

Descrição do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

Consumption of psychotropic medications in primary healthcare in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil

Descripción del consumo de psicofármacos en la atención primaria en salud de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil

Júlia Raso Ferreira de Oliveira ¹

Fabiana Rossi Varallo ¹

Marcela Jirón ²

Iahel Manon de Lima Ferreira ¹

Manuela Roque Siani-Morello ¹

Vinicius Detoni Lopes ¹

Leonardo Régis Leira Pereira ¹

doi: 10.1590/0102-311X00060520

Resumo

O consumo de psicofármacos é considerado um problema de saúde pública devido ao potencial de dependência e ocorrência de eventos adversos. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o consumo de psicofármacos dispensados em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Conduziu-se um estudo ecológico, com consulta à base de dados Hygia de 2008 a 2012. Foram extraídas as variáveis: psicofármaco dispensado, quantidade dispensada no ano, sexo e faixa etária dos pacientes. Para cada psicofármaco foi calculada a dose diária definida por 1.000 habitantes/dia (DDD/1.000PD), a dose diária definida por 1.000 habitantes/dia considerando-se 75% da população (DDD75%/1.000PD) que retiraram medicamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a dose diária prescrita (DDP). Comparou-se a taxa de crescimento populacional com a de crescimento do consumo dos medicamentos. Foram identificados 1.577.241 pacientes que retiraram medicamentos no período avaliado, dos quais 287.373 (18,2%) utilizaram pelo menos um sujeito a controle especial. Houve aumento do consumo total dos psicofármacos (DDD/1.000PD), porém, após a comparação com a taxa de crescimento populacional, apenas a da sertralina ($p = 0,021$), risperidona ($p = 0,034$) e do clonazepam ($p = 0,043$) foram superiores. As DDP de sete fármacos estavam maiores que a DDD da Organização Mundial da Saúde (OMS). As discrepâncias entre DDD e DDP podem ser úteis como estratégia para triar pacientes elegíveis ao cuidado farmacêutico, pois podem contribuir na prevenção de morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos.

Psicotrópicos; Farmacoepidemiologia; Uso de Medicamentos; Sistema Único de Saúde

Correspondência

V. D. Lopes

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Av. do Café s/n, Ribeirão Preto, SP 14040-900, Brasil.
vinicius.detoni91@gmail.com

¹ Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

² Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile, Santiago, Chile.



Introdução

No Brasil, os indivíduos que apresentam transtornos mentais recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que é formada por diversos pontos de atenção (serviços), dentre os quais se destacam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que compreendem o principal dispositivo de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

Os CAPS que dispõem de farmácia realizam a dispensação de psicofármacos para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de facilitar o acesso ao medicamento, além disso, os profissionais que atuam no CAPS realizam intervenções para a reinserção do indivíduo no contexto social e familiar.

Os psicofármacos são substâncias químicas, naturais ou sintéticas, que quando introduzidas no organismo podem modificar de várias maneiras o comportamento mental, excitando, deprimindo ou provocando perturbações¹. São indicados para o tratamento de diversas enfermidades e podem causar dependência física e/ou psíquica, além de contribuírem para a ocorrência de eventos adversos aos usuários.

Nos últimos anos, observa-se aumento no consumo desses medicamentos, o que pôde ser evidenciado na *Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil* (PNAUM), que demonstrou que dentre os 20 subgrupos farmacológicos mais utilizados pelos usuários da atenção primária estão os antidepressivos (fluoxetina), antiepiléticos e ansiolíticos (clonazepam), ficando atrás apenas dos fármacos das classes de anti-inflamatórios não esteroidais, anti-hipertensivos e antidiabéticos².

Esse consumo elevado pode ser explicado devido ao crescente número de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, ao ingresso de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas para psicotrópicos já existentes³. Contudo, também há relato na literatura sobre prescrição exacerbada desses medicamentos para determinados diagnósticos, tais como: depressão, transtorno bipolar e hiperatividade⁴. Nesses casos, é possível propor estratégias para promover mudanças de comportamento para o uso apropriado de medicamentos.

Um estudo multicêntrico evidenciou diferenças na prática de prescrição de medicamentos para doenças mentais em centros de atenção primária de países europeus, africanos e latino-americanos (inclusive o Brasil), principalmente quando se considerou o uso de polifarmácia, medicamentos tranquilizantes (ansiolíticos e hipnóticos) e antidepressivos⁵.

Estimativa demonstra que um em cada 10 brasileiros usa benzodiazepínicos durante a vida como tranquilizante ou indutor de sono. Os fatores de risco sociodemográficos identificados são sexo feminino ($p = 0,001$), os grupos etários entre 40-59 anos ($p = 0,002$) e idosos ($p = 0,009$)⁶. Os benzodiazepínicos são um dos medicamentos mais utilizados no mundo e o seu uso cresce, principalmente entre as mulheres adultas e idosas⁷. Entretanto, há relatos de que o uso crônico aumenta o risco de desenvolvimento de demência, principalmente em idosos⁸.

Um estudo indica que a população brasileira tem a maior prevalência de depressão e ansiedade da América Latina, com taxas de 5,8% e 9,3%, respectivamente⁹. Por outro lado, os transtornos psiquiátricos, especialmente depressão, têm sido sobrediagnosticados em uma escala considerável, levando a uma lista de consequências adversas significativas que afetam principalmente os grupos de indivíduos mais vulneráveis¹⁰.

Esses achados sugerem que a utilização de medicamentos no Brasil, inclusive a dos psicofármacos, tem sido exacerbada e indiscriminada⁶. Observa-se indicação abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos que, muitas vezes, estão relacionados a problemas sociais e econômicos. Sendo assim, o que se constata nos serviços de saúde mental é uma terapêutica ineficiente associada ao uso dos psicotrópicos, com frágil comunicação entre profissionais e usuários e pouco uso de tecnologias leves e leve-duras¹¹.

