

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS-UFMG
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

ELISE DE ASSIS VIEIRA GUIMARÃES

**USO DE PSICOFÁRMACOS EM POPULAÇÃO ADULTA COBERTA
PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

BELO HORIZONTE

2022

ELISE DE ASSIS VIEIRA GUIMARÃES

**USO DE PSICOFÁRMACOS EM POPULAÇÃO ADULTA COBERTA
PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Orientadora:

Profa. Dra. Edna Afonso Reis.

Coorientadores:

Profa. Dra. Mariana Martins Gonzaga do Nascimento
e

Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho.

BELO HORIZONTE

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

G963u Guimaráes, Elise de Assis Vieira.
Uso de psicofármacos em população adulta coberta pela estratégia de saúde da família: [recurso eletrônico] uma revisão de escopo / Elise de Assis Vieira Guimaráes. – 2022.
1 recurso eletrônico (59 f. : il.) : pdf

Orientadora: Edna Afonso Reis.
Coorientadoras: Mariana Martins Gonzaga do Nascimento.
Antônio Ignácio de Loyola Filho.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Exigências do sistema: Adobe Acrobat Reader.

1. Saúde mental – Teses. 2. Transtornos mentais – Teses. 3. Atenção primária à saúde – Teses. 4. Ansiolíticos – Teses. 5. Antidepressivos – Teses. 6. Psicotrópicos – Teses. I. Reis, Edna Afonso. II. Nascimento, Mariana Martins Gonzaga do. III. Loyola Filho, Antônio Ignácio de. IV. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. V. Título.

CDD:616.89

Elaborado por Luciene Aparecida Costa – CRB-6/2811

FOLHA DE APROVAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE FARMÁCIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



USO DE PSICOFÁRMACOS EM POPULAÇÃO ADULTA COBERTA PELA ESTRATÉ- GIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ELISE DE ASSIS VIEIRA GUIMARÃES

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, com o requisito para obtenção do grau de Mestre em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 16 de DEZEMBRO de 2022, pela banca constituída pelos membros:

Edna Afonso Reis-Orientadora (ICEX-UFMG)
Mariana Martins Gonzagado Nascimento-Coorientadora (FAFAR-UFMG)
Cristiane Aparecida Menezes de Padua (FAFAR-UFMG)
Antônio Inácio De Loyola Filho (FIOCRUZ/MG)
Eric de Castro e Costa (Instituto René Rachou/Fiocruz Minas Gerais)



Documento assinado eletronicamente por **Edna Afonso Reis, Professor do Magistério Superior**, em 19/12/2022, às 09:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art.

5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Martins Gonzagado Nascimento, Servidor(a)**, em 19/12/2022, às 10:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cristiane Aparecida Menezes de Padua, Professora**

do Magistério Superior, em 19/12/2022, às 10:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eric de Castro e Costa, Usuário Externo**, em 19/12/2022, às 13:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de](#)

[2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antonio Ignácio de Loyola Filho, Professor do Magistério Superior**, em 19/12/2022, às 14:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1886809** e o código CRC **5CE816C7**.

Referência: Processos nº 23072.217828/2020-17

Dedico essa dissertação a todos que de alguma forma me incentivaram e colaboraram na minha caminhada até a conclusão do projeto. Não citarei nomes, mas cada um que doou seu tempo me ouvindo e compreendendo as dificuldades que enfrentei até essa conquista, saberá que estou me referindo a ele ou ela.

Ao meu marido Paulo Emilio, que, com sua colaboração, me permitiu a dedicação aos estudos.

Aos meus filhos Artur e Clara, aos quais quero ser um exemplo de que nunca será tarde para novas conquistas.

AGRADECIMENTO

Agradeço à Universidade Federal de Minas Gerais e à Faculdade de Farmácia, que, por meio do Programa de Pós Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, me proporcionaram a oportunidade de realizar meu mestrado numa instituição de grande relevância e qualidade no ensino público e gratuito.

À minha orientadora, Profa. Dra. Edna Afonso Reis, e coorientadores, Profa. Dra. Mariana Martins Gonzaga do Nascimento e Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho, aos quais devo a dedicação de horas de trabalho e de todo conhecimento que me foi transmitido.

À Erika Ramos de Alvarenga pela dedicação e colaboração no desenvolvimento dos dados estatísticos do projeto.

À Bárbara Furtado, que plantou a semente do desejo e da busca pelo mestrado em mim, sempre me motivando e sendo um exemplo de mulher forte, lutadora, corajosa e grande incentivadora da educação.

À Lorayne Resende, que foi minha companheira e apoiadora nessa corajosa busca pelo conhecimento, sempre ao meu lado me fortalecendo e incentivando, e que realizou sua conquista juntamente comigo.

Às queridas amigas Raquel Soares de Miranda e Solange Cristina de Lima, que não me deixaram desistir, sempre com palavras de incentivo e bom humor.

Enfim, meu agradecimento a cada pessoa querida que me ofereceu palavras de carinho e incentivo e foram tantas...

EPÍGRAFE

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.”

Nise da Silveira.

RESUMO

O Brasil é o país com a maior proporção de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo e o quinto em casos de depressão. Conhecer o perfil de utilização dos medicamentos usados no tratamento de transtornos mentais entre usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) do Brasil é fundamental para a elaboração de políticas públicas em saúde mental. Dessa forma, o objetivo desse estudo é investigar o uso de psicofármacos junto a uma população adulta adstrita à Estratégia de Saúde da Família, no município de Ribeirão das Neves (MG). Os participantes da pesquisa foram selecionados com base em uma amostra probabilística sistemática de pessoas com 20 ou mais anos de idade residentes no município. Foi determinada a prevalência de uso de psicofármacos (antidepressivos ou benzodiazepínicos), definida como variável dependente, bem como os fatores associados, por meio de análises univariadas (qui-quadrado de Pearson) e multivariadas (regressão logística). A amostra de estudo (n=1.100) era majoritariamente do sexo feminino (52,6%), com ensino fundamental incompleto (52,0%), e com renda familiar mensal entre 1 e 2,9 salários-mínimos (46,3%); identificou-se média de idade de 42,6 anos. O uso de pelo menos um psicofármaco foi relatado por 8,6% dos entrevistados, sendo que 2,3% usavam apenas benzodiazepínico, 4,7% usavam apenas antidepressivo e 1,6% usavam ambos. Após o ajuste múltiplo, permaneceram independentemente associadas ao uso de psicofármacos o sexo feminino (OR=3,0; IC95%=1,7-5,3), autoavaliação de saúde ruim/muito ruim (OR=2,6; IC95%=1,4-4,7), dependência para atividades instrumentais de vida diária (AIVD - OR=1,9; IC95%=1,0-3,6), dependência para atividades básicas de vida diária (ABVD) e AIVD (OR=3,4; IC95%=1,7-7,1), número de doenças crônicas (OR=1,3; IC95%=1,1-1,6) e o termo de interação entre idade e escolaridade. Entre pessoas com menor escolaridade, quanto maior a idade, menor a probabilidade de uso de psicofármaco; entre pessoas com maior escolaridade, quanto maior idade, maior a probabilidade de uso de psicofármaco. A alta prevalência de uso de psicofármacos, ressalta a demanda, que geralmente é caracterizada pelo subdiagnóstico e subtratamento de transtornos psiquiátricos. Os múltiplos fatores associados permitem delinear políticas locais para o acesso adequado a psicofármacos.

Palavras chave: saúde mental; transtornos mentais; atenção primária à saúde; ansiolíticos; antidepressivos; psicotrópicos.

ABSTRACT

Brazil is the country with the highest proportion of people with anxiety disorders in the world and the fifth in cases of depression. Therefore, characterizing the profile of use of medications used to treat mental disorders among users of Primary Health Care (PHC) in Brazil is fundamental for the elaboration of public policies in mental health. Thus, the objective of this study is to investigate the use of psychotropic drugs among an adult population assigned to the Family Health Strategy, in the municipality of Ribeirão das Neves (MG). The research participants were selected based on a systematic probabilistic sample of people aged 20 or over residing in the municipality. The prevalence of use of psychotropic drugs (antidepressants or benzodiazepines), defined as the dependent variable, as well as associated factors, was determined using univariate (Pearson's chi-square) and multivariate (logistic regression) analyses. The study sample (n=1,100) was mostly female (52.6%), with incomplete primary education (52.0%), and with monthly family income between 1 and 2.9 minimum wages (46.3 %); a mean age of 42.6 years was identified. The use of at least one psychotropic drug was reported by 8.6% of respondents, with 2.3% using only benzodiazepines, 4.7% using only antidepressants and 1.6% using both. After the multiple adjustment, female gender (OR=3.0; 95%CI=1.7-5.3), poor/very poor self-rated health (OR=2.6; 95%CI =1.4-4.7), dependence for instrumental activities of daily living (IADL - OR=1.9; 95%CI=1.0-3.6), dependence for basic activities of daily living (BADL) and IADL (OR=3.4; 95%CI=1.7-7.1), number of chronic diseases (OR=1.3; 95%CI=1.1-1.6) and the interaction term between age and education remained independently associated with the use of psychotropic drugs. Among people with less education, the older they were, the less likely they were to use psychotropic drugs; among people with higher education, the older they were, the more likely they were to use psychotropic drugs. The high prevalence of psychotropic drug use highlights the demand, which is generally characterized by underdiagnosis and undertreatment of psychiatric disorders. The multiple associated factors make it possible to outline local policies for adequate access to psychotropic drugs.

Keywords: mental health; mental disorders; primary health care; anti-anxiety agents; antidepressant agents; psychotropic drugs.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
3.1 Saúde Mental e Determinantes Sociais em Saúde	14
3.2 Transtornos Mentais	17
3.2.1 Transtornos Depressivos	18
3.2.2 Transtornos de Ansiedade	19
3.2.3 Transtorno de Sono-Vigília – Transtorno de Insônia	20
3.3 Tratamento dos Transtornos Depressivos, de Ansiedade e de Insônia	22
3.3.1 Tratamento Não Farmacológico	22
3.3.2 Tratamento Farmacológico	24
3.4 Utilização de Antidepressivos e Benzodiazepínicos entre Adultos: Estado da Arte	28
4 MÉTODOS	30
4.1 Tipo de Estudo	30
4.2 Local de Estudo	30
4.3 População e Amostra.....	32
4.4 Coleta de Dados e Variáveis do Estudo	33
4.5 Análise dos Dados	36
4.6 Considerações Éticas	36
5 RESULTADOS	37
6 DISCUSSÃO	44
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde é amplamente discutido. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde pode ser definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Nesse contexto, torna-se indispensável entender a saúde por meio das relações históricas, econômicas, políticas, sociais, da qualidade de vida, das necessidades básicas do ser humano, seus valores, crenças, direitos, deveres, suas relações dinâmicas e construídas ao longo de todo o ciclo da vida e do meio em ele vive (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2022). A saúde mental, física e a social estão entrelaçadas e são interdependentes, sendo a saúde mental indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países, mas frequentemente negligenciada (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2002).

Transtornos mentais resultam de muitos fatores e que têm a sua base física no cérebro, podendo afetar todas as pessoas, levando ao prejuízo da saúde mental (WHO, 2002). O relatório global da OMS mostra que o Brasil é o país com a maior proporção de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo e o quinto em casos de depressão, sendo estimado que 9,3% (18.657.943) dos brasileiros tenham algum transtorno de ansiedade, e a depressão afete 5,8% da população. O Brasil é também o país com o maior número de casos de depressão na América Latina (WHO, 2017). Segundo o Ministério da Saúde (MS), no Brasil, a prevalência de depressão ao longo da vida, isoladamente ou associada a um transtorno físico, é de 15,5 %, acima dos 10,4% detectados na rede de atenção primária de saúde (BRASIL, 2020).

O tratamento não farmacológico é indispensável para o manejo adequado dos transtornos mentais, mas o uso de medicamentos é frequentemente necessário, com o propósito de aliviar o sofrimento mental (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 2022). A partir dos anos 1950, o uso de psicofármacos provocou uma ampla reformulação das concepções e práticas vigentes no tratamento dos transtornos mentais, ampliando as opções de atenção à saúde mental no campo da psiquiatria. Atualmente, conhecer os medicamentos existentes e as evidências que embasam seu uso é essencial para um efetivo trabalho nessas áreas. A

decisão de utilizar ou não um psicofármaco depende antes de tudo do diagnóstico que o paciente apresenta, incluindo eventuais comorbidades. Mas há situações em que as psicoterapias podem ser a primeira opção; em outras, a combinação de ambos os métodos pode ser a opção ideal (CORDIOLI, 2012).

Apesar das possibilidades de atenção à saúde mental, os sistemas de saúde do mundo ainda não responderam adequadamente à carga dos transtornos mentais, sendo a distância entre a necessidade de tratamento e sua oferta ainda ampla. A porcentagem de pessoas com transtornos mentais que não recebem tratamento é entre 76% e 85% em países de baixa e média renda e entre 35% e 50% em países de alta renda(OPAS, 2022).

