

Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil

Modifications in psychotropic drug use patterns in a Southern Brazilian city

Maria Aparecida P Rodrigues, Luiz Augusto Facchini e Maurício Silva de Lima

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Descritores

Psicotrópicos, administração & dosagem. Uso de medicamentos, tendências. Farmacoepidemiologia. Estudos transversais. Psicofarmacologia.

Keywords

Psychotropic drugs, administration & dosage. Drug utilization, trends. Pharmacoepidemiology. Cross-sectional studies. Psychopharmacology.

Resumo

Objetivo

Avaliar a prevalência e padrão de consumo de psicofármacos pela população e comparar esses resultados com outro estudo de 1994.

Métodos

Estudo transversal de base populacional, com 3.542 indivíduos de 15 anos ou mais, residentes na zona urbana de Pelotas em 2003. Os dados referentes ao consumo de duas semanas foram coletados em entrevistas domiciliares, utilizando um questionário idêntico ao utilizado em 1994. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, cor da pele, situação conjugal, renda familiar, escolaridade, tabagismo, diagnóstico médico de hipertensão e consulta médica nos últimos três meses. Na análise bivariada, utilizou-se teste de qui-quadrado de Pearson e de tendência linear. A análise multivariada foi composta por quatro níveis.

Resultados

A prevalência de consumo de psicofármacos foi de 9,9% (IC 95%: 8,9-10,9). Ao comparar as prevalências padronizadas por idade, não houve diferença significativa em relação à prevalência observada em 1994. O maior consumo de psicofármacos associou-se significativamente a: ser do sexo feminino, o aumento da idade, o diagnóstico médico de hipertensão e a utilização de serviços médicos. Dos entrevistados, 74% dos usuários estavam utilizando psicofármacos há mais de três meses.

Conclusões

Após uma década, a prevalência permanece alta, porém o consumo de psicofármacos não aumentou. Os achados sugerem a importância da indicação adequada dos psicofármacos e do acompanhamento médico regular desses usuários, dada a associação encontrada entre as consultas e o consumo.

Abstract

Objective

To assess the prevalence and patterns of psychotropic use by population and to compare the results with a study carried out in 1994.

Methods

This is a population-based cross-sectional study carried out in 2003 with 3,542 participants aged 15 or older who lived in an urban area in Southern Brazil. Two-week recall data were collected in household interviews through the same questionnaire

Correspondência/ Correspondence:
Maria Aparecida P Rodrigues
Avenida Duque de Caxias, 250 3º piso
96030-002 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: rodriguesmapa@aol.com

Baseado em dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, em 2004.
Recebido em 10/1/2005. Reapresentado em 2/8/2005. Aprovado em 8/8/2005.

used in the 1994 study. The variables studied were age, gender, race, education, family income, marital status, smoking, medical diagnosis of hypertension, and physician visit at last three months. Pearson's Chi-square and linear tendency were used in the bivariate analysis. Four levels of multivariate analysis was performed.

Results

The overall prevalence of psychotropic use was 9.9% (CI 95%: 8.9-10.9). There was no significant difference among standardized age groups when compared to the prevalence rates observed in 1994. Higher psychotropic use was associated with being female, older age, medical diagnosis of hypertension, and health service utilization. Of those interviewed, 74% of those drug users were using psychotropic drugs for over three months.

Conclusions

A decade later, prevalence remained high, yet psychotropic drug use did not increase. The association between health service utilization and consumption shows the importance of the appropriate prescription of psychotropic drugs and regular follow-up of those prescribed them by physicians.

INTRODUÇÃO

A utilização de psicofármacos tem crescido nas últimas décadas em vários países ocidentais^{4,13} e, até mesmo, em alguns países orientais.^{14,15} Esse crescimento tem sido atribuído ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, à introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes.

A prevalência de utilização de psicofármacos encontrada em estudo¹ de 1988, na Ilha do Governador, foi de 5,2% e de 10% em um estudo⁷ de 1993, na cidade de São Paulo.⁸

Em Pelotas, estudo transversal* realizado em 1994 identificou prevalência de 11,9% na utilização de psicofármacos. Nesse ano foi criado no País a Lei dos Medicamentos Genéricos, que diminuiu o custo dos medicamentos. Também nesse período houve diversificação dos medicamentos psicofármacos, com o aparecimento de novas drogas no mercado farmacêutico.