Assim, considerando-se os riscos associados ao uso de psicofármacos e a possibilidade de ocorrência de iatrogenias, as quais podem ocasionar eventos graves aos usuários, é necessário realizar estudos sobre a utilização de medicamentos, com o intuito de gerar hipóteses associadas ao aumento do consumo e, assim, contribuir para o seu uso seguro e apropriado.

Nesse contexto, os objetivos deste trabalho foram: descrever o consumo de psicofármacos dispensados nas unidades básicas de saúde do SUS do Município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, comparar se os valores médios das doses diárias prescritas (DDP) são semelhantes aos valores das

doses diárias definidas (DDD) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e correlacionar o uso de medicamentos com a taxa de crescimento populacional.

Métodos

Tipo e local do estudo

Foi conduzido um estudo epidemiológico, do tipo descritivo e ecológico sobre o consumo de psicofármacos dispensados nas unidades básicas de saúde do Município de Ribeirão Preto. A série temporal compreendeu o período de 2008 a 2012.

Participantes

Todos os pacientes que retiraram pelo menos um medicamento, em quaisquer unidades básicas de saúde do Município de Ribeirão Preto, foram considerados elegíveis. Contemplaram os critérios de inclusão aqueles que tiveram registro de dispensação de pelo menos um medicamento da linha de cuidado em saúde mental, ou seja, sujeitos a controle especial ou psicofármacos.

Apesar do registro de dispensação não indicar, necessariamente, o consumo real dos psicofármacos pela população, assumiu-se no presente estudo que os registros de retirada de medicamentos representavam uma estimativa dos dados de consumo dos participantes da pesquisa, pois o desenho epidemiológico adotado não permite afirmar se o paciente realmente usou o medicamento de acordo com a prescrição médica.

Variáveis

Os pacientes recrutados tiveram seus registros de dispensação analisados para a extração de variáveis demográficas (sexo e idade) e farmacológicas (psicofármaco dispensado, quantidade retirada e dose). Foram também coletados dados populacionais do município (número de habitantes nos anos de 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012).

Fontes de dados e mensuração

Os dados demográficos e farmacológicos foram extraídos por meio de consulta retrospectiva aos registros de dispensação armazenados no banco de dados *online* – *Hygia* (<http://www.hygia.com.br/>). Nessa plataforma são armazenadas informações sobre os registros de dispensação de medicamentos e vacinas, bem como consultas médicas, exames laboratoriais, entre outros, para cada paciente atendido pelo SUS no Município de Ribeirão Preto.

Para a consulta do número total de habitantes em Ribeirão Preto, por ano, foram pesquisados os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ¹².

Os medicamentos sujeitos a controle especial dispensados e registrados no banco de dados *Hygia* foram estratificados segundo a classificação Anatômico Terapêutico e Química (ATC). De acordo com a idade, os pacientes foram categorizados em: pediátricos (0 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos (maior ou igual a 60 anos).

O consumo do medicamento e a média de medicamento anual retirada por cada usuário foram estimados em miligramas/dia. As métricas para a estimativa de utilização empregadas no presente estudo foram:

a) Dose diária definida por 1.000 habitantes/dia (DDD/1.000PD). Para tanto, foi realizado o seguinte cálculo:

$$\frac{DDD}{1.000PD} = \left(\frac{\text{miligramas anual do psicofármaco}}{DDD \times 365 \times \text{população anual}} \right) \times 1.000$$

em que: miligrama anual = total de miligramas dispensadas do psicofármaco no ano; DDD = dose diária definida estabelecida pela OMS.

b) Dose diária definida por 1.000 habitantes/dia corrigida para tamanho da população que utiliza o SUS, ou seja, 75% (DDD75%/1.000PD). Para tanto, foi realizado o seguinte cálculo:

$$\frac{DDD}{1.000PD} = \left(\frac{\text{miligramas anual do psicofármaco}}{DDD \times 365 \times 75\% \text{ da população anual}} \right) \times 1.000$$

c) Dose diária prescrita (DDP):

$$DDP = \frac{\text{média anual das doses prescritas do psicofármaco em miligramas}}{\text{número de dias que o paciente utilizou o psicofármaco}}$$

Para correlacionar o crescimento populacional com o consumo de psicofármacos foram calculadas a taxa de crescimento da população do município e a taxa do crescimento do número de pacientes em uso de psicofármacos. Para tanto, os seguintes raciocínios foram utilizados:

a) Taxa de crescimento populacional (TC):

$$TC = \frac{\text{número total de habitantes em 2009} - \text{número total de habitantes em 2008}}{\text{número total de habitantes em 2008}}$$

b) Taxa de crescimento (TC) do número de pacientes em uso de psicofármacos (PF):

$$TCPF = \frac{\text{número total de pacientes em uso de PF em 2009} - \text{número total de pacientes em uso de PF em 2008}}{\text{número total de pacientes em uso de PF em 2008}}$$

Análise estatística

Para avaliar se houve diferença estatística na DDP de psicofármacos em relação ao sexo foi aplicado o teste estatístico t de Student não pareado, considerando a métrica de consumo como variável dependente.

Para avaliar a correlação entre o aumento da idade e o consumo de psicofármacos foi realizada regressão linear simples, considerando a dose média do medicamento como a variável dependente e a idade como variável independente.

Com o intuito de verificar se a taxa de crescimento populacional superou ou não a taxa de crescimento de pacientes em uso de medicamentos sujeitos a controle especial, foi aplicado o teste estatístico não paramétrico de Mann-Whitney para amostras não pareadas.

Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo (USP), sob o número do processo 228/2012. Estudo realizado sem conflitos de interesse.

Resultados

Durante o período de coleta de dados, 1.577.241 pacientes retiraram medicamentos no componente básico da assistência farmacêutica (CBAF) em Ribeirão Preto, dos quais 287.373 (18,2%) utilizaram pelo menos um medicamento sujeito a controle especial. Desses, a maioria era do sexo feminino [203.094/287.373 (70,7%)] e adultos [185.929/287.373 (64,7%)] (Tabela 1).

