Preto - “Waldemar Barnsley Pessoa” e UBS Vila Recreio – “Adalberto Teixeira Andrade”. No Quadro 1, estão dispostas tais UBSs com o número de pessoas em sua área de abrangência.

UBS	Número de pessoas na área de abrangência	Distrito
Simioni - "Alexandre Fleming"	27.941 pessoas	Norte
Santa Cruz - "Hélio Lourenço de Oliveira"	36.402 pessoas	Leste
Campos Elíseos - "Nelson Barrionovo"	42.551 pessoas	Central
Parque Ribeirão Preto - "Waldemar Barnsley Pessoa"	29.832 pessoas	Sul
Vila Recreio - "Adalberto Teixeira Andrade"	22.714 pessoas	Oeste

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2009.

Quadro 1 – UBSs selecionadas para o estudo, número de pessoas na área de abrangência e distritos. Ribeirão Preto, São Paulo, 2014

3.3 Sujeitos do estudo

O plano amostral adotado foi por amostragem estratificada com alocação proporcional por estratos. Cada estrato foi formado pela maior UBS em número de usuários na área de abrangência de cada um dos cinco distritos de saúde da cidade, como citado anteriormente. A fórmula para o cálculo do tamanho amostral é dada por:

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

na qual o P representa a prevalência do evento de interesse, $z_{\alpha/2}$ representa o nível de significância adotado e o ε é o erro tolerável de amostragem.

A prevalência tomada como base para o cálculo amostral foi de 50% de TMC, utilizado em estudo de Lima et al. (2008), desta forma garante-se o maior tamanho amostral que abrangeria a estimação do uso de psicofármacos, uma vez que a prevalência observada na literatura é menor que 50%. O erro tolerável de amostragem foi de 3%, e o nível de significância, de 5%. Foi acrescentada uma taxa

de não resposta equivalente a 15%, tendo como resultado o tamanho amostral demonstrado na Tabela 1.

Cabe ressaltar que o número de sujeitos entrevistados em cada UBS é diferente devido ao número médio de atendimentos por dia de cada uma ser diferente entre elas.

Tabela 1 - Tamanho amostral por erro de amostragem e estrato

Erro de amostragem	Estrato	UBS	n_h	n^*
5%	1	UBS Campos Elíseos	164	426
	2	UBS Parque Ribeirão Preto	105	
	3	UBS Vila Recreio	73	
	4	UBS Simioni	42	
	5	UBS Santa Cruz	42	

* n final ajustado pela soma dos estratos.

Foram considerados critérios de inclusão dos sujeitos no estudo:

- ter idade igual ou superior a 18 anos;
- ser capaz de se comunicar verbalmente em português; e
- ter consulta médica agendada nas unidades do estudo.

Foram critérios de exclusão:

- comparecer à unidade com a finalidade de utilização da farmácia, sala de curativos e sala de vacinas (sem consulta médica agendada);
- ter idade inferior a 18 anos; e
- apresentar dificuldade de comunicação (Exemplo: impossibilidade de falar).

3.4 Variáveis envolvidas no estudo

As variáveis selecionadas para este estudo são aquelas que podem estar relacionadas ao uso de psicofármacos e TMC na ABS, de acordo com a literatura disponível (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008; GOMES; MIGUEL; MIASSO, 2013; JANSEN et al., 2011; MOREIRA et al., 2011; WALTERS et al., 2011).

3.4.1 Variáveis dependentes (resposta ou desfecho)

Para atingir os objetivos propostos, foram consideradas como variáveis dependentes: TMC, uso de psicofármacos e QV.

3.4.2 Variáveis independentes (explanatórias ou explicativas)

São as variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico e econômico, farmacoterapêutico (uso de medicamentos não psicofármacos, número de tipos de medicamentos e número de comprimidos/dia) e histórico de saúde (presença de doenças clínicas). Na análise dos resultados referentes à QV, as variáveis TMC e uso de psicofármacos foram consideradas independentes.

3.5 Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido após aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo número 1474/2011) (ANEXO A). Foi solicitado aos participantes e aos avaliadores que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE) (APÊNDICE A), de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3.6 Coleta dos dados

3.6.1 Procedimento para coleta dos dados

Todos os pacientes foram abordados enquanto esperavam por sua consulta médica nas UBSs e, após aceitarem participar do estudo, foi solicitado que assinassem o TCLE.

A coleta de dados foi orientada por um questionário estruturado com perguntas acerca de variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico e econômico, perfil farmacoterapêutico, histórico de saúde, uso de psicofármacos e outras classes de medicamentos.

Para a detecção de TMC, foi utilizado o instrumento SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*) (MARI; WILLIAMS, 1986). A fim de avaliar a qualidade de vida dos sujeitos entrevistados, foi utilizada a Escala de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS *World Health Organization Quality of Life Assessment-Brief* (WHOQOL – *brief*) (FLECK et al., 2000).

Posteriormente, foram verificados os prontuários dos pacientes que foram entrevistados para a identificação dos fármacos utilizados pelos mesmos e tempo de utilização. Instrumento diretivo foi preenchido nesta etapa para a coleta de todos os dados necessários, buscando minimizar a chance de falhas.

Os instrumentos de coleta de dados foram empregados após sua avaliação, quanto à forma e ao conteúdo, por três pesquisadores conhecedores da temática. Os pesquisadores foram selecionados de acordo com sua experiência no tipo de metodologia e na temática, considerando publicações nessas mesmas áreas.

3.6.2 Pré-teste

A fim de testar se por meio de seu conteúdo e forma o instrumento elaborado poderia atingir os objetivos propostos, foi realizado um pré-teste nos locais de pesquisa. Além disso, nesta fase todas as UBSs selecionadas foram visitadas para verificação do local onde as entrevistas seriam realizadas.

O pré-teste foi essencial para avaliação da compatibilidade dos questionários com os objetivos do estudo. Os instrumentos se mostraram adequados para os objetivos, pois os sujeitos entrevistados entenderam facilmente as questões elaboradas.

Os sujeitos entrevistados na fase de pré-teste não fizeram parte da amostra.

3.6.3 Instrumentos para coleta dos dados

3.6.3.1 Questionário sobre dados sociodemográficos e econômicos, farmacoterapêuticos e histórico de saúde (APÊNDICES B e C)

Este questionário foi subdividido em duas partes.

- Parte A – Variáveis sociodemográficas e econômicas e histórico de saúde: visou a caracterizar a amostra para posterior correlação com o consumo de psicofármacos, presença de TMC e QV. Foi composto pelas seguintes questões: data de nascimento/idade, escolaridade, estado civil, religião, situação de trabalho/ocupação, renda mensal familiar; número de moradores na casa; motivo da consulta médica; presença de outras enfermidades e uso contínuo de medicamentos (não psicofármacos).
- Parte B – Variáveis relacionadas ao perfil farmacoterapêutico: visou a identificar as prevalências de uso de psicofármacos atualmente e variáveis relacionadas aos

mesmos. Foi composto pelas seguintes questões: uso de psicofármacos atualmente e, se houve resposta positiva, foram investigados o(s) nome(s) do(s) medicamento(s), o tempo de uso e se realiza tratamento não farmacológico para o problema causador do uso do psicofármaco, médico prescritor dos psicofármacos, acompanhamento em unidades especializadas e utilização de terapias não farmacológicas para tratamento de TMC.

3.6.3.2 Instrumento SRQ-20 (ANEXO B)

O SRQ-20 é um instrumento de rastreamento psiquiátrico originalmente composto por 30 itens, desenvolvido por Harding et al. (1980). A versão brasileira do SRQ (SRQ-20 - versão com 20 questões para rastreamento de transtornos mentais não psicóticos) foi validada na década de 1980 por Mari e Williams (1986). Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008) avaliaram o desempenho do SRQ-20 como instrumento de rastreamento psiquiátrico e o recomendaram para ser utilizado na prática clínica por qualquer profissional, visto que seu treinamento pode ser feito de forma autônoma e apresenta custo reduzido.

Além disso, configura-se em valiosa ferramenta para estudos de prevalência psiquiátrica, tão necessários no Brasil e em outros países em desenvolvimento. Optou-se por utilizar neste estudo os pontos de corte sugeridos pelos estudos de validação do SRQ-20. Assim, considerou-se caso positivo quando entrevistadas do gênero feminino respondem “sim” a oito ou mais questões e entrevistados do gênero masculino respondem “sim” a seis ou mais questões.

3.6.3.3 Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL–*brief*) (ANEXO C)

Foi utilizada a Escala de Avaliação de QV desenvolvida pelo WHOQOL-Group da OMS, em 1998. O WHOQOL-*brief*, utilizado no estudo, é uma versão abreviada do WHOQOL-100 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

A escala utilizada é composta por 26 questões, sendo que duas delas são

gerais e as outras 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, no qual cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões. No WHOQOL-*brief*, cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes. Assim a WHOQOL-*brief* é composta por quatro domínios descritos abaixo (THE WHOQOL GROUP, 1998):

- Domínio I: Físico: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso.
- Domínio II: Psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos.
- Domínio III: Relações Sociais: relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual.
- Domínio IV: Meio ambiente: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); transporte.

3.6.3.4 Classificação dos psicofármacos (APÊNDICE D)

Após a coleta de dados ser realizada por meio dos instrumentos acima citados, foi utilizado outro instrumento a fim de classificar os medicamentos utilizados por cada paciente.

Para isso, o nome dos fármacos prescritos segundo o nome comercial, já registrados no instrumento anterior, foi identificado por meio de consulta ao banco de dados de medicamentos disponível no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

A tabela de classificação dos psicofármacos foi elaborada com variável categórica politômica, ou seja, que se refere aos grupos anatômicos e terapêuticos da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* – ATC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009), a qual pode ser visualizada no Quadro 2.

Grupos anatômicos e terapêuticos	
A	Aparelho digestivo e metabolismo
B	Sangue e órgãos hematopoiéticos
C	Aparelho cardiovascular
D	Medicamentos dermatológicos
G	Aparelho geniturinário e hormônios sexuais
H	Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas
J	Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico
L	Agentes antineoplásicos e imunomoduladores
M	Sistema musculoesquelético
N	Sistema nervoso
P	Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes
R	Aparelho respiratório
S	Órgãos dos sentidos
V	Vários

Quadro 2 – Grupos anatômicos e terapêuticos de acordo com o primeiro nível de *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009)

3.6.3.5 Instrumento diretivo para coleta de dados em prontuário (APÊNDICE E)

Este instrumento buscou minimizar a chance de falhas em relação aos dados obtidos sobre os medicamentos.

Dessa forma o instrumento continha as seguintes questões: identificação, diagnóstico médico, fármacos não psicofármacos e fármacos psicofármacos. Ainda, havia campos para preenchimento com a dose e frequência.

3.7 Análise dos dados

Para análise dos dados, foi utilizada abordagem quantitativa. Após a coleta, os dados foram digitados em base de dados estruturada no formato de planilha, no programa Excel. Posteriormente, os dados foram transportados para o programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 21.5 (PALLANT,

2010).

3.7.1 Transtornos Mentais Comuns e uso dos psicofármacos como variáveis dependentes

Foram investigadas associações estatísticas entre as variáveis dependentes, no caso TMC e uso de psicofármacos, e independentes usando o teste Qui-quadrado, sendo a hipótese de associação aceita quando “p” encontrado foi menor ou igual a 0,05. Quando a variável independente consistia em somente duas categorias, foi utilizada Correção de Yates. Em casos nos quais houve categorias com menos de cinco indivíduos, foi utilizado o Teste de Fisher.

Em seguida, foram desenvolvidos modelos de regressão logística, a fim de verificar o impacto das variáveis independentes sobre as variáveis dependentes. A escolha da regressão logística neste caso se justifica pelas variáveis dependentes TMC e uso de psicofármacos serem qualitativas e categóricas.

Assim, foram incluídas nos modelos todas as variáveis explicativas que apresentaram na análise univariada $p < 0,05$ e as variáveis que embora não apresentassem associações significativas fossem fortemente relacionadas com as variáveis dependentes, segundo a literatura.

Cabe ressaltar que foram incluídas nos modelos de regressão logística somente as variáveis que não apresentaram problemas de multicolinearidade. A adequação dos modelos foi verificada por meio do teste de Hosmer-Lemeshow.

Por ser tratar de instrumento dicotômico, a confiabilidade do instrumento SRQ-20 foi aferida por meio do coeficiente de Kuder-Richarson (KR-20) que foi 0,85; demonstrando boa consistência interna. Valores similares foram encontrados nos estudos de validação do instrumento (IACOPONI; MARI, 1988; MARI; WILLIAMS, 1986) que variaram de 0,85 a 0,87.

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

3.7.2 Qualidade de vida como variável dependente

Para verificar se havia diferença significativa entre a QV de pessoas positivas e negativas para TMC nos diversos domínios do WHOQOL-*brief*, foi utilizado o teste t de *Student*.

Em seguida, foi desenvolvido modelo de regressão linear múltipla para verificar o impacto de variáveis sociodemográficas e econômicas; TMC e uso de psicofármacos sobre a previsão de padrões de QV. Neste caso, foi utilizada a regressão linear, visto que QV é uma variável contínua.

Para as análises, foram seguidos todos os pressupostos para regressão linear, tais como, verificação de multicolinearidade, homocedasticidade e normalidade. A adequação dos modelos foi verificada por meio do teste de Hosmer-Lemeshow. Foram considerados significativos valores de $p < 0,05$.

Ainda, a confiabilidade do instrumento WHOQOL-*brief* foi verificada através do coeficiente alfa de Cronbach. Tal coeficiente foi calculado para cada domínio, visto que cada um deles consiste em uma subescala. Sendo assim, seguem-se os valores de alfa de Cronbach para cada domínio: domínio físico: 0,80; domínio psicológico: 0,75; domínio relações sociais: 0,69 e domínio meio ambiente: 0,74. Os valores encontrados no presente estudo são condizentes com a literatura, na qual foram encontrados os valores: domínio físico: 0,82; domínio psicológico: 0,75; domínio relações sociais: 0,66 e domínio meio ambiente: 0,80 (THE WHOQOL GROUP, 1998).

4. RESULTADOS

Os resultados estão apresentados de acordo com os objetivos propostos. Desse modo, na primeira seção deste capítulo (4.1), têm-se a análise descritiva da amostra bem como as análises estatísticas considerando o TMC como variável desfecho. Tais análises foram realizadas para verificar as associações e variáveis preditoras de TMC.