No mesmo período, os serviços de saúde mental de Pelotas foram ampliados, por meio da criação de diversos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS). Isso ocasionou aumento do acesso gratuito aos psicofármacos, por parte dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devido à criação da Farmácia Municipal.

Embora os fatos citados apontem para um provável aumento do consumo de psicofármacos não há, no País, estudo que tenha avaliado o consumo de

psicofármacos em uma mesma população em um dado intervalo de tempo. O objetivo do presente estudo foi verificar a prevalência atual e padrão de consumo de psicofármacos, comparando esses achados com aqueles de 1994.

MÉTODOS

O estudo foi realizado em Pelotas, cidade de porte médio, localizada no extremo sul do Brasil, com aproximadamente 320 mil habitantes, sendo 93,2 % residentes na área urbana (Censo demográfico de 2000 IBGE).**

Realizou-se um estudo transversal de base populacional com indivíduos a partir de 15 anos de idade, residentes na área urbana da cidade em 2003.

O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios. Os conglomerados foram selecionados com base nos setores censitários do Censo demográfico de 2000 (IBGE). Foram sorteados, sistematicamente, após a exclusão de setores coletivos, 144 dos 404 setores do município e estratificados conforme a renda média do responsável pelo domicílio. Foram realizadas visitas em cada setor sorteado para identificação dos domicílios. Os domicílios foram selecionados proporcionalmente ao tamanho de cada setor, após exclusão dos desabitados e comerciais, obtendo-se o total de 1.530 domicílios elegíveis. Todos os moradores com 15 anos ou mais foram incluídos na amostra.

Para o cálculo de tamanho de amostra utilizou-se o maior valor encontrado entre dois cálculos: estimativa da prevalência do consumo de psicofármacos e

*Lima M. Morbidade psiquiátrica menor e consumo de psicofármacos em Pelotas, RS [dissertação de mestrado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1995.

**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat> [18 nov 2005]

avaliação de associações entre o desfecho e as variáveis independentes estudadas. O cálculo incluiu um acréscimo de 10% para perdas, 15% para fatores de confusão e 1,2 para efeito de delineamento. A amostra obtida permitiu estimar uma prevalência de consumo de psicofármacos de 9% com margem de erro de 1% e um nível de confiança de 95%. Além disso, permitiu a detecção de riscos relativos iguais ou maiores que 1,6, com 80% de poder, para preditores com frequências entre 20 e 80% e prevalência de consumo de psicofármacos de 7% para os não expostos, ao nível de significância de 5%. O cálculo foi realizado no programa Epi Info 6.04d.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi o mesmo do estudo* de 1994, que se constituiu de um questionário estruturado e pré-codificado que abordava aspectos específicos sobre consumo de psicofármacos, incluindo variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. Foram selecionadas 32 entrevistadoras, maiores de 18 anos e com ensino médio completo, após treinamento de 40 horas e realização de prova teórica e prática. Um estudo piloto foi realizado em um setor censitário não incluído na amostra para o teste final do questionário, manual de instruções e treinamento das entrevistadoras.

O trabalho de campo foi realizado durante os meses de outubro a dezembro de 2003 e os dados foram coletados diretamente dos indivíduos elegíveis, em entrevistas domiciliares. Em casos de ausência ou recusa, as entrevistadoras retornaram pelo menos duas vezes ao domicílio. Para reverter a recusa, uma última tentativa foi feita pelo supervisor do setor.

A entrada dos dados foi realizada no programa Epi Info 6.04d com dupla digitação e com checagem automática de consistência e amplitude.