Foram identificados 24 fármacos sujeitos a controle especial padronizados na relação municipal, das seguintes classes terapêuticas: (i) antidepressivos (amitriptilina, bupropiona, clomipramina, fluoxetina, imipramina, nortriptilina e sertralina); (ii) antiepilépticos (ácido valproico, carbamazepina, fenitoína e fenobarbital); (iii) ansiolíticos (diazepam e clonazepam); (iv) hipnótico-sedativo (nitrazepam); (v) antipsicóticos (carbonato de lítio, clorpromazina, haloperidol, levomepromazina, peri-

Tabela 1

Frequência dos pacientes que retiraram medicamentos sujeitos a controle especial do componente básico da assistência farmacêutica. Município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Ano	Habitantes	Usuários que retiraram medicamentos	Pacientes que retiraram medicamentos psicotrópicos		Sexo feminino		Faixa etária (anos)					
							0-19		20-59		≥ 60	
							n	%	n	%	n	%
2008	558.136	276.644	48.778	17,6	34.620	71,0	2.813	5,77	32.509	66,6	13.456	27,6
2009	563.107	300.990	53.475	17,8	36.954	69,1	4.256	7,96	35.218	65,9	14.001	26,2
2010	604.682	317.933	57.899	18,2	40.920	70,7	3.336	5,76	36.883	63,7	17.675	30,5
2011	612.339	334.653	62.392	18,6	44.514	71,3	3.220	5,16	40.048	64,2	19.112	30,6
2012	619.746	347.021	64.829	18,7	46.086	71,1	3.210	4,95	41.271	63,7	20.348	31,4
Total	2.958.010	1.577.241	287.373	18,2	203.094	70,7	16.835	5,86	185.929	64,7	84.592	29,4

Fonte: dados coletados do banco de dados *online* Hygia (<http://www.hygia.com.br/>).

* Em relação aos pacientes que retiraram medicamentos psicotrópicos.

ciazina, risperidona, tioridazina); (vi) anticolinérgicos (biperideno); (vi) dopaminérgicos (levodopa e associações); e (viii) antagonista opioide puro (naltrexona).

Quando se comparou o consumo total dos psicofármacos, foi verificado aumento na DDD/1000PD. Com relação à DDP, sete fármacos (carbonato de lítio, fenobarbital, fluoxetina, haloperidol, naltrexona, nitrazepam e sertralina) apresentaram o valor médio do consumo em DDP superior à DDD sugerida pela OMS (Tabela 2).

Evidência de aumento significativo do consumo, comparando-se a DDP do ano de 2012 com a do período de 2008-2011, foi identificada para amitriptilina, bupropiona, clonazepam, fenitoína, fenobarbital, fluoxetina, haloperidol e levodopa (Tabela 3). Evidenciou-se redução para clorpromazina, levomepromazina, naltrexona e tioridazina (Tabela 3).

Foi possível observar aumento do consumo, calculado pela DDD/1000PD e pela DDD75%/1000PD para ácido valproico, carbonato de lítio, clomipramina, clonazepam, fenitoína, haloperidol, imipramina, naltrexona, nortriptilina, risperidona e sertralina. (Tabela 4). Em contrapartida, verificou-se a diminuição do consumo da fluoxetina (Tabela 4).

As mulheres consumiram dose média mais elevada do diazepam ($p < 0,001$) e periciazina ($p < 0,001$); já os homens do ácido valproico ($p < 0,001$), amitriptilina ($p < 0,001$); carbamazepina ($p < 0,001$); carbonato de lítio ($p < 0,001$); clonazepam ($p < 0,001$); clorpromazina ($p < 0,001$); fenitoína ($p < 0,001$); levodopa ($p < 0,001$), risperidona ($p < 0,001$) e tioridazina ($p < 0,001$).

Verificou-se que com o aumento da idade ocorreu o aumento da dose do ácido valproico ($p < 0,001$); diazepam ($p < 0,001$); fenobarbital ($p < 0,001$); imipramina ($p < 0,001$); periciazina ($p < 0,001$) e tioridazina ($p < 0,001$). Respectivamente, o aumento de um ano na idade aumentou em 1,969mg/dia; em 0,084mg/dia; em 0,596mg/dia; em 0,051mg/dia; em 0,421mg/dia e em 1,287mg/dia nas doses.

Por outro lado, o avanço da idade diminuiu a dose média do biperideno ($p = 0,029$); carbamazepina ($p < 0,001$); carbonato de lítio ($p = 0,005$); clonazepam ($p < 0,001$); clorpromazina ($p < 0,001$); fenitoína ($p < 0,001$); levomepromazina ($p < 0,001$); risperidona ($p < 0,001$) e sertralina ($p < 0,001$). Respectivamente, o aumento em um ano na idade reduziu a dose em 0,073mg/dia; em 0,732mg/dia; em 1,794mg/dia; em 0,005mg/dia; em 0,305mg/dia; em 0,268mg/dia; em 0,296mg/dia; em 0,011mg/dia; em 0,162mg/dia.

Apesar de ter havido aumento no consumo geral (DDD/1.000PD) nos cinco anos estudados, foi possível verificar que a taxa de crescimento no uso de sertralina, risperidona e clonazepam superou a taxa de crescimento populacional. Para os demais psicofármacos não houve diferença estatística (Tabela 5).