Em seguida (4.2), está a análise descritiva do padrão de uso de psicofármacos. Além disso, apresenta-se a análise estatística considerando o uso de psicofármacos como variável dependente, a fim de verificar a sua associação com as variáveis explicativas bem como quais delas predizem o uso de psicofármacos.

Por fim, na última seção (4.3), está descrita a análise referente à QV. A análise foi realizada considerando os objetivos do estudo, ou seja, avaliar as associações entre QV com variáveis sociodemográficas e econômicas, TMC e uso de psicofármacos.

4.1 Transtornos Mentais Comuns e fatores associados

Participaram da pesquisa 430 usuários de cinco UBSs de Ribeirão Preto. Observou-se que a amostra foi composta predominantemente por mulheres (84,9%), sendo a idade média dos pacientes de 45 anos, variando de 18 a 83 anos. Identificou-se que a maioria dos indivíduos entrevistados era casada (59,3%), possuía escolaridade em nível fundamental (51,6%), trabalhava formal ou informalmente (57,7%) e tinha renda familiar mensal de até três salários- mínimos (56,5%). A amostra constituiu-se de elevada percentagem de pacientes que possuem algum tipo de religião (95,3%), sendo a maioria católica (54,9%).

Quase metade dos pacientes apresentou resultado positivo para TMC (41,4%), o que está ilustrado na Figura 3.

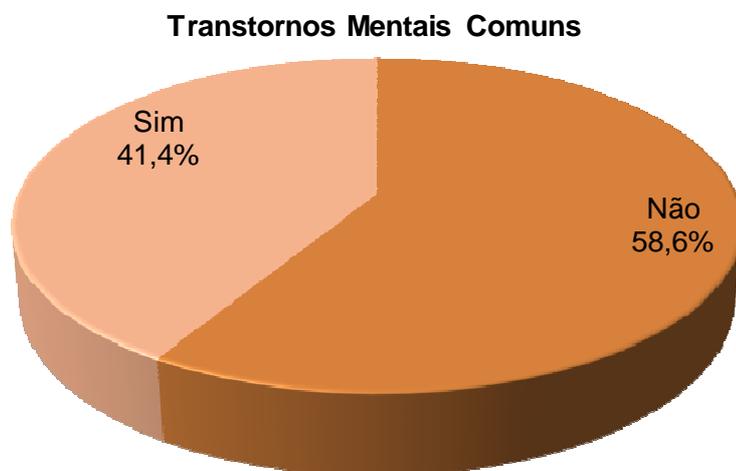


Figura 3 – Porcentagem (%) de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em pacientes atendidos em cinco UBSs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

Observa-se na Tabela 2 que, segundo o teste de Qui-quadrado, TMC mostrou-se associado ao sexo ($p=0,01$). Houve uma tendência para a variável estado civil se associar a TMC ($p=0,08$), com maior prevalência de TMC entre os indivíduos divorciados (58%). Embora a análise estatística não tenha mostrado associação entre TMC e renda, nota-se que a prevalência de TMC foi maior nos indivíduos com renda menor que três salários (44,4%).

Tabela 2 - Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=430), segundo variáveis sociodemográficas e econômicas e *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

Variável		SRQ-20				Total		Valor de p
		Positivo N	%	Negativo N	%	N	%	
Sexo	Feminino	161	44,1	204	55,9	365	100	0,01
	Masculino	17	26,2	48	73,8	65	100	
Idade	18 a 40 anos	77	43,0	102	57,0	179	100	0,753
	41 a 59 anos	67	41,4	95	58,6	162	100	
	acima de 60 anos	34	38,2	55	61,8	89	100	
Escolaridade	Fundamental completo/incompleto	94	42,3	128	57,7	222	100	0,831
	Médio completo/incompleto	73	41,0	105	59,0	178	100	
	Superior completo/incompleto	11	36,7	19	63,3	30	100	
Estado civil	Solteiro	35	41,2	50	58,8	85	100	0,08
	Casado	99	38,8	156	61,2	255	100	
	Viúvo	15	37,5	25	62,5	40	100	
	Divorciado	29	58,0	21	42,0	50	100	
Ocupação	Desempregado	24	44,4	30	55,6	54	100	0,694
	Trabalho informal	43	42,2	59	57,8	102	100	
	Trabalho formal	56	38,4	90	61,6	146	100	
	Afastado	7	63,6	4	36,4	11	100	
	Aposentado	22	40,7	32	59,3	54	100	
	Dona de casa	26	41,3	37	58,7	63	100	
Renda mensal	Mais que três salários-mínimos	70	37,4	117	62,6	187	100	0,172
	Até três salários-mínimos	108	44,4	135	55,6	243	100	
Número de pessoas na família	Até quatro	142	40,6	208	59,4	350	100	0,54
	Mais que quatro	36	45,0	44	55,0	80	100	
Religião	Católico	103	43,6	133	56,4	236	100	0,36
	Não católico	75	38,9	118	61,1	193	100	

Considera-se o valor do salário-mínimo R\$545,00.

Valor de p: teste Qui-quadrado, correção de Yates ou teste de Fisher.

Em relação à farmacoterapia, 65,8% dos indivíduos entrevistados faziam uso de medicamentos, e 25,8% do total da amostra tinha prescrição de, pelo menos, um psicofármaco. Conforme Tabela 3, houve tendência de uso de medicamentos em geral ser associado a TMC ($p=0,07$). Entre os indivíduos sem uso de medicamentos, a porcentagem de indivíduos com TMC (44,9%) não foi muito diferente daqueles que não têm TMC (55,1%). No entanto, quando é avaliada a proporção de pacientes com ou sem TMC que não utilizam medicamentos, percebe-se que há grande diferença. Neste caso, pacientes positivos para TMC perfazem 34,7%, enquanto pacientes negativos, 65,3%. Não foi evidenciada associação entre uso de medicamentos não psicofármacos e TMC ($p=0,17$).

Destaca-se que, segundo o teste Qui-quadrado, o uso de psicofármacos foi associado à presença de TMC ($p=0,000$). Entre as pessoas que usam psicofármacos, 65,8% têm TMC. Entretanto, chama a atenção o fato de 34,2% dos usuários de psicofármacos não serem positivos para TMC.

Além disso, foi verificada diferença significativa entre a variável TMC e o número de tipos de medicamentos ($p=0,02$) e número de comprimidos que utiliza por dia ($p=0,03$). Observa-se que, entre os pacientes da amostra que faziam uso de até dois tipos de medicamentos, 39,9% apresentaram TMC. No entanto, entre os pacientes que utilizam três ou mais tipos de medicamentos, a porcentagem de pacientes com TMC é maior, perfazendo 50,8%. O mesmo fenômeno é observado em relação ao número de comprimidos por dia. Nesta variável, entre pacientes que usam até dois comprimidos por dia apenas 37,5% apresentaram TMC; porém, entre aqueles que utilizam três tipos ou mais de medicamentos tal porcentagem sobe para 50%.

Na amostra estudada, a prevalência de doenças clínicas foi de 58,8%, sendo que as mesmas foram associadas estatisticamente a TMC ($p=0,03$). Como pode ser observada na Tabela 3, entre os pacientes com doenças clínicas, a ocorrência de TMC foi mais comum (45,8%), quando comparada àqueles sem comorbidades (35%).

Tabela 3 - Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=430), segundo variáveis farmacoterapêuticas, presença de doenças clínicas e *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

Variável	SRQ-20						Total	Valor de p
	Positivo		Negativo					
	N	%	N	%	N	%		
Uso de medicamentos	Sim	126	44,7	156	55,3	282	100	0,07
	Não	52	35,1	96	64,9	148	100	
Uso de medicamentos não psicofármacos	Sim	119	44,1	151	55,9	270	100	0,17
	Não	59	36,9	101	63,1	160	100	
Uso de psicofármacos	Sim	73	65,8	38	34,2	111	100	0,00
	Não	105	32,9	214	67,1	319	100	
Número de tipos de medicamentos	Nenhum	51	34,7	96	65,3	147	100	0,02
	Até dois	61	39,9	92	60,1	153	100	
	Três ou mais	66	50,8	64	49,2	130	100	
Número de psicofármacos	Nenhum	105	32,9	214	67,1	319	100	0,00
	Um	49	63,6	28	36,4	77	100	
	Dois ou mais	24	70,6	10	29,4	34	100	
Número de comprimidos/dia	Nenhum	62	36,5	108	63,5	170	100	0,03
	Até dois	42	37,5	70	62,5	112	100	
	Três tipos ou mais	74	50,0	74	50,0	148	100	
Presença de doenças clínicas associadas	Sim	116	45,8	137	54,2	253	100	0,03
	Não	62	35,0	115	65,0	177	100	

Valor de p: teste Qui-quadrado, correção de Yates ou teste de Fisher.

Quanto aos diagnósticos médicos, observa-se na Tabela 4 que as patologias mais prevalentes foram as relacionadas ao sistema cardiovascular (33%). Cabe ressaltar que a hipertensão foi a mais prevalente deste sistema (95,1%). Da amostra total, hipertensão esteve presente como diagnóstico médico em 31,4% dos prontuários. As patologias endócrinas, tais como, dislipidemia, diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo, perfazem 30,7% da amostra. Quanto aos diagnósticos psiquiátricos, foi encontrada prevalência de 5,6% para depressão e, entre estes pacientes, três eram acompanhados também em serviços especializados.

Tabela 4 - Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=430), segundo principais diagnósticos médicos por sistemas em pacientes atendidos em cinco UBSs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

Variáveis	N	%
Sistema cardiovascular	142	33,0
Sistema endócrino	132	30,7
Sistema gastrointestinal	24	5,6
Transtornos mentais/uso abusivo de álcool	28	6,5
Sistema ortopédico/reumatológico	20	4,7
Sistema respiratório	19	4,4
Sistema genitourinário	20	4,7
Sistema neurológico	7	1,6
Outras*	7	1,6

*Obesidade, câncer, dengue, HIV.

Na Tabela 5, estão distribuídas as razões pela procura do serviço. Observa-se que 65,2% dos entrevistados estavam presentes nas UBSs para renovar prescrições de medicamentos de uso contínuo. Cabe ressaltar que poucos indivíduos referiram estar nas unidades por queixas psicológicas (1,4%), e todos os indivíduos que verbalizaram esta razão foram mulheres. As queixas referentes à dor abdominal foram relatadas somente pelo sexo feminino (6,3%).

Tabela 5 - Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=430), segundo razões pela procura do serviço e sexo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

Variáveis	Mulheres		Homens		Total	
	N	%	N	%	N	%
Renovar prescrição	226	52,6	54	12,6	280	65,1
Pré-natal/pós-natal	42	9,8	-	-	42	9,8
Dor abdominal	27	6,3	-	-	27	6,3
Outras queixas ginecológicas	20	4,7	-	-	20	4,7
Outras queixas clínicas	17	4,0	11	2,6	28	6,5
Ansiedade/tristeza/insônia	6	1,4	-	-	6	1,4
Outras	27	6,3	-	-	27	6,3
Total	365	84,9	65	15,1	430	100,0

*Queixas gastrointestinais, ortopédicas e reumatológicas.

4.1.1 Regressão logística

Foram incluídas no modelo as variáveis que tiveram associação estatística com TMC (uso de psicofármacos, sexo e presença de doenças clínicas) e as variáveis que prevalentemente são associadas com TMC na literatura (idade, escolaridade, renda, ocupação e estado civil). As variáveis farmacoterapêuticas número de tipos de medicamentos e número de comprimidos por dia não foram incluídas no modelo por apresentarem problemas de multicolinearidade, o que inviabilizaria o modelo.

Para contemplar os pressupostos de regressão logística, algumas variáveis explicativas (idade, ocupação, estado civil e escolaridade) foram recodificadas em duas categorias, conforme pode ser verificado na Tabela 6. A recodificação baseou-se nos resultados mais consistentes encontrados na literatura a respeito da influência de fatores sociodemográficos e econômicos sobre a ocorrência de TMC.

Assim, esta análise objetivou avaliar o impacto de um número de fatores sobre a probabilidade de os entrevistados serem positivos para TMC.

O modelo contendo todos os preditores foi estatisticamente significativo ($\chi^2(8, N = 430) = 49,46, p < 0,001$), indicando que o mesmo foi capaz de distinguir entre indivíduos com TMC e sem TMC. O modelo como um todo foi capaz de explicar entre 10,9% (Cox e Snell R quadrado) e 14,6% (Nagelkerke R quadrado) da variância entre ser positivo ou não para TMC; e classificou corretamente 66,5% dos casos.

Como mostrado na Tabela 6, somente duas das variáveis independentes exerceram contribuição estatisticamente significativa para o modelo: sexo e uso de psicofármacos. O preditor mais forte foi o uso de psicofármacos que apresentou *Odds ratio* (OR) de 3,88. Isto indica que as pessoas que usam psicofármacos tiveram 3,88 vezes mais chance de serem positivas para TMC. A variável sexo apresentou OR de 1,96; o que pressupõe a possibilidade de que as mulheres tiveram 1,96 vez mais chance de serem positivas para TMC. Além disso, foi observada tendência da variável idade se associar a TMC, no caso de ser idoso.

Tabela 6 - Modelo de regressão logística para ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em pacientes atendidos em cinco UBSs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

Modelo		Coeficiente	Erro-padrão	Valor de p	OR	IC95%	
						Inferior	Superior
Constante		-1,1	0,4	0,01			
Sexo	Feminino	0,7	0,3	0,03	1,96	1,04	3,69
	Masculino				1		
Uso de psicofármacos	Sim	1,4	0,2	<0,001	3,88	2,34	6,41
	Não				1		
Doenças clínicas	Sim	0,3	0,2	0,2	1,36	0,85	2,18
	Não				1		
Idade	Idoso	-0,6	0,3	0,06	0,56	0,31	1,03
	Não idoso				1		
Escolaridade	Baixa	-0,8	0,2	0,73	0,92	0,59	1,43
	Média a alta				1		
Renda	<= três salários	-2,7	0,2	0,24	0,76	0,48	1,2
	> três salários				1		
Ocupação	Sem trabalho	0,6	0,2	0,8	1,06	0,66	1,71
	Com trabalho				1		
Estado civil	Sem companheiro	-0,2	0,2	0,3	0,79	0,52	1,21
	Com companheiro				1		

Categorias com valor "1" para OR representam as categorias de referência.