O desfecho foi definido pela seguinte questão: "Desde <dia da semana> retrasada o(a) Sr(a) tomou algum remédio para os nervos ou para dormir ou outro remédio que só se vende com receita?". Foi solicitado aos entrevistados que mostrassem a receita, embalagem ou bula para que os entrevistadores anotassem e realizassem posterior codificação, conforme listas de medicamentos controlados A3, B1, B2 e C1 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Ministério da Saúde. Se o entrevistado tomasse mais de uma medicação, foi considerada a de uso mais recente. Foi questionado também o tempo de uso, o local de aquisição, o responsável pela indicação do medicamento e se o indivíduo fazia uso de um outro psicofármaco, além daquele já declara-

do. Considerou-se consumo crônico aquele com uso intermitente por no mínimo três meses.

Foram estudadas as seguintes variáveis independentes: sexo; idade (anos completos); cor da pele (branca e não branca); situação conjugal (com, sem companheiro (a), separado (a) ou viúvo (a)); escolaridade (anos completos de estudo); renda familiar (salários-mínimos mensais, conforme o valor do salário-mínimo nacional vigente no período da coleta de dados, em quartis); tabagismo (não fumante, fumante e ex-fumante); diagnóstico médico de hipertensão e consulta médica nos últimos três meses.

A análise dos dados foi realizada no programa estatístico Stata 8.0. Inicialmente foi feita a descrição da amostra. Na análise bivariada, utilizou-se teste de qui-quadrado de Pearson e de tendência linear.

A análise ajustada utilizou regressão logística, subsidiada por um modelo conceitual de análise, composto por quatro níveis. No primeiro nível ficaram as variáveis demográficas (sexo, idade e cor da pele), no segundo nível as variáveis socioeconômicas (situação conjugal, escolaridade, renda familiar), no terceiro nível, tabagismo e diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica e, no quarto nível, consulta médica nos últimos três meses. Foram mantidas na análise as variáveis associadas às exposições e ao desfecho com $p \leq 0,20$ para controle de fatores de confusão.

As comparações das prevalências totais de consumo de psicofármacos e das proporções de consumo nas categorias das variáveis de exposição dos estudos de 1994 e 2003 utilizaram o teste para comparação de proporções.

A pesquisa foi submetida e aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas. Foi solicitado consentimento verbal dos entrevistados antes da aplicação dos questionários e garantida a confidencialidade dos dados coletados.

RESULTADOS

Foram estudados 3.542 indivíduos, já excluído o percentual de perdas e recusas (3,8%). A variável diagnóstico médico de hipertensão apresentou 446 valores ignorados, dos quais 439 na faixa etária abaixo de 20 anos, pois nesses indivíduos ela foi coletada apenas para os que consumiram psicofármacos, o que só ocorreu em três indivíduos. Nenhum deles possuía diagnóstico médico de hipertensão. No estudo de 1994, a amostra foi de 1.277 pessoas.

*Lima M. Morbidade psiquiátrica menor e consumo de psicofármacos em Pelotas, RS [dissertação de mestrado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1995.

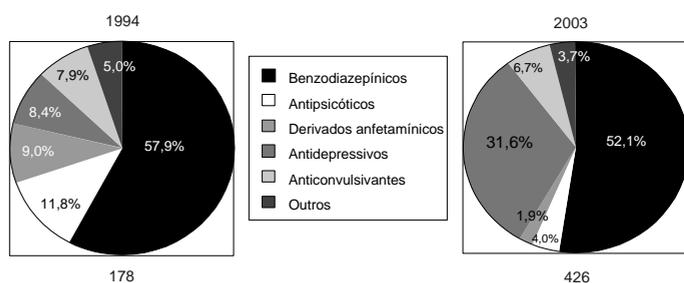


Figura - Distribuição dos grupos de psicofármacos, consumidos nos 14 dias anteriores à entrevista. Pelotas, RS, 1994 e 2003.

A prevalência do consumo de psicofármacos foi de 9,9% (IC 95%: 8,9-10,9), com efeito de delineamento de 1,03 e correlação intraclasse de 0,005. Em 1994 a prevalência foi de 11,9% (IC 95%: 10,1-13,7). Após a padronização direta dos dados por idade, as prevalências foram de 11,5% em 1994 e 10,0% em 2003 e não houve diferença significativa entre elas (valor $p=0,13$).