Tabela 2

Comparação do consumo de medicamentos sujeitos a controle especial padronizados no componente básico da assistência farmacêutica do Município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Fármaco	DDD	DDD					Média
		2008	2009	2010	2011	2012	
Ácido valproico	1.500	971,600	933,100	914,100	893,900	927,600	928,06±28,65
Amitriptilina	75	33,850	32,650	33,200	34,660	37,130	34,30±1,75
Biperideno	10	6,870	3,710	3,570	3,460	3,440	4,21±1,49
Bupropiona	300	-	246,400	235,300	280,800	311,400	268,48±34,56
Carbamazepina	1.000	554,800	534,000	543,100	549,200	549,800	546,18±7,97
Carbonato de lítio	623	997,600	939,600	894,300	867,500	887,800	917,36±52,02 *
Clomipramina	100	62,470	60,590	54,800	55,090	57,000	57,99±3,41
Clonazepam	8	2,450	2,390	2,350	2,370	2,450	2,40±0,05
Clorpromazina	300	116,300	101,600	97,760	94,370	90,850	100,18±9,86
Diazepam	10	6,620	6,120	6,160	6,240	6,430	6,31±0,21
Fenitoína	300	223,800	219,500	224,100	236,300	239,500	228,64±8,72
Fenobarbital	100	126,500	124,000	124,400	131,600	130,200	127,34±3,42 *
Fluoxetina	20	28,2600	27,760	28,650	29,640	31,860	29,23±1,62 *
Haloperidol	8	9,640	9,260	9,120	8,790	9,580	9,28±0,35 *
Imipramina	100	48,520	46,630	45,380	40,710	42,790	44,81±3,09
Levodopa	600	441,900	472,500	427,500	516,500	764,200	524,52±138,3
Levomepromazina	300	56,370	53,100	47,330	47,740	39,730	48,85±6,35
Naltrexona	50	55,590	55,600	57,130	55,530	50,910	54,95±2,36 *
Nitrazepam	5	9,900	8,880	8,580	8,500	8,400	8,85±0,61 *
Nortriptilina	75	55,110	45,570	46,000	38,880	42,800	45,67±5,99
Periciazina	50	30,900	24,910	24,710	25,500	24,410	26,09±2,72
Risperidona	5	-	2,950	2,610	2,790	2,690	2,76±0,15
Sertralina	50	106,000	91,410	76,740	77,090	80,630	86,37±12,48 *
Tioridazina	300	149,700	116,80	117,600	109,40	102,300	119,16±18,17

DDD: dose diária definida da Organização Mundial da Saúde; DDP: dose diária prescrita (dose real prescrita para o paciente).

Fonte: dados de consumo coletados do banco de dados *online* Hygia (<http://www.hygia.com.br/>).

* DDP > DDD.

Tabela 3

Varição do consumo dos fármacos sujeitos a controle especial entre o ano de 2012 e a média dos anos de 2008-2011, segundo a DDP (dose real prescrita para o paciente).

Fármaco	DDP						Variação
	2008	2009	2010	2011	Média 2008-2011	2012	
Ácido valproico	971,600	933,100	914,100	893,900	928,175±33,08	927,600	-0,062
Amitriptilina	33,850	32,650	33,200	34,660	33,59±0,86	37,130 *	10,54
Biperideno	6,870	3,710	3,570	3,460	4,402±1,65	3,440	-21,86
Bupropiona	-	246,400	235,300	280,800	254,167±23,72	311,400 *	22,52
Carbamazepina	554,800	534,000	543,100	549,200	545,275±8,91	549,800	0,83
Carbonato de lítio	997,600	939,600	894,300	867,500	924,75±56,96	887,800	-3,99
Clomipramina	62,470	60,590	54,800	55,090	58,237±3,88	57,000	-2,12
Clonazepam	2,450	2,390	2,350	2,370	2,39±0,04	2,450 *	2,51
Clorpromazina	116,300	101,600	97,760	94,370	102,507±9,66	90,850 **	-11,37
Diazepam	6,620	6,120	6,160	6,240	6,285±0,23	6,430	2,31
Fenitoína	223,800	219,500	224,100	236,300	225,925±7,23	239,500 *	6,01
Fenobarbital	126,500	124,000	124,400	131,600	126,625±3,49	130,200 *	2,82
Fluoxetina	28,2600	27,760	28,650	29,640	28,577±0,80	31,860 *	11,49
Haloperidol	9,640	9,260	9,120	8,790	9,202±0,35	9,580 *	4,10
Imipramina	48,520	46,630	45,380	40,710	45,31±3,33	42,790	-5,56
Levodopa	441,900	472,500	427,500	516,500	464,6±39,36	764,200 *	64,49
Levomepromazina	56,370	53,100	47,33	47,740	51,135±4,37	39,730 **	-22,30
Naltrexona	55,590	55,600	57,130	55,530	55,962±0,78	50,910 **	-9,03
Nitrazepam	9,900	8,880	8,580	8,500	8,965±0,64	8,400	-6,30
Nortriptilina	55,110	45,570	46,000	38,880	46,39±6,66	42,800	-7,74
Periciazina	30,900	24,910	24,710	25,500	26,505±2,95	24,410	-7,90
Risperidona	-	2,950	2,610	2,790	2,783±0,17	2,690	-3,35
Sertralina	106,000	91,410	76,740	77,090	87,81±13,92	80,630	-8,18
Tioridazina	149,700	116,80	117,600	109,40	123,375±17,93	102,300 **	-17,08

DDP: dose diária prescrita (dose real prescrita para o paciente).

Fonte: todos os dados referentes ao consumo de medicamentos nos anos indicados foram retirados do banco de dados *online* Hygia (<http://www.hygia.com.br/>).

* Valor de DDP 2012 > média DDP 2008-2011;

** Valor de DDP 2012 < 2008-2011.

Tabela 4

Variação do consumo dos fármacos sujeitos a controle especial no período estudado, segundo classificação ATC, DDD/1.000PD, DDD75%/1.000PD.