4.2 O uso de psicofármacos e fatores associados

Como visto anteriormente, a prevalência de uso de psicofármacos foi de 25,8%. A classe de psicofármacos mais prescrita foi a dos antidepressivos (73%), seguida pelos ansiolíticos benzodiazepínicos (46,8%) (Tabela 7). Destaca-se a presença de antipsicóticos nas prescrições (3,6%), embora em número reduzido.

Tabela 7 - Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=111), segundo medicamentos utilizados de acordo com a Classificação *Anatomical Therapeutical Chemical* (ATC). Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

Variáveis	N	%
Classificação ATC		
Antidepressivos (N06A)	81	73,0
Ansiolíticos benzodiazepínicos (N05B)	52	46,8
Antiepiléticos (N03A)	5	4,5
Antipsicóticos (N05A)	4	3,6
Agentes dopaminérgicos (N04B)	1	0,9

Dentre os antidepressivos, o medicamento mais prevalente foi a fluoxetina, perfazendo 53,1% das prescrições. Amitriptilina e escitalopram estiveram presentes em 28,4% e 22,2%, respectivamente. Já entre os ansiolíticos benzodiazepínicos, os dois mais prescritos e igualmente prevalentes foram diazepam e clonazepam, cada um esteve presente em 48,1% das prescrições.

O número de psicofármacos prescritos e o tempo de utilização dos mesmos são quesitos que merecem atenção e podem ser vistos na Tabela 8.

Assim, observou-se que 30,6% dos indivíduos que usavam psicofármacos, na ocasião da coleta de dados, tinham pelo menos dois psicofármacos prescritos.

No que se refere ao tempo de uso de psicofármacos, os resultados evidenciam que nesta amostra 72,9% dos entrevistados tinham psicofármacos prescritos há, no mínimo, um ano. Destes, 65,8% são positivos para TMC. Além disso, 21% do total de usuários de psicofármacos utilizam os mesmos há setes anos ou mais. Entre aqueles que utilizam há menos de um ano (27,1%), 70% são positivos para TMC.

Tabela 8 - Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=111), segundo número e tempo de uso de psicofármacos e *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

Variáveis		SRQ-20				Total	
		Positivo		Negativo		N	%
		N	%	N	%		
Número de psicofármacos	Um	49	44,1	28	25,2	77	69,4
	Dois ou mais	24	21,6	10	9,0	34	30,6
Tempo de uso	Até um ano	21	18,9	9	8,1	30	27,1
	Mais de um ano	52	46,8	29	26,1	81	72,9
	Total	52	46,8	29	26,1	81	72,9

Na Figura 4, estão dispostas as porcentagens referentes às especialidades dos médicos prescritores de psicofármacos. Destaca-se que mais da metade das prescrições de psicofármacos foram provenientes de médicos generalistas da rede de ABS (56%), o que não é surpreendente, visto que a amostra se constitui de pacientes atendidos em UBSs.

Segundo os pacientes entrevistados, as prescrições advindas originalmente de médicos psiquiatras configuram apenas 17%, embora os médicos da ABS continuem prescrevendo tais medicamentos subsequentemente. Neurologistas prescreveram originalmente psicofármacos para 9% dos entrevistados. As prescrições realizadas por profissionais médicos de outras especialidades perfazem 14%; ainda, quatro pacientes (3,6%) não souberam responder quem foi o prescritor dos psicofármacos.

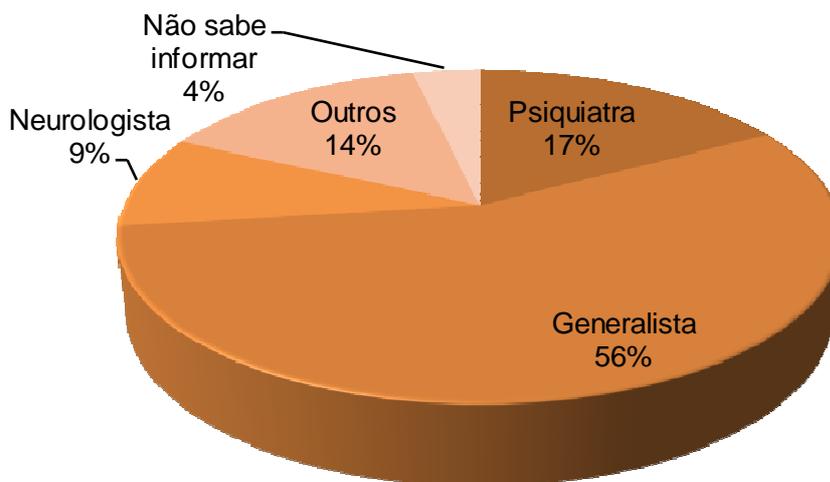


Figura 4 – Porcentagem (%) de especialidade dos médicos prescritores de psicofármacos em pacientes atendidos em cinco UBSs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

Na Tabela 9, está distribuído o uso de psicofármacos de acordo com variáveis sociodemográficas e econômicas. Assim como na variável TMC descrita em item anterior, as mulheres compõem a maioria de entrevistados usando psicofármacos (89,2%). Observa-se que o uso de psicofármacos perfaz 27,1% entre as mulheres e 18,5% entre os homens; no entanto, tal diferença não foi significativa pelo teste Qui-quadrado ($p=0,19$).

O uso de psicofármacos foi mais prevalente na categoria de usuários acima de 60 anos (41,6%), e a menor prevalência foi encontrada em pessoas de 18 a 40 anos (10,2%). A associação entre idade e uso de psicofármacos foi confirmada estatisticamente ($p<0,001$).

Verificou-se associação significativa entre uso de psicofármacos e escolaridade ($p<0,001$). A maioria dos usuários de psicofármacos (65,8%) possuía ensino fundamental completo ou incompleto. Em relação à situação de trabalho, os indivíduos que não exerciam no momento da pesquisa atividades remuneradas (desempregados, afastados, aposentados e donas de casa) compõem a maior parte dos indivíduos que usam psicofármacos (55,9%), sendo esta diferença significativa ($p<0,001$). Entre as pessoas com renda mensal até três salários-mínimos, o uso de psicofármacos foi mais prevalente (27,2%), porém tal diferença não foi significativa

(p=0,58).

Tabela 9 - Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=430), segundo variáveis sociodemográficas e econômicas e uso de psicofármacos. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

Variável		Uso de Psicofármacos				Total N %	Valor de p	
		Sim		Não				
		N	%	N	%			
Sexo	Feminino	99	27,1	266	72,9	365	100	0,19
	Masculino	12	18,5	53	81,5	65	100	
Idade	18 a 40 anos	18	10,1	161	89,9	179	100	<0,001
	41 a 59 anos	56	34,6	106	65,4	162	100	
	acima de 60 anos	37	41,6	52	58,4	89	100	
Escolaridade	Fundamental completo/incompleto	73	32,9	149	67,1	222	100	<0,001
	Médio completo/incompleto	26	14,6	152	85,4	178	100	
	Superior completo/incompleto	12	40,0	18	60,0	30	100	
Estado civil	Solteiro	15	17,6	70	82,4	85	100	0,08
	Casado	61	23,9	194	76,1	255	100	
	Viúvo	17	42,5	23	57,5	40	100	
	Divorciado	18	36,0	32	64,0	50	100	
Ocupação	Desempregado	9	16,7	45	83,3	54	100	0,17
	Trabalho informal	24	23,5	78	76,5	102	100	
	Trabalho formal	25	17,1	121	82,9	146	100	
	Afastado	7	63,6	4	36,4	11	100	
	Aposentado	24	44,4	30	55,6	54	100	
	Dona de casa	22	34,9	41	65,1	63	100	
Renda mensal	Mais que três salários-mínimos	45	24,1	142	75,9	187	100	0,58
	Até três salários-mínimos	66	27,2	177	72,8	243	100	
Número de pessoas na família	Até quatro	91	26,0	259	74,0	350	100	0,85
	Mais que quatro	20	25,0	60	75,0	80	100	
Religião	Católico	49	29,0	120	71,0	169	100	0,19
	Não católico	33	22,0	117	78,0	150	100	

Considera-se o valor do salário-mínimo R\$545,00.

Valor de p: teste Qui-quadrado, correção de Yates ou teste de Fisher.

Na Tabela 10, estão distribuídas as prevalências de uso de psicofármacos segundo variáveis farmacoterapêuticas, TMC e presença de doenças clínicas.

Observa-se que 41% das pessoas positivas para TMC usavam psicofármacos e que, entre as pessoas negativas para TMC, esse uso foi de 15,1%. Como esperado, essa associação foi significativa ($p < 0,001$). Ressalta-se que todos os pacientes que tiveram diagnóstico de depressão, 5,6% do total da amostra estavam em uso de psicofármacos na ocasião da entrevista.

Da mesma maneira, associações significativas foram encontradas entre o uso de psicofármacos e as variáveis farmacoterapêuticas ($p < 0,001$). O uso de psicofármacos foi maior entre pessoas que usavam medicamentos não psicofármacos (35,6%), que tinham prescrição de três tipos de medicamentos ou mais (56,9%) e que usavam mais que três comprimidos por dia (53%).

Entre os indivíduos que apresentavam patologias clínicas no momento da entrevista, a prevalência de uso de psicofármacos foi superior (37,9%) quando comparada com aquela entre os indivíduos que não apresentavam tais patologias (8,5%), e tal associação foi significativa ($p < 0,001$).

Tabela 10 - Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs ($n=430$), segundo variáveis relacionadas ao perfil farmacoterapêutico, presença de doenças clínicas e Transtornos Mentais Comuns (TMC). Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

Variável	Uso de Psicofármacos						Valor de p	
	Sim		Não		Total			
	N	%	N	%	N	%		
TMC	Sim	73	41,0	105	59,0	178	100	<0,001
	Não	38	15,1	214	84,9	252	100	
Uso de medicamentos não psicofármacos	Sim	96	35,6	174	64,4	270	100	<0,001
	Não	15	9,4	145	90,6	160	100	
Número de tipos de medicamentos	Até dois	37	24,2	116	75,8	153	100	<0,001
	Três ou mais	74	56,9	56	43,1	130	100	
Número de comprimidos	Até dois	30	26,8	82	73,2	112	100	<0,001
	Três tipos ou mais	79	53,0	70	47,0	149	100	
Presença de doenças clínicas associadas	Sim	96	37,9	157	62,1	253	100	<0,001
	Não	15	8,5	162	91,5	177	100	

Valor de p: teste Qui-quadrado, correção de Yates ou teste de Fisher.

4.2.1 Regressão logística

Foi elaborado modelo de regressão logística para avaliar o impacto de uma série de fatores sobre a chance de os pacientes da amostra usarem psicofármacos, como visto na Tabela 11. O modelo foi composto por variáveis que se apresentaram significativas ($p < 0,05$) no teste Qui-quadrado (idade, escolaridade,

TMC e presença de doenças clínicas) e por variáveis que fossem relevantes, levando-se em conta literatura sobre o uso de psicofármacos e TMC (renda, ocupação e estado civil).

Da mesma maneira que na regressão logística tendo TMC como variável dependente, descrita anteriormente, as variáveis número de tipos de medicamentos e número de comprimidos por dia apresentam problemas com multicolinearidade, sendo excluídas do modelo.

Assim, o modelo total com todos os preditores foi significativo estatisticamente ($\chi^2(8, N = 430) = 97,81, p < 0,001$), o que indica que o mesmo foi capaz de identificar corretamente indivíduos que usam psicofármacos e que não os usam. Como um todo, o modelo explicou entre 20,3% (Cox e Snell R quadrado) e 29,9% (Nagelkerke R quadrado) da variância entre usar ou não usar psicofármacos; e classificou corretamente 79,1% dos casos.

Na Tabela 11, observa-se que as variáveis independentes TMC, presença de doenças clínicas e escolaridade exerceram contribuição estatisticamente significativa para o modelo.

De maneira interessante, ter doenças clínicas foi o preditor mais forte do uso de psicofármacos, apresentando OR de 5,4; sendo a variável TMC a segunda mais forte, com OR de 3,9. Isto evidencia que pessoas que têm alguma patologia clínica têm 5,4 mais chance de usar psicofármacos. A variável escolaridade apresentou OR de 1,7; o que pressupõe a possibilidade de que pessoas com escolaridade mais baixa (ensino fundamental completo/incompleto) tiveram 1,7 mais probabilidade de fazer uso de psicofármacos.

Tabela 11 - Modelo de regressão logística para predição de uso de psicofármacos em pacientes atendidos em cinco UBSs (n=430). Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

Modelo		Coeficiente	Erro-padrão	Valor de p	OR	IC95%	
						Inferior	Superior
Constante		-3,5	0,6	<0,001			
TMC	Sim	1,3	0,2	<0,001	3,9	2,36	6,55
	Não				1		
Doenças clínicas	Sim	1,7	0,3	<0,001	5,4	2,84	10,2
	Não				1		
Sexo	Feminino	0,5	0,4	0,17	1,7	0,8	3,56
	Masculino				1		
Idade	Idoso	0,3	0,3	0,33	1,4	0,70	2,57
	Não idoso				1		
Escolaridade	Baixa	0,5	0,2	0,04	1,7	1,02	2,92
	Média a alta				1		
Renda	<= três salários	0,4	0,2	0,15	1,5	0,86	2,56
	> três salários				1		
Ocupação	Sem trabalho	-0,3	0,3	0,17	0,6	0,38	1,19
	Com trabalho				1		
Estado civil	Sem companheiro	-0,3	0,2	0,21	0,7	0,43	1,2
	Com companheiro				1		

Categorias com valor "1" para OR representam as categorias de referência.

4.3 O impacto dos Transtornos Mentais Comuns e uso de psicofármacos sobre a Qualidade de Vida

O primeiro teste estatístico foi conduzido para comparar os escores médios de QV entre indivíduos positivos e negativos para TMC. Para isso foi utilizado teste t de *Student* para amostras independentes em cada domínio do WHOQOL-*brief*, sendo eles, físico, psicológico, relações sociais e meioambiente. O mesmo teste foi utilizado para acessar as diferenças nas duas primeiras questões do questionário que dizem respeito à QV geral.