Em 1994, o percentual de utilização de psicofármacos que haviam sido indicados por médicos foi de 92%.

Oito por cento dos usuários tomavam o medicamento por conta própria. O percentual de consumo de psicofármacos que tiveram indicação médica foi de 92%, dos quais 41% por clínicos gerais, 20% por psiquiatras e 31% por outros especialistas.

A Figura mostra a comparação por grupos de psicofármacos consumidos em 1994 e em 2003. Em ambos os estudos, os benzodiazepínicos representaram mais da metade dos psicofármacos consumidos. Em 2003, houve redução da proporção de consumo de antipsicóticos ($p=0,09$) e anorexígenos ($p=0,0006$), em comparação com o estudo de 1994. Por outro lado, houve significativo aumento do consumo de antidepressivos em 2003, em relação a 1994 ($p=0,0003$).

Em 1994, 7,2% dos indivíduos utilizavam um outro psicofármaco, aumentando para 22,2% em 2003, sendo esta diferença significativa ($p<0,001$). O consumo crônico não mostrou variação significativa

Tabela 1 - Descrição das amostras conforme características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde. Pelotas, RS, 1994 e 2003.

Variável	1994		2003	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	568	44,5	1.551	43,8
Feminino	709	55,5	1.991	56,2
Idade (anos completos)				
15-24	278	21,7	875	24,7
25-34	246	19,2	632	17,8
35-44	254	19,8	686	19,4
45-54	181	14,1	610	17,2
55-64	151	11,8	354	10,0
≥65 ou mais	167	13,1	385	10,9
Cor da pele				
Não branca			701	19,8
Branca			2.841	80,2
Situação conjugal				
Sem companheiro	340	26,6	1.065	30,1
Com companheiro	759	59,4	1.989	56,2
Separado	104	8,2	228	6,4
Viúvo	74	5,8	260	7,3
Escolaridade (anos de estudo)				
0	118	9,5	227	6,4
1-4	307	24,5	621	17,5
5-8	439	35,1	1.222	34,5
9-11	217	17,3	1.005	28,4
≥12	170	13,6	465	13,1
Renda familiar (salários-mínimos em quartis)				
1	303	24,9	864	24,5
2	304	25,1	904	25,6
3	304	25,1	884	25,1
4	303	24,9	875	24,8
Tabagismo				
Não fumante			1.942	54,8
Fumante			888	25,1
Ex-fumante			712	20,1
Hipertensão				
Não	1.028	80,5	2.372	76,6
Sim	249	19,5	724	23,4
Consulta médica (últimos três meses)				
Não	717	56,1	1.673	47,2
Sim	560	43,9	1.869	53,8
Total	1.277	100	3.542	100

Obs: Em 2003, o número máximo de valores ignorados foi 446, na variável hipertensão. Em 1994, o número máximo de valores ignorados foi de 63, na variável renda familiar.

entre os dois estudos, embora tenha passado de 70,4% em 1994 para 73,9% (p=0,35) em 2003. Entretanto, a obtenção de psicofármacos na farmácia do SUS apresentou crescimento altamente significativo, passando de 3,5% em 1994 para 11,1% em 2003 (p<0,001).

A Tabela 1 descreve as amostras dos estudos de 1994 e 2003 conforme variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. A distribuição das características entre as categorias das variáveis foi similar em ambos os estudos. Mais da metade dos indivíduos eram mulheres tanto em 1994 quanto em 2003. Em 1994, 22% dos indivíduos tinha entre 15 e 24 anos e, em 2003, essa proporção foi de 25%. Em 1994, 59% possuíam companheiro e, em 2003, essa proporção foi de 56%. Em relação à escolaridade o percentual de indivíduos entre nove e 11 anos de estudo aumentou de 17% para 28% em 2003. Verificou-se que a hipertensão passou de 20% em 1994 para 23%. Em relação à consulta médica nos últimos três meses,

observou-se que a proporção passou de 44% para 54% em 2003. Em 2003, 55% dos indivíduos não fumavam e 80% eram da cor branca.