Classificação ATC	Fármaco	Média DDD/1.000PD 2008-2011	Varição DDD/1.000PD 2012/2008-2011	Média DDD75%/1.000PD 2008-2011	Varição DDD75%/1.000PD 2012/2008-2011
N03AG01	Ácido valproico	1,005±0,11	22,59 *	1,340±0,14	21,12 *
N06AA09	Amitriptilina	2,798±0,57	-8,48	3,731±0,76	-9,57
N04AA02	Biperideno	0,579±0,08	-3,93	0,772±0,11	-5,02
N06AX12	Bupropiona	0,011±0,01	27,27	0,015±0,01	29,55
N03AF01	Carbamazepina	1,274±1,39	92,54	1,699±1,86	90,23
N05AN01	Carbonato de lítio	0,642±0,06	16,26 *	0,857±0,09	14,74 *
N06AA04	Clomipramina	0,354±0,06	28,63 *	0,473±0,08	26,92 *
N03AE01	Clonazepam	1,693±0,44	37,06 *	2,257±0,58	35,38 *
N05AA01	Clorpromazina	0,715±0,01	-0,31	0,953±0,02	-1,41
N05BA01	Diazepam	8,020±0,33	1,03	10,695±0,44	-0,14
N03AB02	Fenitoína	1,111±0,01	6,61 *	1,482±0,02	5,33 *
N03AA02	Fenobarbital	2,913±0,11	-0,18	3,883±0,14	-1,37
N06AB03	Fluoxetina	14,93±1,15	-18,53 *	19,897±1,53	-19,49 *
N05AD01	Haloperidol	2,019±0,04	5,91 *	2,692±0,05	4,61 *
N06AA02	Imipramina	0,819±0,08	38,63 *	1,092±0,11	37,03 *
N04BA02	Levodopa	0,334±0,23	87,57 *	0,299±0,14	34,67
N05AA02	Levomepromazina	0,027±0,00	8,41 *	0,032±0,01	17,83
N07BB04	Naltrexona	0,019±0,01	170,13 *	0,079±0,11	167,96 *
N05CD02	Nitrazepam	0,211±0,02	12,66 *	0,267±0,06	17,23
N06AA10	Nortriptilina	0,328±0,16	128,61 *	0,454±0,18	117,84 *
N05AC01	Periciazina	0,174±0,01	10,66 *	0,176±0,07	43,95
N05AX08	Risperidona	0,298±0,03	129,79 *	0,397±0,36	127,14 *
N06AB06	Sertralina	7,960±5,00	98,58 *	10,614±6,67	92,28 *
N05AC02	Tioridazina	0,103±0,00	1,69	0,138±0,00	0,00

ATC: classificação Anatómico Terapêutico e Química.

DDD/1.000PD: dose diária definida/1.000 habitantes/dia; DDD75%/1.000PD: dose diária definida/1.000 habitantes/dia considerando 75% da população da cidade.

Fonte: todos os dados referentes ao consumo de medicamentos nos anos indicados foram retirados do banco de dados *online* Hygia (<http://www.hygia.com.br/>).

* Variação significativa correspondente ao valor de DDD/1.000PD ou DDD75%/1.000PD entre o ano de 2012 e média 2008-2011.

Tabela 5

Comparação entre a taxa de crescimento populacional e o consumo de medicamentos sujeitos à controle especial dispensados no Município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, no período de 2008 a 2012.

Variáveis	Taxa de crescimento				Valor de p
	2009	2010	2011	2012	
Crescimento populacional	0,00891	0,07383	0,01266	0,0121	
Fármaco					
Ácido valproico	0,11148	0,12613	0,27573	-0,06145	0,248
Amitriptilina	0,14143	0,03310	-0,16052	-0,00102	0,564
Biperideno	-0,04000	0,05720	0,02405	0,06980	0,564
Bupropiona	-	4,72414	-0,74096	0,69767	0,480
Carbamazepina	0,04416	0,02160	0,03606	0,03996	1,000
Carbonato de lítio	0,20334	0,16435	0,02584	0,09109	0,083
Clomipramina	0,13799	0,34281	0,18506	-0,04516	0,248
Clonazepam	0,26914	0,22157	0,21764	0,08048	0,043 *
Clorpromazina	0,08048	0,06653	0,02298	0,07978	0,564
Diazepam	-0,01088	-0,03295	0,01466	0,00291	0,083
Fenitoína	-0,01957	0,04192	0,00128	0,08036	0,386
Fenobarbital	0,42963	0,00731	-0,04012	0,02935	0,564
Fluoxetina	0,06331	-0,02714	-0,02562	-0,09857	0,083
Haloperidol	0,00360	0,04029	0,02991	-0,00819	0,248
Imipramina	0,04366	0,01934	0,66770	0,03916	0,564
Levodopa	0,08995	1,79612	0,00347	0,09343	0,248
Levomepromazina	-0,04049	0,15190	0,10256	0,27243	0,248
Naltrexona	-0,34884	0,64286	0,15217	1,81132	0,248
Nitrazepam	0,36029	0,00541	-0,04839	0,03390	0,564
Nortriptilina	1,55340	0,45247	1,17976	-0,02002	0,248
Periciazina	0,05275	0,12735	-0,00370	0,05948	1,000
Risperidona	-	5,67361	0,34443	0,22678	0,034 *
Sertralina	0,67893	1,48607	0,67305	0,12011	0,021 *
Tioridazina	-0,04	0,00321	0,08626	-0,03529	0,146

Nota: taxa de crescimento do fármaco superior à taxa de crescimento populacional. Análise estatística: teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ¹²; Hygia (<http://www.hygia.com.br/>).

* Valor de p < 0,05.

Discussão

Aproximadamente um em cada cinco pacientes que retiraram medicamentos nas farmácias públicas do Município de Ribeirão Preto usou pelo menos um psicofármaco, sendo a maioria mulheres. Siani-Morello et al.¹³, ao entrevistarem pacientes de Ribeirão Preto atendidos nas farmácias dos estabelecimentos de atenção primária à saúde, corroboraram os achados do presente trabalho, uma vez que mulheres, idosos e fumantes compreenderam os grupos com a maior probabilidade de usar medicamentos sujeitos a controle especial, notadamente antidepressivos e ansiolíticos. Na mesma linha, o estudo de Quintana et al.¹⁴ evidenciou que a prevalência de uso de medicamentos psicotrópicos entre mulheres foi maior do que entre homens, especialmente em relação aos antidepressivos de segunda geração e ansiolíticos. A menor prevalência de utilização de psicotrópicos no referido estudo quando comparado ao presente (6,55% vs. 18,2%) pode ser explicada possivelmente pela menor proporção de idosos (16,7% vs. 29,4%)¹⁴.