Verifica-se, na Figura 5, que os escores médios de QV de pessoas positivas para TMC foram estatisticamente menores que as negativas em todos os

domínios do WHOQOL-*brief* (físico: $t(340,6) = -11,77, p=0,000$); psicológico: $t(340,8) = -13,24, p=0,000$); relações sociais: $t(330,34) = -7,2, p=0,000$; meio ambiente: $t(390,24) = -8,8, p=0,000$); incluindo as questões de QV geral (primeira questão¹: $t(329,6) = -6,49, p=0,000$; segunda questão²: $t(337,9) = -7,35, p=0,000$). Na Tabela 12, estão descritas médias, desvios-padrão e erros-padrão de todos os domínios do WHOQOL-*brief*.

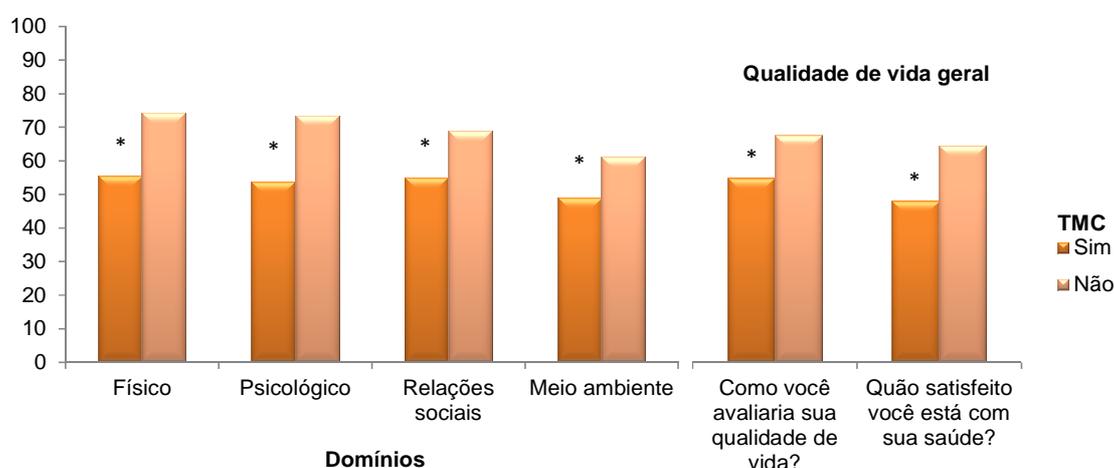


Figura 5 - Média dos escores de Qualidade de vida (QV) obtidos nos domínios da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-*brief*) por pacientes atendidos em cinco UBSs com ou sem Transtornos Mentais Comuns (TMC) (n=430). Houve $*p < 0,05$ em relação ao grupo sem TMC no mesmo domínio, segundo teste t de *Student*. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

¹ Como você avaliaria sua qualidade de vida?

² Quão satisfeito você está com sua saúde?

Tabela 12 - Distribuição de pacientes atendidos em cinco UBSs (n=430), segundo escores médios dos domínios e qualidade de vida geral da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-brief) e Transtornos Mentais Comuns (TMC). Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

TMC	Domínios											
	Primeira questão*		Segunda questão*		Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio ambiente	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Média	59,4	73,2	52,1	69,8	55,6	74,3	53,8	73,5	55,0	68,9	49,0	61,2
Desvio-padrão	21,9	17,8	26,3	22,1	17,4	14,7	16,2	13,8	21,3	17,4	13,8	14,4
Erro-padrão da média	1,6	1,1	2,0	1,4	1,3	0,9	1,2	0,9	1,6	1,1	1,0	0,9

*Como você avaliaria sua qualidade de vida?

*Quão satisfeito você está com sua saúde?

Após o teste t de *Student*, foram criados modelos de regressão múltipla linear padrão para prever os escores de QV em cada domínio. Em todos os casos, análises preliminares foram conduzidas para assegurar a não violação de nenhum dos pressupostos do teste, sendo eles, normalidade, linearidade, multicolinearidade e homocedasticidade.

Considerando-se os objetivos do estudo e literatura sobre QV, fizeram parte dos modelos as seguintes variáveis: TMC, doenças clínicas, uso de psicofármacos, sexo, idade, escolaridade, renda, ocupação e estado civil.

Na Tabela 13, está descrito o modelo de regressão linear para o domínio físico. O modelo como um todo foi capaz de explicar 34,4% da variância ($F=24,5$, $p<0,001$). O preditor mais forte foi a presença de TMC ($\beta = -0,43$, $p<0,001$). Porém, a variável uso de psicofármacos ($\beta = -0,19$, $p<0,001$) e a variável doenças clínicas foram também significativas ($\beta = -0,114$, $p<0,012$). Entre as variáveis sociodemográficas e econômicas, somente a variável ocupação contribuiu para o modelo ($\beta = -0,095$, $p<0,037$), ainda que em menor magnitude.

Tabela 13 - Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida (QV) no domínio físico da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-*brief*), em pacientes atendidos em cinco UBSs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

Modelo		Coeficiente	Erro-padrão	Valor de p	Beta	IC95%	
						Inferior	Superior
Constante		74,9	2,9	<0,001			
TMC	Sim	-16,1	1,5	<0,001	-4,3	-19,1	-13
	Não				1		
Doenças clínicas	Sim	-4,2	1,6	0,012	-0,1	-7,5	-0,09
	Não				1		
Uso de psicofármacos	Sim	-8,1	1,8	<0,001	-0,19	-11,7	-4,4
	Não				1		
Sexo	Feminino	1,2	2,1	0,54	0,02	-2,8	5,4
	Masculino				1		
Idade	Idoso	1,2	2,1	0,55	0,2	-2,80	5,4
	Não idoso				1		
Renda	<= três salários	2,4	1,6	0,12	0,6	-0,6	5,6
	> três salários				1		
Ocupação	Sem trabalho	3,5	1,6	0,03	0,09	0,2	6,8
	Com trabalho				1		
Estado civil	Sem companheiro	-2,0	1,5	0,17	-0,05	-5,01	0,9
	Com companheiro				1		

Categorias com valor "1" para OR representam as categorias de referência.

Na Tabela 14, observa-se o modelo de regressão linear realizado para o domínio psicológico do WHOQOL-*brief*. Neste domínio, o modelo criado explicou 36,2% da variância ($F=26,43$, $p<0,001$). Novamente, o preditor mais forte foi a presença de TMC ($\beta = -0,48$, $p<0,001$). A variável uso de psicofármacos foi significativa ($\beta = -0,113$, $p=0,002$), e a variável doenças clínicas não. Entre as variáveis sociodemográficas e econômicas, renda ($\beta = 0,111$, $p=0,01$) e idade ($\beta = 0,169$, $p<0,001$) contribuíram para o modelo, ainda que em menor magnitude.

Tabela 14 - Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida (QV) no domínio psicológico da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-*brief*) em pacientes atendidos em cinco UBSs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

Modelo		Coeficiente	Erro-padrão	Valor de p	Beta	IC95%	
						Inferior	Superior
Constante		75,8	2,7	<0,001			
TMC	Sim	-17,4	1,4	<0,001	-0,5	-20,3	-14,5
	Não				1		
Doenças clínicas	Sim	-1,4	1,6	0,37	-0,4	-4,5	1,7
	Não				1		
Uso de psicofármacos	Sim	-5,3	1,7	0,002	-0,1	-8,8	-1,9
	Não				1		
Sexo	Feminino	-2,9	2,01	0,14	-0,06	-6,9	0,9
	Masculino				1		
Idade	Idoso	7,3	2,01	<0,001	0,1	3,40	11,3
	Não idoso				1		
Escolaridade	Baixa	-2,5	1,4	0,08	-0,7	-5,4	0,3
	Média a alta				1		
Renda	<= três salários	3,9	1,5	0,01	0,1	0,9	6,9
	> três salários				1		
Ocupação	Sem trabalho	0,5	1,6	0,71	0,01	-2,5	3,7
	Com trabalho				1		
Estado civil	Sem companheiro	-1,4	1,4	0,32	-0,3	-4,2	1,4
	Com companheiro				1		

Categorias com valor "1" para OR representam as categorias de referência.

No domínio relações sociais, descrito na Tabela 15, o modelo criado explicou 13,5% da variância ($F=7,26$, $p<0,001$). Somente a variável TMC contribuiu de forma significativa para o modelo ($\beta = -0,30$, $p<0,001$).

Tabela 15 - Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida (QV) no domínio relações sociais da Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-*brief*) em pacientes atendidos em cinco UBSs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

Modelo		Coeficiente	Erro-padrão	Valor de p	Beta	IC95% Inferior Superior	
Constante		68,2	3,6	<0,001			
TMC	Sim	-12,4	1,9	<0,001	-0,30	-16,3	-8,5
	Não				1		
Doenças clínicas	Sim	-0,7	2,1	0,72	-0,10	-4,9	3,4
	Não				1		
Uso de psicofármacos	Sim	-3,1	2,3	0,18	-0,02	-7,7	1,4
	Não				1		
Sexo	Feminino	-1,1	2,6	0,65	-0,02	-6,4	4,07
	Masculino				1		
Idade	Idoso	4,0	2,6	0,13	0,08	-1,20	9,3
	Não idoso				1		
Escolaridade	Baixa	-2,1	1,9	0,3	-0,04	-5,8	1,8
	Média a alta				1		
Renda	<= três salários	2,9	2,02	0,15	0,07	-1	6,8
	> três salários				1		
Ocupação	Sem trabalho	1,6	2,1	0,43	0,04	-2,5	5,9
	Com trabalho				1		
Estado civil	Sem companheiro	0,5	1,9	0,77	0,01	-3,2	4,3
	Com companheiro				1		

Categorias com valor "1" para OR representam as categorias de referência.

Quanto ao domínio meio ambiente, observa-se, na Tabela 16, que o modelo criado foi capaz de explicar 23,8% da variância ($F=14,57$, $p<0,001$). Como nos outros domínios, a presença de TMC (beta = -0,35, $p<0,001$) foi o preditor mais forte. As variáveis sociodemográficas e econômicas sexo (beta = -0,128, $p=0,04$), estado civil (beta = -0,100, $p=0,02$), renda (beta = 0,159, $p=0,001$) e idade (beta = 0,188, $p<0,001$) contribuíram para o modelo, ainda que não tão fortemente quanto TMC.

Tabela 16 - Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida (QV) no domínio meio ambiente da Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-brief) em pacientes atendidos em cinco UBSs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2012-2013

Modelo		Coeficiente	Erro-padrão	Valor de p	Beta	IC95%	
						Inferior	Superior
Constante		64,9	2,6	<0,001			
TMC	Sim	-10,9	1,4	<0,001	-0,35	-13,7	-8,2
	Não				1		
Doenças clínicas	Sim	-0,9	1,5	0,51	-0,03	-3,9	1,9
	Não				1		
Uso de psicofármacos	Sim	-0,7	1,6	0,45	-0,02	-4,05	2,5
	Não				1		
Sexo	Feminino	-5,4	1,9	0,004	-0,10	-9,2	-1,7
	Masculino				1		
Idade	Idoso	7,1	1,9	<0,001	0,18	3,30	10,8
	Não idoso				1		
Escolaridade	Baixa	-1,2	1,3	0,36	-0,04	-3,9	1,4
	Média a alta				1		
Renda	<= três salários	4,9	1,4	0,001	0,15	2	7,7
	> três salários				1		
Ocupação	Sem trabalho	0,1	1,5	0,9	0,01	-3,002	2,1
	Com trabalho				1		
Estado civil	Sem companheiro	-3,1	1,3	0,02	-0,10	-5,8	-0,4
	Com companheiro				1		

Categorias com valor "1" para OR representam as categorias de referência.

5. DISCUSSÃO

O primeiro aspecto que merece considerações no presente estudo é o fato de a amostra ser predominantemente feminina. Nesta pesquisa, um dos critérios de inclusão dos sujeitos era ter consulta médica agendada nas especialidades médicas do local de estudo, incluindo a clínica de ginecologia e obstetrícia. Tal aspecto pode, em parte, justificar tal achado. Destaca-se, todavia, que há estudos que demonstram maior utilização de serviços de saúde pelas mulheres (FLECK et al. 2002; FORTES et al., 2011; LIMA et al., 2008).

A prevalência de TMC encontrada (41,4%), embora alta, não é surpreendente, visto que estudos anteriores em ABS mostraram resultados semelhantes no Brasil e no mundo. As prevalências mundiais para TMC variam de 15% a 50,3% (AILLON et al., 2013; COELHO et al., 2009; COSTA; LUDERMIR, 2005; FORTES et al., 2011; GHULOUM; BENER; ABOU-SALEH, 2011; KASCHOW et al., 2013; KROENKE et al., 2013; LOWE et al., 2008; YAMAMOTO et al., 2013). Tal prevalência é preocupante visto seu grande impacto na assistência no âmbito da ABS. A sintomatologia apresentada por estes pacientes frequentemente é identificada pelo sistema de saúde como sofrimento somático, em concordância com o modelo biológico que é ainda vigente, no qual é mais aceitável que as pessoas se queixem de doenças orgânicas ou alterações fisiológicas, por serem “objetivas” (AZEVEDO; 2012). Desse modo, tais pacientes, por não terem sua queixa tratada efetivamente, podem retornar várias vezes ao serviço, o que sobrecarrega o sistema e aumenta os gastos com exames e medicamentos desnecessários.

Tais aspectos apontam para a necessidade de novas formas de abordagem dessa problemática, na ABS, que considerem as representações da doença em grupos específicos, as quais podem ser diferentes daquelas que embasam o saber médico moderno, centrado na dicotomia corpo e mente, bem como valorizem o acolhimento e a escuta (AZEVEDO, 2012; FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Como exemplo, estudo mostrou padrões diferentes de sintomas somáticos entre os gêneros em pessoas com TMC em ABS. Mulheres positivas para TMC procuraram atendimento para a constipação, depressão e problemas de audição. Homens referiram palpitação, dor de estômago e problemas de audição como razão para procura de atendimento (BENER et al., 2013). No presente estudo, algumas evidências concordam parcialmente com tal pesquisa. A análise descritiva mostrou que todas as pacientes que referiram sintomas psicológicos como

motivo de ida à UBS são mulheres; e, entre os homens, depois do motivo “renovar prescrição médica”, todos referiram queixas clínicas.

Em relação à associação de TMC a fatores sociodemográficos e econômicos, somente o fator gênero apresentou-se significativamente associado a TMC. Na regressão logística, ser mulher foi identificado como variável preditora de TMC. Tal associação é corroborada pela literatura (LIMA et al., 2008; LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; MARAGNO et al., 2006; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006; SANTOS; SIQUEIRA, 2010). As possíveis causas desta associação com o sexo feminino não foram ainda esclarecidas, embora haja indícios de uma predisposição sociobiológica para isso, na qual o sistema neuroendócrino e o papel social juntos aumentem a susceptibilidade das mulheres a condições relacionadas ao psiquismo (KING; HEGADOREN, 2006).