A Tabela 2 apresenta os padrões de consumo de psicofármacos em 1994 e 2003, estratificados para variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde, examinando-se suas diferenças pelo teste de comparações de proporções.

O consumo de psicofármacos foi significativamente maior no sexo feminino nos dois anos analisados, sendo mais do que o dobro do sexo masculino em 2003. Houve redução estatisticamente significativa do consumo de psicofármacos entre os homens em 2003, quando comparado com o estudo de 1994.

O consumo de psicofármacos aumentou conforme a idade, apresentando forte tendência linear nos dois anos. Em 2003 houve uma redução do consumo en-

Tabela 2 - Prevalência, razão de prevalência bruta para o consumo de psicofármacos e comparação entre as prevalências de consumo entre anos. Pelotas, RS, 1994 e 2003.

Variável	Prevalência (%)	1994 RP (IC 95%)	Valor p	Prevalência (%)	2003 RP (IC 95%)	Valor p	Comparação Valor p
Sexo			<0,001*			<0,001*	
Masculino	7,9	1,00		5,5	1,00		<0,001
Feminino	15,1	1,90(1,37-2,65)		13,3	2,40(1,90-3,00)		0,23
Idade			<0,001**			<0,001**	
15-24	3,2	1,00		1,8	1,00		<0,001
25-34	4,5	1,38(0,58-3,28)		5,2	2,86(1,55-5,27)		0,06
35-44	11,5	3,53(1,70-7,31)		9,0	4,94(2,71-9,01)		<0,001
45-54	15,8	4,85(2,35-10,01)		14,3	7,80(4,48-13,58)		0,62
55-64	23,8	7,34(3,63-14,82)		18,1	9,89(5,77-16,94)		0,14
≥65	22,8	7,00(3,48-14,11)		23,1	12,64(7,39-21,64)		0,94
Cor da pele						0,003*	
Não branca				6,9	1,00		
Branca				10,7	1,56(1,16-2,09)		
Situação conjugal			0,001*			0,87*	
Sem companheiro	7,6	1,00		10,1	1		<0,001
Com companheiro	12,0	1,57(1,03-2,38)		9,7	0,96(0,76-1,22)		0,15
Separado	18,9	2,47(1,36-4,50)		11,4	1,14(0,74-1,74)		0,07
Viúvo	20,0	2,62(1,54-4,45)		10,0	1,00(0,65-1,52)		0,02
Escolaridade (anos de estudo)			NS			<0,001*	
0	11,8	1,00		18,9	1,00		0,09
1-4	15,6	1,33(0,76-2,32)		10,6	0,56(0,38-0,83)		0,03
5-8	10,2	0,87(0,49-1,53)		9,4	0,50(0,36-0,69)		<0,001
9-11	11,1	0,94(0,51-1,76)		7,6	0,40(0,28-0,57)		<0,001
12 ou mais	10,0	0,85(0,44-1,66)		11,0	0,58(0,40-0,84)		0,72
Renda familiar (salário-mínimo em quartis)							0,68*
1	10,9	1,00		9,4	1,00		<0,001
2	12,1	1,11(0,71-1,73)		10,4	1,11(0,82-1,49)		0,41
3	9,6	0,88(0,55-1,41)		9,0	0,97(0,71-1,31)		0,001
4	13,9	1,28(0,83-1,96)		10,5	1,12(0,84-1,49)		0,11
Tabagismo						0,16	
Não fumante				9,2	1,00		
Fumante				11,2	1,22(0,99-1,50)		
Ex-fumante				10,4	1,13(0,89-1,45)		
Hipertensão			<0,001				<0,001
Não	9,5	1,00		9,0	1,00		<0,001
Sim	21,7	2,63(1,82-3,79)		18,9	2,10(1,74-2,53)		0,34
Consulta médica (últimos 3 meses)			<0,001*				<0,001*
Não	5,4	1,00		4,4	1,00		<0,001
Sim	20,2	4,40(3,00-6,45)		14,9	3,41(2,66-4,36)		0,003

Obs: Em 2003, o n foi de 3.542 e o n° máximo de valores ignorados foi 446, na variável hipertensão. Em 1994, o n foi de 1.277 e o n° máximo de valores ignorados foi de 63, na variável renda familiar.