Foi observado que fluoxetina, sertralina, diazepam e fenobarbital foram os medicamentos com o maior consumo no município estudado, considerando o consumo total, medido pela DDD/1.000PD e DDD75%/1.000PD, no ano de 2012. Luis et al.¹⁵ verificaram que mais da metade dos pacientes com doenças mentais atendidos em unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) da região oeste de Ribeirão Preto apresentaram transtornos de humor (42,2%) e ansiedade (16,2%), dos quais, 77,2% receberam prescrição de ansiolíticos, anticonvulsivantes ou antiepiléticos (55,5%), antidepressivos (19,2%) e estabilizador de humor (2,5%). Esses achados corroboraram o levantamento nacional realizado pela PNAUM, em que os antidepressivos e ansiolíticos estavam entre as classes farmacológicas mais utilizadas na atenção primária no Brasil².

Apesar da taxa de consumo de clonazepam ter superado a de crescimento populacional, observou-se redução na dose de 1,794mg/dia com o aumento de um ano na idade e DDP média inferior à DDD da OMS. No entanto, houve aumento de 0,084mg/dia na dose do diazepam, porém, com DDP média inferior à DDD da OMS. Em 2001, o diazepam foi o psicotrópico mais consumido em Ribeirão Preto (DDD/10.000 = 96,8)¹⁶.

Os benzodiazepínicos são prescritos na prática clínica como ansiolíticos, hipnóticos e sedativos, embora o clonazepam também tenha atividade anticonvulsivante. Exceto para a última indicação, são considerados potencialmente impróprios para idosos, uma vez que aumentam o risco de quedas e fraturas¹⁷, além do uso crônico ter sido identificado como fator de risco para a ocorrência de demência⁸.

Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) são alternativas terapêuticas mais seguras para os transtornos de humor e ansiedade. O protocolo clínico preconizado pelo Instituto Nacional para Saúde e Cuidados de Excelência de Reino Unido (NICE – National Institute for Health and Care Excellence) recomenda que os ISRS sejam prescritos como primeira linha de tratamento da depressão em todos os grupos etários¹⁸. Esse fato pode justificar a menor taxa de crescimento do clonazepam e diazepam quando comparada à sertralina, além da DDP média desta ter sido superior à DDD da OMS.

Embora tenha sido observado aumento da DDP para a fluoxetina no ano de 2012 em comparação à média dos anos de 2008-2011, o que poderia indicar que o tempo de tratamento médio com a fluoxetina reduziu ou a dose média do fármaco cresceu, o consumo total diminuiu (aproximadamente 20%) no período analisado. Apesar da DDP média ter sido mantida acima da DDD da OMS, é a opção menos segura da classe dos ISRS em função da meia vida longa e por ser um potente inibidor da enzima CYP2D6¹⁹, o que faz com que sua utilização seja desencorajada principalmente em idosos. Os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina) também aumentam os riscos de eventos adversos devido à falta de seletividade no bloqueio da recaptção de serotonina. Assim, dentre as opções terapêuticas padronizadas no município, a sertralina é a mais segura para a população idosa, pois inibe moderadamente as enzimas do citocromo P450 e tem meia-vida de eliminação menor, podendo estar menos envolvida com interações medicamentosas e eventos adversos a medicamentos.

A análise dos parâmetros farmacocinéticos deve ser considerada para a indicação de antidepressivos na população idosa, uma vez que, geralmente, compreendem pacientes que apresentam múltiplas comorbidades e que necessitam de polifarmácia. Por conseguinte, o uso concomitante de medicamentos que apresentam interações farmacocinéticas pode interferir na efetividade do tratamento. Esses

argumentos podem explicar o crescimento significativo de pacientes em uso de sertralina, bem como a redução da dose do clonazepam e do consumo de fluoxetina.

Não obstante, é importante salientar que os antidepressivos, anticonvulsivantes e os antipsicóticos também podem ser utilizados como adjuvantes na terapêutica antinocioceptiva. A clomipramina, fenitoína, amitriptilina, nortriptilina, carbamazepina e ácido valproico contemplam o arsenal terapêutico descrito no protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica ²⁰.

Como não foi possível analisar o histórico clínico dos pacientes no período estudado, não se pode afirmar para quais condições clínicas esses medicamentos foram dispensados. No entanto, Sianni-Morello et al. ¹³ identificaram que, para 35,6% dos pacientes que retiraram amitriptilina nas farmácias públicas de Ribeirão Preto, a indicação de uso foi para manejo de dor.

Os maiores aumentos dos consumos, tanto em DDD/1.000PD quanto em DDD75%/1.000PD, no entanto, foram identificados para naltrexona, risperidona, nortriptilina e sertralina. A naltrexona é um medicamento que promove antagonismo em receptores opioides indicados para o tratamento da dependência de opioides e de álcool, e o aumento do consumo poderia indicar a maior abrangência de políticas de saúde pública para o tratamento da adição por estas substâncias ²¹. Observa-se, no entanto, uma redução da DDP, o que poderia estar associado à flexibilização de regimes de dosagem para aumentar a adesão do paciente.

A risperidona, de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, é indicada para o tratamento de esquizofrenia refratária ²². Para que a sua dispensação pudesse ser feita nas farmácias do CBAF de Ribeirão Preto para outros transtornos mentais, era necessário que a receita do medicamento viesse acompanhada da “Justificativa do Uso da Risperidona”.

As indicações *off-label* da risperidona incluem tratamento de delírium e de discinesia tardia induzida por neuroleptícos. Luis et al. ¹⁴ estimaram que 14,2% da população atendida nas ESF da região oeste de Ribeirão Preto receberam diagnóstico de esquizofrenia e delírium. A despeito do aumento do consumo do antipsicótico atípico, este não superou o uso dos típicos, uma vez que a DDD/1.000PD e DDD75%/1.000PD da clorpromazina e haloperidol foram superiores à da risperidona no ano de 2012. Além disso, a DDP do haloperidol foi a única superior à DDD da OMS dentre os antipsicóticos padronizados. Esses dados podem indicar que a risperidona dispensada pelo CBAF pode estar sendo prescrita para indicações *off-label*.