Diferentemente do presente estudo, na literatura as altas prevalências de TMC têm sido atribuídas a outros fatores sociodemográficos e econômicos além do gênero, ou seja, os indicadores de desvantagem social (COSTA, LUDERMIR; 2005; GHULOUM; BENER; ABOU-SALEH, 2011; LIMA et al., 2008; PATTEL; EATON, 2010). Os autores acreditam que tais desvantagens podem se configurar como eventos produtores de estresse, aumentando a chance de ter TMC (LIMA et al., 1996; WEICH; LEWIS, 1998).

A teoria da determinação social, outra abordagem para explicar o fato dos TMCs serem associados a fatores sociodemográficos e econômicos, pode fornecer subsídios na tentativa de elucidar a associação entre gênero feminino e TMC. Na mesma, eventos de vida produtores de estresse atuam como estressores não específicos influenciando desbalanceamentos no sistema endócrino, o que aumentaria o risco de transtornos mentais. Ainda, leva em consideração a identidade social dos indivíduos como um conjunto de comportamentos que se associam à posição que ocupam em determinada rede social (COUTINHO; ALMEIDA FILHO; MARI, 1999).

Tais relações podem associar-se à questão do poder, desequilíbrio entre dominação e subordinação econômica, política ou social (ALMEIDA-FILHO; MARI; COUTINHO, 1999; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; WEICH; LEWIS, 1998). Sabe-se que, embora as mulheres tenham galgado posições profissionais e tenham maior autonomia atualmente, há muitos indícios de que na maioria das culturas vários fatores entre homens e mulheres ainda não se equipararam, tais como, salário e

afazeres do lar. Desta maneira, a mulher permanece numa posição de desequilíbrio em relação ao poder.

É interessante ressaltar a dificuldade em se avaliar o papel dos determinantes sociais na iniciação e curso de transtornos psiquiátricos, visto que há a possibilidade de causalidade bidirecional nesses eventos. Isto quer dizer que é difícil distinguir fatores de risco de efeitos adversos. Por um lado, como descrito acima, fatores ambientais desfavoráveis estão sabidamente associados ao surgimento de transtornos psiquiátricos, e por outro, o transtorno mental pode causar sérios prejuízos sociais na vida do indivíduo, como desemprego, baixo nível educacional, dificuldades nas relações interpessoais, entre outros (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

Observa-se em estudos mais recentes que a prevalência de TMC é similar entre países desenvolvidos, onde seria encontrado número menor de indicadores de desvantagem social, e países em desenvolvimento (KASCHOW et al., 2013; KROENKE et al., 2013; LOWE et al., 2008). Assim, fazem-se necessárias pesquisas em maior profundidade no sentido de entender a razão desta similaridade e de que maneira os fatores sociodemográficos e econômicos estariam envolvidos na ocorrência de TMC. Levando-se em consideração tais dados, cabe considerar que há a possibilidade de os fatores de desvantagem social atuarem de maneira auxiliar, mas não definitiva, no estabelecimento de TMC.

Considerando o panorama anteriormente descrito, evidencia-se a necessidade de estratégias e de preparo dos profissionais voltados para esse público no âmbito da ABS.

Contudo, o que se observa é ausência de tais ações em grande parte dos serviços, haja vista a alta prevalência de TMC demonstrada na literatura (COELHO et al., 2009; FORTES et al., 2011) e, também, nesta pesquisa.

O despreparo dos profissionais é ainda um entrave, pois muitos além de serem incapazes de detectar sinais de transtornos mentais não atribuem ações de saúde mental como um de seus papéis em ABS (SILVA; FUREGATO; COSTA JUNIOR, 2003). Nesse contexto, o enfermeiro na ABS exerce um papel importante no sentido de adequar as ações de saúde mental a usuários com indicadores de desvantagem social, visto que conhece a realidade de cada um, efetivando desta maneira, o atendimento integral.

A esse panorama, adiciona-se a questão da utilização de psicofármacos

na tentativa de tratar os TMCs. Os resultados deste estudo mostraram não só a associação de TMC com psicofármacos, mas também com número de tipo de medicamentos e número de medicamentos por dia. No modelo de regressão logística realizado com fatores sociodemográficos e econômicos, fatores farmacoterapêuticos e de saúde e o uso de psicofármacos contribuíram decisivamente com o modelo, sendo o preditor mais forte de TMC, com OR de 3,88.

A associação entre psicofármacos e TMC revelada no presente estudo é corroborada por estudos anteriores (LIMA et al., 2008; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006). A taxa de utilização de psicofármacos observada (25,8%) foi superior à encontrada na população em geral, que se estima ser de 9 a 13% (LIMA et al., 2008; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006), bem como em pesquisas realizadas em ABS, na qual foi evidenciado de 5,7% a 7,3% de uso de psicofármacos (NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012; ROCHA; WERLANG, 2013).

Em relação à associação entre TMC e as variáveis número de medicamentos prescritos e número de comprimidos administrados por dia, verificou-se que a percentagem de pacientes que utilizam mais de dois tipos de medicamentos por dia e mais que dois comprimidos por dia é maior entre os indivíduos positivos para TMC, corroborando estudo anterior que verificou a associação entre TMC e polifarmacoterapia (COELHO et al., 2009).

Tal achado demonstra que proporcionalmente o indivíduo com TMC parece estar exposto à prescrição de número maior de medicamentos e de maior quantidade de comprimidos, uma vez que usualmente tem psicofármacos prescritos. Sabe-se que tais variáveis podem desfavorecer a adesão aos medicamentos, visto que o paciente tem o regime farmacoterapêutico mais complexo, sendo exposto a mais riscos, tais como eventos adversos e interações medicamentosas.

Em relação aos tipos de psicofármacos prescritos, os mais prevalentes foram os da classe dos antidepressivos seguidos pelos benzodiazepínicos. Em concordância com os resultados deste trabalho, estudo em Porto Alegre evidenciou que os antidepressivos foram os mais prescritos em amostra em ESF (ROCHA; WERLANG, 2013). Em Ribeirão Preto, cidade onde foi desenvolvido este estudo, na população de uma área, 55% dos entrevistados usavam antidepressivos e 26,5% usavam benzodiazepínicos (NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012).

O alto índice de prescrição de fluoxetina pode ser justificado por alguns fatores. Primeiramente, a fluoxetina é classificada como inibidor seletivo da

receptação de serotonina (ISRS), classe de antidepressivos mais seguros e tolerados, se comparados aos antidepressivos tricíclicos, classe a qual pertencem a amitriptilina e a nortriptilina (ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004). Ainda, visto que a fluoxetina tem como efeito secundário a redução do apetite, suspeita-se de que possa estar sendo utilizada para de perda de peso, mesmo que a fluoxetina não seja aprovada para esta finalidade (MORAIS et al., 2006).

No entanto, alguns estudos apontam os benzodiazepínicos como classe de psicofármacos mais prescrita. Assim, estudo realizado no Chile revelou que de uma amostra de 188 usuários de ABS, 32% eram usuários de psicotrópicos e, destes, 82% utilizavam benzodiazepínicos (GALLEGUILLLOS et al., 2003). No mesmo estudo, foi frequente a prescrição de mais de um psicofármaco, o que também foi detectado na presente pesquisa, na qual 30,4% dos pacientes em uso de psicofármacos, na ocasião da coleta de dados, tinham mais de um tipo de medicamentos dessa classe prescrito.

Além disso, em estudo de base populacional em Pelotas, no Rio Grande do Sul, com 3.542 sujeitos, a prevalência de consumo de psicofármacos foi de 9,9%, sendo que os benzodiazepínicos foram os medicamentos mais utilizados (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006). Em Belo Horizonte, o uso de agentes ansiolítico-hipnóticos em idosos atingiu índices de 95% dos entrevistados e em uma pequena cidade do Estado de São Paulo, 50% dos entrevistados usavam benzodiazepínicos (MUNIZ, 1996; NOTO et al., 2002).

Por fim, destaca-se que todos os antidepressivos e ansiolíticos benzodiazepínicos prescritos consistem em medicamentos distribuídos pelo SUS, o que poderia fomentar sua prescrição em detrimento de outras opções (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

Entre as pessoas que usam psicofármacos, 65,8% apresentaram TMC. Entretanto, chama a atenção o fato de 34,2% dos usuários de psicofármacos não serem positivos para TMC. Em estudo de base populacional na cidade de Botucatu, em São Paulo, Lima et al. (2008) mostraram que o percentual de sujeitos com TMC em uso de psicofármacos foi 27,1%, enquanto entre os sujeitos sem TMC foi 9,7%.

Diante desse contexto, cabe considerar duas suposições: ou há pacientes em uso de psicofármacos com ausência de sintomatologia ou os mesmos estão em remissão de sintomas, visto que a maioria desses pacientes utilizava psicofármacos, há pelo menos um ano no momento da entrevista (73%). Ainda, dentre eles, a

maioria é positiva para TMC (64,2%). Sendo assim, há indícios de que os psicofármacos não estejam sendo efetivos, indicando dissonâncias em relação ao seu uso e ao reconhecimento correto de TMC.

O uso de psicofármacos para TMC é controverso na literatura. Há evidências de que, em pessoas com sintomas não severos de depressão e ansiedade, os psicofármacos não atuam de maneira eficaz (BARBUI et al., 2011). De acordo com Patel et al. (2003) os psicofármacos, especialmente a fluoxetina, constituem alternativas terapêuticas somente nos dois primeiros meses de tratamento de TMC, em médio e longo prazo parecem não melhorar os sintomas. Embora os autores atribuam a perda da melhora inicial em parte à não adesão, que ocorre após os pacientes sentirem-se melhores, pontuam que se faz necessária a busca de outras abordagens, contemplando inclusive as questões sociodemográficas e econômicas, comuns em países em desenvolvimento e muito presentes em ABS.

Em contrapartida, na Inglaterra, o tratamento medicamentoso auxiliou pacientes com TMC cujos sintomas não remitiram em oito meses de aconselhamento, demonstrando que a abordagem mista pode ser útil e apresenta-se viável em termos de custo-benefício (KENDRICK et al., 2009).

A despeito dos dados inconclusivos a respeito do uso de psicofármacos para TMC, há resultados incisivos, com ensaios clínicos randomizados, que demonstram que abordagens de tratamento não medicamentoso contribuem com a melhoria de sintomas de TMC (CUIJPER et al., 2014).

Para exemplificar, destaca-se estudo recente desenvolvido na Itália em pacientes presentes em ABS com TMC, especialmente com mais sintomas depressivos, o qual observou que a porcentagem de pacientes que atingiram a remissão em dois meses foi maior no grupo que passou somente por aconselhamento interpessoal do que os pacientes que tiveram exclusivamente tratamento medicamentoso (MENCHETTI et al., 2014).

Mediante a vasta prescrição de psicofármacos encontrada neste estudo e buscando esgotar todas as vertentes que poderiam elucidar os resultados encontrados, é pertinente considerar que há a probabilidade de repetição de prescrições de psicofármacos sem exame clínico acurado, visto que os pacientes entrevistados têm as mesmas prescrições há longo tempo, embora não tenha sido objetivo deste estudo realizar tal investigação.

Nesse sentido, na Finlândia, pesquisa destacou que os psicofármacos são os medicamentos com maior índice de repetição de prescrições sem consulta. Enquanto a percentagem de repetição de prescrição de antibióticos sem consulta foi de 7%, a de antipsicóticos foi de 57%. Para ansiolíticos e antidepressivos, tal percentagem foi de 30% e 38%, respectivamente. A repetição de prescrições com consulta apresentou percentagens semelhantes, exceto para antipsicóticos que foi de 17%. Ser idoso foi o fator que mais aumentou a chance de indivíduos terem repetição de prescrição (SAASTAMOINEN; ENLUND; KLAUKKA, 2008).

No Brasil, resultados semelhantes foram encontrados por Orlandi e Noto (2005). Os autores observaram, em estudo com informantes-chave sobre uso de benzodiazepínicos, que a maioria dos usuários entrevistados relatou ser frequente a obtenção de receita sem consulta formal junto a seus médicos. Além disso, todos eles faziam uso prolongado dos medicamentos (entre dois e oito anos) com falhas na orientação, inclusive em relação ao risco de tolerância e dependência.

Uma das alternativas para propiciar prescrições adequadas e que sejam realmente efetivas para a clientela é a revisão das prescrições por farmacêuticos. Como exemplo, autores da Suécia mostraram a relevância de um grupo de revisão de prescrições. Farmacêuticos conduziram grupo com pacientes idosos em uso de dez ou mais fármacos ou com pelo menos uma prescrição inadequada – aquelas com potencial para interações medicamentosas. O grupo foi capaz não só de reduzir o número de medicamentos prescritos bem como eliminar as prescrições inadequadas significativamente (MILOS et al., 2013).

Ressalta-se, no entanto, que o enfermeiro como membro da equipe de saúde, tem como responsabilidade assistir o paciente em relação à terapêutica medicamentosa de maneira a fomentar o uso correto de medicamentos e detectar dissonâncias nas prescrições.

Porém, a literatura referente às ações do enfermeiro na assistência ao pacientes em uso de medicamentos em ABS é escassa. Um dos poucos estudos versando sobre este tema é de Caixeta e Moreno (2008) que verificaram que nas ABSs de Botucatu, em São Paulo, em relação à utilização de psicofármacos, os enfermeiros se limitam a orientações esporádicas aos pacientes e ao controle dos mesmos.

Quanto à análise estatística do uso de psicofármacos como variável dependente, o presente estudo revelou associações interessantes. Em relação aos

fatores sociodemográficos, enquanto TMC como variável dependente se mostrou associada ao gênero feminino, o uso de psicofármacos mostrou-se associado à idade e à escolaridade.

No que se refere à associação entre uso de psicofármacos e idade, observa-se na literatura, a tendência desta prevalência aumentar com a faixa etária do indivíduo (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006), o que corrobora os resultados encontrados neste estudo. Observam-se nos resultados deste trabalho prevalências crescentes de uso de psicofármacos com o aumento das faixas etárias. Assim, a menor prevalência de uso de psicofármacos foi encontrada na faixa etária de 18 a 40 anos (10,1%), seguido por pessoas entre 41 e 59 anos (31,6%). O uso de psicofármacos foi mais comum nos indivíduos acima de 60 anos (41,6%).