RP: Razão de prevalência bruta

NS: Não significativo

*Teste do qui-quadrado

**Teste de tendência linear

tre os mais jovens, que foi significativa nas faixas etárias de 15 a 24 e de 35 a 44 anos, em relação a 1994. Como a categoria de 15 a 24 anos era de referência, as razões de prevalência aumentaram em 2003 em relação a 1994. Entretanto, em ambos os estudos os níveis de consumo foram semelhantes para as faixas etárias a partir de 45 anos.

Em 1994, os indivíduos com companheiro(a), separados(as) e viúvos(as) consumiram significativamente mais psicofármacos que aqueles sem companheiro(a). A situação conjugal não apresentou associação significativa com o consumo de psicofármacos em 2003, devido ao aumento do consumo na categoria sem companheiro(a), utilizada como referência. Houve diminuição estatisticamente significativa na categoria de viúvo(a), em relação ao estudo de 1994.

A escolaridade não apresentou associação significativa com a utilização de psicofármacos em 1994. Em 2003 observou-se uma redução no consumo de psicofármacos entre os indivíduos com maior escolaridade, quando comparados com o grupo sem escolaridade (valor $p < 0,001$). Essa mudança ocorreu porque houve uma redução significativa do consumo de psicofármacos nas categorias de 1 a 4, 5 a 8 e 9 a 11 anos de escolaridade em relação ao estudo de 1994.

A utilização de psicofármacos não apresentou associação significativa com renda familiar nos anos comparados. No entanto, observou-se redução, estatisticamente significativa, no consumo de psicofármacos no primeiro e terceiro quartis de renda familiar em 2003, quando comparados ao estudo de 1994.

Observou-se que os indivíduos hipertensos usaram mais psicofármacos do que aqueles não hipertensos tanto no estudo de 1994 quanto no de 2003 ($p < 0,001$).

Os indivíduos que consultaram médico nos últimos três meses apresentaram consumo significativamente maior de psicofármacos do que aqueles que não o fizeram em ambos os anos. No entanto, no estudo de 2003, observou-se redução significativa do consumo de psicofármacos entre os que realizaram consulta médica nos últimos três meses, quando comparado ao estudo de 1994.

Em 2003, os indivíduos de cor da pele branca consumiram mais psicofármacos do que os de pele não branca ($p = 0,003$) e em relação ao tabagismo, não foi verificada associação com o consumo de psicofármacos. Os dados de tabagismo e cor da pele do estudo de 1994 não foram divulgados.

Após o controle para fatores de confusão, ser do sexo feminino, o aumento da idade, a hipertensão e a consulta médica nos últimos três meses continuaram apresentando associação significativa com o consumo de psicofármacos tanto no estudo de 1994 quanto no de 2003. A situação conjugal deixou de ter associação significativa com o consumo de psicofármacos em 1994. O ajuste realizado em 2003 manteve significativa a associação de cor da pele branca com o uso de psicofármacos e detectou associação significativa de tabagismo com o consumo de psicofármacos.

DISCUSSÃO

O possível viés de memória é inerente a estudo de consumo com recordatório. No entanto, o período de 14 dias é curto e vários estudos nessa área têm utilizado esse período, inclusive o de 1994, permitindo comparações.

A inexistência de diferença entre as prevalências padronizadas de consumo de psicofármacos em 1994 e 2003, contrasta com o restante da literatura mundial, que sugere aumento do uso de psicofármacos nas décadas mais recentes.^{3,13} Uma possível explicação seria de que o consumo global de psicofármacos já era elevado no município (11,9% em 1994*), em comparação aos achados da literatura nacional (5,4% em estudo¹ no Rio de Janeiro de 1993) e internacional (6,4% em estudo multicêntrico¹¹ em países europeus de 2002).

O percentual de automedicação em 2003 foi o mesmo de 1994, o que mostra que uma parcela dos usuários (8%) continua utilizando psicofármacos sem orientação médica. Esse dado aponta para a necessidade de campanhas educativas sobre os riscos da automedicação.