Nesse contexto, conhecer o perfil de utilização dos medicamentos usados no tratamento de transtornos mentais como a depressão, ansiedade e transtorno do sono na Atenção Primária à Saúde (APS) do Brasil é fundamental para a elaboração de políticas públicas de assistência à saúde mental que sejam eficazes, seguras e adequadas às particularidades de cada comunidade. É nesse cenário que o presente estudo se insere.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever o uso de psicofármacos junto a uma população adulta adstrita à Estratégia de Saúde da Família, no município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

2.2 Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência de uso de psicofármacos, de acordo com a classe terapêutica;
- Avaliar os fatores associados ao uso de psicofármacos.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Saúde Mental e Determinantes Sociais em Saúde

Para a OMS, a saúde mental refere-se a um estado de bem-estar pelo qual o indivíduo desenvolve suas habilidades pessoais, consegue lidar com os estresses normais da vida, trabalhar produtivamente e contribuir com sua comunidade. Alguns indivíduos ou grupos sociais podem apresentar um risco significativamente maior de sofrerem com problemas de saúde mental, incluindo pessoas expostas a desastres naturais, conflitos ou emergências humanitárias (WHO, 2013).

Sabemos que as condições sociais afetam significativamente as condições de saúde de uma população. Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) podem caracterizar e explicar os fatores e mecanismos pelos quais as condições sociais agem sobre a saúde. Segundo a definição da OMS, os DDS estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também devem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego (FUNCAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ, 2022).

Os determinantes da saúde mental e transtornos mentais incluem não apenas atributos individuais, como a capacidade de administrar os pensamentos, as emoções, os comportamentos e as interações com os outros, mas também os fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais, como as políticas nacionais, a proteção social, padrões de vida, as condições de trabalho e o apoio comunitário (OPAS, 2022). Marinho Alves & Rodrigues (2010) destacam alguns fatores econômicos e sociais que afetam a saúde mental:

- O emprego: a estabilidade e satisfação no trabalho estão associadas a melhores níveis de saúde e bem estar;
- A educação: um baixo nível educacional, associado com outros fatores como o desemprego, pobreza, exclusão social, pode constituir uma barreira difícil de transpor no acesso aos cuidados de saúde em pessoas

que, em virtude desses fatores, possuem maior risco de desenvolver transtornos mentais;

- A pobreza: não vista apenas como falta de dinheiro ou bens materiais, mas sob visão mais ampla, incluindo a falta de recursos sociais, econômicos e educacionais;
- A habitação: uma habitação adequada proporciona não só um abrigo físico, mas também social, econômico e psicológico. O oposto expõe o indivíduo a um maior risco de doenças e mortalidade;
- A urbanização: tem sido encontrada uma associação entre viver em grandes cidades e transtornos mentais, que pode ser explicada por estresse relacionado a um estilo de vida pouco saudável, enfraquecimento de laços familiares, meios de transporte e habitação inadequados e violência. Por outro lado, o isolamento em meios rurais também pode propiciar o adoecimento mental devido a fatores como dificuldade de transporte, educação, comunicação, questões socioeconômicas e menor acesso aos serviços de saúde;
- A discriminação sexual e violência de gênero: mulheres têm duas vezes mais riscos de desenvolver depressão e ansiedade que os homens, em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Esse fato pode ser associado a fatores hormonais, como também ao acúmulo de atividades de trabalho e cuidados familiares. Acrescenta-se ainda a violência doméstica e sexual sofridas por muitas mulheres;
- As experiências precoces e o ambiente familiar: a ocorrência de gravidez precoce pode implicar em déficits de desenvolvimento fetal, através de alterações no desenvolvimento neurobiológico. Mães dependentes químicas de álcool e drogas podem impactar negativamente na saúde dos filhos, com consequências em longo prazo;
- A cultura: um determinado contexto cultural pode criar estigmas sobre a doença mental, dificultando os tratamentos adequados, criando “rótulos” e reforçando comportamentos excludentes;
- e, finalmente, pessoas expostas a catástrofes naturais, conflitos, doenças crônicas ou incapacitantes e violência possuem maior risco de desenvolver depressão, ansiedade, estresse pós traumático e suicídio.

Para Mendes, o acelerado processo de mudanças urbanas está relacionado, à transição epidemiológica do nosso país, caracterizada pelo aumento das doenças crônico-degenerativas, infectocontagiosas, neoplasias, dos transtornos mentais e de mortes por causas externas (violências e acidentes de trânsito) (MENDES, 2013). Na transição epidemiológica, a saúde mental é importante no debate acerca das desigualdades e iniquidades em saúde. Visto que os transtornos mentais são atualmente uma das maiores causas de morbidade, e do aumento das taxas de mortalidade (SANTANA, 2014).

Outro ponto relevante é que a saúde mental sofre os efeitos dos territórios (SANTANA, 2014). O território é um importante fator no processo saúde doença. Nós vivemos em um espaço geográfico bastante diversificado. Monken *et al.* (2004) destacam que no Brasil há uma sociedade muito diferente e injusta, onde as pessoas vivem de maneiras diferentes e em condições diferentes. Os ambientes estão em constante transformação e afetam a todas as pessoas, no entanto, de maneiras diferentes beneficiando uns e prejudicando outros (MONKEN, 2004).

A contextualização do processo saúde-doença-cuidado está intimamente relacionada à sua territorialização. No âmbito da saúde mental, a partir das novas diretrizes da Estratégia Atenção Psicossocial e do trabalho em redes, é imprescindível conhecer as características dos territórios no fazer profissional (DIMENSTEIN *et al.*, 2017). O reconhecimento do território pelos profissionais de saúde, é essencial para a caracterização da população e de seus problemas e necessidades de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre a saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população (MONKEN, 2004).

O conhecimento dos determinantes sociais da saúde mental é importante visto pela perspectiva de ser usado na construção de políticas públicas e, conseqüentemente, promover a melhora da saúde mental das populações e reduzir a carga global de doenças (MARINHO ALVES; RODRIGUES, 2010).

3.2 Transtornos Mentais

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados ao sofrimento mental ou incapacidades significativas que afetam relações sociais, profissionais ou outras atividades importantes (PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Nos transtornos mentais, geralmente, ocorrem pensamentos, percepções, emoções e comportamento anormais, que também podem afetar as relações com outras pessoas. Entre os transtornos mentais, estão a depressão, o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e outras psicoses, transtornos do sono, demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento, incluindo o autismo (PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A carga dos transtornos mentais continua crescendo, com impactos significativos sobre a saúde, questões sociais, de direitos humanos e econômicas em todos os países do mundo. Em junho de 2022, a OMS divulgou um relatório com a sua maior revisão em saúde mental. Segundo o relatório, em 2019, quase um bilhão de pessoas viviam com um transtorno mental. O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade. Os transtornos mentais são a principal causa de incapacidade, sendo responsável por um em cada seis anos vividos com incapacidade. Pessoas com condições graves de saúde mental morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido a doenças físicas evitáveis (WHO, 2022).

No Brasil, segundo o 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade de 2017, intitulado “Adoecimento Mental e Trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016”, no âmbito do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), os transtornos mentais e comportamentais foram a

terceira causa de incapacidade para o trabalho, totalizando 668.927 casos, cerca de 9% do total de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez concedidos nesses cinco anos de análise. Entre 2009 e 2015, quase 97 mil pessoas foram aposentadas por invalidez em razão de transtornos mentais e comportamentais, com destaque para depressão, distúrbios de ansiedade e estresse pós-traumático (BRASIL, 2017). Esses números expressam o impacto desses transtornos no mundo do trabalho, o que reduz a renda familiar e impacta na economia do país de forma considerável.

Dentre os transtornos mentais mais prevalentes no mundo e que mais frequentemente demandam o uso de medicamentos, destacam-se os transtornos de humor e de ansiedade. Segundo a última versão do DSM-5, os transtornos de humor podem ainda ser subdivididos em transtornos bipolares e transtornos depressivos, sendo os transtornos depressivos os mais prevalentes no mundo. Já os transtornos de ansiedade subdividem-se em mais de 10 subtipos, como o transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social, transtorno do pânico, fobia específica e agorafobia.

3.2.1 Transtornos Depressivos

Há características comuns presentes nos diferentes transtornos depressivos, como o humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. Os aspectos que diferenciam os tipos de transtornos depressivos são, sobretudo, sua duração, momento ou etiologia presumida (APRAHAMIAN *et al*,2020). Segundo o DSM-5, transtornos depressivos podem ser divididos em 8 subtipos; entretanto, os dois tipos mais comuns são o transtorno depressivo maior e a distímia (PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os transtornos depressivos são uma das grandes preocupações em todo o mundo e um dos principais contribuintes para a carga global de doenças. De acordo com as últimas estimativas da OMS, é estimado que existam 322 milhões de pessoas com depressão em todo o mundo; ou seja, 4,4% da população mundial e 18% a mais do que há dez anos (WHO, 2017). Até 2020, esta será a doença mais incapacitante do planeta, na previsão da

OMS, sendo que os quadros depressivos são a principal causa de suicídio no mundo, com cerca de 800 mil casos por ano, além dos riscos de saúde associados entre depressão e outros distúrbios e doenças não transmissíveis. Pessoas com doenças como diabetes e doenças cardíacas também têm um risco maior de depressão (WHO, 2017).

Segundo dados do Ministério da Saúde, a prevalência de depressão ao longo da vida é de 15,5 % no Brasil e que a prevalência de depressão na rede de atenção primária de saúde é 10,4%, isoladamente ou associada a um transtorno físico (BRASIL, 2020).

Os transtornos depressivos resultaram em 46,86 milhões (95% IC 32,93–63,80) anos de vida perdidos ajustados por incapacidade Disability Adjusted Life Years (DALYs) globais em 2019, equivalente a 1,8% (1,4–2,4) dos DALYs (IHME, 2019) (THE INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME), 2019).

3.2.2 Transtornos de Ansiedade

Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional à ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Os tipos de transtornos de ansiedade diferem entre si de acordo com os objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada. Dentre eles, podemos destacar: o transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social, transtorno do pânico, fobia específica e agorafobia (PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A ansiedade pode ser compreendida como mecanismo evolutivo, que auxilia a detectar e lidar com o perigo. No entanto, esse recurso adaptativo muitas vezes encontra-se desregulado, causando sofrimento e prejuízo ao desempenho social e/ou profissional. A ansiedade se torna um transtorno psiquiátrico quando representa emoção desconfortável e inconveniente, surgindo na ausência de um estímulo externo claro ou com magnitude suficiente para justificá-la, e apresenta intensidade, persistência e frequência

desproporcionais. Estudos epidemiológicos indicam os transtornos de ansiedade como os mais prevalentes dentre os transtornos psiquiátricos. Na grande maioria dos casos, não há como estabelecer uma causa específica aos transtornos aqui tratados. A interação entre fatores genéticos e ambientais resume a etiologia atualmente proposta e aceita (BARCELLOS, 2017).

Outro dado importante em relação à ansiedade é que ela está presente na maioria dos transtornos psiquiátricos, em muitos dos quais é um sintoma secundário. Estima-se que 52% dos pacientes com transtorno bipolar, 60% dos pacientes com TDM e 47% daqueles com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) terão ansiedade comórbida ou distúrbio relacionado. Entre pacientes com transtornos de ansiedade, observa-se uma maior prevalência de hipertensão e outras condições cardiovasculares, doenças gastrointestinais, artrite, doenças da tireoide, doenças respiratórias, enxaqueca e condições alérgicas. Por outro lado, a ansiedade e distúrbios relacionados têm um impacto significativo na qualidade de vida em pacientes com essas condições clínicas (KATZMAN *et al.*, 2014).

Segundo o relatório global da OMS, o Brasil é o país com a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo, sendo estimado que 9,3% (18.657.943) dos brasileiros tenham algum transtorno de ansiedade (WHO, 2017).

3.2.3 Transtorno de Sono-Vigília – Transtorno de Insônia

Os transtornos do sono-vigília abrangem 10 transtornos ou grupos de transtornos: transtorno de insônia, transtorno de hiper sonolência, narcolepsia, transtornos do sono relacionados à respiração, transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, transtornos de despertar do sono não REM (*rapid eye movement* – movimentos rápidos dos olhos), transtorno do pesadelo, transtorno comportamental do sono REM, síndrome das pernas inquietas e transtorno do sono induzido por substância/medicamento. Geralmente, os indivíduos com esses tipos de transtornos apresentam queixas de insatisfação envolvendo a qualidade, o tempo e a quantidade de sono. O sofrimento e o prejuízo resultantes durante o dia são características centrais compartilhadas por todos esses transtornos (PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A característica essencial do transtorno de insônia, o mais prevalente entre todos os transtornos do sono, é a insatisfação com a quantidade ou a qualidade do sono, e queixas de dificuldade para iniciar ou manter o sono. As queixas de sono são acompanhadas de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. A perturbação do sono pode ocorrer durante o curso de outro transtorno mental ou condição médica ou de forma independente (PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A queixa de dificuldade para iniciar ou manter o sono, associada a consequências diurnas e não ser atribuível a circunstâncias ambientais ou oportunidade inadequada para dormir, caracterizam o transtorno do sono. O transtorno é identificado como crônico quando persiste por pelo menos três meses com uma frequência de pelo menos três vezes por semana. Quando o distúrbio atende aos critérios dos sintomas, mas persiste por menos de três meses, é considerado insônia de curto prazo (SATEIA *et al.*, 2017).

Diferentes manifestações de insônia podem ocorrer em horários distintos do período de sono. A insônia na fase inicial do sono (ou insônia inicial) envolve a dificuldade em conciliar o sono na hora de dormir. A insônia de manutenção do sono (ou insônia intermediária) caracteriza-se por despertares frequentes ou prolongados durante a noite. A insônia terminal envolve o despertar antes do horário habitual e a incapacidade para retornar ao sono. A dificuldade em manter o sono é o sintoma mais comum de insônia, seguida pela dificuldade em conciliar o sono, sendo que a combinação desses dois sintomas é a apresentação geral mais comum. O diagnóstico de transtorno de insônia deve ser reservado para pessoas com sofrimento ou com prejuízos estruturais/funcionais significativos durante o dia relacionados à dificuldade de conciliar o sono durante a noite (PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Cerca de um terço dos adultos relata sintomas de insônia no mundo; 10 a 15% experimentam prejuízos diurnos associados; e 6 a 10% apresentam sintomas que atendem aos critérios do transtorno de insônia. Nos ambientes de tratamento primário, aproximadamente 10 a 20% dos indivíduos se queixam de sintomas significativos de insônia. Queixa de insônia é mais prevalente em indivíduos do sexo feminino. Embora, possivelmente, seja um sintoma ou um

transtorno independente, a insônia é observada com maior frequência como uma condição comórbida com outra condição de saúde ou com algum transtorno mental, sendo estimado que 40 a 50% dos indivíduos com insônia apresentem também outro transtorno mental (PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

3.3 Tratamento dos Transtornos Depressivos, de Ansiedade e de Insônia

A crescente ocorrência de transtornos mentais demanda acesso adequado e oportuno a tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. Entretanto, em diferentes populações, baixos níveis de acesso e conhecimento sobre o tratamento dos transtornos mentais, resultam em uma perda econômica global de US\$ 1 trilhão a cada ano economia. Por outro lado, a cada US\$1 investido na ampliação do tratamento para transtornos mentais comuns, como depressão e ansiedade, há um retorno de US\$ 4 em melhores condições de saúde e capacidade de trabalho (WHO, 2017).

Nesse contexto, ampliar o tratamento de transtornos mentais é essencial. Entretanto, os sistemas de saúde ainda não responderam adequadamente à carga dos transtornos mentais. Além da falta de acesso, há também a má qualidade dos cuidados prestados a muitos que recebem tratamento (OPAS, 2022). As seções a seguir se propõem, portanto, a discutir o tratamento de transtornos mentais comuns e problemas frequentemente identificados envolvendo-os.

3.3.1 Tratamento não Farmacológico

O apoio psicossocial é um componente importante na linha de tratamento dos transtornos mentais, com destaque para a realização da terapia cognitivo-comportamental (TCC) (WHO, 2020). A TCC é um tipo de psicoterapia que auxilia os pacientes a superar seus problemas, por meio da identificação e desafio de pensamentos, comportamentos e reações emocionais. Seu objetivo é desenvolver a percepção do paciente sobre o

gerenciamento de seus pensamentos e comportamentos negativos (CHAVES; NOBREGA; SILVA, 2019).

Outro recurso utilizado é a Terapia de Resolução de Problemas (TRP) que focaliza a troca de experiência em grupo, tornando o diálogo e a interação social uma ferramenta para a descoberta de novas soluções para seus problemas a partir da partilha de vivências pessoais e da forma como os problemas ou até a doença afetam suas vidas. A discussão em grupo também favorece a construção de um pensamento mais crítico e reflexivo acerca da temática colocada em pauta (CHAVES; NOBREGA; SILVA, 2019).

O tratamento dos transtornos de ansiedade e dos transtornos relacionados apresenta aspectos comuns e outros que são específicos para cada transtorno. Uma parte fundamental do tratamento é a psicoeducação, através da qual o paciente pode entender que tem um problema de saúde real e tratável. O paciente entenderá que a ansiedade depende de uma soma de fatores que incluem vulnerabilidade genética, estressores ambientais e hábitos de vida. A psicoeducação deverá esclarecer ao paciente o que ele tem e como funciona o tratamento (BARCELLOS, 2017).

No tratamento dos transtornos do sono as terapias cognitivo-comportamentais para insônia (TCC-I), são consideradas padrão de tratamento (SATEIA *et al.*, 2017). A TCC-I pode envolver diversas abordagens, entre elas a higiene do sono na qual o paciente adota hábitos e comportamentos que promovam o bom sono. Esses comportamentos consistem em : manter uma regularidade nos horários de sono; evitar pensar em problemas no horário de dormir; deitar-se somente quando realmente estiver com sono ; em caso de insônia não permanecer na cama e realizar alguma atividade relaxante; evitar televisão, celular quando estiver na cama; evitar cochilos durante o dia; não realizar o consumo de bebidas estimulantes , álcool , cigarros nas horas que antecedam o horário de dormir; não ir para a cama com fome e realizar refeições leves, sem gorduras e consumir pouco líquido; realizar atividades físicas mas evitá-las próximo ao horário de dormir e finalmente cuidar da ambiência do quarto mantendo-o livre de ruídos, luzes e com temperatura agradável (INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS - ISMP BRASIL, 2020).

A prática de exercício físico é também uma forte aliada ao combate de diversos sintomas oriundos dos transtornos mentais, sendo parte da terapia não medicamentosa, e não apenas uma atividade ocupacional ou de lazer. A prática regular de exercício físico melhora as capacidades fisiológicas, o condicionamento físico e a qualidade do sono, além de atuar como antagonista dos sintomas psicológicos atrelados ao transtorno mental. Além desses benefícios, a prática de exercícios físicos contribui de forma paralela com a socialização, aptidão e sensação de bem estar do indivíduo, sendo ferramenta indispensável no auxílio do tratamento clínico e terapêutico (IAN COSTA ASSUNÇÃO; RODELLA ASSUNÇÃO, 2020).

3.3.2 Tratamento Farmacológico

O tratamento de transtornos mentais frequentemente é baseado em medidas não farmacológicas e no uso de medicamentos, sendo a classe de antidepressivos a alternativa de primeira escolha para a maioria dos transtornos depressivos e de ansiedade. A escolha do antidepressivo é baseada no tipo do transtorno, nos antecedentes pessoais e familiares, na boa resposta a uma determinada classe de antidepressivos já utilizada, na presença de doenças clínicas e nas características individuais dos antidepressivos (BRASIL, 2020; WHO, 2021).

Para os transtornos depressivos especificamente, os antidepressivos constituem uma forma eficaz de tratamento para a depressão moderada ou grave, mas não são a primeira linha de tratamento para casos de depressão leve (WHO, 2020). Dessa forma, a escolha inicial de um antidepressivo para tratamento do transtorno depressivo deve ser baseada em vários fatores, que incluem efeitos adversos esperados, segurança ou tolerabilidade para o paciente individual, gravidade da doença, presença de características atípicas, características melancólicas ou retardo psicomotor, grau de comprometimento associado como dor, ansiedade ou insônia, resposta ao medicamento em episódios anteriores ou membros da família, preferência do paciente, propriedades farmacológicas, como meia-vida e metabolismo, e, potencialmente, testes farmacogenéticos, interações medicamentosas potenciais e custo (WHO, 2021).

Para transtornos depressivos, o uso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) ou inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSNs) são geralmente considerados opções de primeira linha. Isso se justifica pela menor incidência de efeitos adversos, de interações medicamentosas graves e menor letalidade em caso de sobredosagem acidental ou proposital, quando comparados aos antidepressivos tricíclicos (ATCs) e inibidores da monoamina oxidase (IMAOs)(BRASIL, 2012).

Já o tratamento dos transtornos de ansiedade é baseado nas preferências dos pacientes, na gravidade da doença, nas doenças concomitantes, nas complicações com o uso de outras substâncias ou risco de suicídio, no histórico de tratamentos anteriores, no custo e nos tipos de tratamentos disponíveis em determinada situação. Os ISRS e os ISRSN também são recomendados como primeira linha de tratamento para transtornos de ansiedade. Se não houver resposta ao inibidor ISRS em oito semanas, deve-se considerar a mudança para outro ISRS ou ISRSN. A eficácia dos ISRSs e ATCs são semelhantes; no entanto, devido à menor tolerabilidade e taxas de descontinuação mais altas dos ATCs, são recomendados como opções de segunda linha (KATZMAN *et al.*, 2014).A adesão ao tratamento pode aumentar quando as vantagens e desvantagens do tratamento são previamente discutidas com o paciente.

Os benzodiazepínicos (BZD) são psicofármacos com propriedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes e de relaxamento muscular e muito usados no tratamento da ansiedade e de distúrbios do sono(ISMP BRASIL, 2020). Os BZD atuam diretamente na estimulação do ácido gama-aminobutírico – GABA, neurotransmissor responsável pela inibição da atividade cerebral, promovendo efeitos ansiolíticos e de relaxamento de grande importância clínica, por promoverem alívio rápido de sintomas ansiosos(SENRA *et al.*, 2021)

No entanto, muitas vezes os BZD não são os fármacos de primeira escolha para o manejo desses transtornos e seu uso é recomendado somente por períodos curtos (ISMP BRASIL, 2020).

Os benzodiazepínicos não são recomendados para uso prolongado (mais de duas semanas), exceto em circunstâncias excepcionais como para pacientes terminais. Não há evidências para indicar o uso a longo prazo dos BZD para insônia ou qualquer outro transtorno mental, devido a muitas preocupações em relação à sua segurança. Na insônia: o período de tratamento não deve exceder duas semanas, pois estudos já demonstraram que os padrões de sono retornam aos níveis pré-tratamento após apenas algumas semanas de uso regular. Na ansiedade: continuar além de duas semanas resultará em perda de eficácia, desenvolvimento de tolerância ou dependência, prováveis sintomas de abstinência, efeitos adversos persistentes e interferência na eficácia de medicamentos de uso crônico(KAISER PERMANENTE, 2019)

Por outro lado, os BZD apresentam desvantagens, que incluem a tendência ao desenvolvimento de dependência psicológica, a formação de metabólitos ativos e efeitos amnésicos. Além disso, os BZD exercem depressão aditiva do sistema nervoso central quando administrados com outras drogas, prejudicando o desempenho de tarefas que exijam atividade mental e coordenação motora(SENRA *et al.*, 2021). O uso dos BDZ para o tratamento dos transtornos de ansiedade deve ser considerado uma segunda linha por causarem incerteza da sua eficácia em longo prazo, do seu potencial de abuso e do seu risco de dependência e geralmente são usados como um complemento ao tratamento com antidepressivo (KATZMAN, 2014).

O tratamento do transtorno de insônia exige, em alguns casos, o uso de um sedativo hipnótico por um período limitado. Apesar dos benzodiazepínicos melhorarem a qualidade e o tempo de sono com redução dos despertares noturnos, os efeitos adversos podem ser cinco vezes mais comuns, além de haver outros riscos, incluindo os do uso indiscriminado. O uso inadequado de psicotrópicos como os benzodiazepínicos, além de provocar tolerância e dependência, também levam a depressão do sistema nervoso central. Dentre os efeitos adversos mais comuns dos BZD estão: perda de atenção e dificuldade de fixação, fraqueza, náuseas, vômitos, dores abdominais, articulares e torácicas, diarreia, taquicardia, alucinações e alterações no comportamento. A curto prazo, ocorrem sintomas mais leves conhecidos como “efeitos de rebote”, como os distúrbios associados ao sono, a

letargia, sedação e incapacidade de realizar as atividades diárias. Os BZD também podem causar amnésia anterógrada, ocasionando uma redução das lembranças de fatos ocorridos enquanto se está sob a ação do medicamento. Quando administrados em doses mais altas, podem ocasionar sonolência, ataxia e hipotensão. Quanto ao desempenho psicomotor, é possível que ocorra a diminuição da manutenção da atenção, da velocidade de desempenho e de precisão, aumentando assim o risco de quedas, especialmente em idosos. Existe ainda uma relação entre o uso prolongado de benzodiazepínicos e o desenvolvimento de demências, sendo este um efeito geralmente permanente que perdura mesmo após a retirada do medicamento (SENRA *et al.*, 2021).