No entanto, na análise multivariada, somente escolaridade, no caso a baixa escolaridade (pacientes que relataram ter estudado até ensino fundamental incompleto ou completo), mostrou-se como preditor do uso de psicofármacos, ao lado de TMC e ser portador de patologias clínicas, sendo este último o fator que mais contribuiu com o modelo com OR de 5,4.

Em relação à escolaridade, não foi encontrado na literatura artigo que evidenciasse especificamente a associação entre a mesma e uso de psicofármacos. No entanto, visto que o uso de psicofármacos mostrou-se constantemente associado com TMC neste estudo, é possível utilizar-se da literatura a respeito de TMC para elucidar tal relação. Desse modo, é importante destacar que a escolaridade está usualmente ligada a piores chances de ascensão profissional e social, podendo contribuir para pior qualidade de vida, chances de desenvolver TMC, o que, conseqüentemente, aumentaria a chance de uso de psicofármacos (PATEL; KLEINMAN, 2003).

Obviamente, se grande parte dos pacientes que usam psicofármacos tem patologias clínicas, não é surpreendente que usem mais medicamentos e administrem mais comprimidos por dia, como encontrado no presente estudo.

Tal aspecto é particularmente importante uma vez que esses pacientes apresentam maior risco de ocorrência de efeitos adversos e interações medicamentosas.

Dessa forma, em estudo retrospectivo em hospital público de São Paulo, foi observado que entre 169 pacientes que usavam antidepressivos, 36 deles estavam sob risco de interações com outros fármacos (MIYASAKA; ATALLAH,

2003). Em outro estudo, de base populacional, realizado em Minas Gerais com 1.419 pacientes idosos, foi visto que a prevalência do uso de benzodiazepínicos com dois ou mais medicamentos foi de 59,5%, ou seja, caracterizando risco grande de interações medicamentosas (ALVARENGA et al., 2009). Em São Paulo, na população de um bairro foi verificado que 77% de usuários de psicofármacos utilizavam outro medicamento em paralelo, sendo que 35% o faziam sem conhecimento de seu médico, e 27% ingeriam bebidas alcoólicas (SANTOS et al., 2010).

O uso indevido de psicofármacos envolve também fatores relacionados às atitudes e ao conhecimento dos profissionais de saúde. Como exemplo, em pesquisa onde foram avaliadas as orientações médicas sobre uso de benzodiazepínicos, foi observado que a maior preocupação dos profissionais era com o risco de interação de tais medicamentos com o álcool, mas quase nenhuma orientação sobre o tempo de uso e a possível dependência que poderia ocorrer (AUCHEWSKI et al., 2004).

Médicos de família nos Estados Unidos classificaram seu conhecimento sobre prescrição de psicofármacos ausente ou insuficiente, embora prescrevessem tais medicamentos rotineiramente. Porém, mostraram-se dispostos a treinamentos para desenvolver habilidades em detectar transtornos mentais e prescrever psicofármacos de forma mais segura (FRASER; OYAMA, 2013).

Estudiosos têm atribuído, pelo menos em parte, o uso indiscriminado de psicofármacos à prescrição dos mesmos por médicos não especialistas em psiquiatria, possivelmente pela maior dificuldade em diagnosticar corretamente um transtorno mental. De fato, alguns estudos corroboram essa proposição. Na Turquia, por exemplo, pesquisadores observaram que médicos atuantes na ABS com pós-graduação em psiquiatria diagnosticaram com mais precisão transtornos de ansiedade (KARTAL; COSKUN; DILBAZ, 2010).

Entretanto, em estudo norte-americano, os pesquisadores compararam o tratamento recebido por pacientes com transtornos de ansiedade na ABS por médicos generalistas ou psiquiatras e não encontraram diferenças significativas (WEISBERG, 2007).

No cenário brasileiro, embora não haja estudos versando especificamente sobre este tema, a prescrição de psicofármacos por médicos não psiquiatras torna-se uma questão a ser considerada, visto que na atenção básica atuam somente

médicos generalistas, como neste estudo que evidenciou que a maioria dos psicofármacos foi prescrita por médicos generalistas.

Os resultados obtidos com a análise multivariada, tendo o uso de psicofármacos como variável dependente, levam à conclusão de que o atendimento de pacientes com TMC na ABS, visto que se tem o fator patologias clínicas fortemente associado neste contexto. Neste sentido, estudo de Moreira et al. (2011) verificou associação entre TMC e patologias clínicas. Além disso, indivíduos com TMC apresentaram duas vezes maior chance de fazer uso de medicamentos, quando comparados a pessoas sem TMC.

Estudo buscando caracterizar o perfil de utilização de medicamentos em pacientes portadores de diabetes e/ou hipertensão evidenciou que 13,8% da amostra utilizava psicofármacos na ocasião da entrevista (PEREIRA et al., 2012).

Entretanto, cabe considerar que na ABS no Brasil, embora as políticas de saúde mental apontem estratégias para fomentar o tratamento de pacientes com TMC, ou mesmo transtornos mentais em geral, as ações realmente inseridas na prática dos profissionais são ainda mínimas. Pode-se inferir que o profissional prescritor de psicofármacos, no caso o médico, não possui alternativas viáveis para assistir tais pacientes além da farmacológica.

Em contrapartida ao uso de psicofármacos por pacientes sem sintoma psicológico algum, há a probabilidade de pacientes com TMC estarem sendo desatendidos em suas necessidades, visto que 37,6% desta clientela no presente estudo não recebe tratamento algum, nem mesmo psicofármacos. Ressalva-se que não se trata de fomentar o uso de psicofármacos, mas simplesmente de concluir que boa parte dos pacientes com TMC não é diagnosticada.

Estudo recente de Quintana et al. (2013) parece corroborar com tal suposição, embora tenha sido realizado na população em geral e não em ABS. Os autores verificaram que 84% dos indivíduos entrevistados no Rio de Janeiro com algum transtorno mental não faziam uso de psicofármacos.

De particular interesse para a discussão dos resultados deste estudo, pesquisadores da Suécia procuraram desvelar as razões pelas quais médicos trabalhadores em ABS na Suécia prescreviam psicofármacos. De maneira interessante, os profissionais entrevistados destacaram que consideram que a psiquiatria “não é uma ciência como as outras ciências, exatas; deixa margem para muitas interpretações”. Além disso, surpreendentemente consideraram que fatores

como, “os pacientes buscam tratamento para suas queixas”, “interação profissional-paciente” e “falta de recursos na unidade” pesam mais na decisão pelos psicofármacos do que a necessidade do paciente em si (HEDENRUD; SVENSSON; WALLERSTEDT, 2013).

No Brasil, Fortes (2004) confirma que como os pacientes chegam com queixas psicossomáticas é mais difícil a detecção de TMC. Em sua tese de doutorado, a autora verificou que 90% dos pacientes com TMC em ABS, no caso ESF, apresentam-se inicialmente com queixas orgânicas, não referindo queixa psicológica alguma.

Yamamoto et al. (2013) corroboram tal hipótese com estudo desenvolvido no Japão, no qual constataram que todos os pacientes entrevistados que preenchiam os critérios para depressão em ABS procuraram o serviço com pelo menos um sintoma somático, sendo eles distúrbios do sono e perda de apetite, e não revelaram queixas relativas a humor ou à ansiedade. No Canadá, os índices de não detecção de TMC em ABS chegaram a 71% (VERMANI; MARCUS; KATZMAN, 2011). No Qatar, Bener et al. (2013) encontraram não só associação entre sintomas somáticos, ansiedade e depressão, mas também que quase 50% dos indivíduos que apresentaram sintomas somáticos tiveram mais de quatro sintomas ansiosos ou depressivos.

Por outro lado, cabe considerar que muitos portadores de TMC podem ter melhora espontânea com o tempo. Walters et al. (2011) verificaram em estudo horizontal que, ao longo de um ano, 61% dos indivíduos com TMC tiveram melhora considerável sem intervenção alguma. No entanto, tais pacientes tiveram duas vezes mais chances de apresentar outros diagnósticos relacionados a estresse, três meses após a primeira entrevista.

Os resultados obtidos nas análises dos escores de QV desta amostra corroboram tal proposição, de que embora considerados não graves e apresentarem a possibilidade de se resolverem espontaneamente, os TMCs trazem prejuízos funcionais para os portadores, além de sobrecarregarem os sistemas de saúde (KASCKOW et al., 2013; KROENKE et al., 2013; LÖWE et al., 2008; WALTERS et al., 2011).

Dessa maneira, no presente estudo, foram obtidas diferenças significativas entre pessoas com e sem TMC em todos os domínios, incluindo nas duas primeiras questões do WHOQOL-*brief* que abarcam qualidade de vida geral.

Tais questões remetem à autoavaliação da QV. Assim, os pacientes positivos para TMC atribuíram valores menores à própria QV, em comparação com os indivíduos negativos para TMC.

Almejando os objetivos propostos, foram incluídos nos modelos de regressão linear criados neste estudo as variáveis TMC, o uso de psicofármacos e a presença de doenças clínicas. Visto que fatores sociodemográficos e econômicos estão relacionados à menor qualidade de vida, foram incluídas nos modelos as variáveis: sexo, idade, escolaridade, renda, ocupação e estado civil (ARNOLD et al., 2004).

No que se refere às variáveis sociodemográficas e econômicas, as influências sobre QV foram pequenas, embora algumas fossem significativas estatisticamente. Dessa maneira, não estar trabalhando mostrou-se associado à pior QV no domínio físico. Idade e renda foram preditores de QV no domínio psicológico. O domínio meio ambiente teve o maior número de variáveis sociodemográficas e econômicas associadas à QV, sendo elas: sexo, estado civil, renda e idade. Cabe destacar que, embora tais associações mostrem-se fracas, contribuem para a compreensão da população de tais unidades de maneira global. Portanto, faz-se necessário que as mesmas sejam consideradas em caso de propostas de intervenção para melhoria de QV.

Não obstante, ressalta-se que TMC foi o preditor mais forte de pior QV em todos os domínios, sendo o único fator associado à pior QV no domínio relações sociais. A variável uso de psicofármacos teve influência fraca nos domínios físico e psicológico, onde sua influência foi negativa, ou seja, os indivíduos em uso de psicofármacos tiveram maior probabilidade de apresentarem piores escores de QV. Ser portador de doenças clínicas mostrou-se associado à pior QV, mesmo que não fortemente, somente no domínio físico.

Em relação à variável TMC, nossos dados são corroborados por dados da literatura, onde se encontra que os pacientes com TMC, que comumente têm sintomas mistos de ansiedade e depressão, apresentam piores escores de QV que indivíduos da população em geral (JANSEN et al., 2011; LIMA; FLECK, 2009; SILVA-LIMA; FLECK, 2007).

Destaca-se que há resultados divergentes na literatura em relação à comparação da QV em portadores de TMC com outros transtornos psiquiátricos. Há estudos, como o de Löwe et al. (2008), que mostram que os TMCs, cujo quadro

inclui sintomas de ansiedade, depressão e somatoformes, afetam mais a QV das pessoas do que tais sintomas isolados. Em contrapartida, algumas evidências mostram que a QV de pessoas com TMC não foi menor que a de pessoas com sintomas de depressão e ansiedade isoladamente (KASCHOW et al., 2013; WALTERS et al., 2011). No Brasil, Silva-Lima e Fleck (2007) observaram que pacientes com sintomatologia limiar de depressão tiveram menor prejuízo na QV, quando comparados a pacientes com depressão maior. Contudo, parece ser constante a pior QV de indivíduos com TMC comparados com a população, ou seja, os TMCs podem se resolver espontaneamente, mas seus portadores permanecem com baixa QV (WALTERS et al., 2011).

Outro achado relevante deste estudo refere-se ao comportamento na variável uso de psicofármacos, nos modelos de regressão linear para QV. A variável mostrou-se fracamente associada com QV nos domínios físico e psicológico, evidenciando que as pessoas em uso de psicofármacos tiveram piores escores de QV; e adicionalmente, não exerceram influência alguma nos domínios relações sociais e meio ambiente.

Este resultado fortalece a proposição anteriormente discutida de que, nesta amostra, os psicofármacos parecem estar sendo utilizados de maneira ineficiente nesses pacientes. Ainda, tal resultado leva à reflexão da relevância de investimentos em estudos com delineamento horizontal para elucidar a fisiopatologia dos TMCs em ABS, para que possam ser estabelecidas estratégias que os tratem efetivamente.

Entretanto, cabe considerar que a influência negativa dos psicofármacos sobre a QV pode estar relacionada às características desta classe de medicamentos. É amplamente conhecido que ao lado da gama de benefícios conferidos pelo uso de psicofármacos, existe a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos, o que pode levar o paciente a ter piores escores de QV. Para se ter uma ideia, 30 a 70% das mulheres em uso de antidepressivos podem ter disfunções sexuais advindas do uso dos mesmos (CORDÁS; LARANJEIRAS, 2005).

Quanto à variável doenças clínicas, não é surpreendente a mesma ter influenciado negativamente, ainda que não substancialmente, os escores de QV no domínio físico, visto que as facetas do mesmo remetem realmente aos aspectos de ordem fisiológica, tais como, dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso. Tal achado está em acordo com estudos que mostram que a presença de sintomas

de TMC em doenças clínicas pode prejudicar os escores de QV (KROENKE et al., 2013; LIMA; FLECK, 2009).

Portanto, considerando os resultados obtidos nesta pesquisa e a literatura pertinente, há evidências suficientes para concluir que os pacientes com TMC constituem grupo altamente prevalente em ABS e com características peculiares e multidimensionais, o que demandaria abordagens que também contemplassem as diversas dimensões do ser humano, tais como, física, psicológica, social e espiritual.

Nesse sentido, cabe destacar algumas iniciativas objetivando melhorar o tratamento dos TMC sem ABS.

Visto que o uso de psicofármacos, isoladamente, parece não ser efetivo para TMC, a maioria das tentativas em âmbito mundial consiste em efetivar estratégias de cuidado colaborativo ou AM (HERMENS et al., 2014; OOSTERBAN et al., 2013).

Na França, estudo constatou que pacientes com depressão apresentaram menos chances de recaídas quando não são unicamente tratados com psicofármacos, mas também com modalidades terapêuticas psicossociais (ENCRENAZ et al., 2009).