O aumento do consumo dos medicamentos bupropiona, levodopa e risperidona podem ser explicados, por sua vez, pela incorporação na relação municipal do CBAF durante o período analisado. Durante os anos de 2008 e 2009 ^{23,24}, a associação disponível de agentes dopaminérgicos era levodopa 250mg + carbidopa 25mg. Nos anos posteriores, foram padronizadas as associações ^{25,26,27}: levodopa 100mg + benserazida 25mg; levodopa 200mg + benserazida 50mg; levodopa 200mg + carbidopa 50g e levodopa 50mg + carbidopa 50mg.

Com relação às diferenças nas doses médias usadas por homens e mulheres, estas podem ser explicadas pelas características hormonais de cada sexo. As mulheres apresentam maior propensão biológica e psicossocial a terem mais transtornos de humor e de ansiedade, já os homens são mais susceptíveis à esquizofrenia ^{28,29}. Isso pode explicar por que as mulheres usaram doses maiores de diazepam e os homens clorpromazina.

Por fim, é necessário conhecimento clínico para a correta interpretação da DDP, que pode ser diferente da DDD da OMS. Embora a DDD da OMS seja baseada nas dosagens aprovadas com dados de resultados clínicos de ensaios controlados, a DDP é variável e depende de fatores como gravidade da doença, peso corporal, diferenças interétnicas no metabolismo do medicamento e cultura de prescrição dos profissionais da saúde ³⁰. Portanto, as discrepâncias identificadas no presente estudo não podem ser interpretadas como subdosagem ou sobredosagem do psicofármaco. Todavia, o acompanhamento do consumo, com o intuito de identificar discrepâncias significativas entre DDP e DDD da OMS, pode ser uma estratégia efetiva para triar pacientes elegíveis ao cuidado farmacêutico. Isso porque os desvios no padrão de uso podem estar associados à morbimortalidade relacionada ao uso de psicofármacos. O acompanhamento farmacoterapêutico contribuiria para o uso seguro e adequado desses produtos.

Limitações

O perfil na prescrição de medicamentos sujeitos a controle especial depende de vários fatores, como políticas de saúde, condições sociais e cultura local. Portanto, os dados do presente trabalho devem ser interpretados com cautela para outras realidades, apesar dos dados corroborarem a literatura. Além disso, como foi realizada análise retrospectiva do registro de dispensação de medicamentos, os dados podem estar superestimados, pois a retirada do medicamento não está associada, necessariamente, com a utilização pelo paciente. Além disso, qualquer falta de medicamento que tenha ocorrido durante o período analisado não pôde ser avaliada, pois esta informação não era registrada no sistema. Outra questão importante a ser ressaltada é que como os registros no Hygia são inseridos por diferentes funcionários, isto pode ocasionar falhas na inserção de dados na plataforma, tanto em relação à dispensação dos medicamentos quanto sobre o cadastro do paciente.

Não obstante, esses achados descrevem comportamento de uso semelhante aos obtidos na literatura e podem corroborar a hipótese da medicamentação excessiva dos transtornos de humor, os quais podem estar relacionados a problemas sociais e econômicos. Desse modo, estimar o consumo de antidepressivos e benzodiazepínicos também pode ser considerado indicador da qualidade da assistência à saúde prestada na atenção básica dos municípios brasileiros, a fim de implementar a prevenção quaternária nestes estabelecimentos.

Conclusão

Um em cada cinco pacientes que retiraram medicamentos do componente básico de Ribeirão Preto utilizava psicofármacos, sendo a maioria mulheres. Os dados sugerem que, apesar do consumo total de medicamentos sujeitos a controle especial ter aumentado, somente a sertralina, clonazepam e risperidona apresentaram crescimento de consumo superior à taxa de crescimento populacional. As discrepâncias entre DDD da OMS e a DDP são esperadas, porém, quando significativas, podem ser utilizadas como estratégia para a triagem de pacientes elegíveis ao cuidado farmacêutico, com o intuito de contribuir para o uso seguro e apropriado destes produtos.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram na concepção, projeto, análise e interpretação dos dados; na redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; na aprovação final da versão a ser publicada; e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Informações adicionais

ORCID: Júlia Raso Ferreira de Oliveira (0000-0001-5479-6719); Fabiana Rossi Varallo (0000-0003-4016-1442); Marcela Jirón (0000-0001-6800-2246); Iahel Manon de Lima Ferreira (0000-0002-0468-5399); Manuela Roque Siani-Morello (0000-0002-5497-2775); Vinícius Detoni Lopes (0000-0002-9747-9462); Leonardo Régis Leira Pereira (0000-0002-8609-1390).

Referências

1. Fontana AM. Manual de clínica em psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2005.
2. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Componente avaliação dos serviços de assistência farmacêutica básica: resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
3. Prado MAMB, Francisco PMSB, Barros MBA. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde* 2017; 26:111-222.
4. The PLOS Medicine Editors. The paradox of mental health: over-treatment and under-recognition. *PLoS Med* 2013; 10:e1001456.
5. Linden M, Lecrubier Y, Bellantuono C, Benkert O, Kisely S, Simon G. The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19:132-40.
6. Madruga CS, Paim TL, Palhares HN, Miguel AC, Massaro LTS, Caetano R, et al. Prevalence of and pathways to benzodiazepine use in Brazil: the role of depression, sleep, and sedentary lifestyle. *Braz J Psychiatry* 2019; 41:44-50.
7. Mendes KCC. O uso prolongado de benzodiazepínicos: uma revisão da literatura [Monografia de Conclusão de Curso]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
8. He Q, Chen X, Wu T, Li L, Fei X. Risk of dementia in long-term benzodiazepine users: evidence from a meta-analysis of observational studies. *J Clin Neurol* 2019; 15:9-19.
9. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
10. Alduhishy M. The overprescription of antidepressants and its impact on the elderly in Australia. *Trends Psychiatry Psychother* 2018; 40:241-3.
11. Bezerra IC, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na atenção primária. *Interface (Botucatu)* 2014; 18:61-74.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ribeirão Preto: estimativa da população <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama> (acessado em 24/Jun/2019).
13. Siani-Morello MR, Pereira LB, Ferreira IM, Aliste MJ, Pereira LRL. Psychoactive drugs in the Brazilian public health system: use profile and associated factors. *Braz. J Pharm Sci* 2020; [no prelo].
14. Quintana MI, Andreoli SB, Moreira FG, Ribeiro WS, Feijo MM, Bressan RA, et al. Epidemiology of psychotropic drug use in Rio de Janeiro, Brazil: gaps in mental illness treatments. *PLoS One* 2013; 8:e62270.

15. Luis MAV, Barbosa SP, Souza J, Vedana KGG, Zanetti ACG, De Azevedo MJ M. Mental health needs and psychoactive drug use in a user population of the family health strategy (FHS) in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. *Community Ment Health J* 2017; 54:664-71.
16. Sebastião ECO, Pelá IR. Consumo de psicotrópicos: Análise das prescrições ambulatoriais como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos. *Pharm Pract* 2004; 2:250-66.
17. American Geriatrics Society 2019 updated AGS beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2019; 67:674-94.
18. The National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: recognition and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90> (acessado em 24/Jun/2019).
19. Spina E, Santoro V, D'arrigo C. Clinically relevant pharmacokinetic drug interactions with second-generation antidepressants: an update. *Clin Ther* 2008; 30:1206-27.
20. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.083, de 2 de outubro de 2012. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica. *Diário Oficial da União* 2012; 3 out.
21. Associação Médica Brasileira. Projeto diretrizes: abuso e dependência dos opioides e opiáceos. https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/abuso_e_dependencia_de_opioides.pdf (acessado em 14/Mai/2020).
22. Ministério da Saúde. Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – esquizofrenia. *Diário Oficial da União* 2013; 10 abr.
23. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUNE). Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde; 2008.
24. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUNE). Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde; 2009.
25. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUNE). Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde; 2010.
26. Secretaria Municipal de Saúde de de Ribeirão Preto. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUNE). Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde; 2011.
27. Divisão de Farmácia, Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Dados relativos às médias de atendimentos nas farmácias da rede pública de saúde do Município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde; 2012.
28. Seeman MV. The role of estrogen in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 1996; 21:123-7.
29. Gogos A, Sbisá AM, Sun J, Gibbons A, Udawela M, Dean B. A role for estrogen in schizophrenia: clinical and preclinical findings. *Int J Endocrinol* 2015; 2015:615356.
30. World Health Organization; WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology; WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; WHO Collaborating Centre for Drug Utilization Research and Clinical Pharmacological Services. *Introduction to drug utilization research*. Geneva: World Health Organization; 2003.

Abstract

The consumption of psychotropic drugs is considered a public health problem, due to the potential for addiction and the occurrence of adverse events. In this context, the current study aimed to characterize the consumption of psychotropic medications dispensed in primary healthcare units in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil. This ecological study consulted the Hygia database from 2008 to 2012. The following variables were extracted: psychotropic drugs dispensed, amount dispensed per year, and patients' sex and age bracket. For each psychotropic drug, we calculated the defined daily dose per 1,000 inhabitants/day (DDD/1,000PD), defined daily dose per 1,000 inhabitants/day considering 75% of the population (DDD75%/1,000PD) who withdrew medicines through the Brazilian Unified National Health System (SUS), and the prescribed daily dose (PDD). The study compared the population growth rate to the growth in the medicines' consumption. A total of 1,577,241 patients were identified who withdrew medications during the study period, of whom 287,373 (18.2%) used at least one drug subject to special control. There was an increase in the total consumption of psychotropic drugs (DDD/1,000PD), but comparison to the population growth rate showed that only sertraline ($p = 0.021$), risperidone ($p = 0.034$), and clonazepam ($p = 0.043$) presented higher growth rates. The PDD for seven drugs were higher than the World Health Organization (WHO) DDD. Identifying discrepancies between DDD and PDD can be useful as a strategy for screening patients eligible for pharmaceutical care, since they can contribute to the prevention of morbidity and mortality related to medications.

Psychotropic Drugs; Pharmacoepidemiology; Drug Utilization; Unified Health System

Resumen

El consumo de psicofármacos está considerado un problema de salud pública, debido al potencial de dependencia y ocurrencia de eventos adversos. En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo caracterizar el consumo de psicofármacos dispensados en unidades básicas de salud de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Se realizó un estudio ecológico, con consulta a la base de datos Hygia de 2008 a 2012. Se extrajeron las variables: psicofármaco dispensado, cantidad dispensada al año, sexo y franja de edad de los pacientes. Para cada psicofármaco se calculó la dosis diaria definida por 1.000 habitantes/día (DDD/1.000PD), la dosis diaria definida por 1.000 habitantes/día, considerándose un 75% de la población (DDD75%/1.000PD) que consiguieron el medicamento por el Sistema Único de Salud (SUS) y la dosis diaria prescrita (DDP). Se comparó la tasa de crecimiento poblacional con la de crecimiento por consumo de medicamentos. Se identificaron a 1.577.241 pacientes que obtuvieron medicamentos durante el período evaluado, entre los cuales 287.373 (18,2%) utilizaron por lo menos uno sujeto a un control especial. Hubo un aumento en el consumo total de los psicofármacos (DDD/1.000PD), no obstante, tras la comparación con la tasa de crecimiento poblacional, solamente la de consumo de sertralina ($p = 0,021$), risperidona ($p = 0,034$) y del clonazepam ($p = 0,043$) fueron superiores. Las DDP de siete fármacos eran mayores a la DDD de la Organización Mundial de la Salud. Las discrepancias entre DDD y DDP pueden ser útiles como estrategia para triar pacientes elegibles para el cuidado farmacéutico, puesto que pueden contribuir a la prevención de morbimortalidad relacionada con el uso de medicamentos.

Psicotrópicos; Farmacoepidemiología; Utilización de Medicamentos; Sistema Único de Salud

Recebido 30/Mar/2020

Versão final rerepresentada em 04/Jun/2020

Aprovado em 12/Jun/2020