O Quadro 2 apresenta os principais antidepressivos e benzodiazepínicos disponíveis nos municípios que farão parte do projeto e suas principais indicações.

Quadro 2: Principais indicações dos antidepressivos (AD) e benzodiazepínicos (BZD) disponíveis no município de Ribeirão das Neves, MG.

Fármaco		Principais indicações
AD	Amitriptilina	Depressão (principalmente quando a sedação é necessária), profilaxia da enxaqueca
	Clomipramina	Depressão, transtornos do pânico (associados ou não à agorafobia), TOC
	Imipramina	Depressão em adultos, enurese noturna acima de seis anos de idade.
	Nortriptilina	Depressão maior
	Fluoxetina	Depressão, ansiedade, bulimia nervosa, TOC, transtorno do pânico em adultos
BZD	Clonazepam Diazepam Lorazepam	Estados de ansiedade aguda Ataques de pânico Transtorno de ansiedade generalizada Insônia e outros distúrbios do sono Relaxamento do músculo Anestesia (como adjuvante) Distúrbios convulsivos

Fontes: KATZMAN *et al* (2014) e KATZUNG (2017).

Embora existam tratamentos eficazes conhecidos para transtornos depressivos, menos da metade das pessoas afetadas no mundo (em muitos países, menos de 10%) recebem tratamentos eficazes. A dificuldade de acesso aos tratamentos está associada à falta de recursos, de profissionais treinados e o estigma social associado aos transtornos mentais. Outra barreira ao atendimento é a avaliação imprecisa (OPAS, 2022).

No tratamento dos transtornos de ansiedade, podemos apontar alguns fatores que contribuem para a descontinuação do tratamento farmacológico. Entre eles, o desconhecimento sobre o diagnóstico e tratamento, preocupações, temores e insatisfação com os efeitos dos medicamentos, falhas no fornecimento dos fármacos, inaptidão para administração do próprio medicamento e a necessidade de um atendimento que não se reduza à medicalização (CRUZ *et al.*, 2016)

Para os pacientes com distúrbio de insônia a farmacoterapia, isoladamente ou em combinação com a TCC-I, deve ser o principal caminho terapêutico. No entanto, nem todos os pacientes obterão resultados satisfatórios com esse tratamento. Essa falha pode resultar da dificuldade de acessar o tratamento devido à disponibilidade, restrições de custos, incapacidade ou falta de vontade de participar da terapia ou falta de resposta ao tratamento. Muitos indivíduos também fazem uso de medicamentos de venda livre ou álcool, que não demonstraram ser eficazes no controle da insônia e ainda podem provocar danos à saúde. Outro fator que dificulta o tratamento do transtorno do sono são as prescrições inadequadas devido ao desconhecimento da terapia adequada por muitos prescritores.

O Atlas de Saúde Mental da OMS mostrou que, em 2020, os governos em todo o mundo gastaram em média pouco mais de 2% de seus orçamentos de saúde em saúde mental e em muitos países de baixa renda há menos de um profissional de saúde mental por 100.000 pessoas (WHO, 2021).

3.4 Utilização de Antidepressivos e Benzodiazepínicos entre Adultos: Estado da Arte

Em 2021, a OMS propôs novas metas até 2030 para a inclusão de problemas de saúde mental e apoio psicossocial em planos de preparação para emergências, integração da saúde mental na atenção primária à saúde e pesquisa em saúde mental. Um dos critérios para que haja a integração entre a APS e saúde mental é a disponibilidade de psicofármacos para o tratamento dos transtornos mentais na APS (WHO, 2021).

No Brasil, ainda há escassez de estudos sobre perfil de utilização de medicamentos psicotrópicos na APS, oriundos de fontes primárias. Nos

parágrafos abaixo estão descritos estudos primários, pelos quais poderemos conhecer melhor o perfil de utilização de psicotrópicos no Brasil.

Os estudos de Wortmann *et al.* (1994), realizado em Porto Alegre; e de Quintana *et al.* (2015), em São Paulo; e Quintana *et al.* (2013), no Rio de Janeiro, apresentaram prevalência de uso de psicofármacos em um mês de 13,11%, 5,9% e 6,6%, respectivamente. Os três estudos também apontaram maior prevalência de uso entre mulheres. No estudo de Prado *et al.* (2016) também foi identificada maior prevalência de uso de psicofármacos entre mulheres (PRADO *et al.*, 2017; QUINTANA *et al.*, 2013, 2015; WORTMANN *et al.*, 1994)

Em adição, no estudo de Quintana *et al.* (2013), identificou-se que cerca de 84% dos indivíduos com algum transtorno mental não faziam uso de psicofármacos, o que indica uma importante lacuna entre a procura e o acesso ao tratamento (QUINTANA *et al.*, 2013). Já nos estudos realizados em Porto Alegre e São Paulo, os autores apontam a necessidade de maior investimento em educação sobre o uso adequado de benzodiazepínicos para profissionais de saúde, o que poderia diminuir lacunas de tratamento devido a falhas na identificação e no manejo adequado dos transtornos, especialmente na APS (WOTMANN *et al.*, 1994; QUINTANA *et al.*, 2015).

Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (Pnaum) de 2014, a prevalência de depressão autorreferida é de 6,1%, aumentando com a idade e sendo maior entre as mulheres. Os fármacos mais utilizados pelas pessoas com transtorno depressivo foram a fluoxetina (19,2%), clonazepam (18,2%) e amitriptilina (12,9%). Entre os dez fármacos referidos, cinco (fluoxetina, clonazepam, amitriptilina, diazepam e carbamazepina) estão na Relação Nacional de Medicamentos (Rename) e disponíveis no SUS (BRASIL, 2016).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, que é um recorte do projeto intitulado “Análise do Acesso e Utilização de Serviços de Saúde: um estudo no município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais”, realizado pelo Instituto René Rachou (FIOCRUZ Minas) em 2016.

4.2 Local de Estudo

O município de Ribeirão das Neves está situado na Região Metropolitana de Minas Gerais (RMBH), na microrregião de Belo Horizonte, limítrofe com os municípios de Vespasiano, Pedro Leopoldo, Belo Horizonte, Contagem e Esmeraldas, com uma área de 155,105 km².

Ribeirão das Neves é um dos municípios mais populosos da RMBH, tendo apresentado, entre 1970 e 2010, um crescimento demográfico acelerado, de cerca de 3.000%. Em 2010, o censo informou uma população de 296.317 habitantes, e estimava-se que essa população chegaria à casa dos 325.846 habitantes em 2016 (IBGE 2021; RIBEIRÃO DAS NEVES, 2018). O município apresenta densidade demográfica de 1.917,90 habitantes por km², muito elevada se comparada à densidade da RMBH, de 515,63 hab./km².

O município apresentava em 2010 um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,684, sendo considerado como território de médio desenvolvimento humano, situando-se na 2.332^a posição no ranking nacional (entre os 5.565 municípios brasileiros) e na 323^a posição no ranking estadual (entre os 853 municípios mineiros). Em 2010, o IDHM de renda do município era de 0,658, o de longevidade era de 0,822 e o de educação de 0,591. Ribeirão das Neves apresentou grau de desenvolvimento humano abaixo da média de Minas Gerais e da RMBH em todos os índices (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2018).

Do ponto de vista administrativo, está dividido em três regiões: Veneza, Centro e Justinópolis (Mapa 1) (RIBEIRÃO NEVES, 2018). Embora cada região possua suas peculiaridades, apresentam perfis similares quanto às

condições de moradia, renda e escolaridade. O macroterritório Veneza localiza-se ao norte da cidade, com acesso principal pela BR-040, sendo seus bairros mais populosos o Veneza e o Florença. O macroterritório do Justinópolis encontra-se ao sul da cidade. Esse território, que tem seu acesso principal por Belo Horizonte, através da região de Venda Nova, possui o maior número de equipamentos públicos e acesso ao comércio, como também o maior índice populacional da cidade. O macroterritório Centro localiza-se no encontro geoespacial da cidade, onde também está a Sede Administrativa do município (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2021).

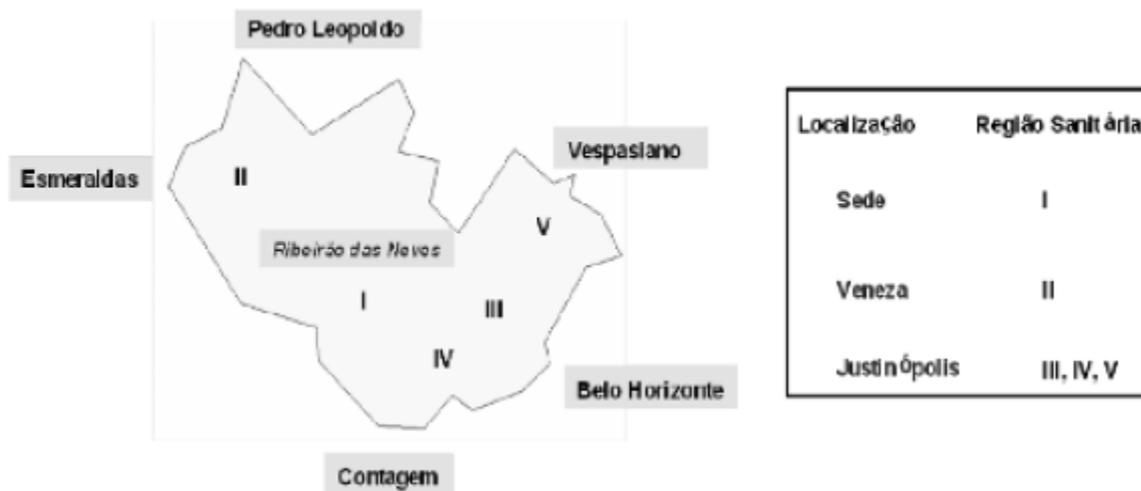
Mapa 1- Divisão macro territorial - Ribeirão das Neves



Fonte: Neves, 2018

O território municipal divide-se em 180 bairros, além de várias áreas vazias. Segundo documento que atualiza o plano diretor, o município possui um território marcado pela fragmentação espacial, pela segregação, pela fragilidade dos indicadores de qualidade de vida e desenvolvimento humano, por baixo padrão urbanístico e dinamismo econômico e pelo predomínio de população de baixa renda (NEVES, 2018).

Mapa 2- Macrorregiões e Regiões Sanitárias do Município de Ribeirão das Neves



Fonte: Loyola Filho, 2016.

À época do estudo, a rede de assistência à saúde municipal estava distribuída em cinco regiões sanitárias (Mapa 2). A APS no município organizava-se de duas formas. As 53 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas em 50 Unidades Básicas de Saúde (UBS), cobriam aproximadamente 50% da população do município. Os 50% restantes da população tinham como porta de entrada cinco Unidades Básicas de Referência (UBR) à saúde, sendo uma em cada região sanitária, que funcionam no modelo tradicional, sem Agentes Comunitários de Saúde (LOYOLA FILHO *et al.*, 2016).

4.3 População e Amostra

Os participantes da pesquisa foram selecionados com base em uma amostra probabilística sistemática, com o objetivo de garantir a representatividade da população adulta com 20 anos de idade ou mais, cobertos pela Estratégia de Saúde da Família do município de Ribeirão das

Neves. Para tal, todos os domicílios cadastrados pela ESF foram listados e estratificados conforme região sanitária. Em cada estrato, foram sorteados domicílios de forma a permitir a reprodução da distribuição destes por região sanitária. O tamanho da amostra foi distribuído proporcionalmente entre as cinco regiões sanitárias, considerando o número de famílias de cada região em relação ao número total de famílias nas cinco regiões. Os participantes foram aleatoriamente selecionados entre os moradores do domicílio, reproduzindo a distribuição da população-alvo por sexo e faixa etária.

4.4 Coleta de Dados e Variáveis do Estudo

Os dados foram coletados por meio de entrevistas domiciliares, utilizando questionário padronizado, tendo sido realizadas por pessoal treinado. O questionário era composto de dois módulos: (1) domiciliar, constituído por questões relativas ao domicílio e ao conjunto de moradores, e que pôde ser respondido por um morador que não o sorteado; (2) específico, respondido pelo morador selecionado. O questionário continha perguntas que possibilitaram avaliar as características do acesso e uso dos serviços de saúde e de medicamentos.

Os dados foram coletados presencialmente por meio eletrônico, utilizando-se *tablets* com câmera fotográfica, GPS (*global positioning system*) e transmissão dos dados 3G. O equipamento permitiu o acompanhamento em tempo real das coletas, a conferência do geoposicionamento, o controle de rota e a gravação do áudio das entrevistas. Em média, cada entrevista durou cerca de 40 minutos.

Para garantir confiabilidade, foi realizada uma checagem com seleção aleatória de 20% questionários de cada um dos pesquisadores de campo, e posteriormente, selecionados alguns questionários com alguma inconsistência de informação. A checagem foi realizada por meio da escuta do áudio das entrevistas selecionadas, certificando conduta, correta aplicação das questões e informação das opções de resposta. A checagem envolveu ainda a verificação do correto preenchimento das respostas no questionário, a ausência de participação de terceiros durante a aplicação e o bom entendimento das questões por parte dos entrevistados. Quando detectada

alguma inconsistência, foi realizado um procedimento de resgate/confirmação de informações por meio telefônico.

A variável dependente foi o uso de pelo menos um psicofármaco, restrito aos antidepressivos, benzodiazepínicos ou sedativos relacionados a benzodiazepínicos, que também são denominados “z-drogas”. Para mensuração do evento, indagou-se ao participante se, nos últimos 15 dias, ele havia utilizado “algum medicamento/remédio receitado pelo médico, para tratar depressão, ansiedade, problema de sono ou algum problema dos nervos”. A resposta “sim” a essa pergunta foi considerada para classificar o participante como positivo quanto à utilização de algum psicofármaco. Aos participantes que responderam positivamente foi indagado o nome do medicamento utilizado. Os medicamentos referidos foram identificados e desdobrados em seus princípios ativos, e em sequência, codificados de acordo com sistema Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), desenvolvido pela Collaboration Center for Drugs Statistic Methodology da Organização Mundial da Saúde.

As variáveis independentes constituíram três conjuntos distintos: (1) sociodemográficas, (2) relativas ao comportamento de saúde e às condições de saúde e (3) relativas à utilização de serviços de saúde. Abaixo as variáveis encontram-se discriminadas:

- *Sociodemográficas*: sexo (feminino vs masculino), idade (em anos completos, formato contínuo e em faixas etárias – 20 a 39, 40 a 59, 60 ou mais), cor de pele (branca, parda, preta, outras, não sabe/não respondeu), estado civil (vive com companheiro vs vive sem companheiro), renda familiar mensal (em salários-mínimos – menos que 1 salário, 1 a 2,9 salários, 3 a 4,9 salários, 5 ou mais) e escolaridade (total de anos completos de frequência à escola formal, formato contínuo e faixas de escolaridade – não frequentou a escola, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo a ensino médio incompleto, ensino médio completo ou mais, não sabe/não respondeu);
- *Comportamento de saúde*: tabagismo atual (não fuma, fuma menos que diariamente ou fuma diariamente) e uso excessivo de bebida alcoólica – *binge drinking* (sim vs não);
- *Utilização de serviços de saúde*: internações hospitalares nos últimos 12 meses (sim vs não);

- *Descritoras da condição de saúde*: autoavaliação da saúde (muito boa, boa, razoável, ruim, muito ruim), número de doenças crônicas (nenhuma, 1 doença, 2 doenças, 3 ou mais doenças, não sabe/não respondeu), realização de atividades da vida diáribásicas (ABVD) e instrumentais (AIVD), analisadas conjuntamente (independente para ABVD e AIVD, dependente apenas para AIVD, dependente para ABVD e AIVD).

O *binge drinking* consiste no consumo excessivo de álcool em uma única ocasião e em um curto espaço de tempo. A quantidade estabelecida para determinar o *binge drinking* é o consumo acima de cinco doses para homens e de quatro doses para mulheres nos últimos 30 dias (BRASIL, 2007).

Para avaliar a realização de atividades da vida diária utilizou-se dois instrumentos: o Índice de Katz (para as ABVD) e a escala de Lawton-Brody (para as AIVD). A escala de Lawton-Brody é um instrumento que avalia o grau de independência do idoso em relação a atividades como usar o telefone, fazer compras, preparar as refeições, usar transportes, lavar roupas, preparar medicamentos, trabalhos doméstico e manuseio do dinheiro. Cada atividade recebe uma pontuação de acordo com a capacidade do idoso em realizar as funções. A pontuação máxima é de 27 pontos, sendo que menos de 7 pontos indica dependência total, entre 7 e 21 pontos dependência parcial, e acima de 21 pontos independência. O Índice de Katz avalia o grau de independência para realização de atividades como banhar-se, ir ao banheiro, transferência entre móveis, continência e alimentação. Ele possui as classificações de independência, na qual o indivíduo realiza as tarefas sem supervisão, e a de dependência, onde o indivíduo necessita de supervisão e cuidado integral. A sua pontuação varia de 1 a 6 pontos, sendo que a pontuação de 5 a 6 pontos indica independência, de 3 a 4 pontos dependência moderada e até 2 pontos dependente (BORGES *et al.*, 2019).

Com propósitos descritivos, foram estimadas ainda a prevalência para os três transtornos mentais que constituem indicação dos psicofármacos investigados, quais sejam, depressão, distúrbio de sono e ansiedade. Outras doenças crônicas autorreferidas também compuseram a variável de número de doenças crônicas, a saber: infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus, câncer, hipertensão arterial

sistêmica, asma, artrite, problemas de coluna/lombalgia/dor nas costas, depressão, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal crônica. Essas estimativas foram baseadas no autorrelato de diagnóstico médico para cada um dos transtornos mentais investigados.

4.5 Análise dos Dados

As variáveis qualitativas foram descritas pelas frequências (absoluta e relativa) de suas categorias e as variáveis quantitativas pela média e desvio-padrão. A prevalência do uso de benzodiazepínicos e antidepressivos foi estimada conforme classe terapêutica e princípio ativo.

A comparação entre usuários e não usuários de psicofármacos em relação às variáveis explicativas foi realizada por meio dos testes qui-quadrado de Pearson (com cálculo de valor-p por simulação de Monte Carlo) ou t de Student (devido ao grande tamanho da amostra, a suposição de normalidade das variáveis quantitativas idade e anos de estudo foi assumida).

As variáveis que se mostraram associadas à variável dependente na análise univariadas ao nível de significância de 20%, bem como seus termos de interação, foram incluídas no modelo de regressão logística multivariado. Foram consideradas independentemente associadas ao uso de psicofármacos as variáveis que, no modelo multivariado, apresentaram um valor-p inferior a 5%. A força de associação foi determinada pelo cálculo das razões de chances e seus intervalos de confiança 95%. Todas as análises estatísticas foram realizadas no *software* estatístico R.

4.6 Considerações Éticas

O inquérito de base populacional realizado no município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, tem a aprovação do Comitê de Ética do Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz Minas, com o protocolo número 346.319, de 01 de agosto de 2013.

5 RESULTADOS

A amostra de estudo (n=1.100) caracterizou-se pela média de idade de 42,6 anos e predominância de pessoas do sexo feminino (52,6%), com cor de pele parda (55,9%), que vivem com um companheiro (59,5%), com ensino fundamental incompleto (52,0%). Quase metade dos indivíduos descreveu renda familiar mensal entre 1 e 2,9 salários-mínimos (46,3%) (Tabela 1).

Com relação ao comportamento de saúde, 81,3% dos entrevistados relataram não fumar e 83,3% não realizar *binge drinking*. Quase metade dos entrevistados possuíam independência para ABVD e AIVD (48,6%) (Tabela 1).

A autoavaliação da saúde foi classificada como muito boa ou boa por 58,3%. Cerca de 47% dos entrevistados não foram diagnosticados com nenhuma das doenças crônicas consideradas no estudo (Tabela 1). Cerca de 28% dos entrevistados apresentaram diagnóstico de pelo menos um transtorno mental, sendo a ansiedade relatada por 21,2%, a depressão por 17,1% e os distúrbios do sono por 12,8% (Tabela 1).

O uso de pelo menos um psicofármaco (antidepressivo e/ou benzodiazepínico) foi relatado por 8,6% dos entrevistados (Tabela 1). Os psicofármacos mais frequentemente utilizados foram a fluoxetina (3,4%), o clonazepam (1,6%), o diazepam (1,2%) e a amitriptilina (1,2%) (Tabela 2).

Tabela 1 -Características da amostra. Ribeirão das Neves (MG). 2016 (n=1.100).

Variáveis	Categorias		
Sexo – n (%)	Feminino	578	(52,6)
	Masculino	522	(47,4)
Idade contínuo – média (desvio padrão)		42,6	(15,4)
Faixa etária (anos) – n (%)	20 a 39	551	(50,1)
	40 a 59	373	(33,9)
	60 ou mais	176	(16,0)
Cor da pele – n (%)	Parda	615	(58,1)
	Preta	218	(20,6)
	Branca	187	(17,6)
	Outras	36	(3,6)
	Não sabe/não respondeu	42	(-)
Estado Civil – n (%)	Com companheiro	654	(59,4)
	Sem companheiro	446	(40,6)
Escolaridade contínua – média (desvio padrão)		8,0	(4,0)
Escolaridade – n (%)	Não frequentou a escola	78	(7,1)
	EF incompleto	572	(52,0)
	EF completo Ensino Médio incompleto	401	(36,5)
	Ensino Médio completo ou mais	45	(4,1)
	Não sabe/não respondeu	4	(-)
Renda familiar mensal (salários-mínimos) – n (%)	< 1	314	(28,6)
	1 a 2,9	509	(46,3)
	3 a 4,9	228	(20,7)
	5 ou mais	49	(4,5)
Tabagismo – n (%)	Não fuma	894	(81,3)
	Fuma menos que diariamente	21	(1,9)
	Fuma diariamente	185	(16,8)
<i>Binge drinking</i> – n (%)	Sim	184	(16,7)
	Não	916	(83,3)
Realização de atividades de vida diária – n (%)	Independente para ABVD e AIVD	535	(48,6)
	Dependente apenas para AIVD	393	(35,7)
	Dependente para ABVD e AIVD	172	(15,6)
Autoavaliação da saúde – n (%)	Muito boa	135	(12,3)
	Boa	504	(45,8)
	Razoável	356	(32,4)
	Ruim	71	(6,5)
	Muito ruim	34	(3,1)
Hospitalização nos últimos 12 meses – n (%)	Não	974	(88,6)
	Sim	126	(11,4)
Número de doenças crônicas – n (%)	0	501	(47,3)
	1	295	(27,9)
	2	141	(13,3)
	3 ou mais	122	(11,5)
	Não sabe/não respondeu	41	(-)
Número de transtornos mentais – n (%)	0	791	(72,1)
	1	143	(13,0)
	2	70	(6,4)
	3	93	(8,5)
	Não sabe/não respondeu	3	(-)
Diagnóstico de ansiedade – n (%)	Sim	233	(21,2)
	Não	867	(78,8)
Diagnóstico de depressão – n (%)	Sim	188	(17,1)
	Não	911	(82,9)
	Não sabe/não respondeu	1	(-)
Diagnóstico de distúrbio de sono – n (%)	Sim	141	(12,8)
	Não	957	(87,2)
	Não sabe/não respondeu	2	(-)
Uso de benzodiazepínico e/ou antidepressivo	Nenhum	1006	(91,4)
	Apenas benzodiazepínico	25	(2,3)
	Apenas antidepressivo	52	(4,7)
	Benzodiazepínico e antidepressivo	17	(1,6)

*ABVD = atividades básicas de vida diária; AIVD = atividades instrumentais de vida diária; EF = ensino fundamental.

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2 -Prevalência do uso de psicofármacos. Ribeirão das Neves (MG). 2016
(n=1.100).

Princípio Ativo	n	Prevalência (%)	
		Estimativa	IC95%
Benzodiazepínicos ou sedativos relacionados a benzodiazepínicos*	42	3,82	2,83 - 5,14
Clonazepam	18	1,64	1,02 - 2,60
Diazepam	13	1,18	0,68 - 2,04
Bromazepam	4	0,36	0,11 - 0,98
Clordiazepóxido + amitriptilina	3	0,27	0,05 - 0,85
Alprazolam	2	0,18	0,01 - 0,72
Zolpidem	2	0,18	0,01 - 0,72
Lorazepam	2	0,18	0,01 - 0,72
Diazepam + Fenitoína	1	0,09	0,00 - 0,58
Antidepressivos**	69	6,27	4,98 - 7,88
Fluoxetina	37	3,36	2,44 - 4,62
Amitriptilina	13	1,18	0,68 - 2,04
Sertralina	9	0,82	0,41 - 1,58
Nortriptilina	5	0,45	0,17 - 1,10
Citalopram (30)	3	0,27	0,05 - 0,85
Clordiazepóxido + amitriptilina (48)	3	0,27	0,05 - 0,85
Clomipramina (51)	2	0,18	0,01 - 0,72
Imipramina (55)	2	0,18	0,01 - 0,72
Fluvoxamina (93)	1	0,09	0,00 - 0,58
Benzodiazepínicos e/ou Antidepressivos	94	8,55	7,03 - 10,4

*Foram considerados 45 registros de uso de medicamentos devido ao fato de dois indivíduos usarem mais de um benzodiazepínico, um indivíduo descreveu a utilização de Clonazepam, Clordiazepóxido + amitriptilina e Zolpidem e outro indivíduo o uso de Bromazepam e Clonazepam.

**Foram considerados 75 registros de uso de medicamentos devido ao fato de seis indivíduos usarem mais de um antidepressivo. Os indivíduos que usaram mais de um antidepressivo fizeram uso de: 1) Fluoxetina e Nortriptilina; 2) Sertralina e Clordiazepóxido + amitriptilina; 3) Fluoxetina e Fluvoxamina; 4) Sertralina e Fluoxetina; 5) Amitriptilina e Fluoxetina; 6) Clomipramina e Fluoxetina.

Fonte: Dados da pesquisa

Na análise univariada dos fatores associados ao uso de psicofármacos, apenas as variáveis cor da pele, estado civil, renda familiar e tabagismo não se apresentaram significativamente associadas. Em comparação aos não usuários, os usuários de psicofármacos apresentaram uma frequência maior de pessoas do sexo feminino, de idade mais elevada e com escolaridade mais baixa, que não realizavam *binge drinking*, dependentes para atividades da vida diária, com pior autoavaliação da saúde, com histórico

de hospitalização nos últimos 12 meses e com pelo menos um diagnóstico de doenças crônicas, entre aquelas investigadas.

Após o ajuste múltiplo, permaneceram independentemente associadas ao uso de psicofármacos as variáveis sexo, idade, escolaridade, autoavaliação de saúde, dependência nas atividades de vida diária, número de doenças crônicas, e o termo de interação entre idade e escolaridade. O modelo mostrou que as chances de uso de psicofármacos foram maiores entre as mulheres (OR=3,0; IC95%=1,7-5,3), as pessoas com autoavaliação de saúde ruim ou muito ruim (OR=2,6; IC95%=1,4-4,7), e as pessoas com dependência para AIVD (OR=1,9; IC95%=1,0-3,6) e para AIVD e ABVD (OR=3,4; IC95%=1,7-7,1); além disso, para cada doença crônica a mais apresentada pelo indivíduo, houve um aumento de 30% na chance de uso de pelo menos um psicofármaco (Tabela 4).

Devido à presença do termo de interação, as variáveis idade e escolaridade não podem ser interpretadas separadamente, sendo o efeito dessa interação descrito no Gráfico 1. Entre pessoas com menor escolaridade (no exemplo, zero anos de estudo), quanto maior a idade, menor a probabilidade estimada pelo modelo para utilização de psicofármaco. Por outro lado, entre pessoas com maior escolaridade (no exemplo, 14 anos de estudo), o oposto foi observado: quando maior idade, maior a probabilidade de utilização de algum psicofármaco.

Tabela 3 -Análise comparativa entre adultos usuários ou não de psicofármacos.
Ribeirão das Neves (MG), 2016, (n=1.100).

Variáveis	Usuário de pelo menos um psicofármaco – n(%)		Valor-p
	Não (n=1.006)	Sim (n=94)	
Sexo – n(%)			
Masculino	500(49,7)	22(23,4)	<0,001*
Feminino	506(50,3)	72(76,6)	
Idade, em anos – média(desvio-padrão)	41,9(15,3)	49,6(14,0)	<0,001**
Faixa etária – n(%)			
20 a 39 anos	523(52,0)	28(29,8)	<0,001*
40 a 59 anos	330(32,8)	43(45,7)	
60 anos ou mais	153(15,2)	23(24,5)	
Cor da pele – n(%)			
Parda	564(58,2)	51(57,3)	0,451*
Preta	203(21,0)	15(16,9)	
Branca	166(17,1)	21(23,6)	
Outras	36(3,7)	2(2,2)	
Não sabe/não respondeu	37(-)	5(-)	
Estado civil – n(%)			
Vive com companheiro	606(60,2)	48(51,1)	0,105*
Vive sem companheiro	400(39,8)	46(48,9)	
Escolaridade em anos de estudo – média(desvio-padrão)	8,2(4,0)	6,7(3,7)	<0,001**
Escolaridade – n(%)			
Não frequentou a escola	72(7,2)	6(6,6)	<0,001*
EF incompleto	503(50,1)	69(74,2)	
EF completo ao ensino médio incompleto	383(38,2)	18(19,4)	
Ensino médio completo ou mais	45(4,5)	0(0)	
Não sabe/não respondeu	3(-)	1(-)	
Renda familiar mensal – n(%)			
Menos de 1	282(28,0)	32(34,0)	0,413*
De 1 a 2,9	467(46,4)	42(44,7)	
3 ou mais	257(25,6)	20(21,3)	
Binge drinking – n(%)			
Não	829(82,4)	87(92,6)	0,017*
Sim	177(17,6)	7(7,4)	
Tabagismo atual – n(%)			
Não fuma	817(81,2)	77(81,9)	0,822*
Fuma menos que diariamente	20(2,0)	1(1,1)	
Fuma diariamente	169(16,8)	16(17,0)	
Realização de atividades da vida diária – n(%)			
Independente para ABVD e AIVD	519(51,6)	16(17,0)	<0,001*
Dependente apenas para AIVD	355(35,3)	38(40,4)	
Dependente para ABVD e AIVD	132(13,1)	40(42,6)	
Autoavaliação da saúde – n(%)			
Muito boa/boa/razoável	928(92,2)	67(71,3)	<0,001*
Ruim/muito ruim	78(7,8)	27(28,7)	
Hospitalização nos últimos 12 meses – n(%)			
Não	897(89,2)	77(81,9)	0,042*
Sim	109(10,8)	17(18,1)	
Número de doenças crônicas – n(%)			
Nenhuma	487(50,0)	14(16,5)	<0,001*
1	267(27,4)	28(32,9)	
2	125(12,8)	16(18,8)	
3 a 9	95(9,8)	27(31,8)	
Não sabe/não respondeu	32(-)	9(-)	

ABVD = atividades básicas de vida diária; AIVD = atividades instrumentais de vida diária; EF = ensino fundamental.

*Teste qui-quadrado de Pearson com valor-p calculado por simulação de Monte Carlo. **Teste t de Student.

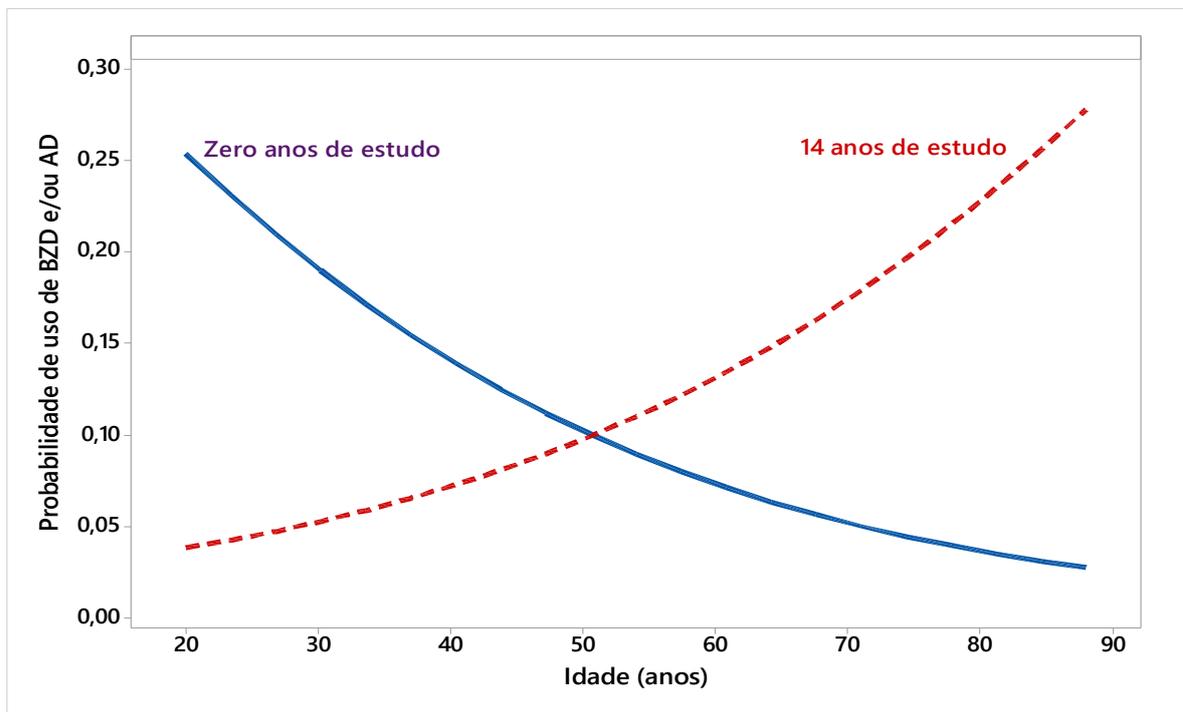
Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 4 -Resultados do modelo de regressão logística multivariado final para uso de psicofármaco. Ribeirão das Neves (MG). 2016 (n=1.100)

Variável Independente	Coefficiente	Erro Padrão	Valor-p	OR	IC95%
Sexo					
Masculino	-	-		-	-
Feminino	1,109	0,288	<0,001	3,0	1,7 - 5,3
Autoavaliação de saúde					
Muito boa/boa/razoável	-	-		-	-
Ruim/muito ruim	0,950	0,308	0,003	2,6	1,4 - 4,7
Atividades da vida diária					
Independência para AIVD e ABVD	-	-		-	-
Dependente apenas AIVD	0,640	0,330		1,9	1,0 - 3,6
Dependente AIVD e ABVD	1,236	0,372	0,004	3,4	1,7 - 7,1
Número de doenças crônicas ¹	0,295	0,090	0,001	1,3	1,1 - 1,6
Idade (anos) ¹	-0,037	0,018	0,041	*	*
Escolaridade (anos de estudo) ¹	-0,253	0,111	0,021	*	*
Idade x anos de estudo	0,005	0,002	0,013	*	*

¹Tratada como quantitativa. *Não se aplica, pois as razões de chance não são calculadas para variáveis que estão incluídas nos termos de interação, pois essas razões dependem dos valores das outras variáveis nos termos da interação.

Gráfico 1 - Ilustração do efeito de interação entre idade e escolaridade (anos de estudo) no modelo multivariado para uso de psicofármacos.



Fonte: Dados da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo propõe a avaliação do consumo de psicofármacos em uma população adulta usuária da ESF, residente em uma cidade caracterizada pelo baixo poder aquisitivo, desafios urbanos e com altos índices de violência. Os estudos baseados em dados primários farmacoepidemiológico sobre a temática usualmente são focados em capitais, excluindo cidades com tais características. Também são mais usuais estudos focados em idosos.

Considerando-se a população adulta, foi identificada uma prevalência considerável de uso de psicofármacos (8,6%), com destaque para o uso de antidepressivos (6,3%), que se mostrou superior à prevalência identificada na cidade de São Paulo (3,1%), Rio de Janeiro (2,8%) e Botucatu - SP (5,0%) (CAMPANHA *et al.*, 2020; LIMA *et al.*, 2008; QUINTANA *et al.*, 2015). Em um estudo realizado no município de Campinas, também se identificou a prevalência global de uso de psicofármacos (benzodiazepínicos, antidepressivos e/ou antipsicóticos) inferior àquela do presente estudo (6,8%) (PRADO *et al.*, 2017). Em relação ao uso de benzodiazepínicos ou “z-drogas” no presente estudo, também foi observado valor de prevalência (3,8%) superior ao identificado em outros estudos brasileiros (3,6% em São Paulo no ano de 2020; 2,7% em São Paulo no ano de 2015; 1,61% no Rio de Janeiro entre 2007 e 2008; e 3,1 em Botucatu-SP em 2001/2002) (CAMPANHA *et al.*, 2020; LIMA *et al.*, 2008; QUINTANA *et al.*, 2015).

Sabemos que as características socioeconômicas afetam diretamente as condições de saúde de uma população. A pobreza no seu sentido mais amplo, englobando as questões sociais, de urbanização, educação, violência certamente influenciam a autopercepção de saúde dos indivíduos, o que pode explicar, em parte, os elevados números de prevalência de autorrelato de transtornos de depressão (17,1%) e ansiedade (21,2%) identificados no presente estudo, superiores aos valores estimados de prevalência para todo o Brasil (5,5% para depressão e 9,2% para ansiedade) (IHME, 2019). É importante destacar a limitação de tais dados referentes ao município de Neves, que se referem a medidas de autorrelato de diagnóstico advindo dos entrevistados. Porém, levantam a hipótese de uma problemática

complexa relacionada à saúde mental no corte populacional estudado a ser investigado mais profundamente por outros estudos.

O consumo mais frequente de antidepressivos que benzodiazepínicos no presente estudo, entretanto, sinaliza racionalidade no manejo dos transtornos mentais mais frequentes, pois, conforme recomenda a literatura, os antidepressivos são medicamentos de primeira escolha para tratamento farmacológico de vários transtornos de humor e ansiedade e apresentam eficácia sobretudo para manejo de quadros moderados a graves com boa relação risco-benefício (BRASIL, 2012; TRANGLE *et al.*, 2016; WHO, 2021). Entretanto, é estimado que menos da metade das pessoas afetadas no mundo por transtornos depressivos receba tratamento farmacológico adequado. Os obstáculos para o uso de psicofármacos eficazes incluem a falta de recursos, a falta de profissionais treinados e o estigma social associado aos transtornos mentais (WHO, 2021).

Já o uso de benzodiazepínicos e sedativos relacionados a benzodiazepínicos deve ser restrito a pacientes com transtornos depressivos maiores associados a ansiedade e/ou insônia, e somente se o antidepressivo não proporcionar um tratamento adequado ou outras condições de saúde específicas (SENRA *et al.*, 2021). O uso de benzodiazepínicos envolve o risco de desenvolvimento de reações adversas como deficiência motora, déficits cognitivos e capacidade de gerar dependência e tolerância, além de sonolência diurna, risco de acidentes automobilísticos e queda em idosos (MADRUGA *et al.*, 2019; VINICIUS DOKKEDAL-SILVA; SERGIO TUFIK, 2020). Ademais, muitas vezes essa classe é introduzida sem avaliação de doenças de bases ou estabelecimento adequado de diagnóstico e seu uso contínuo é frequente, ultrapassando as quatro semanas recomendadas para manejo de transtorno de ansiedade grave. No Brasil, a maior parte das prescrições de benzodiazepínicos é emitida em serviços de atenção primária, e o pouco tempo para consultase desenvolvimento de estratégias terapêuticas alternativas, além de pouca apropriação das questões da saúde mental pelos profissionais da atenção primária, a fragmentação do cuidado, a sobrecarga de trabalho com temas considerados prioritários, as deficiências na disponibilidade de recursos terapêuticos e o pouco investimento em formação específicas apontados

como principais motivos para o consumo dos BZD(FEGADOLLI; VARELA; DE ARAÚJO CARLINI, 2019). No entanto, nossos dados não permitem avaliar a qualidade ou tempo de uso de benzodiazepínicos.

Os antidepressivos mais frequentemente utilizados foram a fluoxetina (3,4%) e amitriptilina (1,2%), assim como na Pesquisa sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) (BRASIL,2016). Em relação aos benzodiazepínicos, observou-se uso mais frequente do clonazepam (1,7%) e diazepam (1,2%), assim como em São Paulo no ano de 2020 e na PNAUM (BRASIL, 2016; CAMPANHA *et al.*, 2020)

Por tratar-se de um corte amostral de pessoas usuárias da ESF, tal fator pode influenciar consideravelmente o perfil de medicamentos utilizados, visto que, todos os psicofármacos mais frequentemente utilizados fazem parte do elenco de medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e disponibilizados no SUS(BRASIL, 2014). Entretanto, há de se destacar que, no presente estudo, não foi avaliada fonte de obtenção de medicamentos.

Mediante análise multivariada, o uso psicofármacos mostrou-se associado a fatores como sexo feminino, autoavaliação de saúde, dependência para realização de atividades da vida diária, número de doenças crônicas, escolaridade e idade (em interação). O sexo feminino foi um dos fatores mais fortemente associados (OR=3,03; IC95% 1,73-5,33; $p<0,001$) à variável dependente, sendo também assim identificado em outros estudos (PRADO *et al.*, 2017; QUINTANA *et al.*, 2013, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2020).

Independentemente da questão socioeconômica, a mulher apresenta maior risco de transtornos mentais, pelos múltiplos papéis que desempenha na sociedade. Mulheres continuam sendo simultaneamente, esposas, mães, educadoras e prestadoras de cuidados e são cada vez mais essenciais no do mercado de trabalho, sendo a principal fonte de rendimento em cerca de um quarto a um terço das famílias. Além disso, enfrentam uma significativa discriminação sexual, a pobreza, a fome, desnutrição, excesso de trabalho e violência doméstica e sexual. Portanto, é esperado que as mulheres possuam maior probabilidade do que os homens de receber prescrição de psicotrópicos (WHO, 2002).

O presente estudo não apresenta discordância com a vasta literatura que descreve o maior consumo de medicamentos, especialmente psicofármacos entre as mulheres (ALMEIDA; COUTINHO; PEPE, 1994; RODRIGUES; FACCHINI; DE LIMA, 2006). Entre os fatores que justificam essa associação, estão a maior percepção pelas mulheres em relação à sintomatologia das doenças, procura precoce por ajuda e menor resistência ao uso de medicamentos prescritos do que os homens. Outros autores associam as mulheres a uma maior frequência de distúrbios psíquicos, condições circulatórias e doenças musculoesqueléticas, bem como a problemas clínicos crônicos, como doenças cardiovasculares e artrites, além de uma maior relação entre mulheres com idade avançada e distúrbios do sono, todos esses fatores favorecem a prescrição de psicofármacos (ALMEIDA; COUTINHO; PEPE, 1994; RODRIGUES; FACCHINI; DE LIMA, 2006). No presente estudo devemos considerar ainda o perfil socioeconômico do município que se destaca pelos desafios relacionados a violência e baixo poder aquisitivo. Essas características podem contribuir para o elevado consumo de psicofármacos entre as mulheres, uma vez que elas podem apresentar sofrimento psíquico decorrente de problemas sociais. Outros estudos identificam como motivos do uso e abuso de BZD entre mulheres as queixas de insônia, depressão, ansiedade, nervosismo e medo, e todas relacionadas a questões existenciais oriundas de problemas sociais e familiares (ALICE LEMOS PONTES; CARNEIRO SILVEIRA, 2017; DE; CARVALHO; DIMENSTEIN, 2003). Mesmo não sendo objeto desse estudo, é importante que sejam desenvolvidas estratégias de tratamento diminuindo a medicalização das experiências sofridas de vida e haver maior investimentos em tratamentos não medicamentosos como a TCC.

Ainda avaliando a maior prevalência de consumo de psicofármacos entre as mulheres nesse estudo, uma atenção especial deve ser dada aos homens que pelo perfil de procurarem menos por atendimento em saúde, podem estar subdiagnosticados em relação a depressão e ansiedade. Por isso, a APS deve promover ações de acolhimento e informação aos homens e oferecer atendimento médico aos casos suspeitos.

A associação positiva entre uma pior autoavaliação de saúde e uso de psicofármacos, também identificada em outros estudos (BRASIL, 2016; PRADO *et al.*, 2017), pode relacionar-se à alta prevalência de autorrelato de diagnóstico de transtornos mentais na população estudada, que geralmente se relaciona com pior autopercepção da saúde e consumo de psicofármacos (BORIM; BARROS; BOTEGA, 2013; MILLÁN-CALENTI *et al.*, 2012). Uma vez que se trata de autorrelato de diagnósticos, podemos considerar a possibilidade de haver uma pior autoavaliação pelo indivíduo de sua saúde do que um real diagnóstico de transtornos mentais, o que levaria também a possíveis aumento de prescrições de psicofármacos desnecessariamente. No entanto, o delineamento do presente estudo não permite a avaliação dessa possível interação.

Na população estudada as variáveis quantitativas "idade" e "anos de escolaridade" apresentaram coeficientes individuais e de interação significativos, o que faz com que a interpretação individual dos seus coeficientes e razões de chances dessas não seja possível. O efeito conjunto dessas variáveis na probabilidade de uso dos medicamentos demonstra que entre pessoas com menor escolaridade, quanto maior a idade, menor a utilização de psicofármacos. Em direção oposta, para nível de escolaridade maior, quanto maior idade, maior a utilização de psicofármacos. Não foram encontrados estudos que avaliassem conjuntamente a relação idade, escolaridade e uso de psicofármacos.

Como hipótese frente a esses resultados, têm-se que a menor escolaridade e maior idade associadas a um menor consumo de psicotrópicos pode estar relacionada ao pior letramento em saúde, desinformação sobre os medicamentos e menor capacidade de autocuidado. Por outro lado, a maior escolaridade pode levar a um maior conhecimento sobre as doenças e tratamentos, e, conseqüentemente, ampliar a capacidade de autocuidado, levando à busca de tratamento farmacológico e maior adesão. Uma maior escolaridade promove um maior conhecimento e um menor estigma em torno dos transtornos mentais e dos medicamentos utilizados, aumentando a confiança e aceitação ao tratamento (LOPEZ *et al.*, 2018; SANCHEZ *et al.*, 2019).

A APS pode investir em ações de promoção a saúde que ofereçam melhor entendimento pelos usuários sobre sua doença, abordando o assunto de forma simples e que atinja todo o público, independentemente do seu grau de instrução. A adesão ao tratamento pode ser prejudicada se o paciente não compreende a importância do uso dos medicamentos, bem como as possíveis reações adversas. A associação entre pior percepção da saúde e uso de psicofármacos também pode ser minimizada quando o paciente compreende melhor sua condição real de saúde, evitando, muitas vezes, quadros depressivos e de ansiedade desnecessários (JAVED *et al.*, 2021; SANCHEZ *et al.*, 2019; TRANGLE *et al.*, 2016).

Indivíduos dependentes para AIVD e ABVD também utilizaram mais psicofármacos que suas contrapartes. Em um estudo de coorte envolvendo idosos, identificou-se o uso de psicofármacos como um preditor de incapacidade funcional (FALCI *et al.*, 2019). Uma possível explicação para associação entre o uso de BZD e a incapacidade funcional, seria a ação farmacológica e os efeitos sedativos e hipnóticos, visto que o efeito cumulativo da sedação prejudicaria o desempenho psicomotor. Da mesma forma o efeito anticolinérgico de alguns antidepressivos está associado ao declínio cognitivo e motor. O uso prolongado de ATD pode levar a quedas, fraturas, perda óssea e consequente incapacidade (FALCI *et al.*, 2019). Estudos já evidenciam que o efeito deletério dos ATD e BZD sobre as funções cognitivas e motoras favorecem o desenvolvimento de incapacidade funcional tanto para ABVD quanto para AIVD. No presente estudo, devido ao desenho transversal, não é possível estabelecer a direção da análise, afirmando se as limitações para realização de atividades diárias levam à utilização de psicofármacos ou vice-versa. Entretanto, é necessário levar em consideração ambas problemáticas potenciais: a necessidade de manejar transtornos psiquiátricos entre pessoas dependentes com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida, mas levando em consideração o perfil de segurança do tratamento escolhido, que pode potencializar ainda mais o quadro de dependência funcional.

As limitações do presente estudo são inerentes ao desenho transversal, que capta as informações daquele recorte de tempo e, portanto, não reflete uma visão a longo prazo, e a ausência da fonte de obtenção dos

medicamentos, já citada anteriormente. Tal variável poderia amparar de forma mais adequada a discussão sobre o uso de psicofármacos estar ou não associado a disponibilidade do medicamento no sistema público de saúde.

Por outro lado, o presente estudo apresentou uma força metodológica, desde a definição do plano amostral, recrutamento da população de estudo até os procedimentos de coleta de dados. Por ser um estudo de base populacional, ele nos permite fazer inferência para uma população em sua maioria SUS dependente e suas necessidades específicas. Por ter uma abrangência dentro de uma localidade que possui suas peculiaridades, não encontrada em outros estudos, esse estudo nos permite considerar planejamentos e ações que podem contribuir para desenvolvimento e melhora das condições de oferta, acesso, qualidade e resolutividade dos serviços de saúde locais e que podem ser expandidos para outros locais com características similares. Outro ponto forte desse estudo é a fonte de obtenção dos dados por meio de entrevistas, checagem de embalagens, ao invés de usar dados de dispensação das farmácias, prontuário, pois com o método utilizado tende a refletir de forma mais concreta a realidade.

Apesar dos resultados não serem transferíveis para outras populações, por se tratar, ao nosso conhecimento, do primeiro estudo a avaliar o uso de psicofármacos em uma população SUS-dependente e com baixas condições socioeconômicas, seus resultados suscitam peculiaridades que podem levar à reflexão de gestores de saúde e desenvolvimento de políticas públicas que atendam às necessidades de outros municípios brasileiros com perfil semelhante.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado em Ribeirão das Neves possui relevância por descrever o perfil de utilização de psicofármacos em um município da RMPBH que possui médio IDH, uma população com baixas condições socioeconômicas, e, portanto, os resultados encontrados podem contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas que atendam às necessidades de outros municípios brasileiros que possuam esse perfil. As políticas públicas devem ser pautadas nas experiências vividas pelos pacientes, levando a realização de ações efetivas. Nesse contexto, o melhor local para o planejamento e execução dessas ações é na APS, cenário focado no presente estudo.

As altas prevalências de uso de psicofármacos, sobretudo daqueles disponíveis no SUS, ressalta a demanda pelo uso desses medicamentos, que geralmente é caracterizada pelo subtratamento de transtornos psiquiátricos. Dessa forma, é preciso oferecer o tratamento e também capacitação aos profissionais de saúde para um diagnóstico adequado, uma prescrição correta e que traga menores prejuízos ao paciente.

A associação da autoavaliação de saúde pior e dependência para atividades de vida diária em desenho transversal, indicam a dualidade do uso de psicofármacos, que, se por um lado podem melhorar a qualidade de vida entre pessoas mais enfermas, também podem ocasionar efeitos adversos. Já a associação entre o uso de psicofármacos e a interação entre idade e escolaridade demonstram a necessidade de educação em saúde e promoção do autocuidado aos pacientes.

No presente estudo, bem como em outros já citados, é clara a associação entre sexo feminino e maior consumo de psicofármacos. Nesse sentido, acredita-se que o olhar deve ser voltado ao sexo masculino, e aos motivos que levam a um menor consumo de psicofármacos entre eles.

Ressalta-se a importância de futuras pesquisas que possam complementar esse estudo. Um estudo longitudinal que investigasse pontos como a fonte de obtenção dos medicamentos, diagnósticos confirmados de transtornos mentais e qualidade e tempo de uso de BZD poderia fornecer dados que possibilitassem uma melhor descrição do perfil de uso de

psicofármacos em uma população com características similares às de Ribeirão das Neves.

Esperamos que descrição do perfil de uso de psicofármacos em Ribeirão das Neves possa estimular a avaliação farmacoepidemiológica em contextos mais adversos, como o identificado entre a população estudada. Além disso, espera-se que os resultados identificados possam contribuir para a construção de políticas públicas relevantes e que garantam acesso a psicofármacos de forma segura e eficaz, especialmente em localidades marcadas por grandes desigualdades sociais e econômicas.

REFERÊNCIAS

- ALICE LEMOS PONTES, Constância; CARNEIRO SILVEIRA, Lia. Abuso De Benzodiazepínicos Entre Mulheres: O Que Esse Fenômeno (Re)Vela? **.SANARE - Revista de Políticas Públicas**, [s. l.], v. 16, n. 01, p. 15–23, 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1089>. Acesso em 15 mar. 2021.
- ALMEIDA, Liz Maria de; COUTINHO, Evandro da S. F.; PEPE, Vera Lúcia E. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 5–16, 1994.
- APRAHAMIAN, Ivan *et al.* (org.). **Depressão: guia prático**. São Paulo: Manole, 2020. *E. Book*. Disponível em: https://www.bu.ufmg.br/bu_atual/. Acesso em: 10 mar. 2021.
- BARCELLOS, Mário Tregnago *et al.* **Telecondutas - transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Ansiedade_20170331.pdf. Acesso em: 18 out. 2022.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/05-8-dia-nacional-da-saude/>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- BORGES, Jocelma Silva *et al.* Avaliação do nível de dependência funcional do idoso com limitação. **Saúde e Pesquisa**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 169, 2019.
- BORIM, F. S. A; BARROS, M. B. Z.; BOTEGA, N. J. Transtorno mental comum São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1415–1426, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/C6zsvR37mV7tkzpb9QnQCt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2022.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2021. Ribeirão das Neves. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/estimapop/tabelas>. Acesso em: 30 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria de Previdência. **1ª Boletim quadrimestral sobre Benefícios por incapacidade**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/1º-boletim-quadrimestral.pdf>. Acesso em 20 abr.2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília, DF: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão: como diagnosticar, quais os sintomas e qual o tratamento**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://saude.gov.br/>. Acesso em: 22 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Componente populacional: resultados. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Série Pnaum- Pesquisa Nacional Sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil: Caderno3) 52 p.:il, Brasília, DF:2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Boletim:Antidepressivos no Transtorno Depressivo Maior em Adultos**. [s. l.], n. 18, p. 1–35, 2012.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília- DF, 2007. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/93283>. Acesso em: 10 ago. 2021.

CAMPANHA, Ângela Maria *et al.* Benzodiazepine use in Sao Paulo, Brazil. **Clinics**, [s. l.], v. 75, p. e1610, 2020b. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1807593222003192>. Acesso em: 29 ago. 2022.

CHAVES, Suellen Cristina da Silva; NOBREGA, Maria do Perpétuo Socorro De Sousa; SILVA, Taires Dos Santos. Intervenções não farmacológicas ofertadas ao usuário com transtorno mental comum na atenção primária à saúde. **Journal of Nursing and Health**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 1–16, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14472>. Acesso em: 25 ago. 2022.

CORDIOLI, Aristides Volpato. Psicofármacos nos transtornos mentais. [s. l.], v. 15, p. 1–8, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0275.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2021.

CRUZ, Ligiane Paula da *et al.* Dificuldades relacionadas à terapêutica medicamentosa no transtorno de ansiedade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 1–10, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/32741#:~:text=As%20dificuldades%20par,a%20o%20seguimento,temores%20e%20preocupa%C3%A7%C3%B5es%20relacionadas%20ao>. Acesso em: 12 set. 2022.

DE, Lúcia; CARVALHO, Fátima; DIMENSTEIN, Magda. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção desubjetividade nos serviços de saúde. **Interações**, [s. l.], v. 8, n. 15, p. 37–64, 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072003000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 nov. 2022.

DIMENSTEIN, Magda *et al.* Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, [s. l.], v. 69, n. 2, p. 72–87, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 31 out. 2022.

FALCI, Denise Mourão *et al.* Use of psychoactive drugs predicts functional disability among older adults. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 53, p. 21, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/5KvKhWNbsMMDSc8jWjgYmJ/?lang=en>. Acesso em: 02 ago. 2022.

FEGADOLLI, Claudia; VARELA, Niurka Maria Dupotey; DE ARAÚJO CARLINI, Elisaldo Luis. Use and abuse of benzodiazepines in primary healthcare: Professional practices in Brazil and Cuba. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 35, n. 6, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/m3LBtSVDM9hzCWV9BSkqXcp/abstract/?lang=en>. Acesso em: 23 out.2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>. Acesso em: 18 mar. 2022.

IAN COSTA ASSUNÇÃO, Jadson; RODELLA ASSUNÇÃO, Jeane. ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE A IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS. **Revista de Saúde Coletiva**. Salvador, p. 1–11, 2020. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-6525-6782>. Acesso em: 10 jan. 2021.

Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Benzodiazepínicos: Erros de Medicação, Riscos e Práticas Seguras na Utilização. Boletim ISMP Basil, v. 1, n. 2, p. 2–9. Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2020/10/BOLETIM_BENZODIAZEPINICOS.pdf. Acesso em 5 jun.2021.

JAVED, Afzal *et al.* Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middle-income countries. **Asian Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 58, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33611083/>. Acesso em: 12 nov. 2022.

KAISER PERMANENTE. **Benzodiazepine and Z-Drug Safety Guideline Expectations for Kaiser Foundation Health Plan of Washington Providers**, 2019. Disponível em: <https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/benzo-zdrug.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2022.

KATZMAN, Martin A. *et al.* Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *Em: PSYCHIATRY, BMC (org.)*. [S. l.: s. n.], 2014. p. S1. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>. Acesso em 30 out. 2021.

LIMA, Maria Cristina Pereira *et al.* Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 42, n. 4, p. 717–723, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CJPvVVms6XrWFF9nxNX8nSJ/?lang=pt>. Acesso em: 15 mai. 2022.

LOYOLA FILHO, Antônio Inácio de *et al.* **Análise do acesso e utilização de serviços de saúde: um estudo no município de ribeirão das neves, minas gerais**. Belo Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

LOPEZ, Veronica *et al.* Depression screening and education: An examination of mental health literacy and stigma in a sample of Hispanic women. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 1–8, 2018. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5516-4>. Acesso em: 12 nov. 2022.

MADRUGA, Clarice S. *et al.* Prevalence of and pathways to benzodiazepine use in Brazil: the role of depression, sleep, and sedentary lifestyle. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s. l.], v. 41, n. 1, p. 44, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/XM9fQj3M3dmcsWVrbCfPb3n/?lang=en>. Acesso em: 10 abr. 2022.

MARINHO Alves, A. A.; RODRIGUES, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 28(2), 127–131. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70003-1](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70003-1). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/257264837_Determinantes_sociais_e_economicos_da_Saude_Mental. Acesso em: 20 out.2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 27, n. 78, p. 27–34, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 31 out. 2022.

MILLÁN-CALENTI, José C. *et al.* Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: gender differences. **Geriatrics & gerontology international**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 198–206, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21929719/>. Acesso em: 12 nov. 2022.

MONKEN, Maurício. O território na Promoção e Vigilância Território em Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], p. 177–224, 2004. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2005.v21n3/898-906/>. Acesso em 20 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial da Saúde**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. 1. ed. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES, 2002.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em: 18 mar. 2022.

PRADO, Maria Aparecida Medeiros Barros do *et al.* Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 747–758, 2017a. Disponível em: http://revista.iec.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742017000400747&scielo=S2237-96222017000400747. Acesso em: 20 abr. 2022.

PSYCHIATRIC ASSOCIATION, American. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5ªed. [S. l.: s. n.], 2014.

QUINTANA, Maria Ines *et al.* Epidemiology of Psychotropic Drug Use in Rio de Janeiro, Brazil: Gaps in Mental Illness Treatments. **PloS ONE**[s. l.], v. 8, n. 5, p. e62270, 2013. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0062270>. Acesso em: 10 jan. 2021.

QUINTANA, Maria Ines *et al.* Psychotropic Drug Use in São Paulo, Brazil-An Epidemiological Survey. **PloS ONE**, [s. l.], v. 10, n. 8, p. e0135059, 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0135059>. Acesso em: 6 abr. 2022.

RIBEIRÃO DAS NEVES, Prefeitura Municipal. **Revisão Do Plano Diretor de Ribeirão das Neves**. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: https://www.ribeiraodasneves.mg.gov.br/abrir_arquivo.aspx/Reunioes_Intermediarias?cdLocal=2&arquivo=%7BACC8C7DD-5C85-ABD8-0845-7B5E1EC4EA4E%7D.pdf. Acesso em 10 mar. 2021.

RIBEIRÃO DAS NEVES, Prefeitura Municipal. **Diagnóstico Socioterritorial**. Ribeirão das Neves, 2021. Disponível em: <https://www.ribeiraodasneves.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/diagnostico-socioterritorial-e-politicas-socias-de-ribeirao-das-neves/28526>. Acesso em: 26 ago. 2021.

RODRIGUES, Patrícia Silveira *et al.* Use and sources of psychotropic drugs by brazilian adults and seniors. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 11, p. 4601–4614, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TPshKZqHqXpNKnQyDptcKcy/?lang=en>

RODRIGUES, Maria Aparecida P; FACCHINI, Luiz Augusto; DE LIMA, Maurício Silva. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 40, n. 1, p. 107–114, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100017&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 nov. 2022.

SANCHEZ, Katherine *et al.* Culturally adapted depression education and engagement in treatment among Hispanics in primary care: Outcomes from a pilot feasibility study. **BMC Family Practice**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 1–9, 2019. Disponível em: <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-1031-7>. Acesso em: 12 nov. 2022.

SANTANA, Paula. Introdução à geografia da saúde território, saúde e bem-estar. **Introdução à geografia da saúde território, saúde e bem-estar**, Coimbra. Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014. *E- book*. Disponível em: <https://digitalis-dsp.uc.pt/jspui/bitstream/10316.2/31820/6/Introdução%20à%20Geografia%20da%20Saúde.pdf>. Acesso em: 7 out.2022.

SATEIA, Michael J. *et al.* Payer perspective of the American academy of sleep medicine clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 155–157, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5263066/>. Acesso em: 2 nov. 2022.

SENRA, Eduardo Duarte *et al.* Efeitos colaterais do uso crônico e indiscriminado de benzodiazepínicos: Uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 7, n. 11, p. 102013–102027, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/38958>. Acesso em: 3 set.2022.

THE INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). **Global Burden of Disease (GBD) study**. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>. Acesso em: 10 jun. 2022.

TRANGLE, M *et al.* **Adult depression in primary care guideline**. [S. l.: s. n.], 2016.

DOKKEDAL, Vinícius Silva *et al.* Benzodiazepine consumption in Brazil: considerations regarding a population-specific scenario. **Brazilian Journal of Psychiatry**[s. l.], v. 42, n.3, p.332, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/SmBNDmWqxShNNpcG3dWgyr/?lang=en>. Acesso em: 10 mai. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Acesso em: 6 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates**. Geneva, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva, 2013. Disponível

em:<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>. Acesso em: 20 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Mental Health Report:transforming mental health for all**. Geneva, 2022. Disponível em:<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 15 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Atlas 2020**. Geneva, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>. Acesso em 8 out. 2021.

WORTMANN, A. C. *et al.* [Benzodiazepine consumption in Porto Alegre]. **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**, [s. l.], v. 40, n. 4, p. 265–270, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7633501/>. Acesso em: 1 abr. 2022.