Em todos os estudos onde foram testadas abordagens não medicamentosas ou em conjunto com as mesmas, foi observada melhora significativa nos quadros associados a TMC. Como exemplo, esta foi a conclusão obtida numa revisão canadense a respeito de colaboração profissional entre diferentes classes de trabalhadores da saúde, ou seja, em todos os artigos analisados quando há colaboração entre profissionais para acolher, compartilhar informações a respeito dos pacientes, os mesmos se recuperam melhor (ZWARENSTEIN; GOLDMAN; REEVES, 2009).

No Brasil, há iniciativas buscando implementar modelos de AM (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010; ONOCKO-CAMPOS et al., 2012; TÓFOLI; FORTES, 2007). No entanto, em Campinas estudo mostrou que o contato entre os profissionais que prestam o AM com as equipes é ainda precário. Além disso, foi evidenciada correlação positiva entre a ESF que dispunha de maior número de ações e estratégias com a satisfação no atendimento e por parte dos funcionários (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

Experiência em uma UBS de São Paulo mostrou a eficácia do AM alcançando o índice de 84,2% de pacientes atendidos integralmente (MEGUINI,

2012).

Como já pontuado anteriormente, destaca-se a criação dos NASFs no Brasil, visando fortalecer o AM. Como se trata de estratégia relativamente recente, o impacto dos NASFs na atenção em saúde mental em ABS não foi ainda mensurado. No entanto, relato de experiência, sobre implantação dos NASFs em Campinas, refere que devido às unidades de ABS cobertas não terem experiência com prévia com o conceito AM, há tendência por parte da equipe de referência de desresponsabilizar-se. Além disso, o entendimento errôneo da função do NASF faz com que tal unidade se sobrecarregue (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Diante das dificuldades em atender à demanda em ABS por saúde mental, outra tecnologia em saúde passível de ser utilizada nesse contexto é a terapia comunitária. Definida como um espaço de acolhimento, onde é possível a partilha de sofrimentos e aprendizados, a terapia comunitária tem se mostrado satisfatória como instrumento de empoderamento (GUIMARÃES; FERREIRA-FILHA, 2006; ROCHA et al., 2013; SOUZA et al., 2013). Entretanto, faz-se necessária a investigação dos efeitos da terapia comunitária sobre pacientes com TMC.

Em suma, os resultados deste estudo, bem como as evidências da literatura, remetem à reflexão do quanto a presença tão prevalente de TMC e seu peso têm desafiado os profissionais na ABS ao atendimento integral. Assim, o real desafio a ser transposto é o atendimento integral, o que inclui a dimensão mental dos usuários. O pressuposto do atendimento integral é confrontado com a formação dos profissionais que atuam, dos quais grande parte advém de currículos fragmentados e médico-centrados.

Silva Junior, Mehry e Carvalho (2003) postulam que é mais fácil para os profissionais de saúde lidar com a “doença” em detrimento do “sofrimento”, visto que para as doenças existem medidas exatas e intervenções precisas.

Atualmente muitas universidades reformularam os currículos, buscando integrar os conteúdos de maneira a minimizar a fragmentação do ser humano. As metodologias de ensino, mais ativas, permitem ao aluno exercitar a reflexão, o senso crítico e a tomada de decisões. Estudo sobre a formação de enfermeiros forneceu evidências de que tais iniciativas levaram os estudantes à internacionalização do conceito de integralidade (SILVA; SENA, 2008).

Assim, vista a demanda vinda dos modelos de assistência em saúde atuais, conclui-se que há a preocupação com o atendimento integral dos indivíduos,

o que inclui os TMCs, bem como iniciativas almejando sanar tal necessidade. No entanto, faz-se necessária a avaliação constante dos resultados destas ações.

5.1 Limitações do estudo

A primeira limitação diz respeito ao estudo em questão ser transversal, sendo impossível prever causalidade nas questões abordadas. Estudos horizontais trariam a possibilidade de investigações em maior profundidade do curso da sintomatologia dos TMCs, podendo fornecer subsídios mais fidedignos a respeito do impacto dos mesmos em UBSs.

Segundo, o instrumento utilizado para detecção de TMC não é o padrão-ouro, ou seja, a entrevista psiquiátrica. No entanto, o SRQ-20, utilizado para detecção de TMC neste estudo tem padrões considerados confiáveis para ser utilizado em estudos de prevalência.

Finalmente, a utilização de diferentes instrumentos para mensurar TMC bem como QV na literatura desfavorece comparação aprofundada dos resultados encontrados, uma vez que os itens dos questionários diferem em número, organização e formulação. Porém, todos os instrumentos utilizados neste estudo são preconizados pela OMS e amplamente difundidos.

6. CONCLUSÕES

O presente estudo atingiu os objetivos propostos, ou seja, investigar os fatores associados a TMC e ao consumo de psicofármacos em UBSs de Ribeirão Preto, bem como avaliar a QV de tais pacientes.

Observou-se que a prevalência de TMC foi 41,4%, sendo considerada alta, porém não incomum em UBSs. Além disso, a prevalência de uso de psicofármacos encontrada, 25,8%, é considerada acima daquela encontrada na população em geral.

Os fatores preditores de TMC na amostra estudada foram sexo feminino e uso de psicofármacos. Ainda, foram encontradas associações entre ser positivo para TMC e número de tipos de medicamentos e número de comprimidos por dia.

Na análise, considerando o uso de psicofármacos como variável desfecho, verificou-se que TMC, doenças clínicas e escolaridade aumentaram o risco de os indivíduos terem prescrição de psicofármacos.

Finalmente, os resultados mostraram que TMC foi o fator que mais contribuiu no modelo de regressão para piores escores de QV, enfatizando a relevância de tais sintomas no cotidiano do indivíduo e, possivelmente, na utilização dos serviços de saúde. Ainda, o uso de psicofármacos influenciou negativamente os padrões de QV nos domínios físico e psicológico.

Portanto, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de estratégias em atenção básica que busquem contemplar a integralidade dos indivíduos, visto a associação entre TMC, uso de psicofármacos e QV com variáveis sociodemográficas e econômicas. Os resultados com QV permitem a suposição de que quem estivessem em uso de psicofármacos ou não, os indivíduos apresentaram-se em sofrimento.

Com esse conhecimento, este estudo é pioneiro no Brasil por ter contemplado a questão de presença de TMC, uso de psicofármacos e QV em UBSs. Assim, os resultados encontrados são de relevância excepcional para o desenvolvimento de estratégias para este tipo de serviço.

REFERÊNCIAS³

³ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

AUCHEWSKI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 24-31, 2004.

AILLON, J. L. et al. Prevalence, types and comorbidity of mental disorders in a Kenyan primary health centre. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, New York, 2013. In press. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-013-0755-2>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J.; COUTINHO, E. S. F. Migração, inserção produtiva e saúde mental na modernidade tardia: novas evidências do estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas brasileiras. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 237-245, 1999. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>>. Acesso em: 25 jun. 2011.

ALVARENGA, J. M. et al. A population based study on health conditions associated with the use of benzodiazepines among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 605-612, 2009.

ANDRADE, M. F.; ANDRADE, R. C. G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação de informações contidas em receitas e notificações. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 471-479, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v40n4/v40n4a04.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

ARAÚJO, T. M. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005.

ARAÚJO, T. M. et al. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas de casa e trabalhadoras. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 23, p. 260-269, 2006.

ARNOLD, R. et al. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. **Quality of Life Research**, New York, v. 13, n. 5, p. 883-896, 2004.

AUCHEWSKI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 24-31, 2004.

- AZEVEDO, L. F. M. Um estudo sobre a “Doença dos Nervos” para além de um sofrimento incorporado. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 5, n. 2, p. 223-235, 2012.
- BARBUI, C. et al. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 198, n. 1, p. 11–16, 2011. Supplement 1.
- BENER, A. et al. Somatic symptoms in primary care and psychological comorbidities in Qatar: neglected burden of disease. **International Review of Psychiatry**, Abingdon, v. 25, n. 1, p. 100–106, 2013.
- BIJL, R. V. et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. **Health Affairs**, Bethesda, v. 22, n. 3, p. 122-133, 2003.
- BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.
- BOUSMAN, C. A. et al. Methylene tetrahydrofolate reductase (MTHFR) genetic variation and major depressive disorder prognosis: a five-year prospective cohort study of primary care attendees. **American Journal of Medical Genetics**, Bethesda, v. 165, n. 1, p. 68–76, 2014.
- BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de Botucatu (SP). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1585-1596, 2010. Suplemento 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de Saúde da Família – 2001/2002**. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998 – 2004**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1. p. 48-56. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 17 mar. 2014.

BRUGHA, T. S. et al. Predicting the short-term outcome of first episodes and recurrences of clinical depression: a prospective study of life events, difficulties, and social support networks. **The Journal of Clinical Psychiatry**, New York, v. 58, n. 7, p. 298-306, 1997.

BRUGHA, T. S. et al. Social support networks and types of neurotic symptoms among adults in British households. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 33, n. 2, p. 307-318, 2003.

CAIXETA, C. C.; MORENO, V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básica de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 179-188, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a16.htm>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

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

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. **Interações – Estudos e Pesquisas em Psicologia**, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 37-64, 2003.

COELHO, F. M. C. et al. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 25, n. 1, p. 59-67, 2009.

CORDÁS, T. A.; LARANJEIRAS, M. Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 3, p.168-173, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000300007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 fev. 2014.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.73-79, 2005.

COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 5, 1999. Disponível em: <[http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo\(246\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo(246).htm)>. Acesso em: 23 mar. 2011.

CUIJPERS, P. et al. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. **World Psychiatry**, Philadelphia, v. 13, n. 1, 2014.

CUNHA, G. T.; CAMPOS; G. W. S. Apoio Matricial e ABS em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

ENCRENAZ, G. et al. Use of psychoactive substances and health care in response to anxiety and depressive disorders. **Psychiatry Services**, Arlington, v. 60, n. 3, p. 351-357, 2009.

FACUNDES, V. L. D.; LUDERMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 194-200, 2005.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde mental na atenção básica**: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP). 2006. 134 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2006.

FIOROTTI, C.; TOMAZELLI, J.; MALAGRIS, L. Transtornos mentais comuns em pacientes hipertensos: estudo em unidade de ABS à saúde no Rio de Janeiro. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 3, p. 318-327, 2009.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-brief". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FLECK, M. P. A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 285-294, 2008.

FORTES, S. **Transtornos mentais comuns na ABS: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades de programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil.** 2004. 165 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C.S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 32-37, 2008.

FORTES, S. et al. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 33, n. 2, p.150-156, 2011.

FRANCES, A. The first draft of DSM-V. **BMJ**, London, v. 340, c1168, 2010. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/340/bmj.c1168>>. Acesso em: 11 fev. 2014.

FRASER, K.; OYAMA, O. Knowledge of psychotropics and prescribing preferences of family physicians: a preliminary study. **Academic Psychiatry**, Elmhurst, v. 37, n. 5, p. 325–328, 2013.

GALLEGUILLOS, T. et al. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes em atención primaria. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 131, n. 5, p. 535-540, 2003.

GANDOLFI, E.; ANDRADE, M. G. G. Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1056-1064, 2006.

GASPARINI, S. M. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2679-2691, 2006.

GHULOUM, S.; BENER, A.; ABOU-SALEH, M. T. Prevalence of mental disorders in adult population attending primary health care setting in Qatari population. **Journal of Pakistan Medical Association**, Karachi, v. 61, n. 3, p. 216-221, 2011.

GIANINI, R. J. Prática de rastreamento no cenário do programa saúde da família em Sorocaba (SP). **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 15-22, 2008.

GOLDBERG, D.; GOODYER, I. **The origins and course of common mental disorders**. New York: Routledge, 2005.

GOMES, V. P.; MIGUEL, T. L. B.; MIASSO, A. I. Transtornos mentais comuns: perfil sociodemográfico e farmacoterapêutico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1203-1211, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/2013nahead/pt_0104-1169-rlae-0104-1169-2990-2355.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.

GONCALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

GRAEFF, F. G.; GUIMARÃES, F. S. **Fundamentos de psicofarmacologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

GRANDES, G. et al. The burden of mental disorders in primary care. **European Psychiatry**, Strasbourg, v. 26, n. 7, p. 428-435, 2011.

GUIMARÃES, F. J.; FERREIRA-FILHA, M. O. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 404-414, 2006.

HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980.

HARTUNG, D. M.; TOCHETTE, D. Overview of clinical research design. **American Journal of Health-System Pharmacy**, Bethesda, v. 66, n. 4, p. 398-408, 2009.

HEDENRUD, T. M.; SVENSSON, S. A.; WALLERSTEDT, S. M. "Psychiatry is not a science like others" - a focus group study on psychotropic prescribing in primary care. **BMC Family Practice**, London, v. 14, n. 115, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/11>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

HERMENS, M. L. M. et al. Stepped care for depression is easy to recommend, but harder to implement: results of an explorative study within primary care in the Netherlands. **BMC Family Practice**, London, v. 15, n. 5, p. 2-12, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/5>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

IACOPONI, E.; MARI, J.J. Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. **The International Journal of Social Psychiatry**, Cambridge, v. 35, n. 3, p. 213-222, 1988.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados do Censo 2010** - Dados: Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354340>>. Acesso em: 01 mar. 2014.

JANSEN, K. et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 440-448, 2011.

KARTAL, M.; COSKUN, O.; DILBAZ, N. Recognizing and managing anxiety disorders in primary health care in Turkey. **BMC Family Practice**, London, v. 11, n. 30, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/30>>. Acesso em: 3 mar. 2011.

KASCKOW, J. W. et al. Subsyndromal depression and anxiety in older adults: health related, functional, cognitive and diagnostic implications. **Journal of Psychiatric Research**, Philadelphia, v. 47, n. 5, p. 599-603, 2013.

KENDRICK, T. et al. Randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors plus

supportive care, versus supportive care alone, for mild to moderate depression with somatic symptoms in primary care: the THREAD (THREshold for AntiDepressant response) study. **Health Technology Assessment Journal**, Southampton, v. 13, n. 22, p. IX-XI, 2009. Disponível em: <<http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1322.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

KING, S. L.; HEGADOREN, K. M. An integrative science approach: value added in stress research. **Nursing and Health Sciences**, Tokio, v. 8, n. 2, p. 114-119, 2006.

KING, M. et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 192, n. 5, p. 362–367, 2008.