O aumento no consumo de antidepressivos na última década mostra uma tendência já observada em outros estudos,^{3,12} relacionada com o crescimento do diagnóstico das doenças depressivas, com o surgimento de novos medicamentos e com a ampliação das indicações terapêuticas desses medicamentos.

A redução do consumo de anorexígenos deve ser observada com cautela. Isso porque no estudo de 1994 esse consumo foi investigado com mais detalhe do que em 2003, o que aumentou a possibilidade do entrevistado relatar o uso desse tipo de medicamento naquele estudo.

O aumento da proporção de indivíduos consumin-

*Lima M. Morbidade psiquiátrica menor e consumo de psicofármacos em Pelotas, RS [dissertação de mestrado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1995.

do algum outro psicofármaco pode estar indicando um crescimento no tratamento de transtornos mentais mais graves em ambulatório, o que oportuniza a localização desses indivíduos em seus domicílios.

O importante crescimento do percentual de indivíduos que adquirem o psicofármaco na farmácia do SUS indica que houve maior acesso aos psicofármacos por parte dos indivíduos com menor renda. Esse achado sugere aumento da equidade no acesso a essa medicação. Tal fato contribui para a compreensão da ausência de associação entre consumo de psicofármacos e renda familiar.

Observa-se que aumentou o risco de consumo entre as mulheres, embora não tenha ocorrido diferença no consumo do sexo feminino entre 1994 e 2003 e sim uma redução no consumo do sexo masculino. O uso de psicofármacos foi maior entre as mulheres, sendo em 2003 mais de duas vezes superior do que no sexo masculino, o que é coincidente com a literatura,^{1,6,7} que relaciona esse achado em parte, à maior utilização dos serviços de saúde por mulheres.⁸ Por outro lado, a condição de gênero também está associada à percepção médica distinta de necessidade de utilização de psicofármacos. Moreno Luna et al⁹ em avaliação da conduta médica em atenção primária, concluíram que os médicos abordaram de maneira diferente os sintomas de ansiedade e depressão dependendo do sexo do paciente, prescrevendo mais drogas ansiolíticas e diagnosticando mais causas funcionais em mulheres.

O consumo de psicofármacos cresceu conforme o aumento da idade nos anos analisados, o que é condizente com a literatura.^{1,6} Observou-se redução no consumo no grupo de 15-24 anos, que contrasta com a literatura. Esse achado pode indicar que a tendência verificada nos países industrializados de aumento no consumo de psicofármacos entre os mais jovens¹⁶ ainda não é observada no Brasil. Por outro lado, dificuldades de acesso dos jovens a serviços médicos públicos especializados de neurologia e saúde mental podem explicar em parte este achado. Em relação aos idosos, o grande consumo de psicofármacos serve como alerta dada a ocorrência de déficit cognitivo, síncope, quedas e fraturas^{2,10} associadas a essas drogas, o que aumenta o risco da ocorrência desses eventos, já mais frequentes nesse grupo.

O maior consumo de psicofármacos observados entre os brancos em 2003, pode estar relacionado a questões culturais e de iniquidade do sistema de saú-

de. Olfson¹² já havia detectado menores índices de tratamento de depressão entre negros e hispânicos em um período de 10 anos nos Estados Unidos, em comparação à população branca.

Embora, na análise ajustada, o consumo de psicofármacos não tenha se associado à escolaridade em 1994 e 2003, o consumo foi maior entre os indivíduos sem escolaridade em 2003. Esse achado pode estar relacionado à maior frequência de transtornos mentais neste grupo, conforme observado por Ludermitz.⁵

Em relação ao maior consumo de psicofármacos entre os fumantes na análise ajustada do estudo de 2003, observa-se que já havia sido relatado associação entre doença mental e dependência a nicotina,^{4,11} esta última sendo considerada como manifestação de comportamento aditivo. Deve-se considerar, no entanto, que a prescrição de psicofármacos é frequente como adjuvante no tratamento da dependência ao tabaco. A associação entre diagnóstico médico de hipertensão e consumo de psicofármacos pode indicar, à semelhança do observado em um estudo multicêntrico,¹¹ que indivíduos portadores de uma doença orgânica crônica têm maior probabilidade de receber uma prescrição de psicofármaco em razão de irem à consulta médica com maior frequência.

Nessa mesma perspectiva, pode-se entender a forte associação entre consulta médica nos últimos três meses e consumo de psicofármacos, tanto no estudo de 1994 como no de 2003, o que mostra a importância da consulta médica, que deve ser valorizada por médicos e pacientes para que a prescrição de um psicofármaco seja o resultado de uma adequada indicação. Em conclusão, o presente estudo mostrou uma panorâmica atual do consumo de psicofármacos nesta localidade, além de traçar comparação com estudo anterior realizado no mesmo município. Pretende-se que os achados contribuam para a qualificação das políticas de saúde mental e de assistência farmacêutica, incluindo esforços relacionados à oferta de serviços, educação permanente de médicos e profissionais de saúde e educação em saúde de usuários e da população em geral.

No presente estudo foram pesquisadas apenas as características dos usuários de psicofármacos. Serão necessários estudos que, além de estudar outros fatores que influenciam o uso de psicofármacos, como as características dos médicos e seus vínculos com o sistema de saúde, também realizem abordagem qualitativa para avaliar de forma mais completa o uso de psicofármacos.

REFERÊNCIAS

1. Almeida L, Coutinho E, Pepe V. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. *Cad Saúde Pública* 1994;10(1):5-16.
2. Cherin P, Colvez A, Deville de Periere G, Sereni D. Risk of syncope in the elderly and consumption of drugs: a case-control study. *J Clin Epidemiol* 1997;50(3):313-20.
3. Hemels ME, Koren G, Einarson TR. Increased use of antidepressants in Canada, 1981-2000. *Ann Pharmacother* 2002;36(9):1375-9.
4. Leon J, Becona E, Gurpegui M, Gonzalez-Pinto A, Diaz FJ. The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries. *J Clin Psychiatry* 2002;63(9):812-6.
5. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002;36(2):213-21.
6. Magrini N, Vaccheri A, Parma E, D'Alessandro R, Bottoni A, Occhionero M et al. Use of benzodiazepines in the Italian general population: prevalence, pattern of use and risk factors for use. *Eur J Clin Pharmacol* 1996;50(1-2):19-25.
7. Mari JJ, Almeida Filho N, Coutinho E, Andreoli SB, Miranda CT, Streiner D. The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. *Psychol Med* 1993;23(2):467-74.
8. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001;17(4):819-32.
9. Moreno Luna ME, Clemente Lirola E, Pinero Acín MJ, Martínez Matías MR, Alonso Gómez F, Rodríguez Alcalá FJ. Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Aten Primaria* 2000;26(8):554-8.
10. Neutel CI, Perry S, Maxwell C. Medication use and risk falls. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2002;11(2):97-104.
11. Ohayon MM, Lader MH. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy and the United Kingdom. *J Clin Psychiatry* 2002;63(9):817-25.
12. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Elinson L, Tanielian T, Pincus HA. National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA* 2002;287(2):203-9.
13. Pincus HA, Tanielian T, Marcus SC, Olfson M, Zarin DA, Thompson J et al. Prescribing trends in psychotropic medications: primary care, psychiatry, and other medical specialties. *JAMA* 1998;279(7):526-31.
14. Tajima O. Mental health care in Japan: recognition and treatment of depression and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 2001;62 Suppl 13:39-44.
15. Ungvari GS, Chung YG, Chee YK, Fung-Shing N, Kwong TW, Chiu HF. The pharmacological treatment of schizophrenia in Chinese patients: a comparison of prescription patterns between 1996 and 1999. *Br J Clin Pharmacol* 2002;54(4):437-44.
16. Zito JM, Safer DJ, Reis S, Gardner JF, Magder L, Soeken K et al. Psychotropic practice patterns for youth: a 10-year perspective. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157(1):17-25.