KROENKE, K. et al. Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. **General Hospital Psychiatry**, Seattle, v. 35, n. 4, p. 359–365, 2013.

LIMA, M. S. et al. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, New York, n. 26, v.2, p. 211-222, 1996.

LIMA, M. S. et al. Psychiatric disorder and the use of Benzodiazepines: an example of the inverse care. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, New York, v. 34, n. 6, p. 316-322, 1999.

LIMA, M. C. P. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 717-723, 2008.

LIMA, A. F. B. S.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura II. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, 2009. Suplemento. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000400002>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189–201, 2003.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde**

Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1713-1720, 2003.

LÖWE, B. et al. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. **General Hospital Psychiatry**, Seattle, v. 30, n. 3, p. 191–199, 2008.

LUDERMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 647-659, 2000.

LUDEMIR, A. B.; MELO-FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

LUDERMIR, A. B. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 198-204, 2005.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa saúde da família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006.

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

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

MEGUINI, F. **Apoio matricial em saúde mental**: uma experiência local. São Paulo: Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, 2012.

MENCHETTI, M. et al. Moderators of remission with interpersonal counselling or drug treatment in primary care patients with depression: randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 204, p. 144-50, 2014. In press. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/204/2/144.full.pdf+html>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

MIELKE, F. B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na estratégia saúde da família: avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 900-907, 2010.

- MILOS, V. et al. Improving the quality of pharmacotherapy in elderly primary care patients through medication reviews: a randomised controlled study. **Drugs & Aging**, New York, v. 30, n. 4, p. 235–246, 2013.
- MIYASAKA, L. S.; ATALLAH, A. N. Risco de interação de drogas: combinações de uso de antidepressivos e outras drogas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 212-215, 2003.
- MORAIS, E. C. et al.. Análise da prescrição e consumo de cloridrato de fluoxetina no município de Florianópolis (SC). **Revista Saúde e Ambiente**, Joinville, v. 7, n. 2, p. 7-11, 2006.
- MOREIRA, J. K. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do programa saúde da família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 221-226, 2011.
- MUNIZ, M. Ópio da terceira idade. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 95, p. 62, 1996.
- NETTO, M. U. Q.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L. Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 33, n. 1, p. 77-81, 2012.
- NOTO, A. R. et al. Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 2, p.68-73, 2002.
- OHAERI, J. U.; AKANJI, A. O. Metabolic syndrome in severe mental disorders. **Metabolyc Syndromes and Related Disorders**, New Rochelle, v. 9, n. 2, p. 91-98, 2011.
- OLIVEIRA, A. G. B.; ATAÍDE, I. F. C.; SILVA, M. A. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na ABS: o trabalho de enfermeiros construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 618-624, 2004.
- ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012.

OOSTERBAAN, D. et al. Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomized controlled trial. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 203, n. 2, p. 132-139, 2013.

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

ORLEY, J.; SAXENA, S.; HERRMAN, H. Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of the WHOQOL. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 172, p. 291-293, 1998.

PALLANT, J. **SPSS Survival Manual: a step by step guide to data analysis using SPSS**. 4th ed. Berkshire: McGraw-Hill, 2010.

PATEL, V. et al. Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomised, controlled trial. **Lancet**, London, v. 361, n. 9351, p. 33-39, 2003.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of World Health Organization**, Geneve, v. 81, n. 8, p. 609-615, 2003.

PATEL, V. Prioritizing health problems in women in developing countries: comparing the financial burden of reproductive tract infections, anaemia and depressive disorders in a community survey in India. **Tropical Medicine and International Health**, London, v. 12, n. 1, p. 130-139, 2007.

PATEL, V.; EATON, J. Principles to guide mental health policies in low- and middle-income countries. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 343-346, 2010.

PEREIRA, V. O. M. et al. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1546-1558, 2012.

PINOS-PAREDES, N.; MIASSO, A. I.; TIRAPELLI, C. R. Consumo de benzodiazepínicos sem prescrição médica entre estudantes do primeiro ano da Escola de Enfermagem de Guayaquil, Equador. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, 2008. Número especial. Disponível em

<<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

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

QUINTANA, M. I. et al. Epidemiology of psychotropic drug use in Rio de Janeiro, Brazil: gaps in mental illness treatments. **Plos One**, San Francisco, v. 8, n. 5, 2013. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0062270&representation=PDF>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Ribeirão Preto, SP, 2009.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)**. Ribeirão Preto, SP, 2012. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/saudepessoal/farmacia/i16remume.php>>. Acesso em: 23 fev. 2014.

ROCHA, I. A. et al. Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 155-162, 2013.

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

RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L. A.; LIMA, M. S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 107-114, 2006.

RONZANI, T. M.; RODRIGUES, M. C. O psicólogo na atenção primária à saúde: Contribuições, desafios e redirecionamentos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 132-143, 2006.

SAASTAMOINEN, L.; ENLUND, H.; KLAUKKA, T. Repeat prescribing in primary care: a prescription study. **Pharmacy World and Science**, Amsterdam, v. 30, n. 5, p. 605-609, 2008.

SANDERSON, K.; ANDREWS, G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. **The Canadian Journal of Psychiatry**, Ottawa, v. 51, n. 2, p. 63-75, 2006.

SANTOS, M. E. S. B. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil**. 2002. 153 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

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

SANTOS, H. C. et al. Possíveis interações medicamentosas com psicotrópicos encontradas em pacientes da Zona Leste de São Paulo. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 30, n. 3, p. 285-289, 2010.

SILVA, M. C. F.; FUREGATO, A. R. F.; COSTA-JUNIOR, M. L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 7-13, 2003.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 12 fev. 2014.

SILVA-JUNIOR, A.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Eds.). **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2003. p. 113-128.

SILVA-LIMA, A. F.; FLECK, M. P. A. Subsyndromal depression: an impact on quality of life? **Journal of Affective Disorders**, New York, v. 100, n. 1-3, p. 163-169, 2007.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 502-507,

2007.

SOUZA, L. G. S. et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1022-1034, 2012.

SPITZER, R. L. et al. Health related quality of life in primary care patients with mental disorders. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 274, p. 1511-1517, 1995. Supplement 19.

STARFIELD, B. **ABS**: equilíbrio entre necessidades de saúde, ciência e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na ABS em Sobral, CE: o relato de uma experiência. **Sanare**, Sobral, v. 6, n. 2, p. 34-42, 2007.

VERMANI, M.; MARCUS, M.; KATZMAN, M. A. Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: a descriptive, cross-sectional study. **The Primary Care Companion for CNS Disorders**, Toronto, v. 13, n. 2, p. 1-10, 2011.

WALTERS, K. et al. Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: prospective cohort study in primary care. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 198, n. 6, p. 472-478, 2011.

WEICH, S.; LEWIS, G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. **BMJ**, London, v. 317, n. 7151, p. 115-119, 1998.

WEISBERG, R. B. et al. Psychiatric treatment in primary care patients with anxiety disorders: a comparison of care received from primary care providers and psychiatrists. **The American Journal of Psychiatry**, New York, v. 164, n. 2, p. 276-282, 2007.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BRIEF quality of life assessment. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of mental health and prevention of substance abuse. **WHOQOL user manual**. Geneva, 1998. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2001. **Mental Health**:new understanding, new hope. Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.**ATT/DDD Index 2009**.Disponível em: <<http://www.whocc.no/atcddd/indexdatabase>>. Acesso em: 27 abr. 2011.

YAMAMOTO et al. A diagnosis of depression should be considered in patients with multiple physical symptoms in primary health care clinics. **Tohoku Journal of Experimental Medicine**, Tokio, v. 229, n. 4, p. 279-285, 2013.

ZILBERMAN, M. L.; GORENSTEIN, C. Medicamentos psiquiátricos para a lactante. In: ISSLER, H. **O aleitamento materno no contexto atual**: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 514-519.

ZWARENSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 9, n. 3, p. CD000072, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000072.pub2/full>>. Acesso em: 19 mar. 2011.

APPENDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido
Esclarecimento para o paciente

ESCLARECIMENTO

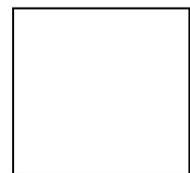
Nós profissionais da saúde estamos preocupados em melhorar o nosso serviço e o atendimento às pessoas que possam ter problemas de saúde considerados mentais, tais como ansiedade e depressão. Queremos verificar quantas pessoas nesta unidade básica de saúde usam medicamentos para esses sintomas e também quantas apresentam esses sintomas. Queremos também verificar se os pacientes que tomam medicamentos são os mesmos que apresentam sintomas relacionados à ansiedade e depressão e se aqueles que tomam o fazem corretamente. Ainda, vamos verificar se essas pessoas que tomam medicamentos como os citados acima estão tomando outros medicamentos para outras doenças que podem trazer possíveis prejuízos à saúde, se tomados juntos. Por fim, vamos verificar se os sintomas já citados ou o uso de medicamentos afetam a qualidade de vida de cada um. Para realizar este estudo, eu preciso realizar entrevistas com pessoas que passam por consultas médicas em UBSs. Acredito que você seja uma pessoa que pode informar sobre este assunto. Por isso estamos convidando você a participar deste projeto de pesquisa que será desenvolvido nesta unidade básica de saúde. O nome desse projeto é “Consumo de psicofármacos e fatores relacionados em pacientes atendidos em cinco UBSs de Ribeirão Preto”. Para isso vamos fazer algumas perguntas e vamos pedir para você responder a alguns questionários e vamos consultar seu prontuário. Vamos utilizar as informações e as respostas de todos os participantes para estudar e entender melhor como é para vocês conviver com os sintomas de ansiedade e depressão e com a necessidade de utilizar medicamentos em seu tratamento e verificar como nós enfermeiros podemos ajudá-los. Gostaríamos de deixar claro que todas as entrevistas com sua participação ficarão guardadas sob nossa responsabilidade durante cinco anos e após esse período serão inutilizadas. Se você concordar em participar, eu garanto que seu nome não vai aparecer em nosso trabalho em nenhum momento, que você não vai precisar pagar nada e também não vai receber dinheiro para participar; que sua participação na pesquisa é espontânea e que ela não vai influenciar no seu direito de atendimento aqui no serviço e você poderá desistir de participar do estudo quando você quiser, de acordo com a sua vontade. Eu prometo também tirar qualquer dúvida que você tiver. A entrevista terá duração aproximada de 40 a 50 minutos e será realizada em local privativo aqui na unidade, ou se você preferir poderá ser realizada em sua casa em um horário que você julgar adequado. As perguntas a que você irá responder não trazem qualquer risco à sua integridade física, porém se você sentir qualquer desconforto durante a entrevista a mesma será interrompida. Se você aceitar participar, vou pedir que assine uma folha como essa que diz que você aceita participar do projeto de pesquisa e vou dar uma cópia para você guardar.

Termo de Consentimento Livre, Após Esclarecimento

Eu,,
Entendi e ouvi da pesquisadora o que ela vai fazer no projeto de pesquisa: “Consumo de psicofármacos e fatores relacionados em pacientes atendidos em cinco UBSs de Ribeirão Preto” e eu ACEITO participar desta pesquisa. Eu entendi que posso interromper ou parar a minha participação no estudo a qualquer hora em que eu quiser, sem precisar explicar o porquê e que isso não vai atrapalhar o tratamento oferecido nesse serviço. Sei que meu nome não vai aparecer no trabalho final, que não vou ter gastos e que não vou receber dinheiro para participar do estudo.

Ribeirão Preto, de de 20.....

Assinatura (ou impressão digital) e nº Documento de identificação



Em qualquer caso de dúvida, você pode entrar em contato comigo pelo telefone: (16) 3602- 3418 ou (16) 91368448

Adriana Inocenti Miasso (CPF 202.778.358-01)
Orientadora

Tatiana Longo Borges Miguel (CPF 215.728.898-88)
Pesquisadora responsável

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

Número de identificação _____

Data da coleta: ____/____/____

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

2) Qual a sua idade? _____ anos

3) Sexo:

Masculino ()

Feminino ()

4) Qual a sua escolaridade?

Analfabeto ()

Ensino fundamental incompleto ()

Ensino fundamental completo ()

Ensino médio incompleto ()

Ensino médio completo ()

Ensino superior incompleto ()

Ensino superior completo

Sabe ler e escrever ()

5) Qual o seu estado civil?

Solteiro ()

Casado ()

Viúvo ()

Amasiado ()

Divorciado ()

6) Você tem alguma religião?

Não tem ()

Católica ()

Evangélica ()

Espírita ()

Afro-brasileira ()

Outra ()

7) Qual a sua situação de trabalho/ocupação?

Desempregado ()

Faz trabalhos eventuais ("bicos") ()

Trabalho regular (informal) ()

Trabalho regular (registrado) ()

Afastado do trabalho ()

Aposentado INSS ()

Serviço doméstico()

8) Qual a renda mensal total da sua família?

Não tem renda()

Até um salário-mínimo(R\$545,00) ()

Acima de um salário até três salários-mínimos (R\$546,00 a R\$1.635,00) ()

Acima de três e até cinco salários-mínimos (R\$1636,00 a R\$2.725,00) ()

Acima de cinco até dez salários (R\$2.726,00 a R\$5.450,00) ()
Acima de dez salários (R\$5.451,00) ()

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

- Mora sozinho ()
- Duas pessoas ()
- Três pessoas ()
- Quatro pessoas ()
- Cinco pessoas ()
- Outro ().....

10) *Qual o motivo de sua consulta?*

11) *Possui quais enfermidades?*

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

APÊNDICE E - INSTRUMENTO DIRETIVO PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO

Número de identificação: _____

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

1. Existem medicamentos não psicofármacos prescritos? Qual medicamento?

Nº	Nome	Dose	Frequência

2. Existem psicofármacos prescritos? Qual medicamento?

Nº	Nome	Dose	Frequência

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação por comitê de ética em pesquisa**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP**

Of.CEP-EERP/USP – 032/2012

Ribeirão Preto, 15 de fevereiro de 2012.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 146ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de fevereiro de 2012.

Protocolo: nº 1474/2011**Projeto:** Consumo de psicofármacos e fatores relacionados em pacientes atendidos em cinco unidades básicas de saúde de um município paulista.**Pesquisadores:** Adriana Inocenti Miasso
Tatiana Longo Borges Miguel

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

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

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

Número de identificação: _____

Data da entrevista: ____/____/____

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

ANEXO C - World Health Organization Quality of Life Assessment-Brief (WHOQOL-brief)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO