



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Celina Ragoni de Moraes Correia

**Uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em
Unidades de Saúde da Família e sua dimensão psicossocial**

Rio de Janeiro

2013

Celina Ragoni de Moraes Correia

**Uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em
Unidades de Saúde da Família e sua dimensão psicossocial**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof.^a Dra. Claudia de Souza Lopes

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

C824 Correia, Celina Ragoni de Moraes
Uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas
em Unidades de Saúde da Família e sua dimensão psicossocial / Celina
Ragoni de Moraes Correia. – 2013.
97 f.

Orientadora: Cláudia de Souza Lopes.

Coorientadora: Sandra Lucia Correia Lima Fortes.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
I n s t i t u t o d e M e d i c i n a S o c i a l .

1. Política de saúde mental – Teses. 2. Antidepressivos – Teses. 3.
Psicofarmacologia – Avaliação – Tese. 4. Benzodiazepínicos – Teses. I.
Lopes, Cláudia de Souza. II. Fortes, Sandra Lucia Correia Lima. III.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.
IV. Título.

CDU 615.214

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial
desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Celina Ragoni de Moraes Correia

Uso de antidepressivos e benzodiazepínicos entre mulheres atendidas em unidades de saúde da família e sua dimensão psicossocial.

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 02 de maio de 2013.

Prof.^a Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes (Co-orientadora)
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra Claudia de Souza Lopes (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes
Departamento de Medicina Preventiva –FCM - USP

Prof. Dr. Evandro Freire da Silva Coutinho
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Claudia Leite Moraes
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2013

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Claudia Lopes, pelo acolhimento, sabedoria e delicadeza. À minha co-orientadora, Sandra Fortes, pelo entusiasmo e força. À ambas, por reunirem em si referências que me orientam para além desta dissertação.

Aos professores e funcionários do Instituto de Medicina Social, pela dedicação e excelência que inspiram em seus alunos. Às amigas que me foram apresentadas pela epidemiologia e que me inspiram: Ana Paula e Maria Clara.

À toda equipe do LIPAPS, pelo acolhimento e energia que agregam um laboratório de pesquisa. À Mônica Campos, pela leveza que agrega a um banco de dados. À Karen Athie, pela vitalidade que contagia e à Alice Menezes, pela sabedoria com que compartilha.

Ao Núcleo de Saúde Mental da Policlínica Piquet Carneiro, pelo sentido que a prática em equipe conduz ao trabalho. À Ilana, Carolina, Esther e Nathalia, parcerias que foram construídas na psiquiatria e que se mantiveram para além desta.

Aos meus preceptores na residência de psiquiatria, José Luiz e Maria Tavares, que me ajudaram a me conduzir na psiquiatria e à minha “preceptora” no divã, minha analista, que me conduziu a conduzir-me.

Às amigas construídas na faculdade de medicina, essenciais para a manutenção da minha saúde mental: Olívia, Amanda, Letícia, Daniela. Aos meus amigos de São José dos Campos, essenciais para a minha identidade.

Por fim e sempre, à minha família, sem a qual não haveria flores ou sementes.

A neve e as tempestades matam as flores, mas nada podem contra as sementes.

Khalil Gibran

RESUMO

CORREIA, Celina Ragoni de Moraes. *Uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em unidades de saúde da família e sua dimensão psicossocial.*

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Introdução: A preocupação em torno do uso irracional de psicofármacos tem sido observada em diversos países, constituindo-se uma questão importante para a saúde pública mundial. No Brasil, a promoção do uso racional de psicofármacos é um desafio para a atenção primária, sendo importante caracterizar sua dimensão psicossocial. **Objetivos.** O artigo 1, com características descritivas, tem como objetivo caracterizar o uso de psicofármacos em unidades de saúde da família segundo a presença de transtornos mentais comuns (TMC) e segundo as principais características socioeconômicas e demográficas. O artigo 2, com um caráter analítico, tem como objetivo avaliar o papel da rede social no uso de cada um destes psicofármacos segundo a presença de TMC. **Métodos** O estudo utiliza um delineamento seccional e abarca a primeira fase de coleta de dados de dois estudos em saúde mental na atenção primária. Esta se deu em 2006/2007 para o estudo 1 (Petrópolis, n= 2.104) e em 2009/2010 para o estudo2 (São Paulo, n =410, Rio de Janeiro, n= 703, Fortaleza , n=149 e Porto Alegre, n= 163 participantes). Ambos os estudos possuem o mesmo formato no que se refere à coleta de dados, seu processamento e revisão, resultando em uma amostra de 3.293 mulheres atendidas em unidades de saúde da família de cinco diferentes cidades do país. Um questionário objetivo com perguntas fechadas foi utilizado para a coleta de informações socioeconômicas e demográficas. O uso de psicofármacos foi avaliado através de uma pergunta aberta baseada no auto-relato do uso de medicamentos. A presença de TMC foi investigada através do *General Health Questionnaire*, em sua versão reduzida (GHQ-12). O nível de integração social foi aferido através do índice de rede social (IRS), calculado a partir de perguntas sobre rede social acrescentado ao questionário geral. No estudo descritivo (artigo 1), a frequência do uso de antidepressivos e o uso de benzodiazepínicos na população de estudo foram calculadas para cada cidade, tal como a frequência do uso destes psicofármacos entre as pacientes com transtornos mentais comuns. A distribuição do uso de cada um destes psicofármacos segundo as principais características socioeconômicas, demográficas e segundo transtornos mentais comuns foi avaliada através do teste de qui-quadrado de Pearson. No estudo analítico (artigo 2), a associação entre o nível de integração social e o uso exclusivo de cada um dos psicofármacos foi analisada através da regressão logística multivariada, com estratificação segundo a presença de TMC. **Resultados:** A frequência do uso de psicofármacos foi bastante heterogênea entre as cidades, destacando-se, porém, a importância do uso de benzodiazepínicos frente ao uso de antidepressivos em sua maioria. A proporção do uso de psicofármacos, sobretudo antidepressivos, foi predominantemente baixa entre as pacientes com TMC. Entre elas, o uso de antidepressivos mostrou-se positivamente associado ao isolamento social, enquanto o uso de benzodiazepínicos associou-se negativamente a este. **Conclusão:** Os resultados colaboram para a caracterização do uso de psicofármacos em unidades de saúde da família e para a discussão acerca de sua racionalidade. Destaca-se a importância de avaliar a dimensão psicossocial que envolve o uso destas substâncias com vistas ao desenvolvimento de estratégias de cuidado mais efetivas

Palavras-chave: uso de psicofármacos, uso de antidepressivos, uso de benzodiazepínicos, transtornos mentais comuns, rede social, atenção primária.

ABSTRACT

CORREIA, Celina Ragoni de Moraes. *Use of antidepressants and benzodiazepines in women attending family health units and its psychosocial dimension*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Introduction: Concerns about irrational use of psychotropic drugs has been observed in many countries, becoming an important issue for global public health. In Brazil, the promotion of rational use of psychotropic drugs is a challenge for primary care, therefore it is important to characterize its psychosocial dimension. **Objectives** This dissertation consists of two articles. Article 1, with descriptive characteristics, aims to characterize the use of psychotropic drugs in family health units, according to major socioeconomic and demographic characteristics and according to the presence of common mental disorders (CMD). Article 2, with an analytical character, aims to evaluate the role of social networks in the use of each of these psychotropic drugs, according to the presence of CMD. **Methods** The study has a cross-sectional design and integrates baseline data from two previous studies on mental health in primary care. Data collection took place in 2006/2007 for the study 1 (Petropolis, n = 2.104) and in 2009/2010 for the study 2 (São Paulo, n = 410, Rio de Janeiro, n = 703, Fortaleza - n = 149 and Porto Alegre, n = 163 participants). Although performed in different periods, both studies have the same format as regards data collection, processing and review, resulting in a sample of 3293 women attending family health units from five different cities. An objective questionnaire with closed questions was used to collect socioeconomic and demographic information. Psychotropic use was assessed through an open-ended question based on self-reporting of drug use. The presence of CMD was investigated by the General Health Questionnaire in its reduced version (GHQ-12). The level of social integration was evaluated through the social network index (IRS), calculated from questions about social network added to the general questionnaire. In the descriptive study (Article 1), the frequency of antidepressants and benzodiazepines' use in the study population were calculated for each city, such as the frequency of the use of psychotropic drugs among patients with common mental disorders. The distribution of the use of each of these psychoactive drugs according to major socioeconomic and demographic characteristics and according to the presence of common mental disorders was assessed by Pearson's chi-square test. In the analytical study (Article 2), the association between the level of social integration and the exclusive use of each of psychotropic drugs was analyzed by multivariate logistic regression, stratified according to the presence of TMC. **Results:** The frequency of psychotropic medication' use was quite heterogeneous among cities, emphasizing, however, the importance of the use of benzodiazepines against the use of antidepressants in most of the cities. The proportion of use of psychotropic medication, particularly antidepressants, was predominantly low among patients with CMD. Among these, antidepressants' use was positively associated with social isolation, while benzodiazepines' use was negatively associated. **Conclusion:** This study collaborates to characterize the use of antidepressants and benzodiazepines in family health units and to discuss about their rationality. The results highlight the importance of assessing the psychosocial dimension that involves the use of these substances in order to develop strategies to promote its rational use in primary care.

Keywords: use of psychotropic drugs, antidepressants, benzodiazepines, mental distress, common mental disorders, social network, primary care.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	8
1	REVISÃO DA LITERATURA	10
1.1	Antidepressivos e benzodiazepínicos: um breve histórico	10
1.2	Psicofármacos e a racionalidade medicamentosa	11
1.3	Uso de psicofármacos na população no Brasil e no mundo	12
1.4	Uso de psicofármacos na atenção primária	17
1.4.1	<u>A atenção primária no Brasil de hoje: A Estratégia de Saúde da Família</u>	17
1.4.2	<u>A saúde mental na atenção primária</u>	18
1.4.3	<u>Características gerais do uso de psicofármacos na atenção primária</u>	19
1.4.4	<u>Particularidades psicossociais do uso de psicofármacos na atenção primária</u>	22
1.5	Rede social, saúde mental e uso de psicofármacos	24
1.6	Rede social e integração social: conceitos e medidas	25
1.7	A relação entre rede social e saúde e seus mecanismos de ação	26
1.8	Rede social e saúde mental	28
2	JUSFITICATIVA	30
3	OBJETIVOS	
3.1	Objetivo geral	32
3.2	Objetivos específicos	32
4	RESULTADOS	33
4.1	Artigo 1 – Uso de psicofármacos antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em unidades de saúde da família	33
4.2	Artigo 2 – Uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em unidades de saúde da família: o papel da rede social	57
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	80

ANEXO A – Questionário geral (características socioeconômicas e demográficas)	87
ANEXO B- Questionário geral (bloco de perguntas sobre rede social)	91
ANEXO C- Questionário geral (uso de medicamentos).....	93
ANEXO D- General Health Questionnaire	94

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) fornece hoje cobertura para mais de 50% da população brasileira. Em função de sua velocidade de expansão e dos resultados positivos atingidos nos principais indicadores de saúde após a sua implantação, esta chegou a ser apelidada de um “dinamizador” do SUS, ampliando o acesso da população aos cuidados primários em saúde.

Entre as demandas mais comuns dos serviços de atenção primária destaca-se o sofrimento mental, que, segundo a literatura, está presente em mais de um terço da clientela que busca por atendimento em saúde neste contexto. Dessa forma, junto da expansão da ESF no Brasil, impõe-se o desafio de ampliar o acesso da população aos cuidados em saúde mental.

Infelizmente, estudos voltados para a avaliação do cuidado em saúde mental na atenção primária apontam para a precariedade do cuidado desta importante demanda. Se por um lado a literatura revela que em diversos casos estes pacientes não chegam sequer a ser identificados como portadores de transtornos mentais, por outro lado há uma série de estudos focados na irracionalidade do uso de psicofármacos entre os pacientes com sofrimento psíquico atendidos em unidades de atenção primária. Tais estudos se agregam a pesquisas de base comunitária que alertam para a alta prevalência de uso de psicofármacos na população geral, colocando a racionalidade do uso de psicofármacos como uma importante questão de saúde pública.

Este trabalho é parte de uma linha de pesquisa em saúde mental na atenção primária que tem, entre seus principais objetivos, a elaboração de estratégias de cuidado adequadas às necessidades desta clientela. Na presente dissertação, busca-se avaliar o cuidado que vem sendo oferecido a esta população. Para tal, tem como foco a caracterização do uso de psicofármacos antidepressivos e benzodiazepínicos entre usuárias atendidas em unidades de saúde da família de cinco diferentes cidades do país.

Mais especificamente, este trabalho se propõe a realizar uma avaliação pautada não somente na descrição e das medidas de frequências encontradas, como também em sua contextualização à luz da literatura, da presença de sofrimento psíquico e das características

dos serviços de saúde locais (primeiro artigo). Além disso, busca investigar a importância do contexto psicossocial no uso de psicofármacos por esta clientela. Para tal, avalia o papel dos transtornos mentais e da rede social no uso de cada uma das classes medicamentosas estudadas (segundo artigo).

Esta dissertação é apresentada no formato de algumas seções. A primeira faz uma breve introdução acerca da história do lançamento dos psicofármacos e do conceito da racionalidade medicamentosa. Em seguida, realiza-se uma breve revisão acerca do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos na população geral do Brasil e do mundo (estudos de base populacional). Apresenta-se, então, os resultados da revisão da literatura acerca do uso destes medicamentos no contexto da atenção primária (literatura nacional e internacional), foco da presente pesquisa.

Após vasta revisão da literatura, chega-se à justificativa e aos objetivos gerais e específicos da pesquisa. Estes são seguidos pela apresentação metodologia, dos resultados encontrados e de sua discussão no formato de dois artigos, cujos focos já foram anteriormente citados. Por fim, seguem-se as considerações finais desta dissertação, reunindo as principais contribuições de cada um dos artigos para o tema brevemente apresentado acima.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Antidepressivos e benzodiazepínicos: história e principais indicações

Os benzodiazepínicos foram lançados no mercado na década de 1960, sendo apresentados aos profissionais de saúde como “auxiliares” da relação médico-paciente, uma vez que agiriam no sentido de preparar os pacientes para o enfrentamento e a busca de soluções para as causas de seus problemas. Sua conhecida eficácia ansiolítica e hipnótica, aliada à ausência de efeitos colaterais que representam risco de vida ou de toxicidade na superdose, conferiu-lhes caráter único entre todas as drogas, popularizando o seu uso. Informalmente denominados “tranquilizantes”, tiveram o seu consumo disseminado no controle do estresse e tensões da vida diária, sendo comumente prescritos para a insônia, o nervosismo e sintomas de difícil manejo .

Os sintomas acima descritos, comuns na prática clínica, podem tanto representar respostas normais às pressões do cotidiano, quanto manifestações clínicas de transtornos psiquiátricos que requerem tratamento especializado. (CORDIOLI 2003)

Embora os benzodiazepínicos possam ser utilizados diante de situações de ajustamento que cursem com ansiedade e insônia proeminentes, a duração do tratamento farmacológico deve ser limitada, uma vez que sua cronicidade está associada ao desenvolvimento de fenômenos de tolerância e dependência. Somados a estes, efeitos colaterais como sedação, perda de memória e redução de reflexos levaram à progressiva substituição dos benzodiazepínicos pelos antidepressivos no tratamento dos transtornos de ansiedade. (CORDIOLI 2003)

Quanto aos antidepressivos, embora tenham sido lançados no mercado quase que concomitantemente aos benzodiazepínicos, sua popularização é mais recente, sendo relacionada à ampliação do arsenal terapêutico desta classe medicamentosa e ao desenvolvimento de um perfil mais favorável em relação aos seus efeitos colaterais. (Gorenstein and Scavone 1999)

Os antidepressivos representam importante recurso terapêutico no tratamento de depressões moderadas a graves, enquanto abordagens psicoterápicas ou mesmo o simples

apoio psicológico são preferíveis no tratamento de quadro leves. É importante destacar que os benzodiazepínicos podem ser associados aos antidepressivos nas fases iniciais do tratamento farmacológico, visando o manejo inicial da ansiedade e insônia, sintomas comuns nos quadros depressivos. (CORDIOLI 2003)

1.2 Os psicofármacos e a racionalidade medicamentosa

Além da ampliação do arsenal terapêutico, o aumento do diagnóstico dos transtornos mentais e a facilitação do acesso ao tratamento foram apontados como possíveis explicações para o aumento no uso de psicofármacos nos últimos anos (Rodrigues, Facchini et al. 2006). Este aumento, por sua vez, tem fomentado questões relacionadas à racionalidade do uso destas substâncias em todo o mundo.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde,

o uso racional de um medicamento ocorre quando este é utilizado de acordo com precisa indicação clínico, na dose adequada e pelo período correto, com o menor custo possível. Preconiza-se que este responda aos critérios de qualidade, seja dispensado em condições adequadas, com orientação e responsabilidade, devendo ser utilizado de acordo com o regime terapêutico prescrito. (World Health Organization 2010)

Em âmbito nacional, A Política Nacional de Medicamentos enfatiza a importância da reestruturação das práticas de saúde e do processo educativo não só dos profissionais de saúde, como dos próprios usuários, para a promoção do uso racional de medicamentos. (Ministério da Saúde 2001)

De fato, a prescrição médica pode ser influenciada pelas atitudes de seus usuários: O paciente que utiliza benzodiazepínicos de forma irracional, por exemplo, frequentemente pressiona o médico a realizar prescrições incorretas ou excessivas a fim de obter a medicação. (BERNIK 1999)

A influência da atitude dos usuários de saúde na racionalidade do uso medicamentoso foi previamente abordada em estudos qualitativos, os quais enfatizam a autonomia dos pacientes frente ao uso de psicofármacos, sendo comum que estes julguem quando e quantos medicamentos devem utilizar (Mendonça and Carvalho 2005). Tal comportamento muitas

vezes é atrelado à desinformação, refletindo a falta de orientação quanto aos potenciais danos e quanto à necessidade de cuidados ao longo do tratamento. (Barter and Cormack 1996; Orlandi and Noto 2005)

1.3 Uso de psicofármacos na população no Brasil e no mundo

Em inquérito epidemiológico realizado de 2001-2003 com uma amostra de 21425 indivíduos maiores de dezoito anos, representativa de seis países europeus (Bélgica, França, Itália, Alemanha, Noruega e Espanha), a prevalência do uso exclusivo de benzodiazepínicos ao longo do ano anterior à pesquisa foi de 6,8 %, a prevalência do uso exclusivo de antidepressivos de 1,4% e a de ambos de 1.7%. (Alonso et al. 2004)(Quadro1)

Já no Canadá, um inquérito nacional realizado em 2002 com 35.000 indivíduos maiores de 18 anos, a prevalência do uso de benzodiazepínicos nos dois dias anteriores à pesquisa foi de 3,4% (Kassam and Patten 2006). (Quadro1).

No Brasil, em 1993, estudo representativo da cidade de São Paulo realizado a partir de amostras estratificadas de três distritos da cidade com 1742 indivíduos a frequência geral de consumo de psicofármacos ao longo do ano anterior à pesquisa foi de 10,2 %, sendo a frequência do uso de benzodiazepínicos de 8,0 % (Mari et al. 1993). (Quadro 2)

Em inquérito epidemiológico realizado em maiores de 13 anos da Ilha do Governador a prevalência de consumo de psicotrópicos no mês anterior à entrevista foi referida por 5,2% dos indivíduos, como destaque para os ansiolíticos (85,2%). (Quadro 2)

Em 2003, estudo de base populacional com 3.542 pacientes maiores de 15 anos residentes em Pelotas (RS) a prevalência de uso de psicofármacos nas duas semanas anteriores à entrevista foi estimada em 9.9%. A diferença não foi significativa em relação ao estudo realizado com a mesma metodologia e no mesmo local em 1994, quando a prevalência encontrada foi de 11.9%. Apesar de em ambos os estudos os benzodiazepínicos representarem mais de metade dos psicotrópicos consumidos (57.9%- 52.1%), houve um aumento significativo do consumo de antidepressivos em relação ao período anterior (3,4% – 31.6% do total, respectivamente). (Rodrigues et al. 2006) (Quadro 2).

Especificamente quanto ao uso abusivo de benzodiazepínicos, entre os dados mais recentes estão os resultados de um inquérito domiciliar realizado em 2005 para estimar a prevalência do uso abusivo de substâncias lícitas e ilícitas no país. Em amostra representativa de 107 cidades brasileiras com população maior que 200.000 habitantes, a prevalência estimada do uso abusivo de benzodiazepínicos ao longo da vida foi de 3,3%, representando a quarta droga mais utilizada na vida e com níveis de dependência comparáveis à maconha. (Galduroz et al. 2005)

Assim como nos estudos nacionais (Almeida et al. 1994; Lima et al. 2008; Mari et al. 1993), estudos internacionais apontam para maior frequência do uso de psicofármacos entre indivíduos do sexo feminino e de maior idade (Kassam and Patten 2006; Pariente et al. 1992; Weyerer and Dilling 1991). (Quadros 1 e 2)

Uma vez que a presença de transtornos mentais também tem se mostrado associada ao sexo feminino e ao aumento de idade, parece tentador atribuir à alta prevalência de uso de tranquilizantes em mulheres a maior prevalência de morbidade mental, tal como à maior utilização pelas mulheres dos serviços de saúde. No entanto, em estudo transversal de base populacional com 1536 indivíduos adultos realizados na Alemanha, a diferença entre a prevalência de uso de psicotrópico entre o gênero feminino e masculino se manteve mesmo quando controlados os efeitos do uso de serviços em saúde e a presença de morbidade física ou mental. (Weyerer and Dilling 1991) (Quadro1)

Já a relação do uso de psicofármacos com o nível socioeconômico permanece controversa. Enquanto alguns estudos associam este uso a um *status* social mais elevado, refletindo iniquidades em saúde ou mesmo diferentes expressões de sofrimento mental nos diferentes níveis socioeconômicos (Lima et al. 2008; Mari et al. 1993), outros encontraram uma associação positiva entre baixa condição socioeconômica e uso de benzodiazepínicos. (Almeida et al. 1994; Kassam and Patten 2006) (Quadros 1 e 2)

O estado civil é outra variável que tem se mostrado associada ao uso de psicofármacos, o qual costuma ser mais comum entre viúvas e divorciadas. (Almeida et al. 1994; Pariente et al. 1992) (Quadros 1 e 2)

Quadro 1- Estudos transversais internacionais de base populacional sobre o uso de psicofármacos

AUTORES/ ANO DO ESTUDO	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	LOCAL	FOCO DO ESTUDO	RESULTADOS
Weyerer, S., and Dilling, 1991	Indivíduos > 15 anos Amostra representativa de três comunidades rurais (n=1536)	Interior da Alemanha	Uso de psicofármacos nos últimos sete dias	Prevalência de uso de psicotrópicos de 8.1%. Uso associado ao sexo feminino e idade aumentada. Maior prevalência de uso diante de comorbidade clínica e mental.
Pariente et al 1992	Indivíduos > 17 anos Inquérito domiciliar (n=7138)	Município próximo a Paris	Uso de psicofármacos nos últimos sete dias.	Prevalência de uso de psicotrópicos de 4.6% para homens e 10.2% para mulheres, sendo 90% de BZD. Em mulheres, uso associado e à idade > 40 anos, presença de transtorno de ansiedade e depressão e a estar separada ou viúva.
Alonso et al 2004.	Adultos >=18 anos (n=21425)	Amostra representativa de seis países europeus (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Noruega Espanha).	Uso de psicofármacos nos últimos 12 meses	Prevalência de uso de BZD= 6,8% e de uso de ATD 3,7%. Uso associado ao sexo feminino, à idade avançada, ter tido companheiro no passado, mas não tê-lo no presente e baixa escolaridade.
Kassam and Patten 2006.	Indivíduos > 18 anos (n=35000)	Canadá Inquérito comunitário nacional	Uso de psicofármaco nos últimos dois dias	Prevalência de uso de BZD 3.5%. Uso associado a idade > 65 anos, presença de transtorno mental, baixo nível educacional e baixo status socioeconômico.

ATD – Antidepressivos

BZD- Benzodiazepínico

Quadro 2- Estudos transversais nacionais de base populacional sobre o uso de psicofármacos

AUTORES/ ANO DO ESTUDO	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA/ DESENHO DE ESTUDO	LOCAL	FOCO DO ESTUDO	RESULTADOS
Almeida et al 1994	1459 indivíduos > de 13 anos	Vigésima região administrativa do Rio de Janeiro-Ilha do Governador	Uso de psicofármacos nos últimos 30 dias	Prevalência de consumo de psicofármacos 6.7% em mulheres e 3.1% em homens, sendo 85 % de BZD. Uso associado ao sexo feminino, ser idoso, estar divorciado ou viúvo e ter baixa renda.
Rodrigues et al 2006.	3542 indivíduos > 15 anos	Pelotas Região Sul do Brasil	Uso de psicofármacos nas últimas duas semanas	Prevalência do uso de psicofármacos – 9.9% (52,1% BZD e 31,6% ATD), com maior uso em mulheres e idosos.
Mari et al, 1993.	Adultos, amostra representativa da cidade de São Paulo. (n=1742)	Cidade de São Paulo	Uso de psicofármacos no último ano	Uso de psicotrópicos de 10.2%, dos quais 80% BZD. Consumo associado ao sexo feminino, idade aumentada, alta renda e a presença de TM transtorno mental.
Lima et al, 2008.	Indivíduos > 15 anos Amostra representativa da cidade de Botucatu (n=1023)	Cidade de Botucatu São Paulo	Uso de psicofármacos nos três dias	Prevalência de uso de BZD- 3,1%. e de ATD 12,0%. Maior consumo associado ao sexo feminino, à presença de TMC e a uma maior renda.

ATD – Antidepressivos

BZD- Benzodiazepínicos

1.4 Uso de psicofármacos na atenção primária

1.4.1 A atenção primária no Brasil de hoje

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, o qual se dá de forma operacional através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS). Estas incluem invariavelmente um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe é dirigida a uma população adstrita, isto é, um conjunto delimitado de famílias localizado em área geográfica estabelecida, pela qual se assume responsabilidade, com uma média de três mil habitantes por equipe. (Ministério da Saúde 2013)

Em termos conceituais, a ESF representa uma oposição ao modelo de cuidado centrado exclusivamente na doença, uma vez que tem como objetivo não só a reabilitação das doenças e agravos mais frequentes na população, como também a prevenção e a promoção de saúde. Além disso, possui como diferencial o vínculo e a corresponsabilidade das equipes com os usuários e com a comunidade. Nesse sentido, permite a intervenção em situações que transcendem a especificidade da doença e que têm efeitos determinantes nas condições de vida e saúde dos indivíduos, de suas famílias e de sua comunidade. (Ministério da Saúde 2013)

Apesar de iniciada em 1994, a Estratégia de Saúde da Família só veio a apresentar um crescimento expressivo nos últimos dez anos, passando de 300 equipes em 1994 para 30.328 equipes em 2009. Em função sua velocidade de expansão, chegou a ser apelidada como um “dinamizador” do SUS. A ideia da responsabilidade pelo acompanhamento das famílias impõe a necessidade de ultrapassar os limites definidos pela atenção básica no contexto do SUS. Se bem consolidada, além de ampliar o acesso da população à saúde, destaca-se pela capacidade de produzir resultados positivos nos principais indicadores de saúde e de qualidade de vida da população que assiste (Ministério da Saúde 2013).

1.4.2 A saúde mental na atenção primária

Sabe-se que o adoecimento físico pode levar a sofrimento psicológico, prejudicando muitas vezes a adesão ao tratamento e a manutenção de práticas de vida saudáveis. Da mesma forma, os transtornos mentais muitas vezes são acompanhados de acometimentos físicos. Torna-se, portanto, fundamental a integração da saúde mental com a atenção primária (Ministério da Saúde 2013).

A saúde mental na atenção primária tem sido um tema de interesse crescente em nosso país, de forma semelhante ao que aconteceu em outros países que reformaram seus modelos sanitários tendo como base cuidados primários universais.

No Brasil, a principal tecnologia desenvolvida para guiar as ações de saúde mental na atenção primária foi o apoio matricial. Essa proposta, quando aplicada a Estratégia de Saúde da Família, constitui-se de equipes especializadas de apoio que interagem com as equipes multiprofissionais. Dentre as ações que as equipes de apoio matricial podem realizar estão consultorias técnico-pedagógicas, atendimentos conjuntos, e ações assistenciais específicas, que devem ser sempre dialogadas com a equipe de referência e, como uma regra geral, coletivas. O compartilhamento dos casos se dá na forma de corresponsabilização, excluindo a lógica do encaminhamento e aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. (Fortes et al. 2011)

Vale destacar que entre as prioridades da integração da saúde mental com a atenção básica, além da ampliação da avaliação clínica, inclui-se a redução de danos em grupos de maior vulnerabilidade psicossocial, manejando o uso abusivo de álcool e de benzodiazepínicos. A fim de prevenir o uso indevido de tranquilizantes, entre os indicadores apontados para integrar os indicadores de saúde mental no processo de reformulação do sistema de informação da atenção básica (SIAB) encontra-se o número usuários de benzodiazepínicos entre a população atendida pela rede básica, separados por sexo e gênero. (Ministério da Saúde 2013)

1.4.3 Características gerais do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos na atenção primária

Ainda são escassos os estudos que caracterizaram o uso de psicofármacos na atenção primária no Brasil, sobretudo de antidepressivos. Vale destacar o caráter heterogêneo do perfil das populações estudadas, da metodologia de aferição do uso de psicofármacos e do próprio momento de realização do estudo. Tal heterogeneidade, conforme anteriormente abordado na literatura exige cautela na comparabilidade dos resultados (Zandstra et al. 2002). Ainda assim, tais estudos fornecem informações importantes acerca do uso de psicofármacos neste contexto, sendo seus principais resultados reunidos a seguir.

Em estudo realizado com 350 pacientes maiores de 18 anos em espera para atendimento em uma unidade básica de saúde de Sorocaba às sextas-feiras de manhã, a prevalência de uso de benzodiazepínicos ao longo do ano de 2008 foi estimada em 13,1%, sendo maior entre mulheres de 50- 69 anos, analfabetas e em relacionamento estável. Praticamente todas as usuárias (89,1%) referiam uso crônico de benzodiazepínicos e referiam motivos de utilização para as quais o uso prolongado de BZD não é indicado, tais como insônia e ansiedade, queixas muitas vezes presentes em pacientes deprimidas. (Nordon et al. 2009) (Quadro3).

No serviço municipal de saúde de Coronel Fabriciano- MG, o estudo de 1866 receitas dos medicamentos provenientes de Unidades Municipais de Saúde ao longo de dois meses do ano de 2006, revelou uma taxa de consumo de benzodiazepínico de 2,8% ao dia. Aproximadamente 75% das prescrições destinavam-se a mulheres e indivíduos adultos. A média de idade foi de 49,7 anos. Cerca de 50% das indicações relatadas pelos médicos foram como hipnótico ou ansiolítico, 21,9% para “uso crônico/dependência” e o restante para outras indicações. (Firmino et al. 2012) (Quadro3)

Já em 2012, estudo descritivo sobre o consumo de psicofármacos por usuários de uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre com dados coletados a partir de registros de prontuários de 329 usuários do serviço que retiraram receitas de medicamentos controlados no ano de 2010, a prevalência de utilização de psicofármacos foi de 7.30%. Destacou-se alta proporção de usuárias de antidepressivos (63,2%), o que os autores atribuíram a um provável aumento no diagnóstico de doenças depressivas. (Rocha and Werlang 2013) (Quadro 3).

Quanto à adequação do uso destas substâncias, em estudo já citado realizado na Ilha do Governador, RJ, (Almeida et al. 1994) os autores já levantaram a possibilidade de que síndromes depressivas leves, frequentemente traduzidas em queixas somáticas nas unidades primárias de saúde, estivessem sendo diagnosticadas e tratadas como síndromes ansiosas. Tal suposição teve como base a ausência quase completa de consumo de antidepressivos na população estudada, apesar da existência de uma razoável rede pública de saúde local e da alta prevalência de depressão na comunidade apontada pela literatura nacional e internacional.

De fato, em estudo realizado em unidades de atenção básica do município de Campinas a fim de conhecer o perfil dos usuários crônicos de diazepam na rede primária local, revelou-se que 61% dos pacientes sofriam de depressão, embora raramente os pacientes reconhecessem o humor deprimido como principal causa para terem iniciado o uso de ansiolíticos, atribuído por estes principalmente ao nervosismo e à insônia. (Ribeiro et al. 2007)

O mesmo padrão é observado em países com realidades sócio-econômicas próximas a do Brasil. Em estudo transversal realizado na rede primária do Chile em 2000, no qual se verificou que a todos os pacientes diagnosticados com “Insônia” foram prescritos benzodiazepínicos, sendo a taxa de prescrição entre os pacientes deprimidos de 93%. A prescrição concomitante de antidepressivos só foi observada em 54% dos casos. (Galleguillos U et al. 2003).

Já em estudo transversal realizado em centros de saúde da Catalunha- Espanha a partir das prescrições de psicofármacos referentes aos pacientes tratados com antidepressivos ou benzodiazepínicos selecionados a partir de amostragem consecutiva por médicos voluntários no período de fevereiro a março de 2012, detectou-se que somente 19,9% dos pacientes recebiam tratamento exclusivamente com antidepressivos, uma vez que 34,3% recebiam tratamento exclusivo com benzodiazepínicos e 45,8% recebia o tratamento combinado. (Vedia Urgell et al. 2005)

Quadro 3- Estudos transversais sobre o uso de psicofármacos na atenção primária

AUTOR/ ANO DE ESTUDO	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	LOCAL DO ESTUDO	FOCO DO ESTUDO	RESULTADOS
Vedia Urgell et al. 2005	Prescrições de 998 usuários de receitas controladas , dos quais 76% do sexo feminino (n=996)	Centro de saúde de atenção primária da Catalônia Espanha	Uso de psicofármacos	Proporção de uso exclusivo de ATD de 19,9%, uso exclusivo de BZD (34,3%) e uso de ambos 45,8%.
Galleguillos U et al. 2003	Pacientes atendidas em uma unidade de atenção primária, das quais 66% mulheres (n=188)	Unidade de atenção primária no Chile	Uso de benzodiazepínicos	Prevalência do uso de psicofármacos de 32%, dos quais 82% BZD. Uso mais comum em mulheres e em áreas urbanas.
Nordon et al 2009	Mulheres > 18 anos em espera de atendimento (n=350) em unidade de atenção primária	Unidade Básica de Saúde de Sorocaba	Uso de benzodiazepínicos	Prevalência de uso de BZD de 13,4%, maior em mulheres de 50 a 69 anos. Uso crônico mais comum em idosas com baixa escolaridade
Firmino et al 2012	1.866 receitas controladas (set-out de 2006)	Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano-MG	Uso crônico benzodiazepínico	75% mulheres e 25% idosos. Uso crônico associado ao cadastro em programas coletivos e maiores de 60 anos
Ribeiro et al, 2007	Pacientes > 15 anos e usuários de diazepam há > 36 meses (n=41)	Cinco unidades de atenção primária em Campinas	Uso crônico de diazepam	85,4% mulheres, com média de idade de 57,6 anos (61% portadores de depressão

ATD – Antidepressivos

BZD- Benzodiazepínicos

1.4.4 Particularidades psicossociais do uso de psicofármacos na atenção primária

A enorme expectativa dos profissionais de saúde em torno da introdução dos benzodiazepínicos e antidepressivos na prática clínica reflete, em parte, o conhecido desconforto das equipes de saúde no manejo do sofrimento mental, uma das maiores demandas em saúde nas classes populares. Esta costuma a se apresentar nas unidades básicas de saúde na forma de queixas somáticas inespecíficas, tais como dor de cabeça e dores no corpo, insônia, nervosismo, problemas gástricos e estados de mal-estar não classificáveis nos diagnósticos médicos e psiquiátricos, cujas múltiplas raízes podem se encontrar nas relações sociais, familiares, laborais ou econômicas. (Valla 1999)

A linguagem de mal-estar psíquico expressa pelas camadas populares é denominada “Doença dos Nervos”. Em seu trabalho sobre o consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre os lavradores de comunidades rurais do Espírito Santo, Rozemberg já verificava a forte tendência para a descrição de “perturbação de nervos” através de queixas físicas vagas e sua relação íntima com o uso de calmantes. (Rozemberg 1994)

Já os Transtornos Mentais Comuns (TMC) referem-se a quadros clínicos de caráter agudo, de menor gravidade e, muitas vezes, de remissão espontânea. Associam-se intimamente a problemas da vida diária e à vulnerabilidade psicossocial. Trata-se de um modelo dimensional que surge na tentativa de captar e estudar quadros que combinam sintomas depressivos, ansiosos e queixas somáticas, comorbidades muito comuns na prática da atenção primária. Dessa forma, o conceito de TMC sistematiza um conjunto impreciso de sintomas que não se enquadram nas tradicionais categorias nosológicas, mas que resultam em prejuízo psíquico e social, além de perdas econômico-financeiras significativas para o indivíduo e para a comunidade. (Goldberg 1994)

Em estudo conduzido em clientela atendida no Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis-RJ, a prevalência de transtornos mentais comuns foi estimada em 56% para o ponto de corte 2/3 pelo GHQ12 e de 33% para o ponto de corte de 4/5. Houve alta frequência de comorbidades, especialmente entre transtornos ansiosos, depressivos, somatoformes e dissociativos.

Quando o foco é colocado sobre o gênero feminino, a literatura aponta para a frequente relação entre as mulheres portadoras de TMC e ser “doente dos nervos” Embora o sofrimento dos nervos seja uma avaliação pessoal do próprio estado de saúde e não uma classificação médica, sua associação com o TMC remete comprometimentos na esfera psíquica, funcional e na qualidade de vida de quem sofre. (Arôca 2009).

Nesse sentido, assim como a “Doença dos Nervos” aparece na literatura intimamente ligada ao gênero feminino e a condições de vida desfavoráveis, o mesmo ocorre com os estudos epidemiológicos sobre os Transtornos Mentais Comuns em mulheres e suas associações com aspectos socioeconômicos e demográficos (Arôca 2009)

Apesar de crescente literatura acerca do comprometimento individual e coletivo associado ao TMC/ “Doença dos Nervos”, o cuidado a esses pacientes ainda é precário, tendo como grave consequência o uso inadequado de psicotrópicos, sobretudo a prescrição indiscriminada de benzodiazepínicos (Mari et al. 1993).

Na ausência de acolhimento da equipe de saúde e sua rede social, os fármacos assumiriam a função de autocontrole e poder de enfrentamento do dia-a-dia, perpetuando os pacientes em posição passiva em relação aos seus problemas, com consequente cronificação do sofrimento mental e desvio sistemático do reconhecimento dos fatores sociais neste envolvidos. (Rozemberg 1994).

Nesse sentido, teme-se a disseminação do fenômeno conhecido por “medicalização”, no qual o consumo elevado e indevido de medicamentos é agravado pela elevada dependência em relação à oferta de serviços ou bens de natureza médica para resolução de problemas nem sempre concebíveis como “problemas médicos”. (Barros 1983)

Por outro lado, a não detecção dos casos de transtorno mental na atenção primária pode chegar a 55% para diagnóstico de depressão e até 77% para transtorno de ansiedade generalizada (Word Health Report 2001). Publicações mais recentes enfatizam o subdiagnóstico dos transtornos mentais neste contexto (Cepoiu et al. 2008; Goncalves et al. 2011).

1.5 Rede social, saúde mental e uso de psicofármacos.

A literatura é controversa no que se refere à dimensão psicossocial do uso de psicofármacos. Embora a importância da associação deste com o comprometimento da saúde mental já tenha sido destacada em uma série de estudos (Kassam and Patten 2006; Mari et al. 1993; Pariente et al. 1992; Weyerer and Dilling 1991), alguns autores minimizaram a importância do comprometimento da saúde mental na determinação do uso destas substâncias, enfatizando a importância do papel simbólico dos psicofármacos e do comportamento em saúde (Helman 1981; PERODEAU and FORT 2000). Este último, por sua vez, é sabidamente influenciado pela rede social de um indivíduo. (Cohen 2004; Osterweis et al. 1979)

O papel simbólico desempenhado pelos psicofármacos já foi abordado de forma detalhada na literatura por Cecil Helman (Helman 1981). A fim de auxiliar as equipes de saúde a lidar com a complexidade da relação entre o usuário e o psicofármaco consumido, o autor desenvolveu um trabalho classificando usuários regulares de psicofármacos a partir do papel desempenhado por estes em diversas esferas de suas vidas. Destacou-se a frequente percepção do psicotrópico como um “apoio”, uma “segurança” ou um “ajudante” no dia-a-dia entre mulheres idosas e viúvas. Anos depois, outro estudo sugeriu que o uso regular de psicofármacos em idosos estaria mais associado ao comportamento em saúde do que diretamente aos níveis de sofrimento mental. (PERODEAU and FORT 2000)

De fato, a maior prevalência de uso de psicofármacos entre idosos parece não poder ser atribuída exclusivamente ao comprometimento da saúde mental e física, dado que a diferença de prevalência entre as faixas etárias permanece mesmo diante de níveis comparáveis de morbidade física e mental. (Weyerer and Dilling 1991). Tal achado alerta para a necessidade de novos estudos investigando outros possíveis fatores associados ao uso de psicofármacos nesta população, na qual o isolamento social é mais evidente.

Em um pequeno distrito holandês, a relação entre fatores individuais, características de vizinhança e uso de benzodiazepínicos foi pesquisada através de análise multinível. Observou-se que a já conhecida força da associação entre a idade e o uso de benzodiazepínicos era influenciada por características ambientais tais como a precariedade social e o grau de integração social. (Groenewegen et al. 1999)

A influência das relações sociais no consumo de psicofármacos foi avaliada em estudo com 500 idosos que viviam em domicílio em Quebec. O comprometimento do bem-estar psicológico mostrou-se o principal preditor deste consumo, não sendo observada relação direta este e as relações sociais. Destacou-se, entretanto, a influência direta das relações sociais no bem-estar psicológico. (Allard et al. 1997)

A relação entre a vulnerabilidade psicossocial e o uso de benzodiazepínicos entre idosos foi avaliada através de um estudo com 199 idosos residentes no subúrbio de Montreal. Embora os usuários de psicofármacos tenham exibido um perfil psicossocial claramente desfavorável em relação aos não usuários, não houve diferença estatisticamente significativa nas medidas estruturais e funcionais de apoio social, exceto para a sensação de solidão, mais relatada pelos usuários de benzodiazepínicos. (PERODEAU and FORT 2000)

Verifica-se a partir desta breve revisão da literatura que a maioria dos estudos abordando a relação entre rede social e uso de benzodiazepínicos tem seu enfoque na população idosa, onde o isolamento social é mais evidente. Presume-se, entretanto, que a rede social possa influenciar a utilização de psicofármacos também em outras faixas etárias, lacuna esta ainda não extensamente abordada pela literatura.

1.6 Rede social e integração social: conceitos e formas de aferição

O conceito de rede social utilizado no presente estudo refere-se a gama de relações sociais que envolvem um indivíduo e as características destas relações. O papel das relações sociais na saúde pode ser avaliado a partir de aspectos estruturais ou funcionais. (Berkman et al. 2000)

Entre seus aspectos estruturais, representados por medidas de rede social, destacam-se: o tamanho (número de contatos), a densidade (extensão com que cada contato está conectado a outro), proximidade (familiares, colegas de trabalho, vizinhos, etc), homogeneidade (o quanto seus membros são semelhantes entre si). Já o contato entre os indivíduos de uma rede pode ser avaliado quanto à sua frequência, multiplicidade, duração e reciprocidade. (Berkman et al. 2000)

Segundo a literatura, aspectos estruturais das relações sociais agiriam de forma mais direta em relação aos aspectos funcionais. Enquanto o apoio social agiria positivamente na saúde ao influenciar a resposta de um indivíduo ao estresse, o grau de integração social teria um efeito no bem-estar e na saúde mental independente de eventos estressores. (Cohen 2004; Cohen et al. 2000)

Uma forma de se avaliar os efeitos estruturais da rede social na saúde é através de medidas de integração social. Um indivíduo socialmente integrado seria aquele que possui uma diversidade de relacionamentos ou está envolvido em uma série de atividades. Quanto maior a diversidade de relações referidas, maior o nível de integração social. (Cohen 2001; Cohen et al. 2000; Thoits 1983)

Indicadores complexos de integração social combinam a informação acerca da situação conjugal, número de relações íntimas, contato com amigos e parentes e envolvimento comunitário em uma só medida, sendo o índice mais reconhecido o de Berkman's and Syme, o qual avalia o envolvimento comunitário a partir da participação religiosa e em atividades de grupo. (Cohen 2001)

A utilização de medidas de integração social tem sido reforçada na literatura acerca de desfechos em saúde. Entre as principais razões para tal preferência, destacam-se as seguintes: é uma medida relativamente estável ao longo do tempo, possui avaliação objetiva e fácil interpretação e vem sendo estudada como possível foco de intervenção em abordagens psicossociais. (Cohen 2004; Cohen et al. 2000)

1.7 A relação entre rede social e saúde e seus mecanismos de ação

A importância das relações sociais na saúde tem sido investigada na literatura epidemiológica nacional e internacional de forma ampla nos últimos anos.

Um dos estudos mais importantes acerca do tema refere-se ao estudo prospectivo realizado com 6928 adultos residentes na região de Alameda, na Califórnia. Os pesquisadores encontraram que quanto mais escassas as relações sociais referidas na linha de base do estudo, maior o risco de morte nos nove anos seguintes (BERKMAN and SYME 1979) Em outro estudo tradicional, os riscos associados a baixos níveis de integração social foram

comparáveis em magnitude aos riscos associados ao tabagismo, hipertensão arterial e obesidade, mesmo quando controlados os efeitos de outros fatores de risco tradicionais (House et al 1988).

Estudos mais recentes confirmam a associação da solidão maiores riscos de morbidade e mortalidade (Hawkley and Cacioppo 2010)

Berkman propôs um modelo teórico com as principais vias de ação através das quais a rede social pode influenciar o comportamento: (1) suporte social, (2) influência social, (3), engajamento e pertencimento social, (4), acesso a fontes de informação e recursos. O autor enfatiza que estes mecanismos de ação não são excludentes, pelo contrário, operam de forma simultânea. (Berkman et al. 2000)

Suporte Social

Trata-se do mecanismo de ação mais óbvio, partindo do princípio que nem todas as relações são fontes de suporte e que a variação no tipo, frequência, intensidade e extensão do suporte oferecido.

Influência social

Este importante mecanismo de ação é frequentemente ignorado. A influência social não depende de contato interpessoal direto, tão pouco o desejo consciente de modificação de comportamento. Normas acerca de comportamentos em saúde (ex. tabagismo, hábitos dietéticos, uso de medicamentos) podem representar importante fonte de influência social com consequências diretas no comportamento de membros de uma rede. Acredita-se que a influência social seja um dos principais fatores que contribuem para que o tabagismo entre os pais tenha sido o principal preditor de tabagismo em adolescentes.

Engajamento social

Promoção de participação e engajamento social é outra importante via de ação de difícil avaliação, sendo importante no sentimento de pertencimento. Esses papéis sociais que

proporcionam ao indivíduo o senso consistente de identidade são possíveis através da rede em qual ele está inserido. Além disso, a participação em grupos promove oportunidade para socialização, criando formas de que o indivíduo sinta sentido em sua vida, uma vez que o possibilita participar em atividades em grupo de forma plena e espontânea.

Contato interpessoal

Importante principalmente no que se refere à exposição a agentes infecciosos. Esse mecanismo de ação, apesar de não se aplicar à influência na saúde mental, é interessante por ser bastante representativo de como as redes sociais podem ser ao mesmo tempo promotoras de saúde e de vulnerabilidade ao adoecimento.

Acesso a recursos

Apesar do extenso trabalho de sociólogos mostrando o quanto que a rede social atua regulando o acesso do indivíduo a determinadas oportunidades de vida, é surpreendente como pouca pesquisa foi feita no sentido de avaliar o quanto o acesso a recursos materiais, informações e serviços pode influenciar a saúde.

1.8 Rede social e saúde mental

Especificamente em relação à saúde mental, merece destaque o papel da rede social em cognições, emoções, comportamentos e respostas biológicas. Como exemplo, podemos citar a influência dos contatos sociais no estabelecimento de uma identidade, nos sentimentos de pertencimento e de reconhecimento do papel do indivíduo, na autoeficácia e no comportamento em saúde, reduzindo o sofrimento mental e favorecendo o autocuidado (Berkman et al. 2000; Kawachi and Berkman 2001).

Acredita-se que aqueles indivíduos com maior inserção social estão mais sujeitos a pressões normativas que podem influenciar o comportamento em saúde, Além disso, a diversidade da rede social permite um maior acesso à informação, a qual pode favorecer

comportamentos benéficos à saúde e a lidar melhor com situações de estresse, facilitando o acesso a serviços, recursos materiais e formas de cuidado que podem impedir a evolução para quadros mais graves e complicações associadas ao sofrimento mental (Kawachi and Berkman 2001)

Em estudo conduzido em unidades de saúde da família em Petrópolis, a frequência regular à Igreja, a participação em atividades esportivo-artísticas e ter pelo menos quatro pessoas na família em quem confiar mostraram-se inversamente associadas à presença de TMC (Fortes 2004).

É importante destacar que embora seja mais comum avaliar os efeitos protetores da integração social na saúde mental, é possível considerar o isolamento social como fator de risco, isto é, que o isolamento esteja associado a um aumento dos afetos negativos e sensação de alienação, reduzindo a auto eficácia e a autoestima (Cohen 2004)

2 JUSTIFICATIVA

O uso irracional de psicofármacos é apontado como um problema mundial de saúde pública e uma realidade em unidades de atenção primária. No Brasil, o uso indiscriminado de benzodiazepínicos já foi associado no passado à precariedade do cuidado ao sofrimento psíquico em unidades de atenção primária. (Almeida et al. 1994; Mari et al. 1993)

Representada hoje no Brasil pela Estratégia de Saúde da Família e fornecendo cobertura para mais de cinquenta por cento da população brasileira, a atenção primária se consolida como a principal porta de entrada do sistema de saúde para os transtornos mentais comuns. Presentes em mais de um terço da demanda atendida em unidades de atenção primária (Fortes et al. 2008), estes têm no uso de antidepressivos e benzodiazepínicos a base de seu tratamento farmacológico.

Ainda assim, a literatura acerca do uso destes medicamentos em unidades de saúde da família ainda é escassa. Destaca-se a heterogeneidade das metodologias realizadas nos poucos estudos disponíveis, o que não só prejudica a comparabilidade entre os resultados encontrados, como dificulta a caracterização de um padrão do uso destes medicamentos no contexto da atenção primária brasileira.

Entre as pesquisas que caracterizaram o uso de psicofármacos em unidades de saúde da família (Firmino et al. 2012; Nordon et al. 2009a; Ribeiro et al. 2007; Rocha and Werlang 2013), poucas o contextualizaram em função da presença de transtornos mentais ou das características sociodemográficas e psicossociais de suas usuárias.

Esta contextualização se torna fundamental não só na avaliação do cuidado que vem sendo oferecido a esta clientela, como diante da discussão acerca da medicalização do sofrimento mental, a qual ganha força com a ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental através da expansão da Estratégia de Saúde da Família. (Guarido 2007; Tesser et al. 2010)

Quanto à dimensão psicossocial, apesar de vasta literatura a cerca do papel da rede social na saúde mental e no comportamento em saúde (Kawachi and Berkman 2001; Osterweis et al. 1979), a literatura é ainda é escassa acerca do papel da rede social no uso de psicofármacos. Os poucos estudos existentes acerca deste tema foram desenvolvidos com

população bem específica, tendo como base grupo de idosos de países desenvolvidos, entre os quais o isolamento social é bastante comum (Allard et al. 1997; PERODEAU and FãORT 2000)

Esta lacuna se torna ainda maior no contexto da atenção da ESF, onde o modelo de cuidado em saúde mental se desenvolve junto da família e da comunidade, ou seja, no próprio círculo de contatos sociais desta, facilitando a influência da rede social no que se refere à saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar o uso de psicofármacos antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em unidades de saúde da família

3.2 Objetivos específicos

- 1.** Caracterizar frequência e o padrão do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em unidades de saúde da família segundo a presença de transtornos mentais comuns e segundo as principais características socioeconômicas e demográficas de suas usuárias (artigo 1)
- 2.** Investigar a associação entre rede social e uso exclusivo de antidepressivos e benzodiazepínicos entre mulheres atendidas em unidades da saúde da família, segundo a presença de transtornos mentais comuns (artigo 2)

4 RESULTADOS

4.1 Artigo 1 – Uso de psicofármacos antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em unidades de saúde da família

RESUMO

Introdução: Diante da importante magnitude do uso de psicofármacos apresentada pela literatura nacional e internacional nos últimos anos, a preocupação acerca do uso irracional destas substâncias constitui-se uma questão para a saúde pública. **Objetivos:** Caracterizar o uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em unidades de saúde da família em cinco diferentes cidades do país, avaliando a distribuição da frequência do uso destes psicofármacos segundo características socioeconômicas e demográficas e de acordo com a presença de transtornos mentais comuns (TMC). **Métodos:** O estudo utilizou um delineamento seccional e abarcou a primeira fase de coleta de dados de dois estudos em saúde mental na atenção primária, resultando em uma amostra de 3293 mulheres atendidas em unidades de saúde da família de cinco cidades brasileiras (Petrópolis, Rio de Janeiro, Fortaleza, São Paulo, Porto Alegre). Dados sobre as características socioeconômicas e demográficas das participantes foram coletados através de um questionário objetivo com perguntas fechadas e o uso de psicofármacos avaliado através de uma pergunta aberta baseada no auto-retrato do uso de medicamentos. A presença de TMC foi avaliada através do General Health Questionnaire, em sua versão reduzida (GHQ-12). As frequências do uso exclusivo de antidepressivos, do uso exclusivo de benzodiazepínicos e do uso de ambos os psicofármacos, e seus respectivos intervalos de confiança, foram calculadas para cada cidade de estudo. As mesmas frequências foram calculadas entre as pacientes com TMC. As distribuições de frequências do uso exclusivo de antidepressivos e do uso exclusivo de benzodiazepínicos segundo as principais características socioeconômicas e demográficas e segundo TMC foram avaliadas através do teste de qui-quadrado de Pearson. Aquelas que utilizavam ambas as medicações, por constituírem um grupo muito reduzido (n=24), foram excluídas destas análises. **Resultados:** A frequência do uso exclusivo de benzodiazepínico variou de 0,5% (IC 95%: 0,2% a 1,2%) , São Paulo, a 5,5% (IC 95%: 2,0% -9,0%), Porto Alegre. A frequência do uso exclusivo de antidepressivo variou de 1,4% (IC 95%: 0,5% -2,3%), Rio de Janeiro, a 8,3% (IC 95%: 5,4% - 11,2%), São Paulo. Já a frequência do uso de ambos variou de 0,3% (IC95%: 0,0%-0,5%), Petrópolis, a 3,1% (IC 95%: 0,4%-5,7%), Porto Alegre. Entre as pacientes com TMC (segundo o ponto de corte 4/5 do GHQ12), a frequência do uso exclusivo de antidepressivos variou de 1,9% (IC 95%: 0,0%-2,8%), Petrópolis, a 13,1% (IC 95%: 7,9%-18,3%), São Paulo, a do uso exclusivo de benzodiazepínicos de 1,2% (IC 95%: 0,0 % - 2,8%), São Paulo, a 9,1% (IC 95%: 2,2%- 16,0%), Fortaleza, e a do uso de ambos de 0,4% (IC 95%: 0,0%-0,8%) , Petrópolis, a 4,3% (IC 95%: 0,5%-9,1%), Porto Alegre. Nas análises bivariadas, o uso exclusivo de benzodiazepínicos esteve associado à presença de TMC, à cidade de moradia, a faixas etárias mais elevadas e à baixa escolaridade. O uso exclusivo de antidepressivos se associou significativamente à presença de TMC, à cidade de moradia e a faixas etárias mais elevadas. **Conclusão:** O uso de psicofármacos é bastante heterogêneo nas

diferentes cidades de estudo. Apesar de ambos se associarem à presença de TMC, a distribuição do uso exclusivo de antidepressivos e do uso exclusivo de benzodiazepínicos segundo as principais variáveis socioeconômicas e demográficas é distinta. A baixa frequência do uso de psicofármacos entre as pacientes com TMC e a importância do uso de benzodiazepínicos frente ao uso de antidepressivos, na maioria das cidades em estudo, apontam para a irracionalidade uso de psicofármacos em unidades de saúde da família. **Palavras-chave:** uso de psicofármacos, uso de antidepressivos, uso de benzodiazepínicos, transtornos mentais comuns, atenção primária.

ABSTRACT

Introduction: Given the important magnitude of psychotropic drug use presented by national and international literature in the last years, concern about the irrational use of psychotropic drugs has been raised in several countries, becoming an important issue for public health. **Objectives:** To characterize antidepressants and benzodiazepines' use in women attending family health units in five different cities in the country, evaluating their frequency according to socioeconomic and demographic characteristics and based on the presence of common mental disorders (CMD). **Methods:** This study has a cross-sectional design and integrates baseline data from two previous studies on mental health in primary care, which results in a sample of 3293 women attending family health units in five Brazilian cities (Petrópolis - Study 1 and São Paulo, Fortaleza, Porto Alegre and Rio de Janeiro - Study 2). Data on socioeconomic and demographic characteristics of the participants was collected through an objective questionnaire with closed questions and the use of psychotropic drugs was assessed by an open question based on self-reporting of drug use. The presence of CMD was assessed using the General Health Questionnaire in its reduced version (GHQ-12). The frequencies of the exclusive use of antidepressants, the exclusive use of benzodiazepines and the use of both psychotropic drugs and their confidence intervals were calculated for each study city. The same frequencies were calculated among patients with CMD according to different GHQ's cutoffs. The frequency distributions of the exclusive use of antidepressants and the exclusive use of benzodiazepines according to major socioeconomic and demographic characteristics and according to TMC were evaluated using the chi-square test. Those who used both medications were excluded from the analyzes because they constituted a very small group (n = 24) **Results:** The frequency of exclusive use of benzodiazepines ranged from 0.5% (95% CI: 0.2% to 1.2%), São Paulo, 5.5% (95% CI: 2.0% - 9, 0%), Porto Alegre. The frequency of exclusive use of antidepressant ranged from 1.4% (95% CI: 0.5% - 2.3%), Rio de Janeiro, to 8.3% (95% CI: 5.4% - 11 2%), São Paulo. The frequency of both use ranged from 0.3% (95% CI: 0.0% - 0.5%), Petrópolis, to 3.1% (95% CI: 0.4% - 5.7%), Porto Alegre. Among the patients with TMC (according to the cutoff point 4/5 of GHQ12), the frequency of the exclusive use of antidepressants ranged from 1.9% (95% CI: 0.0% - 2.8%), Petrópolis, to 13.1% (95% CI: 7.9% - 18.3%), São Paulo. The exclusive use of benzodiazepines ranged from 1.2% (95% CI: 0.0% - 2.8%), São Paulo, to 9.1% (95% CI: 2.2% - 16.0%), Fortaleza. The use of both ranged from 0.4% (95% CI: 0.0% - 0.8%), Petrópolis, to 4.3% (95% CI:

0.5% -9.1%), Porto Alegre. In bivariate analyzes, the exclusive use of benzodiazepines was associated with the presence of TMC, with city of residence, greater age and low education. The exclusive use of antidepressants was significantly associated with the presence of TMC, city of residence and greater age. **Conclusion:** The use of psychotropic drugs is quite heterogeneous in different cities. Although both drugs are associated to the presence of TMC, the distribution of exclusive use of antidepressants and the exclusive use of benzodiazepines according to major socioeconomic and demographic variables is distinct. Low frequency of psychotropic medication's use among patients with TMC and the important magnitude of benzodiazepines' use against antidepressants' use in most of the cities of the study, point to the irrationality of psychotropics' use in units of family health.

Keywords: psychotropic use, antidepressants, benzodiazepines, common mental disorders, primary care

INTRODUÇÃO

Diante da importante magnitude do uso de psicofármacos apresentada pela literatura nacional e internacional nos últimos anos, a preocupação em torno do uso irracional de psicofármacos tem sido levantada em diversos países, constituindo-se uma questão importante para a saúde pública (Alonso, Angermeyer et al. 2004; Galduroz, Noto et al. 2005; Rassol, 2005; Kassam and Patten, 2006; Leiderman, 2006). Em amostra representativa de seis países europeus (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Noruega e Espanha) o uso de psicofármacos foi referido por 12,3% da população total, sendo o uso exclusivo de benzodiazepínicos estimado em 6,8% da população, enquanto a prevalência estimada do uso exclusivo de antidepressivo foi de 1,4%. (Alonso et al. 2004)

No Brasil, estudos de base populacional da década de noventa já alertavam para a importância da prevalência do uso de psicofármacos pela população geral (5,2% na região metropolitana do Rio de Janeiro e 10,2% na cidade de São Paulo), com destaque para o uso de ansiolíticos, que representavam cerca de 80% do total de psicofármacos utilizados (Almeida et al. 1994; Mari et al. 1993). Cerca de dez anos depois, estudos apontavam para a maior participação de antidepressivos entre os psicofármacos consumidos pela população brasileira. Em Pelotas, a prevalência do uso de psicofármacos em 2003 foi estimada em 9.9%, dos quais 31,6% correspondiam a antidepressivos (Rodrigues et al. 2006). Já em amostra representativa

da cidade de Botucatu, a prevalência do uso de psicofármacos foi estimada em 13,3%, sendo 5,0% de antidepressivos e 3,1% de benzodiazepínicos. (Lima et al. 2008)

Ao mesmo tempo em que a magnitude do uso destes medicamentos acirra a discussão acerca da medicalização do sofrimento mental (Guarido, 2007; Tesser, Poli Neto et al. 2010), a literatura aponta para a baixa proporção de tratamento entre os pacientes com transtornos mentais na população geral. Em recente estudo realizado com uma amostra domiciliar representativa da região metropolitana de São Paulo, observou-se que um terço dos indivíduos com transtornos mentais classificados como “severos”, classificação na qual se inclui transtornos depressivos e ansiosos com comprometimento funcional significativo, permaneciam sem tratamento. (Andrade et al. 2012)

No contexto da atenção primária, estudos revelam o subdiagnóstico de transtornos mentais comuns no Brasil e no mundo (Dantas et al. 2012; Goncalves et al. 2011). A não detecção dos casos pode chegar a 55% para o diagnóstico de depressão e até 77% para o transtorno de ansiedade generalizada (WHO 2008). Por outro lado, o caráter inespecífico da apresentação dos transtornos mentais na atenção primária, nos quais sintomas depressivos e ansiosos se associam comumente a queixas somáticas, reflete-se na dificuldade da abordagem desta demanda, que tem no uso indiscriminado de benzodiazepínicos um potencial complicador (Mari, Almeida-Filho et al. 1993, Miranda et al, 1997).

A importância do uso de benzodiazepínicos na atenção primária foi destacada em estudo realizado com 350 pacientes maiores de 18 anos em espera para atendimento em uma unidade básica de saúde de Sorocaba, no qual a prevalência de uso desta substância ao longo do ano de 2008 foi estimada em 13,1%. Praticamente todas as usuárias (89,1%) referiam uso crônico de benzodiazepínicos e referiam motivos de utilização para as quais o uso prolongado desta substância não é indicado, tais como insônia e ansiedade (Nordon et al. 2009).

A hipótese de que, no contexto da atenção primária, síndromes depressivas fossem comumente tratadas como síndromes ansiosas foi levantada em 1994 em estudo de base populacional conduzido na Ilha do Governador, Rio de Janeiro (Almeida, Coutinho et al., 1994). Mais de uma década depois, esta hipótese é reforçada por estudo conduzido em unidades de atenção básica do município de Campinas, no qual 61% dos pacientes usuários crônicos de diazepam apresentavam diagnóstico de depressão, embora estes raramente

reconhecessem o humor deprimido como principal causa para terem iniciado o uso de ansiolíticos. (Ribeiro et al. 2007)

Embora a literatura internacional ainda destaque a magnitude do uso de benzodiazepínicos entre os psicofármacos utilizados na atenção primária (Galleguillos U et al. 2003; Vedia Urgell et al. 2005), a importância do uso de antidepressivos nesse contexto vem sendo recentemente ressaltada, sobretudo em países desenvolvidos. (Ayalon et al. 2012; Ornstein et al. 2000; Trifirò et al. 2013). Ainda assim, estudos apontam para o subtratamento de transtornos depressivos neste contexto (Alonso et al. 2004; Balestrieri et al. 2004; Lecrubier 2007; Stafford et al. 2000).

No Brasil, o uso de antidepressivos foi destacado em estudo descritivo acerca do consumo de psicofármacos por usuários de uma unidade de saúde da família de Porto Alegre. Neste, a prevalência de utilização de psicofármacos foi estimada em 7,3%, dos quais 63,2% referiam-se a antidepressivos. (Rocha and Werlang, 2012).

Logo, apesar de alguns estudos nacionais já terem caracterizado o uso de antidepressivos e benzodiazepínicos na atenção primária, poucos os contextualizaram em função da morbidade psíquica e da organização do cuidado em saúde mental nestas unidades. Esta ganha importância a partir da expansão da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, responsável hoje pela cobertura em saúde de mais de 50% da população brasileira (Ministério da Saúde 2012) ampliando o acesso aos cuidados em saúde mental e acirrando a discussão em torno da “medicalização” do sofrimento psíquico neste contexto.

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivos caracterizar o uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em unidades de saúde da família em cinco diferentes cidades do país, de acordo com a presença de transtornos mentais comuns e segundo as principais características socioeconômicas e demográficas.

MÉTODOS

Desenho, local e população de estudo

O estudo utiliza um delineamento seccional e abarca a coleta de dados de dois estudos em saúde mental na atenção primária, voltados para a estruturação de estratégias de

cuidado mais adequadas à demanda desta clientela. Os parâmetros que nortearam o cálculo amostral encontram-se neste trabalhos (Arôca, 2009; Gonçalves et al, 2013). Os estudos tiveram como população alvo as mulheres atendidas em unidades da ESF, sendo elegíveis aquelas que compareceram às unidades selecionadas para qualquer tipo de atendimento em saúde no período coberto pelas coletas de dados dos referidos estudos e concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídas usuárias menores de 18 anos e aquelas que não apresentavam capacidade cognitiva que permitisse a utilização do instrumento, resultando em um total de 3293 pacientes.

O critério para a seleção das unidades de saúde que participariam do estudo foi pragmático, uma vez que se baseou no que seria viável do ponto de vista operacional, segundo a avaliação dos gestores de saúde locais.

A primeira fase de coleta de dados teve duração de 30 a 45 dias, tendo se dado em 2006/2007 para o primeiro estudo (Petrópolis- 2.104 participantes provenientes de cinco unidades de ESF) e em 2009/2010 para segundo (Estudo multicêntrico - São Paulo - 410 participantes provenientes de quatro unidades de ESF, Rio de Janeiro- 703 participantes provenientes de nove unidades de ESF, Fortaleza – 149 participantes provenientes de três unidades de ESF e Porto Alegre-163 participantes de três unidades de ESF).

Apesar de realizados em períodos distintos, ambos os estudos tiveram a mesma equipe de coordenadores de entrevistadores, revisores e digitadores. Dessa forma, os estudos possuem o mesmo formato no que se refere à coleta de dados, seu processamento e revisão.

Variáveis e instrumentos

Uso de psicofármacos antidepressivos/benzodiazepínicos

O uso de psicofármacos foi avaliado através de uma pergunta aberta baseada no auto-relato do uso de medicamentos, com o seguinte enunciado: “*Nas últimas duas semanas, você usou algum medicamento? Se sim, que medicamento(s) você usou nas últimas duas semanas?*”. Estabeleceu-se esse intervalo de tempo, visto que foi o mesmo utilizado para avaliar a presença de transtorno mental comum e a fim de evitar viés de memória.

A caracterização do uso de medicamentos baseou-se no sistema de codificação anatômico-terapêutico (ATC), o qual é recomendado para estudos de utilização de medicamentos pelo *World Health Organization Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology* vem sendo empregada em outros países. (WHO/Nordiska Lakemedel, 1993)

Em função dos antidepressivos e benzodiazepínicos representarem, em termos farmacológicos, o principal arsenal terapêutico no tratamento dos transtornos mentais comuns e de seu padrão de utilização refletir a adequação do uso de psicofármacos neste contexto (enquanto o uso exclusivo de antidepressivos é a terapêutica mais apropriada para o tratamento dos transtornos depressivos e dos transtornos de ansiedade, por exemplo, o uso exclusivo de benzodiazepínicos é hoje considerado inadequado para ambas indicações), as usuárias foram caracterizadas no presente estudo de forma específica quanto ao uso de antidepressivos e benzodiazepínicos. Foram estabelecidas as possíveis classificações: usuárias exclusivas de antidepressivos, usuárias exclusivas de benzodiazepínicos, usuárias de antidepressivos e benzodiazepínicos, não usuárias de antidepressivos ou benzodiazepínicos.

Características socioeconômicas e demográficas

As características gerais das usuárias foram avaliadas através de um questionário objetivo com perguntas fechadas para coleta de informações socioeconômicas e demográficas, o qual foi adaptado de um questionário geral aplicado em pesquisas anteriores de corte transversal (Fortes, Villano et al. 2008; Fortes, Lopes et al. 2011) e de coorte – Estudo Pró-Saúde (Faerstein et al. 2005). O instrumento original do qual este derivou contemplava outras informações além das utilizadas no presente estudo. A presente análise utilizou as seguintes características: faixa etária, escolaridade, renda familiar per capita e situação conjugal.

Para avaliação do perfil etário, foram criadas categorias que representassem as principais faixas etárias, dada a importante variabilidade do uso de psicofármacos segundo a idade. A situação conjugal considerou as seguintes categorias: solteiras, viúvas, casadas ou vivendo em união e separadas/divorciadas.

Quanto à escolaridade, criou-se duas categorias para as usuárias que só cursaram o primeiro grau: “até a quarta série” e “de quinta a oitava série”, dada a baixa escolaridade da população de estudo. Outras categorias foram criadas a fim representar as usuárias com escolaridade mais alta: segundo grau e ensino superior, completos ou não.

A pergunta sobre a renda foi originalmente estruturada em faixas de valores em reais, sendo a média dos valores de cada categoria dividida pelo salário mínimo na época de coleta de dados de cada estudo. A fim de captar ao máximo a variabilidade da renda nesta população foram criadas quatro categorias, tendo como base a quantia de meio-salário mínimo (variando de <0,5 salários mínimos a >1,5 salários mínimos). A escolha de meio salário mínimo foi justificada pelo fato de que esse era o parâmetro governamental para a inclusão no governo de alguns programas sociais e pela miséria já ter sido associada ao TMC na literatura. (Fortes, Lopes et al.2011). A situação conjugal considerou as seguintes categorias: solteiras, viúvas, casadas ou vivendo em união e separadas/divorciadas.

Transtornos Mentais Comuns

Os transtornos mentais comuns (TMC) foram avaliados através do GHQ-12 (*General Health Questionnaire*). Trata-se de um instrumento de rastreamento de transtornos psiquiátricos menores (depressão e ansiedade) elaborado por Goldberg & Blackwell (Goldberg 1972) e validado no Brasil (Mari and Williams 1985), tendo o *Clinical Interview Schedule* (Goldberg & Blackwell, 1970) (Goldberg and Blackwell 1970) como padrão-ouro. O instrumento já foi utilizado em pesquisas nessa área e em populações semelhantes à do estudo (Fortes, Villano et al,2008; Fortes, Lopes et al.2011). Este é composto de 12 perguntas, cada qual com quatro opções de resposta, que se referem sempre ao período das duas últimas semanas. O instrumento permite a utilização de dois pontos de corte utilizados para caracterização dos pacientes como portadores de TMC: 2/3 questões positivas em 12 (doravante descrito como GHQ3) ou 4/5 questões positivas em 12 (GHQ5), cujas diferenças se refletem na sensibilidade e especificidade do instrumento.

Análise de dados

A descrição geral da população de estudo foi inicialmente realizada por meio da distribuição de frequências para cada variável em estudo, estratificada segundo cidade.

A frequência do uso exclusivo de antidepressivos, do uso exclusivo de benzodiazepínicos e do uso de ambos psicofármacos foi calculada para cada cidade de estudo, com seus respectivos intervalos de confiança. Em seguida, as mesmas frequências foram calculadas entre as pacientes com TMC, segundo diferentes pontos de corte do GHQ 12 (GHQ 3 e GHQ 5).

Por fim, as distribuições de frequências do uso exclusivo de antidepressivos e do uso exclusivo de benzodiazepínicos foram avaliadas segundo as principais características socioeconômicas e demográficas, tal como segundo a presença de TMC (GHQ3 e GHQ5), através do teste de qui-quadrado de Pearson. Aquelas que utilizavam ambas as medicações, por constituírem um grupo muito reduzido (n=24), foram excluídas das análises.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Universidade Federal de São Paulo, tal como nos comitês de ética dos municípios de Rio de Janeiro, Petrópolis, Porto Alegre e São Paulo.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas e demográficas da população de estudo, segundo cidade.

Em todas as cidades, a população é predominantemente adulta, com média de idade variando de 39,7 (Fortaleza) a 44,1 anos (São Paulo). Observa-se um predomínio da vida em união, a qual varia de 51,7% (Fortaleza) a 61,8% (Petrópolis).

A renda em geral é bastante baixa, dado que em todas as cidades uma proporção significativa (de 23,1%- Petrópolis a 64,4%- Fortaleza) das usuárias vive abaixo da linha de pobreza, isto é, com renda familiar inferior a meio salário mínimo. A escolaridade também é em geral baixa, uma vez que em todas as cidades de estudo a maioria das usuárias não chegou a ingressar no segundo grau.

A Tabela 2 apresenta a frequência do uso de psicofármacos antidepressivos e benzodiazepínicos na população de estudo, por cidade.

A frequência do uso exclusivo de benzodiazepínico variou de 0,5% (IC 95%: 0,2% a 1,2%), São Paulo, a 5,5% (IC 95%: 2,0% -9,0%), Porto Alegre. A frequência do uso exclusivo de antidepressivo variou de 1,4% (IC 95%: 0,5% -2,3%), Rio de Janeiro, a 8,3% (IC 95%: 5,4% - 11,2%), São Paulo. Já a frequência do uso de ambos variou de 0,3% (IC95%: 0,0%-0,5%), Petrópolis, a 3,1% (IC 95%: 0,4%-5,7%), Porto Alegre.

A Tabela 3 apresenta a frequência do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos entre as pacientes com transtorno mental comum, de acordo com o ponto de corte 2/3 do GHQ , enquanto a Tabela 4 apresenta os mesmos resultados de acordo com o ponto de corte 4/5 deste mesmo instrumento. Destaca-se a alta frequência de TMC nas cidades de estudo, a qual varia de 56,8% (Rio de Janeiro) a 66,5% (Petrópolis) para o ponto de corte no GHQ 2/3 e de 34,4% (Rio de Janeiro) a 49,1% (Petrópolis) para o ponto de corte no GHQ 4/5.

Considerando o ponto de corte 2/3 no GHQ (GHQ3), o uso exclusivo de antidepressivos variou de 1,7% (IC 95%: 0,0%-2,4%), Petrópolis, a 10,4% (IC 95%: 7,4%-13,3%), São Paulo. O uso exclusivo de benzodiazepínicos variou de 1,2% (IC 95%: 0,4%-2,0%) (São Paulo) a 7,0% (IC 95%: 4,5% - 9,5% para o Rio de Janeiro e 2,0% - 12,0% para o Rio de Janeiro). O uso de ambos variou de 0,3% (IC 95%: 0,0-0,6), Petrópolis a 4,0% (IC 95%: 0,2 % - 7,8%), Porto Alegre.

Considerando o ponto de corte 4/ 5 no GHQ (GHQ 5) , a frequência do uso exclusivo de antidepressivos variou de 1,9% (IC 95%: 0,0% - 2,8%), Petrópolis, a 13,1% (IC 95%: 7,9%- 18,3%), São Paulo. A frequência do uso exclusivo de benzodiazepínicos varia de 1,2% (IC 95%: 0,0 % - 2,8%), São Paulo, a 9,1% (IC 95%: 2,2%- 16,0%), Fortaleza. A frequência do uso de ambos varia de 0,4% (IC 95%: 0,0%-0,8%), Petrópolis, a 4,3% (IC 95%: 0,5%- 9,1%), Porto Alegre.

A tabela 5 avalia a frequência do uso exclusivo de antidepressivos e do uso exclusivo de benzodiazepínicos segundo características socioeconômicas e demográficas. A tabela 6 avalia a frequência do uso exclusivo de antidepressivos e do uso exclusivo de benzodiazepínicos segundo cidade

Os dados evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre as frequências do uso exclusivo de cada um dos psicofármacos nas diferentes cidades de estudo ($p < 0,01$).

Quanto às características demográficas, observam-se variações significativas na frequência do uso exclusivo tanto de antidepressivos quanto de benzodiazepínicos nas diferentes faixas etárias ($p < 0,01$), sendo o uso exclusivo de cada um dos psicofármacos mais frequente em faixas etárias mais elevadas. Para a situação conjugal, não são observadas diferenças significativas.

No que se refere às características socioeconômicas, observa-se um padrão distinto na distribuição de frequências para o uso exclusivo de antidepressivos e para o uso exclusivo de benzodiazepínicos. Enquanto não há variações significativas nas frequências do uso de antidepressivos em diferentes níveis de renda e de escolaridade, verifica-se uma maior frequência de utilização de benzodiazepínicos entre as usuárias de menor escolaridade ($p = 0,01$) e entre aquelas com renda entre 1,0 e 1,5 salários mínimos ($p = 0,03$).

Em relação à presença de TMC segundo o GHQ 3 e GHQ 5, o uso exclusivo de ambos os psicofármacos é significativamente superior entre as participantes com TMC para ambos os pontos de corte ($p = 0,01$ para o uso exclusivo de antidepressivos em ambos os pontos de corte e $p < 0,01$ para o uso exclusivo de benzodiazepínicos em ambos pontos de corte). Destaca-se, porém, conforme previamente avaliado, que apenas uma pequena parcela das pacientes portadoras de TMC encontra-se em tratamento farmacológico.

DISCUSSÃO

Resumo dos resultados

A frequência do uso de psicofármacos apresentou importante variabilidade entre as unidades de estudo. O uso exclusivo de benzodiazepínicos variou de 0,5% (unidades de São

Paulo) a 5,5% (unidades de Porto Alegre), enquanto o uso exclusivo de antidepressivos variou de 1,4% (unidades do Rio de Janeiro) a 8,3 % (unidades de São Paulo) e o uso de ambos de 0,3% (unidades de Petrópolis) a 3,1% (unidades de Porto Alegre).

Entre as pacientes com TMC (4\5 no GHQ), a frequência do uso exclusivo de benzodiazepínicos variou de 1,2 % (unidades de São Paulo) a 9,1% (unidades de Fortaleza), enquanto a frequência do uso exclusivo de antidepressivos variou de 1,9% (unidades de Petrópolis) a 13,1% (unidades de São Paulo) e a de ambos de 0,4% (unidades de Petrópolis) a 4,3% (unidades de Porto Alegre).

A diferença do uso dos psicofármacos entre as diferentes unidades pode refletir diferenças nas distribuições das principais variáveis socioeconômicas e demográficas associadas ao uso de psicofármacos, uma vez que a presente pesquisa se restringiu a uma análise descritiva dos dados. Outra possibilidade é que as diferenças encontradas reflitam diferenças dos serviços locais, incluindo variações na detecção e no tratamento de transtornos mentais comuns, tais como dos padrões de organização da dispensação medicamentosa.

O uso exclusivo de ambos os psicofármacos se associaram positivamente faixas etárias mais elevadas e à presença de TMC. Somente o uso exclusivo de benzodiazepínico se mostrou associado à renda e à baixa escolaridade.

Resultados no contexto da literatura

Apesar da importante variabilidade encontrada nas diferentes unidades de saúde a frequência de uso exclusivo de benzodiazepínicos na presente pesquisa atingiu o valor máximo de 5,5%, valor inferior àquele apresentado em estudo com 350 pacientes em espera por atendimento em uma unidade básica de saúde (UBS) de Sorocaba, na qual a utilização de benzodiazepínicos foi de 13,3% (Nordon et al. 2009). Além das diferenças metodológicas no que se refere à aferição de psicofármacos entre os estudos e do fato do estudo conduzido em Sorocaba se referir ao uso de benzodiazepínicos em geral e não ao seu uso exclusivo, o caráter mais preventivo das ações em saúde em unidades da ESF, quando comparadas às unidades básicas de saúde (UBS), pode ter colaborado para as diferenças encontradas.

Quanto ao uso de antidepressivos, destacam-se os valores próximos de frequência do uso destes psicofármacos encontrados no presente estudo nas unidades de saúde da família de Porto Alegre (4,3%), daquela relatada em estudo recente acerca do consumo de psicofármacos em uma unidade de ESF na mesma cidade, no qual a frequência estimada do uso de antidepressivos ao longo do ano de 2010 foi de 4,6%. (Rocha & Werlang, 2012)

Um resultado importante constitui a baixa frequência encontrada do uso de psicofármacos, sobretudo de antidepressivos, entre as usuárias com transtornos mentais comuns, mesmo quanto utilizado o ponto de corte 4/5 do GHQ, indicando a possibilidade destas pacientes estarem sendo subdiagnosticadas, ou subtratadas, ou ambos. A frequência do uso de psicofármacos antidepressivos ou benzodiazepínicos entre as pacientes com TMC variou de 5,7% (Petrópolis) a 17,3% (Porto Alegre) e do uso exclusivo de antidepressivos de 1,9% (Petrópolis) a 13,1% (São Paulo). Não foi encontrado na literatura nenhum outro estudo cujo desenho e aspectos metodológicos permitissem comparações diretas dos resultados. Entretanto, estudo recente realizado com 201 pacientes do sexo feminino atendidas em unidades básicas de Porto Alegre mostrou que, apesar de 53% das usuárias apresentarem sintomas depressivos, apenas 20% destas estavam em uso de antidepressivos (Dantas et al. 2012). Quanto à literatura internacional acerca do uso de antidepressivos na atenção primária, destacam-se os resultados do estudo norueguês realizado com 1610 pacientes atendidos em serviços locais. Neste, somente 17,8% dos pacientes com sintomas depressivos e 10,1% dos pacientes com história de transtorno de ansiedade ao longo da vida estavam em uso de antidepressivos (Piek, van der Meer et al. 2011).

A associação encontrada entre o uso de psicofármacos e idades mais avançadas, tal como a associação do uso de psicofármacos com transtorno mental comum são bem estabelecida na literatura (Alonso et al. 2004; Lima et al. 2008; Weyerer and Dilling 1991).

No presente estudo, apesar de sido observada uma frequência mais elevada de benzodiazepínicos entre mulheres separadas e viúvas, a associação com situação conjugal foi limítrofe. Uma maior frequência do uso destas substâncias entre separadas/divorciadas e viúvas foi relatada em outros estudos (Almeida et al. 1994; Alonso et al. 2004).

O uso exclusivo de benzodiazepínicos mostrou-se associado à baixa escolaridade, o que vai de encontro aos resultados de estudos anteriores (Alonso et al. 2004; Kassam and

Patten 2006). Uma possível explicação para este achado seria a maior prevalência de transtornos mentais comuns entre indivíduos com menor escolaridade (Maragno et al. 2006), tal como uma maior tendência a atribuir ao “tranquilizante” o controle do “nervoso” (Rozemberg 1994) nas classes populares. Além disso, pressupõe-se que usuárias de menor escolaridade teriam menos acesso a informações acerca dos prejuízos relacionados ao uso crônico de benzodiazepínicos.

A associação entre a renda e o consumo de psicofármacos é controversa. Alguns estudos já relacionaram níveis mais altos de renda ao maior consumo de psicofármacos (Lima et al. 2008; Mari et al. 1993), colocando em questão as inequidades em saúde. No entanto, a associação encontrada neste estudo entre o estrato de renda entre 1,0 e 1,5 salários mínimos (“nível intermediário”) e o uso de benzodiazepínicos, pode ter se dado ao acaso, ou seja, ter ocorrido em função de um erro do tipo I, uma vez que não há plausibilidade para esta associação. Por outro lado, a ausência de associações significativas entre o uso de antidepressivos e o *status* socioeconômico pode ter ocorrido em função de um erro do tipo II, já que a baixa frequência de uso de antidepressivos pode ter limitado o poder estatístico desta análise.

O predomínio do uso de benzodiazepínicos na maioria das cidades do presente estudo está em acordo com resultados de estudos anteriores, reforçando a hipótese de que síndromes depressivas frequentemente traduzidas em queixas somáticas nas unidades primárias de saúde, ainda estejam sendo subdetectadas ou diagnosticadas e tratadas como síndromes ansiosas (Almeida et al. 1994; Pelissolo et al. 2007; Ribeiro et al. 2007; Vedia Urgell et al. 2005).

Pontos fortes e limitações do estudo

A maior limitação do atual estudo consiste, possivelmente, no fato do critério de escolha das unidades de saúde da família participantes não ter sido aleatório e sim pragmático, o que exige cautela no que se refere à extrapolação das estimativas encontradas. Apesar disso, trata-se de uma amostra inédita em sua dimensão e por retratar a heterogeneidade das mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família.

Uma possível fonte de viés consiste no fato da amostra ser composta por populações de dois diferentes estudos realizados em período distintos. No entanto, vale destacar os resultados de inquérito epidemiológico realizado em Pelotas no qual se destacou a ausência de diferenças estatisticamente significativas nas estimativas do uso de psicofármacos em 2003 quando comparadas às prevalências estimadas na mesma região em 1994. (Rodrigues, Facchini et al. 2006). Nesse sentido, não é possível descartar uma relativa estabilidade do uso de psicofármacos em ao longo do intervalo de tempo entre o estudo 1 e o estudo 2 (3 anos).

Quanto à forma de aferição da morbidade mental, apesar do GHQ-12 não ser um instrumento de avaliação diagnóstica como o DSM IV ou o CID 10, este foi adotado nesta pesquisa visto que muitas vezes o sofrimento mental na atenção primária é acompanhado de comprometimento funcional importante, mas não preenche os critérios para transtorno psiquiátrico nas respectivas escalas diagnósticas. Tal fato se deve, sobretudo, à particularidade da apresentação do sofrimento psíquico na atenção primária, cuja abordagem pelos profissionais da atenção básica é facilitada através do uso de categorias sindrômicas. (Goldberg 1994)

Por último, vale destacar a dificuldade de comparação dos resultados do presente estudo com a literatura na área. A heterogeneidade nas metodologias utilizadas, como, por exemplo, a forma de aferir o uso de psicofármacos (se através do auto-relato de pacientes ou de registro de prescrições ou prontuários) e o período e aferição (nos últimos 15 dias, um mês, ou último ano), tal como as especificidades de cada população de estudo, restringem a comparação da frequência do uso de psicofármacos nesta pesquisa com aquelas referidas em outros estudos (Zandstra et al. 2002)

Por outro lado, os resultados do presente estudo colaboram para a caracterização do uso de psicofármacos em unidades de saúde da família. Embora tanto o uso exclusivo de antidepressivos e o uso exclusivo de benzodiazepínicos estejam associados à presença de transtorno mental comum e à idade avançada, a distribuição segundo as demais variáveis socioeconômicas e demográficas é distinta.

Destaca-se a importante variação na frequência do uso de benzodiazepínicos e antidepressivos entre as diferentes cidades. No entanto, os resultados apontam para um padrão comum no que se refere ao uso destes psicofármacos em unidades de saúde da família: a

baixa proporção de pacientes com TMC em tratamento farmacológico e o predomínio do uso de benzodiazepínicos frente ao uso de antidepressivos.

A partir destes resultados, o presente estudo contribui para o conhecimento e a discussão acerca do cuidado oferecido às pacientes com TMC em unidades da saúde da família do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida LMd, Coutinho EdSF, Pepe VLE (1994) Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. *Cadernos de Saúde Pública* 10:5-16
- Alonso J, et al. (2004) Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*(420):55-64 doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00331.x
- Andrade LH, et al. (2012) Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One* 7(2):e31879 doi:10.1371/journal.pone.0031879
- Ayalon L, Gross R, Yari A, Feldhamer E, Balicer RD, Goldfracht M (2012) Factors associated with the type of psychotropic medications purchased for common mental disorders in the largest managed care organization in Israel. *Int J Psychiatry Med* 44(1):91-102
- Arôca, S.R. Qualidade de vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do “sofrimento dos nervos” em mulheres.2009. 124f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009
- Balestrieri M, Carta MG, Leonetti S, Sebastiani G, Starace F, Bellantuono C (2004) Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39(3):171-6 doi:10.1007/s00127-004-0722-z
- Dantas G, Koplín C, Mayer M, de Oliveira FA, Hidalgo MPL (2012) Prevalência de transtornos mentais menores e subdiagnóstico de sintomas depressivos na atenção primária, vol 31,
- Faerstein E, Chor D, Lopes CdS, Werneck GL (2005) Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 8:454-466
- Galleguillos U T, Risco N L, Garay S JL, González A M, Vogel M. M (2003) Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Revista médica de Chile* 131:535-540
- Goldberg D (1994) A bio-social model for common mental disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 385:66-70

- Goldberg DP (1972) The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. Oxford U. Press, Oxford, England
- Goldberg DP, Blackwell B (1970) Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J* 1(5707):439-43
- Goncalves DA, et al. (2013) Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest study. *General hospital psychiatry* 35(3):304-8 doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.01.003
- Goncalves DA, Fortes S, Tofoli LF, Campos MR, Mari Jde J (2011) Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in primary health care in Brazil. *Int J Psychiatry Med* 41(1):3-13
- Kassam A, Patten SB (2006) Hypnotic use in a population-based sample of over thirty-five thousand interviewed Canadians. *Popul Health Metr* 4:15 doi:10.1186/1478-7954-4-15
- Leclubier Y (2007) Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. *J Clin Psychiatry* 68 Suppl 2:36-41
- Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros MBdA, Goldbaum M (2008) Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Revista de Saúde Pública* 42:717-723
- Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG (2006) Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 22:1639-1648
- Mari JJ, Almeida-Filho N, Coutinho E, Andreoli SB, Miranda CT, Streiner D (1993) The epidemiology of psychotropic use in the city of Sao Paulo. *Psychol Med* 23(2):467-74
- Mari JJ, Williams P (1985) A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 15(3):651-9
- Nordon DG, Akamine K, Novo NF, Hübner CvK (2009) Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 31:152-158
- Ornstein S, Stuart G, Jenkins R (2000) Depression diagnoses and antidepressant use in primary care practices: a study from the Practice Partner Research Network (PPRNet). *J Fam Pract* 49(1):68-72
- Pelissolo A, Maniere F, Boutges B, Allouche M, Richard-Berthe C, Corruble E (2007) [Anxiety and depressive disorders in 4,425 long term benzodiazepine users in general practice]. *Encephale* 33(1):32-8
- Ribeiro CS, Azevedo RC, Silva VF, Botega NJ (2007) Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. *Sao Paulo Med J* 125(5):270-4
- Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MSd (2006) Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública* 40:107-114
- Stafford RS, Ausiello JC, Misra B, Saglam D (2000) National Patterns of Depression Treatment in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2(6):211-216

- Trifirò G, et al. (2013) A nationwide prospective study on prescribing pattern of antidepressant drugs in Italian primary care. *European Journal of Clinical Pharmacology* 69(2):227-236 doi:10.1007/s00228-012-1319-1
- Vedia Urgell C, Bonet Monne S, Forcada Vega C, Parellada Esquiú N (2005) [Study of use of psychiatric drugs in primary care]. *Aten Primaria* 36(5):239-45
- Weyerer S, Dilling H (1991) Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: results from the Upper Bavarian Field Study. *J Clin Epidemiol* 44(3):303-11
- [WHO/NORDISKA LAKEMEDELSNAMNDEN \(1993\).Guidelines for ATC Classification. Norway. Collaborating Centre for Drug Statistic Methodology/Sweden: Nordic Council of Medicines](#)
- Zandstra SM, et al. (2002) Different study criteria affect the prevalence of benzodiazepine use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37(3):139-44

Tabela 1 – Descrição das características socioeconômicas e demográficas da população de estudo, segundo cidade.

	Porto Alegre (n=163)	São Paulo (n=410)	Fortaleza (n=149)	Rio de Janeiro (n=703)	Petrópolis (n=1868)
Idade					
18-24	17 (10,4%)	42 (10,2%)	19(12,8%)	88(12,5%)	218 (11,7%)
25-44	72(44,2%)	146(35,6%)	70(47,0%)	293(41,7%)	791(42,3%)
45-64	73(44,8%)	216(52,7%)	58(38,9%)	314(44,7%)	726(38,9%)
65+	1(0,6%)	6(1,5%)	2(1,3%)	8(1,1%)	133(7,1%)
Situação conjugal					
Em união	90(55,6%)	246(60,1%)	77(51,7%)	420(59,7%)	1153(61,8%)
Separada	27(16,7%)	45(11,0%)	21(14,1%)	124(17,6%)	288(15,4%)
Viúva	11(6,8%)	30(7,3%)	10(6,7%)	55(7,8%)	188(10,1%)
Solteira	34(21,0%)	88(21,5%)	41(27,5%)	104(14,8%)	104(14,8%)
Escolaridade					
Até 4°	46(28,2%)	129(31,7%)	52(34,9%)	253(36,0%)	868(46,6%)
Da 5° a 8°	68(41,7%)	129(31,7%)	47(31,5%)	253(36,0%)	660(35,4%)
2° grau	43(26,4%)	134(32,9%)	46(30,9%)	187(26,6%)	305(16,4%)
Superior	6(3,7%)	15(3,7%)	4(2,7%)	10(1,4%)	31(1,7%)
Renda per capita (em salário-mínimo)					
Até 0.5	73(44,8%)	154(37,6%)	96(64,4%)	340(48,4%)	432(23,1%)
>0,5 a 1,0	48(29,4%)	148(36,1%)	38(25,5%)	198(28,2%)	534(28,6%)
>1,0 a 1,5	16(9,8%)	41(10,0 %)	12(8,1%)	94(13,4%)	326(17,5%)
>1,5	26(16,0%)	67(16,3%)	3(2,0%)	71(10,1%)	575(30,8%)

Tabela 2 – Frequência do uso de psicofármacos antidepressivos e benzodiazepínicos segundo cidade e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%).

	Porto Alegre (n=163)			São Paulo (n=410)			Fortaleza (n=149)			Rio de Janeiro (n=703)			Petrópolis (n=1868)		
	n	%	IC(95%)	n	%	IC(95%)	n	%	IC(95%)	n	%	IC(95%)	n	%	IC(95%)
Só BZD	9	5,5%	(2,0% -9,0%)	2	0,5%	(0,2% -1,2%)	7	4,7%	(1,1% - 8,2%)	38	5,4%	(3,6% - 7,1%)	44	2,4%	(1,7% - 3,1%)
Só ATD	7	4,3%	(1,2% - 7,4%)	34	8,3%	(5,4%- 11,2%)	5	3,4%	(0,4%- 6,4%)	10	1,4%	(0,5%-2,3%)	30	1,6%	(1,0% - 2,2%)
ATD+ BZD	5	3,1%	(0,4% -5,7%)	5	1,2%	(0,1%-2,2%)	2	1,3%	(0,5%-3,1%)	7	1,0%	(0,2%-1,7%)	5	0,3%	(0,0% -0,5%)

ATD= Antidepressivos BZD= Benzodiazepínicos ATD+BZD= ambos os psicofármacos

Tabela 3 – Frequência do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos entre as pacientes com TMC (2/3 – GHQ) segundo cidade e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%).

	Porto Alegre (n=100)	São Paulo (n=240)	Fortaleza (n=100)	Rio de Janeiro (n=399)	Petrópolis (n=1242)
Só BZD	5,0%(0,7%-9,2%)	0,8%(0,0%-1,6%)	7,0%(2,0%-12,0%)	7,0%(4,5%-9,5%)	2,8%(0,0%-3,7%)
Só ATD	5,0%(0,7%-9,2%)	10,4% (7,4%-13,3%)	4,0%(1,6%-7,8%)	2,3%(0,8%-3,7%)	1,7%(0,0%-2,4%)
ATD+ BZD	4,0% (0,2%-7,8%)	1,7%(0,4%-2,9%)	2,0%(0,7%- 4,7%)	1,3%(0,2%-2,4%)	0,3%(0,0%-0,6%)

ATD= Antidepressivos BZD= Benzodiazepínicos

Tabela 4 – Frequência do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos entre as pacientes com TMC (4/5 GHQ) segundo cidade e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%).

	Porto Alegre (n=69)	São Paulo (n=160)	Fortaleza (n=66)	Rio de Janeiro (n=242)	Petrópolis (n=918)
Só BZD	5,8%(0,2%-11,3%)	1,2%(0,4%-2,0%)	9,1%(2,2%-16,0%)	7,0%(0,8%-13,1%)	3,4%(0,0% -4,6%)
Só ATD	7,2%(1,1%-13,3%)	13,1%(7,9%-18,3%)	3,0%(1,1%-7,1%)	3,3%(1,0%-7,6%)	1,9%(0,0%-2,8%)
ATD+ BZD	4,3% (0,5%-9,1%)	2,5%(0,8%-4,9%)	3,0%(1,1%-7,1%)	2,1%(1,6%-5,6%)	0,4%(0,0%-0,8%)

ATD= Antidepressivos BZD= Benzodiazepínicos

Tabela 5. Frequência do uso exclusivo de antidepressivos e do uso exclusivo de benzodiazepínicos segundo características socioeconômicas e demográficas da população de estudo (n = 3.269).

Variável	Somente ATD		valor de p	Somente BZD		valor de p
	n	%		n	%	
Idade						
18-25	1	0,3%		2	0,5%	
26-45	33	2,5%	p<0,01	28	2,1%	p< 0,01
45-64	47	3,6%		60	4,5%	
65 anos ou mais	5	3,6%		10	7,0%	
Situação conjugal						
Em união	7	2,5%		56	2,9%	
Solteira	12	2,4%	0,28	10	2,0%	0,07
Separada/	18	3,8%		20	4,2%	
Viúva	7	2,5%		14	4,9%	
Grau de instrução						
Até a 4° série	33	2,6%		56	4,3%	
Da 5° a 8° série	29	2,6%	0,73	30	2,7%	0,01
Segundo grau	20	2,9%		12	1,7%	
Superior	3	4,8%		2	3,3%	
Renda per capita em salários mínimos						
< 0,5	30	2,9%		36	3,4%	
> 0,5 a 1,0	23	2,4%	0,92	19	2,0%	0,03
> 1.0 a 1.5	12	2,6%		23	4,9%	
> 1,5	21	2,9%		22	3,1%	

TMC= Transtornos Mentais Comuns, ATD= antidepressivos, BZD=benzodiazepínicos

Tabela 6. Frequência do uso exclusivo de antidepressivos e do uso exclusivo de benzodiazepínicos segundo cidade de moradia e presença de transtornos mentais comuns (TMC) (n=3.269).

Variável	Somente ATD		valor de p	Somente BZD		valor de p
	n	%		n	%	
Cidade						
Porto Alegre	7	4,7%		9	6,0%	
São Paulo	34	8,4%		2	0,5%	
Fortaleza	5	3,6%	p< 0,01	7	4,9%	p< 0,01
Rio de Janeiro	10	1,5%		38	5,5%	
Petrópolis	34	1,7%		44	2,4%	
TMC (GHQ 2/3)						
Presente	64	3,2%	0,01	77	3,9%	p< 0,01
Ausente	22	1,9%		23	1,8%	
TMC (GHQ 4/5)						
Presente	53	3,8%	0,01	60	4,3%	p< 0,01
Ausente	33	1,8%		40	2,2%	

TMC= Transtornos Mentais Comuns, ATD= antidepressivos, BZD=benzodiazepínicos

4.2 Artigo 2 - Uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em unidades de saúde da família: o papel da rede social

RESUMO

Introdução: A promoção do uso racional de psicofármacos é um desafio para a atenção primária. Embora alguns estudos já tenham se aproximado das características do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos neste contexto, pouco é se sabe sobre a sua dimensão psicossocial. **Objetivos:** Caracterizar o perfil psicossocial de usuárias de antidepressivos e benzodiazepínicos atendidas em unidades de saúde da família e avaliar a associação entre rede social e o uso exclusivo de cada um destes psicofármacos, em mulheres com e sem transtornos mentais comuns (TMC). **Métodos:** O estudo utilizou um delineamento seccional e abarcou a primeira fase de coleta de dados de dois estudos em saúde mental na atenção primária, resultando em uma amostra de 3.293 mulheres atendidas em unidades de saúde da família de cinco cidades brasileiras (Petrópolis – Estudo 1 e São Paulo, Fortaleza, Porto Alegre e Rio de Janeiro – Estudo 2). Um questionário objetivo com perguntas fechadas foi utilizado para a coleta de informações socioeconômicas e demográficas. O uso de psicofármacos foi avaliado através de uma pergunta aberta baseada no auto-relato do uso de medicamentos. A presença de TMC foi investigada através do *General Health Questionnaire*, em sua versão reduzida (GHQ-12). O nível de integração social foi aferido através do índice de rede social (IRS). Trata-se de um indicador complexo de integração social que combina informações sobre situação conjugal, número de relações íntimas, frequência religiosa e envolvimento em atividades comunitárias. A associação entre rede social e o uso exclusivo de benzodiazepínicos e de antidepressivos foi avaliada através de regressão logística multivariada, com o cálculo dos OR brutos e ajustados e seus respectivos intervalos de 95% de confiança e estratificação segundo a presença ou a ausência de TMC. **Resultados:** Na análise bivariada, tanto o uso exclusivo de antidepressivos quanto o uso exclusivo de benzodiazepínicos mostraram-se significativamente associados à presença de TMC, não havendo associações significativas entre estes e o índice de rede social. Na análise multivariada, entre as pacientes com TMC, o uso exclusivo de antidepressivos mostrou-se positivamente associado ao isolamento social (OR ajustado= 3,26; IC 95% 1,03-10,4) e o uso exclusivo de benzodiazepínicos mostrou-se negativamente associado ao isolamento. (OR=0,26; IC95% 0,08-0,87). Não houve associação significativa entre o nível de integração social e o uso de psicofármacos entre as pacientes sem TMC. **Conclusão:** Os resultados apontam para a importância de avaliar a rede social de pacientes com TMC com vistas ao desenvolvimento de estratégias de cuidado mais adequadas à demanda desta clientela.

Palavras-chave: uso de psicofármacos, antidepressivos, benzodiazepínicos, transtornos mentais comuns, rede social, atenção primária

ABSTRACT

Introduction: Promoting rational use of psychotropic drugs is a challenge for primary care. Although some studies have already approached general characteristics of antidepressants and benzodiazepines use in this context, little is known about its psychosocial dimension. **Objectives:** to characterize psychosocial profile of antidepressants' and benzodiazepines' users in family health units and to evaluate the association between social network and exclusive use of each of these psychotropic drugs, according to the presence or absence of common mental disorders (CMD). **Methods:** This study has a cross-sectional design and integrates baseline data from two previous studies on mental health in primary care, which results in a sample of 3293 women attending family health units in five Brazilian cities (Petrópolis - Study 1 and São Paulo, Fortaleza, Porto Alegre and Rio de Janeiro - Study 2). An objective questionnaire with closed questions was used to collect socioeconomic and demographic information. Psychotropic use was evaluated through an open question based on self-reporting of drug use. The presence of CMD was investigated by the General Health Questionnaire in its reduced version (GHQ-12). Social network was measured through social network index (IRS), which is a complex indicator of social integration that combines information on marital status, number of intimate relations, religious attendance and involvement in community activities. Associations between social network and exclusive use of benzodiazepines and exclusive use of antidepressants were evaluated through multivariate logistic regression, resulting on crude and adjusted OR and their respective 95% confidence level, with stratification according to the presence of CMD. **Results:** In bivariate analysis, exclusive use of antidepressants and exclusive use of benzodiazepines were significantly associated with the presence or absence of CMD. There was no significant association between the use of each of these substances and social network. At multivariate analysis, among patients with CMD, antidepressant use was positively associated with social isolation (adjusted OR = 3.26, 95% CI 1.3 to 10.4) and benzodiazepine use was negatively associated to social isolation. (OR = 0.26, 95% CI 0.07 to 0.98). There was no significant association between social network and use of psychotropic drugs among patients without CMD. **Conclusions:** These results point out the importance of assessing social network of patients with CMD in order to develop strategies to improve their health care.

Keywords: psychotropic use, antidepressants, benzodiazepines, common mental disorders, social network, primary care

INTRODUÇÃO

O uso irracional de psicofármacos tem se firmado como um problema mundial de saúde pública (Alonso, Angermeyer et al.2004; Kassin & Patten, 2006; Rassool 2005, Leiderman, Mugnolo et al. 2006). No Brasil, a irracionalidade do uso destas substâncias é representada principalmente pelo uso indiscriminado de benzodiazepínicos, o qual tem sido

associado na literatura à precariedade do atendimento aos usuários com transtornos mentais (Mari, Almeida-Filho et al. 1993, Miranda et al, 1997). Diante do desafio de criar estratégias para a promoção do uso racional destas substâncias, destaca-se a importância de investigações voltadas para a avaliação deste uso no contexto psicossocial em que este se insere.

Historicamente, o uso crônico de psicofármacos já foi associado na literatura a características como isolamento social, percepção de baixo apoio nas relações conjugais, falta de engajamento em atividades sociais e sentimento de não pertencimento (Helman, 1981; Murray, Williams et al. 1982). Paralelamente, desde o trabalho de Durkheim relacionando o suicídio à desintegração social (Durkheim, 1897), são crescentes os estudos acerca da associação entre a saúde mental e rede social de um indivíduo (Kawachi & Berkman, 2001; Cohen, 2004). O conceito de rede social de um indivíduo refere-se ao seu campo relacional isto é, ao grupo de pessoas com as quais este mantém contato ou alguma forma de vínculo social. (Bowling 1997)

Segundo Belle (Belle, 1987), mulheres tendem a ser mais sensíveis às necessidades de sua rede de relacionamentos sociais, porém, quando em vulnerabilidade, apresentam maior dificuldade em correspondê-las, o que traria prejuízos à sua saúde mental.

No que se refere à associação entre a rede social e a saúde mental, merece destaque o papel da rede social em cognições, emoções, comportamentos e respostas biológicas: A integração social favorece estados psicológicos positivos, tais como a sensação de pertencimento, o estabelecimento de uma identidade e o reconhecimento do papel do indivíduo em sua rede. (Kawachi & Berkman, 2001)

A influência social, mecanismo de ação das redes sociais na saúde comumente negligenciado, tem tido sua importância recentemente destacada pela literatura, dado que normas em saúde podem ter consequências diretas no comportamento em saúde de membros de uma rede (Kawachi and Berkman, 2001). Desta forma, acredita-se que o retorno que um indivíduo recebe dos membros de sua rede pode influenciar não só a expressão dos sintomas, como o próprio padrão de consumo medicamentoso (Cooperstock, Lennard et al. 1979; Cohen & Underwood, 2000). Tal consumo, por sua vez, parece ser influenciado pelo gênero. Segundo Cooperstock (1978), mulheres utilizariam mais psicofármacos quando diante de estressores emocionais do que homens.

Apesar da literatura crescente acerca do papel da rede social na saúde mental e da preocupação mundial em torno do uso indiscriminado de psicofármacos, poucos estudos se aprofundaram na dimensão psicossocial deste uso na atenção primária. Diante do desafio de oferecer estratégias de saúde adequadas aos pacientes com transtorno mental e ampliar seu cuidado para além da abordagem medicamentosa, estudos desenvolvidos no âmbito da Estratégia de Saúde da Família podem fornecer dados privilegiados sobre as características psicossociais das usuárias com relação ao uso de psicofármacos.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivos caracterizar o perfil psicossocial de usuárias de antidepressivos e benzodiazepínicos atendidas em unidades de saúde da família e avaliar o papel da rede social no uso exclusivo de cada um destes psicofármacos, na presença ou ausência de transtornos mentais comuns.

MÉTODOS

Desenho, local e população de estudo.

O presente estudo utiliza um delineamento seccional e abarca a primeira fase de coleta de dados de dois estudos em saúde mental na atenção primária voltados para a estruturação de estratégias de cuidado mais adequadas à demanda desta clientela (Arôca 2009, Gonçalves et al, 2013). Os estudos tiveram como população alvo as mulheres atendidas em unidades de saúde da família, sendo elegíveis aquelas que compareceram às unidades selecionadas para qualquer tipo de atendimento em saúde no período coberto pelas coletas de dados dos referidos estudos. Foram excluídas usuárias menores de 18 anos e aquelas que não apresentavam capacidade cognitiva que permitisse a utilização dos instrumentos de pesquisa, resultando em um total de 3293 pacientes.

A primeira fase de coleta de dados teve duração de 30 a 45 dias, tendo se dado em 2006/2007 para o primeiro estudo (Petrópolis- 2.104 participantes provenientes de cinco unidades de ESF locais) e em 2009/2010 para segundo (Estudo multicêntrico - São Paulo - 410 participantes provenientes de quatro unidades de ESF, Fortaleza – 149 participantes provenientes de três unidades de ESF – Rio de Janeiro - 703 pacientes provenientes de nove

unidades de ESF Porto Alegre-163 participantes de três unidades de ESF). O critério para a seleção das unidades de saúde que participariam do estudo foi pragmático, uma vez que se baseou no que seria viável do ponto de vista operacional segundo a avaliação dos gestores de saúde locais.

Coleta de dados

A coleta de dados foi orientada em cada unidade por um supervisor psicólogo de formação. Cada unidade possuía de quatro a cinco aplicadores, alunos de graduação de Medicina, Enfermagem e Psicologia. Em função da baixa escolaridade das participantes, os entrevistadores leram as questões a todas as mulheres e anotaram as respostas, seguindo assim a orientação adotada por pesquisas realizadas com populações de perfil semelhante (Villano et al,1995; Fortes et al, 2008)

Apesar de realizados em períodos distintos, ambos os estudos tiveram a mesma equipe de coordenadores de entrevistadores, revisores e digitadores. Dessa forma, os estudos possuem o mesmo formato no que se refere à coleta de dados, seu processamento e revisão.

Variáveis e instrumentos

Uso de psicofármacos antidepressivos/benzodiazepínicos

O uso de psicofármacos foi avaliado através de uma pergunta aberta baseada no auto-relato do uso de medicamentos, com o seguinte enunciado: “*Nas últimas duas semanas, você usou algum medicamento? Se sim, que medicamento(s) você usou nas últimas duas semanas?*”. Estabeleceu-se esse intervalo de tempo, visto que foi o mesmo utilizado para avaliar a presença de transtorno mental comum e a fim de minimizar o viés de memória.

A caracterização do uso de medicamentos baseou-se no sistema de codificação anatômico-terapêutico; (ATC) classificação sugerida pelo World Health Organization Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology (WHO CC DSM) para estudos sobre a

utilização de medicamentos que vem sendo empregada em diversos países (WHO/Nordiska Lakemedelsnamnden, 1993).

Em função dos antidepressivos e benzodiazepínicos representarem, em termos farmacológicos, o principal arsenal terapêutico no tratamento dos Transtornos Mentais Comuns, no presente estudo, as usuárias foram classificadas de forma específica quanto ao uso de antidepressivos e benzodiazepínicos: usuárias exclusivas de antidepressivos, usuárias exclusivas de benzodiazepínicos, usuárias de antidepressivos e benzodiazepínicos, não usuárias de antidepressivos ou benzodiazepínicos.

Características socioeconômicas e demográficas

As características socioeconômicas e demográficas foram avaliadas através de um questionário objetivo com perguntas fechadas para coleta de informações sócias demográficas e econômicas, aplicado na primeira fase de coleta de dados dos estudos. Este questionário foi adaptado de um questionário geral aplicado e validado em duas pesquisas anteriores; sendo uma de corte transversal conduzida em usuárias da atenção primária (Fortes, Villano et al. 2008, Fortes, Lopes et al. 2011) e outra de coorte, conduzida entre funcionários de uma universidade pública – Estudo Pró-Saúde (Faerstein et al 2005). O instrumento original do qual este derivou contemplava outras informações além das utilizadas no presente estudo. Em função da baixa escolaridade das participantes, os entrevistadores leram as questões a todas as mulheres e anotaram as respostas, seguindo assim a orientação adotada por outras pesquisas realizadas com populações de perfil semelhante (Mari& Williams, 1985; Villano et al, 1995; Fortes, Villano et al. 2008, Fortes, Lopes et al. 2011). A pesquisa atual abordou as seguintes características: idade, escolaridade, renda familiar per capita, situação conjugal e cidade de moradia.

Para a caracterização da população de estudo segundo idade, foram criadas categorias que representassem as principais faixas etárias, dada a importante variabilidade do uso de psicofármacos segundo a idade. Quanto à escolaridade, criou-se duas categorias para as usuárias que só cursaram o primeiro grau: “até a quarta série” e “de quinta a oitava série”, dada a baixa escolaridade da população de estudo. Outras categorias foram criadas a fim

representar as usuárias com escolaridade mais alta: do segundo grau e ensino superior, completos ou não.

A pergunta sobre a renda foi originalmente estruturada em faixas de valores em reais, sendo a média dos valores de cada categoria dividida pelo salário mínimo na época de coleta de dados de cada estudo. A fim de abarcar ao máximo a variabilidade da renda nesta população foram criadas quatro categorias de renda, tendo como base a quantia de meio-salário mínimo (variando de <0.5 salários mínimos a >1.5 salários mínimos). A escolha de meio salário mínimo foi justificada pelo fato de que esse era o parâmetro governamental para a inclusão no governo de alguns programas sociais e pela miséria já ter sido associada ao TMC (Fortes, Lopes et al. 2011).

Apesar do índice de rede social abarcar “ter ou não ter companheiro”, optou-se por manter a situação conjugal entre os fatores de estudo, visto que este discrimina as usuárias que não tem companheiro em solteiras, viúvas ou separadas.

Como se trata de um estudo multicêntrico, a avaliação do local de moradia era fundamental para o estudo, sobretudo ao se considerar o caráter ainda heterogêneo da implantação da ESF no país, tal como o padrão de organização da dispensação medicamentosa em unidades do SUS.

Rede social

Um bloco de perguntas sobre rede social elaborado para o Estudo Pró-Saúde por Chor, Griep et al. (2001) e adaptado do instrumento de Berkman & Syme (1979) foi acrescentado ao questionário geral. O estudo de confiabilidade realizado mostrou que os coeficientes de correlação intraclasse (ICC) variaram em torno de 0,70 e 0,77 para número de parentes e de amigos íntimos. Para as variáveis referentes às atividades sociais e religiosas, a concordância variou entre 0,59 e 0,77 (Griep, Chor et al. 2003). A confiabilidade da participação em atividades sociais foi avaliada posteriormente em população vinculada à ESF no município de Petrópolis, com o ICC variando de 0,60 (atividades esportivas e artísticas) a 0,78 (regularidade da frequência religiosa) (Fortes 2004).

A partir do referido bloco de perguntas foi calculado o índice de rede social (IRS), segundo a adaptação de Loucks (Loucks, Berkman et al. 2005) do *Berkman-Syme Social Network Index* (Berkman & Syme 1979). Trata-se de um indicador complexo de integração social que combina informações acerca da situação conjugal, número de relações íntimas e envolvimento comunitário em uma só medida. O índice é calculado a partir da soma da seguinte pontuação: ter companheiro (não=0, sim=1); número de amigos e parentes íntimos (de 0-2 parentes e de 0-2 amigos íntimos= 0, qualquer outra combinação=1), participação em cultos e atividades religiosas (2 vezes/mês ou mais=1, outros=0), participação em atividades em grupo (não=0, sim=1).

Dada às particularidades desta clientela, como escassa oportunidade de participação em atividades de grupo em função da vulnerabilidade social, criou-se as seguintes categorias para descrever o grau de integração social das usuárias: isolamento importante (IRS=0), isolamento (IRS=1), integração (IRS=2), boa integração (IRS= 3 ou 4).

A opção pela criação de uma medida de integração social se deve em função de uma maior consistência na literatura da relação entre medidas de integração e desfechos em saúde em relação às demais medidas de rede social: é uma medida relativamente estável ao longo do tempo, de avaliação objetiva e fácil interpretação, além de recentemente vir sendo estudada como possível foco de intervenção em abordagens psicossociais (Cohen & Underwood, 2000).

Transtornos Mentais Comuns

Foram avaliados através do GHQ-12 (*General Health Questionnaire*). Trata-se de um teste de rastreamento elaborado por Goldberg & Blackwell (1972) e validado no Brasil (Mari & Williams, 1985), tendo o *Clinical Interview Schedule* (Goldberg & Blackwell 1970), como padrão-ouro. O instrumento é composto de 12 perguntas, cada qual com quatro opções de resposta, que se referem sempre ao período das duas últimas semanas. Foi estabelecido o ponto-de-corte 2/3, sendo classificadas como portadoras de Transtornos Mentais Comuns as usuárias positivas para pelo menos três itens.

Análise de dados

Inicialmente, a descrição geral da população de estudo foi realizada por meio da distribuição de frequências para cada variável sob investigação. Em seguida, foram realizadas análises bivariadas para avaliar a associação entre as variáveis socioeconômicas, demográficas e psicossociais (TMC e rede social) e a frequência do uso de psicofármacos antidepressivos e benzodiazepínicos.

Dadas as particularidades da relação entre o uso de cada classe de psicofármaco com os transtornos mentais comuns e com a rede social, optou-se por construir dois modelos diferentes: um para o uso exclusivo de benzodiazepínicos e outro para o uso exclusivo de antidepressivos. Aqueles que utilizavam ambas as medicações foram excluídos por constituírem um grupo muito reduzido ($n=24$), cuja manutenção limitaria o poder estatístico das análises e não acrescentaria informações relevantes ao conjunto dos dados.

A associação entre rede social e uso exclusivo de cada um dos psicofármacos foi analisada através da regressão logística multivariada, com o cálculo dos OR brutos e ajustados e seus respectivos intervalos de 95% de confiança, com estratificação segundo a presença de TMC. A inclusão dos principais fatores de confusão no modelo multivariado baseou-se na literatura e nas análises preliminares ($p \leq 0,25$ na análise bivariada).

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Universidade Federal de São Paulo, tal como nos comitês de ética dos municípios de Porto Alegre e São Paulo.

RESULTADOS

A tabela 1 descreve a população de estudo segundo o local de moradia e as principais características socioeconômicas e demográficas. A maioria das participantes do estudo é representada pelas usuárias da ESF residentes em Petrópolis ($n=1868$), seguidas do Rio de

Janeiro (n=703), São Paulo (n=410), Porto Alegre (n=163) e Fortaleza (n=149). A média de idade da população de estudo é de 42,5 anos. Mais da metade da população vive em união (63,1%). A vulnerabilidade socioeconômica da clientela atendida pela ESF se reflete na baixa escolaridade e renda da população de estudo, com 77,0% das usuárias não tendo sequer ingressado no segundo grau e 33,3% vivendo abaixo da linha de pobreza, isto é, com renda familiar inferior a meio salário mínimo.

O uso de psicofármacos antidepressivos ou benzodiazepínicos nos 15 dias anteriores à entrevista foi referido por 6,2% das usuárias. Ainda em relação ao total das pacientes, observou-se que 2,9% utilizaram somente benzodiazepínicos, 2,5% utilizaram somente antidepressivos e 0,7% utilizaram ambas as substâncias.

A prevalência estimada de TMC (GHQ 3) na população de estudo foi de 63,5%. Quanto à rede social, 7,0% da população apresentava isolamento social importante (IRS=0), 26,2% isolamento (IRS=1), 38,5% integração (IRS=2) 27,8% % boa integração (IRS=3 ou 4).

A tabela 2 apresenta os resultados referentes à presença de transtornos mentais comuns e o uso de psicofármacos antidepressivos ou de benzodiazepínicos segundo as principais características socioeconômicas e demográficas.

Verifica-se que o uso de psicofármacos esteve significativamente associado à cidade de moradia, à faixa etária e à situação conjugal ($p < 0,05$). As associações com a escolaridade ($p = 0,09$) e com a renda per capita não foram estatisticamente significativas para o uso de antidepressivos ou benzodiazepínicos nesta população ($p = 0,13$)

A presença de TMC, por sua vez, esteve significativamente associada à cidade de moradia, à situação conjugal, à escolaridade e à renda ($p < 0,05$). A associação com a faixa etária não foi estatisticamente significativa nesta população ($p = 0,26$).

A tabela 3 apresenta os resultados das análises bivariadas referentes à frequência do uso exclusivo de antidepressivos e do uso exclusivo de benzodiazepínicos segundo o perfil psicossocial (TMC e Rede Social). Observa-se que tanto o uso exclusivo de antidepressivos quanto o uso exclusivo de benzodiazepínicos estiveram estatisticamente associados à presença de TMC ($p < 0,01$ para ambos). Não se observou, entretanto, associações significativas entre o

uso exclusivo de cada um destes psicofármacos e variações do índice de rede social ($p=0.36$ e $p=0.28$, respectivamente).

Nas tabelas 4 e 5, respectivamente, apresentamos os resultados das análises brutas e ajustadas das associações dentre o Índice de Rede Social (IRS) e o uso exclusivo de antidepressivos e uso exclusivo de benzodiazepínicos, estratificadas segundo a presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Observa-se que só houve associações estatisticamente significativas entre rede social e o uso de psicofármacos antidepressivos/benzodiazepínicos no grupo de pacientes com TMC.

A tabela 4 mostra haver uma associação positiva entre isolamento social (IRS=0) e uso exclusivo de antidepressivos (OR ajustado= 3,26 ; IC 95% 1,03-10,4) entre as pacientes com TMC. A tabela 5, por sua vez, exibe uma associação negativa entre isolamento social (IRS=0) e isolamento social leve (IRS=1) e o uso de benzodiazepínicos (OR=0,26, IC95% 0,08-0,87 e OR=0,33, IC95%=0.16-0.69, respectivamente) no mesmo grupo de pacientes.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram haver uma associação entre rede social e uso exclusivo de antidepressivos e uso exclusivo de benzodiazepínicos somente nas pacientes com transtornos mentais comuns. Dada à presença de TMC, destacam-se as particularidades da associação encontrada entre rede social e o uso exclusivo de cada um destes psicofármacos: enquanto o uso de antidepressivos esteve positivamente associado ao isolamento social, o uso de benzodiazepínicos mostrou-se negativamente associado a este.

A literatura é controversa no que se refere à dimensão psicossocial do uso de psicofármacos. Embora a importância da associação deste com o comprometimento da saúde mental já tenha sido destacada em uma série de estudos (Kassam and Patten 2006; Kassam and Patten 2006; Mari et al. 1993; Pariente et al. 1992; Weyerer and Dilling 1991), alguns autores minimizaram o papel do comprometimento da saúde mental na determinação do uso destas substâncias, sobretudo no uso crônico de benzodiazepínicos, enfatizando a importância do papel simbólico dos psicofármacos e do comportamento em saúde (Helman 1981; Pérodeau et

al. 1992) neste uso. O comportamento em saúde, por sua vez, é sabidamente influenciado pela rede social (Cohen 2004; Osterweis et al. 1979).

O fato de o presente estudo ter encontrado uma associação estatisticamente significativa entre rede social e o uso de psicofármacos somente entre as mulheres com transtorno mental comum representa, de certa forma, uma junção destes dois modelos explicativos. Nesse sentido, é plausível considerar que, diante do sofrimento psíquico, a rede social de um indivíduo influencie suas atitudes de enfrentamento, entre elas a utilização de psicofármacos. Tal hipótese é reforçada por Cohen (Cohen 2000 & Underwood), o qual afirma que o retorno que um indivíduo recebe dos membros de sua rede pode também influenciar a expressão não só de seus sintomas, como de seu padrão de consumo medicamentoso.

Quanto à interpretação dos resultados que sugerem uma associação positiva entre o uso exclusivo de antidepressivos e o isolamento social em pacientes com TMC, é interessante inicialmente nos aproximarmos da literatura acerca da relação entre o mal-estar psicológico e o isolamento social, tema de crescente interesse desde Durkheim (Durkheim, 1897).

Redes de contatos restritas, poucos contatos íntimos e baixa percepção de apoio social já foram associados a sintomas depressivos (Brugha, Bebbington et al. 1997; Patel & Kleinman, 2003). Acredita-se que o isolamento social estaria associado a uma elevação dos afetos negativos e sensação de alienação, reduzindo a auto-eficácia e a auto-estima (Cohen & Underwood, 2000). No entanto, dificuldades têm sido encontradas no estabelecimento de nexos causais mesmo em estudos longitudinais, sendo difícil localizar a fragilidade da rede social como antecedente ou concomitante ao transtorno mental, visto que esta pode estar, na linha de base da pesquisa, refletindo sintomas depressivos prévios (Kawachi and Berkman 2001).

Segundo Sluzki (1996), a doença muitas vezes envolve uma resistência ao relacionamento interpessoal, restringindo a rede social de um indivíduo ou até mesmo levando a desativação de alguns vínculos, fenômeno o qual se agudiza em casos de doença mental. O autor destaca também que a doença e o isolamento social tendem a se potencializar mutuamente, uma vez que uma rede insuficiente afeta negativamente a doença e vice-versa.

Nesse sentido, diante da associação positiva entre o uso exclusivo de antidepressivos e o isolamento social em pacientes com TMC, é plausível considerar que a abordagem centrada

exclusivamente no combate à sintomatologia com o uso de antidepressivos poderia estar sendo insuficiente para intervir no ciclo-vicioso que se dá entre o comprometimento de saúde mental e o isolamento social, sendo necessárias abordagens psicossociais concomitantes a fim de evitar a cronificação deste ciclo.

Já os resultados encontrados da associação entre rede social e o uso de benzodiazepínicos entre as usuárias com TMC vão de encontro àqueles do estudo de Radelet (1981), no qual o uso de tranquilizantes seria afetado pela rede social, uma vez que o seu uso foi mais comum entre usuários envolvidos em uma rede social em que seus amigos e parentes também eram usuários de calmantes. De fato, a influência social, mecanismo de ação das redes sociais em saúde comumente negligenciado, tem tido sua importância recentemente destacada na literatura, dadas as consequências diretas das normas em saúde no comportamento em saúde de membros de uma rede (Kawachi and Berkman, 2001).

Nesse sentido, é plausível considerar que, enquanto a associação entre o isolamento social e o uso antidepressivo estaria refletindo principalmente a cronificação do ciclo vicioso entre comprometimento da saúde psíquica e o isolamento social nesta clientela, a associação entre este e o uso de benzodiazepínicos estaria refletindo principalmente uma tendência da influência social ao uso de tranquilizantes diante do comprometimento da saúde psíquica.

A não aleatoriedade na escolha das unidades, somada às especificidades da população atendida pela Estratégia de Saúde da Família, limita a extrapolação dos dados. O fato de a população ser composta por populações de estudos realizados em períodos distintos é uma possível fonte de viés, visto que é provável que tenham ocorrido mudanças no que se refere ao acesso de psicofármacos nesse período. Entretanto, os resultados da presente pesquisa vão em direção àqueles apontados pela literatura em populações culturalmente e economicamente distintas e em períodos diferentes, o que sugere a consistência das relações estudadas em diversos contextos de tempo e espaço.

A transversalidade do estudo sugere cautela no que se refere à inferência causal. Embora seja pouco plausível que o uso de psicofármacos afete a rede social, os resultados e a literatura destacam a importância dos transtornos mentais comuns nesta associação. Nesse sentido, apesar da presença dos transtornos mentais comuns geralmente preceder o uso de

psicofármacos, é possível considerar que a utilização destes pode ter afetado a pontuação no GHQ na linha de base dos estudos.

Os resultados apontam para a importância de avaliar a rede social de pacientes com TMC, com vistas ao desenvolvimento de estratégias de cuidado mais adequada à demanda desta clientela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allard, J., D. Allaire, G. Leclerc and S. P. Langlois (1997). "The effect of family and social relations on the consumption of psychotropic drugs by the aged." Sante Ment Que 22(1): 164-182.

Berkman, L. F & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up of Alameda county residents. American Journal of Epidemiology, 109, 186–204.

Berkman, L. F., T. Glass, I. Brissette and T. E. Seeman (2000). "From social integration to health: Durkheim in the new millennium." Soc Sci Med 51(6): 843-857.

Belle D. Gender differences in the social moderators of stress (1987). In: Barnett RC, Biener L, Baruch GK, editors. Gender and Stress. New York: The Free Press: 257–277.

Bowling, A. (1997). Measuring social networks and social support. In: Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurements Scales (A. Bowling, ed.), 2nd Ed., Baltimore: Open University Press: 91-109.

Brugha, T. S., P. E. Bebbington, D. D. Stretch, B. MacCarthy and T. Wykes (1997). "Predicting the short-term outcome of first episodes and recurrences of clinical depression: a prospective study of life events, difficulties, and social support networks." J Clin Psychiatry 58(7): 298-306.

Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L (2000). Social relationships and health. New York: Oxford University 2000

Cohen, S. (2001). "Social relationships and health: Berkman & Syme (1979)." Adv Mind Body Med 17(1): 5-7.

Cohen, S. (2004). "Social relationships and health." Am Psychol 59(8): 676-684.

Faerstein, E., D. Chor, C. d. S. Lopes and G. L. Werneck (2005). "Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos." Revista Brasileira de Epidemiologia **8**: 454-466.

Chor, D., R. H. Griep, C. S. Lopes and E. Faerstein (2001). "Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto." Cadernos de Saúde Pública **17**: 887-896.

Cooperstock, R. (1978). "Sex differences in psychotropic drug use." Soc Sci Med **12**(3B): 179-186.

Cooperstock, R., H. L. Lennard, R. Cooperstock and H. L. Lennard (1979). "Some social meanings of tranquilizer use." Sociology of Health & Illness **1**(3): 331-347.

Durkheim, E. (1951). *Suicide*. New York: Free Press. (Original work published 1897)

Faerstein, E., D. Chor, C. d. S. Lopes and G. L. Werneck (2005). "Estudo Pró-Saúde: observações adicionais sobre temas e métodos." Revista Brasileira de Epidemiologia **8**: 474-476.

Fortes, S., C. S. Lopes, L. A. B. Villano, M. R. Campos, D. A. Gonçalves and J. d. J. Mari (2011). "Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies." Revista Brasileira de Psiquiatria **33**: 150-156.

Fortes, S., L. A. B. Villano and C. S. Lopes (2008). "Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro." Revista Brasileira de Psiquiatria **30**: 32-37.

Fortes, S. Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil. 165 p Tese de Doutorado em Saúde Coletiva-IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

Galleguillos U T, Risco N L, Garay S JL, González A M, Vogel M. M (2003) Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. Revista médica de Chile **131**:535-540

Goldberg DP., Blackwell B. *Psychiatric Illness in General Practice* (1970). A Detailed Study Using a New Method of Case Identification. British Medical Journal, **II**:439-443.

Goldberg DP., Blackwell B. (1972) *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Maudsley, Monograph no.21. Oxford University Press, London.

Goldberg, D., J. J. Steele, A. Johnson and C. Smith (1982). "Ability of primary care physicians to make accurate ratings of psychiatric symptoms." Arch Gen Psychiatry **39**(7): 829-833.

Gonçalves D.A. et al (2013) Evaluation of mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre and post study. General Hospital Psychiatry (accepted for publication)

Helman, C. G. (1981). "'Tonic', 'fuel' and 'food': social and symbolic aspects of the long-term use of psychotropic drugs." Soc Sci Med B **15**(4): 521-533.

House, J. S., C. Robbins and H. L. Metzner (1982). "The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study." Am J Epidemiol **116**(1): 123-140.

Kawachi, I. and L. F. Berkman (2001). "Social ties and mental health." J Urban Health **78**(3): 458-467.

Leiderman, E. A., J. F. Mugnolo, N. Bruscoli and J. Massi (2006). "[Psychotropic medication consumption in the Buenos Aires general population]." Vertex 17(66): 85-91.

Mari, J. J., N. Almeida-Filho, E. Coutinho, S. B. Andreoli, C. T. Miranda and D. Streiner (1993). "The epidemiology of psychotropic use in the city of Sao Paulo." Psychol Med **23**(2): 467-474.

Mari, J. J. and P. Williams (1985). "A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis." Psychol Med **15**(3): 651-659.

Murray, J., P. Williams and A. Clare (1982). "Health and social characteristics of long-term psychotropic drug takers." Soc Sci Med **16**(18): 1595-1598.

Osterweis, M., P. J. Bush and A. E. Zuckerman (1979). "Family context as a predictor of individual medicine use." Soc Sci Med **13** (3): 287-291.

Patel, V. and A. Kleinman (2003). "Poverty and common mental disorders in developing countries." Bull World Health Organ **81**(8): 609-615.

PERODEAU, G. and G. FORT (2000). "Psychotropic drug use and the relation between social support, life events, and mental health in the elderly." Journal of applied gerontology **19**(1): 23-41.

Pérodeau, G. M., S. King and M. Ostoj (1992). "Stress and Psychotropic Drug Use among the Elderly: An Exploratory Model." Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement **11**(04): 347-369.

Rassool, G. H. (2005). "The rational use of psychoactive substances." *Nurs Stand* 19(21): 45-51; quiz 52.

Radelet, M. L. (1981). "Health beliefs, social networks, and tranquilizer use." *J Health Soc Behav* 22(2): 165-173.

Thoits, P. A. (1983). "Multiple identities and psychological well-being: a reformulation and test of the social isolation hypothesis." *Am Sociol Rev* 48(2): 174-187.

Valla, V. V. (1999). "Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização." *Cadernos de Saúde Pública* 15: S7-S14

Villano, L.A.B.; Nanhay, A.L.G.; de Moraes, L.R.; Costa e Silva, J.A. (1995). Results from de Rio de Janeiro centre, In: Üstün, T.B. & Sartorius, N. *Mental illness in general health care: an international study*. John Wiley & Sons, Chichester, 1995.

Weyerer, S. and H. Dilling (1991). "Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: results from the Upper Bavarian Field Study." *J Clin Epidemiol* 44(3): 303-311.

WHO/NORDISKA LAKEMEDELSNAMNDEN (1993). *Guidelines for ATC Classification*. Norway:WHO Collaborating Centre for Drug Statistic Methodology/Sweden: Nordic Council on Medicines.

Tabela 1 – Descrição da população de estudo (n=3293) segundo cidade, características sociodemográficas e psicossociais

Variáveis	n= 3293	%
Cidade		
Porto Alegre	163	4,9%
São Paulo	410	12,5%
Fortaleza	149	4,5%
Rio de Janeiro	703	21,3%
Petrópolis	1868	56,7%
Idade		
18-24	384	11,7%
25-44	1372	41,7%
45-64	1387	42,1%
65+	150	4,6%
Situação conjugal		
Em união	1986	69,4%
Separada	505	15,3%
Viúva	294	8,9%
Solteira	238	12,7%
Escolaridade		
Até 4°	1348	41,0%
Da 5°a 8°	1157	35,2%
2° grau	715	21,8%
Superior	66	2,0%
Renda per capita (sm)		
< 0,5	1095	33,3%
> 0,5 a 1,0	966	29,3%
> 1,0 a 1,5	489	14,9%
>1,5	742	22,5%
TMC		
Sim	2081	63,2%
Não	1212	36,8%
Rede social		
Isolamento importante	231	7,0%
Isolamento	863	26,2%
Integração	1269	38,5%
Boa integração	916	27,8%

Tabela 2 Frequência do uso de psicofármacos (antidepressivos ou benzodiazepínicos) e de transtornos mentais comuns segundo cidade, características socioeconômicas e demográficas.

ATD ou BZD

TMC

	n	%	p-valor	n	%	p-valor
Cidade						
Porto Alegre	21	12,9%		96	60,8%	
São Paulo	41	10,0%		236	58,3%	
Fortaleza	14	9,4%	<0,01	98	66,7%	<0.01
Rio de Janeiro	55	7,8%		394	56,6%	
Petrópolis	79	4,2%		1238	66,5%	
Idade						
18-25	3	0,8%		89	60,1%	
26-45	66	4,8%	<0,01	843	61,5%	0.26
45-64	124	8,9%		888	65,0%	
65 anos ou mais	17	11,3%		242	63,0%	
Situação conjugal						
Em união	117	5,9%		1241	62,9%	
Solteira	23	4,6%	0,01	299	59,3%	0.05
Separada/	46	9,1%		337	67,8%	
Viúva	24	8,2%		182	62,5%	
Grau de instrução						
Até a 4° série	98	7,3%		897	67,0%	
Da 5° a 8° série	68	5,9%	0,09	720	63,7%	<0.01
Segundo grau	36	5,0%		410	57,7%	
Superior	7	10,6%		29	45,3 %	
Renda per capita (em SM)						
Até 0,5	77	7,0%		756	69,7%	
> 0,5 a 1,0	48	5,0%	0,13	611	63,6%	<0.01
> 1,0 a 1,5	38	7,8%		280	57,6%	
> 1,5	43	5,9%		414	56,1%	

Tabela 3- Frequência de uso exclusivo de antidepressivos e uso exclusivo de benzodiazepínicos segundo a presença de TMC e segundo o grau de integração social.

Variável	Somente ATD			Somente BZD		
	n	%	p	n	%	p
TMC						
Presente	64	3,2%	0,01	77	3,9%	< 0,01
Ausente	22	1,9%		23	1,9%	
Rede social (IRS)						
Isolamento	10	4,4%	0,36	4	1,8%	0,28
Isolamento leve	20	2,4%		21	2,5%	
Integração	34	2,8%		41	3,4%	
Boa integração	21	2,4%		34	3,8%	

Tabela 4 – Frequência do uso de antidepressivos segundo rede social ,estratificada pela presença de transtornos mentais comuns (TMC). Odds-ratios brutos e ajustados (OR), intervalos de confiança (IC a 95%) e teste de significância. (n=3269)

Rede social	n	%	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
Portadoras de TMC				
Boa integração	13	2,8	1	1
Integração	28	3,5	1,27 (0,65- 2,47)	1,72(0,84-3,50)
Leve isolamento	15	2,7	0,96(0,45-2,03)	1,64(0,70- 3.84)
Isolamento	7	4,7	1,72(0,65-4,39)	3,26(1,03-10,4)
Não portadoras de TMC				
Boa integração	8	1,8	1	1
Integração	6	1,4	0,73(0,25-2,14)	0,68(0,21-2,14)
Leve isolamento	5	1,8	0,94(0,30-2,91)	0,94(0,26-3,35)
Isolamento	3	3,9	2,05(0,53-7,90)	1,56(0,31-7,80)

*Ajustado por cidade, idade, situação conjugal e escolaridade e renda.

Tabela 5 – Frequência do uso de benzodiazepínicos segundo a Rede Social, estratificada pela presença de transtornos mentais comuns (TMC) Odds-ratios brutos e ajustados (OR), intervalos de confiança (IC a 95%) e teste de significância (n=3269)

Índice de rede social	n	%	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
Portadoras de TMC				
Boa integração	29	5,6	1	1
Leve integração	32	3,7	0,67(0,40-1,15)	0,61(0,34-1,08)
Isolamento leve	15	2,5	0,46(0,24-0,87)	0,33(0,16-0,69)
Isolamento	4	2,5	0,47(0,16-1,37)	0,26(0,08-0,87)
Não portadoras de TMC				
Boa integração	7	1,6	1	1
Leve integração	10	2,2	1,40(0,54-3,72)	1,44(0,51- 4,03)
Isolamento leve	7	2,4	1,29(0,43-3,89)	1,40 (0,40-4,88)
Isolamento	0	0,0	-	-
-	-	-	-	-

*Ajustado por cidade, idade, situação conjugal e escolaridade e renda

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho colabora para a caracterização do uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em unidades de saúde da família e a sua dimensão psicossocial.

Embora a racionalidade do uso de tais substâncias, sobretudo benzodiazepínicos, possa ser questionada, a alta proporção de usuárias com transtornos mentais comuns sem tratamento e o contexto psicossocial em que o uso de psicofármacos se insere colocam em cheque a discussão acerca da medicalização do sofrimento mental.

As associações entre rede social e o uso de psicofármacos entre pacientes com TMC nas unidades de saúde da família, tais como suas particularidades, reforçam a ideia de que o uso destas substâncias não se restringe a uma reação biológica do organismo, sendo fundamental compreender o contexto relacional em que estes se inserem a fim de criar estratégias de cuidado mais adequadas à demanda desta clientela.

Os resultados do presente estudo se somam àqueles que têm apontado para o potencial preventivo e terapêutico das abordagens psicossociais. Nesse sentido, intervenções em rede podem representar um novo caminho no que se refere não só a expansão do acesso ao cuidados em saúde mental, como também a disseminação de estratégias de enfrentamento para além da abordagem medicamentosa.

REFERÊNCIAS

- Allard, J., D. Allaire, G. Leclerc and S. P. Langlois (1997). "The effect of family and social relations on the consumption of psychotropic drugs by the aged." Sante Ment Que 22(1): 164-182.
- Almeida, L. M. d., E. d. S. F. Coutinho and V. L. E. Pepe (1994). "Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador." Cadernos de Saúde Pública 10: 5-16.
- Alonso, J., M. C. Angermeyer, et al. EsemEd/MhedeA Investigators (2004). "Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd) project." Acta Psychiatr Scand Suppl(420): 55-64.
- Andrade, L. H., Y. P. Wang, S. Andreoni, C. M. Silveira, C. Alexandrino-Silva, E. R. Siu, R. Nishimura, J. C. Anthony, W. F. Gattaz, R. C. Kessler and M. C. Viana (2012). "Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil." PLoS One 7(2)
- Ayalon, L., R. Gross, A. Yari, E. Feldhamer, R. D. Balicer and M. Goldfracht (2012). "Factors associated with the type of psychotropic medications purchased for common mental disorders in the largest managed care organization in Israel." Int J Psychiatry Med 44(1): 91-102.
- Arôca, SRS. Qualidade de vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do "sofrimento dos nervos" em mulheres. Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública. ENSP. Mar, 2009
- Barros, MBA. Saúde e classe social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, USP; Ribeirão Preto 1983
- Balestrieri, M., M. G. Carta, S. Leonetti, G. Sebastiani, F. Starace and C. Bellantuono (2004). "Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39(3): 171-176.
- Barter, G. and M. Cormack (1996). "The long-term use of benzodiazepines: patients' views, accounts and experiences." Fam Pract 13(6): 491-497.
- Berkman, L. F & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up of Alameda county residents. American Journal of Epidemiology, 109, 186-204.
- Berkman, L. F., T. Glass, I. Brissette and T. E. Seeman (2000). "From social integration to health: Durkheim in the new millennium." Soc Sci Med 51(6): 843-857.

Belle D. Gender differences in the social moderators of stress (1987). In: Barnett RC, Biener L, Baruch GK, editors. *Gender and Stress*. New York: The Free Press: 257–277.

Bowling, A. (1997). Measuring social networks and social support. In: *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurements Scales* (A. Bowling, ed.), 2nd Ed., Baltimore: Open University Press: 91-109.

Brugha, T. S., P. E. Bebbington, D. D. Stretch, B. MacCarthy and T. Wykes (1997). "Predicting the short-term outcome of first episodes and recurrences of clinical depression: a prospective study of life events, difficulties, and social support networks." J Clin Psychiatry 58(7): 298-306.

Carvalho, LF; Dimenstein, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*. 9(1): 121-129, 2004.

Cordioli, V.(2010) *Psicofármacos*. Artmed Editora

Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L (2000). *Social relationships and health*. New York: Oxford University 2000

Cohen, S. (2001). "Social relationships and health: Berkman & Syme (1979)." Adv Mind Body Med 17(1): 5-7.

Cohen, S. (2004). "Social relationships and health." Am Psychol 59(8): 676-684.
Faerstein, E., D. Chor, C. d. S. Lopes and G. L. Werneck (2005). "Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos." Revista Brasileira de Epidemiologia 8: 454-466.

Chor, D., R. H. Griep, C. S. Lopes and E. Faerstein (2001). "Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto." *Cadernos de Saúde Pública* 17: 887-896.

Cooperstock, R. (1978). "Sex differences in psychotropic drug use." Soc Sci Med 12(3B): 179-186.

Cooperstock, R., H. L. Lennard, R. Cooperstock and H. L. Lennard (1979). "Some social meanings of tranquilizer use." Sociology of Health & Illness 1(3): 331-347

Cepoiu, M., J. McCusker, M. G. Cole, M. Sewitch, E. Belzile and A. Ciampi (2008). "Recognition of depression by non-psychiatric physicians--a systematic literature review and meta-analysis." J Gen Intern Med 23(1): 25-36.

Dantas, G., C. Koplin, M. Mayer, F. A. de Oliveira and M. P. L. Hidalgo (2012). Prevalência de transtornos mentais menores e subdiagnóstico de sintomas depressivos na atenção primária. Revista HCPA. <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/20281>

Durkheim, E. (1951). *Suicide*. New York: Free Press. (Original work published 1897)

Faerstein, E., D. Chor, C. d. S. Lopes and G. L. Werneck (2005). "Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos." Revista Brasileira de Epidemiologia 8: 454-466.

Firmino, K. F., M. H. N. G. d. Abreu, É. Perini and S. M. S. d. Magalhães (2012). "Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais." Ciência & Saúde Coletiva 17: 157-166.

Fortes, S., C. S. Lopes, L. A. Villano, M. R. Campos, D. A. Goncalves and J. Mari Jde (2011). "Common mental disorders in Petropolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies." Rev Bras Psiquiatr 33(2): 150-156.

Fortes, S., L. A. Villano and C. S. Lopes (2008). "Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro." Rev Bras Psiquiatr 30(1): 32-37.

Fortes, S. Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil. 165 p Tese de Doutorado em Saúde Coletiva-IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

Galleguillos U, T., L. Risco N, J. L. Garay S, M. González A and M. Vogel M. (2003). "Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria." Revista médica de Chile 131: 535-540.

Goldberg, D. (1994). "A bio-social model for common mental disorders." Acta Psychiatr Scand Suppl 385: 66-70.

Gonçalves D.A. et al (2013) Evaluation of mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre and post study. General Hospital Psychiatry (accepted for publication)

Guarido, R. (2007). "A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação." Educação e Pesquisa 33: 151-161.

Hawkey, L. C. and J. T. Cacioppo (2010). "Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms." Ann Behav Med 40(2): 218-227.

Helman, C. G. (1981). "'Tonic', 'fuel' and 'food': social and symbolic aspects of the long-term use of psychotropic drugs." Soc Sci Med B 15(4): 521-533.

House, J. S., C. Robbins and H. L. Metzner (1982). "The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study." Am J Epidemiol 116(1): 123-140.

Kawachi, I. and L. F. Berkman (2001). "Social ties and mental health." J Urban Health 78(3): 458-467.

Kassam, A. and S. B. Patten (2006). "Hypnotic use in a population-based sample of over thirty-five thousand interviewed Canadians." Popul Health Metr 4: 15.

Leclubier, Y. (2007). "Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies." J Clin Psychiatry 68 Suppl 2: 36-41

Leiderman, E. A., J. F. Mugnolo, N. Bruscoli and J. Massi (2006). "[Psychotropic medication consumption in the Buenos Aires general population]." Vertex 17(66): 8591.

Lima, M. C. P., P. R. Menezes, L. Carandina, C. L. G. Cesar, M. B. d. A. Barros and M. Goldbaum (2008). "Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas." Revista de Saúde Pública 42: 717-723.

Maragno, L., M. Goldbaum, R. J. Gianini, H. M. D. Novaes and C. L. G. César (2006). "Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil." Cadernos de Saúde Pública 22: 1639-1648.

Mari, J. J., N. Almeida-Filho, E. Coutinho, S. B. Andreoli, C. T. Miranda and D. Streiner (1993). "The epidemiology of psychotropic use in the city of Sao Paulo." Psychol Med 23(2): 467-474.

Mari, J. J. and P. Williams (1985). "A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis." Psychol Med 15(3): 651-659.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, DF. 85 p. 2007.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Miranda CT., Almeida Filho N., Mari J., Coutinho E. (1997) O Consumo de Psicofármacos no Brasil. in O Uso Racional de Medicamentos Psiquiátricos OMS, Rio de Janeiro.

Murray, J., P. Williams and A. Clare (1982). "Health and social characteristics of long-term psychotropic drug takers." Soc Sci Med 16(18): 1595-1598.

Neill JR. A social history of psychotropic drug advertisements. *Social science & medicine*. 1989;28(4):333-8. PubMed PMID: 2649991. Epub 1989/01/01. eng.

Nordon, D. G., K. Akamine, N. F. Novo and C. v. K. Hübner (2009). "Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária." Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 31: 152-158.

Ornstein, S., G. Stuart and R. Jenkins (2000). "Depression diagnoses and antidepressant use in primary care practices: a study from the Practice Partner Research Network (PPRNet)." J Fam Pract 49(1): 68-72.

Osterweis, M., P. J. Bush and A. E. Zuckerman (1979). "Family context as a predictor of individual medicine use." Soc Sci Med 13A(3): 287-291.

Pariante, P., J. P. Lepine and J. Lellouch (1992). "Self-reported psychotropic drug use and associated factors in a French community sample." Psychol Med 22(1): 181-190.

Patel, V. and A. Kleinman (2003). "Poverty and common mental disorders in developing countries." Bull World Health Organ 81(8): 609-615.

PERODEAU, G. and G. FORT (2000). "Psychotropic drug use and the relation between social support, life events, and mental health in the elderly." Journal of applied gerontology 19(1): 23-41.

Pérodeau, G. M., S. King and M. Ostoj (1992). "Stress and Psychotropic Drug Use among the Elderly: An Exploratory Model." Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement 11(04): 347-369.

Piek, E., K. van der Meer, W. J. Hoogendijk, B. W. Penninx and W. A. Nolen (2011). "Most antidepressant use in primary care is justified; results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety." PLoS One 6(3): e14784.

Rassool, G. H. (2005). "The rational use of psychoactive substances." Nurs Stand 19(21): 45-51; quiz 52.

Radelet, M. L. (1981). "Health beliefs, social networks, and tranquilizer use." *J Health Soc Behav* 22(2): 165-173.

Ribeiro, C. S., R. C. Azevedo, V. F. Silva and N. J. Botega (2007). "Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern." Sao Paulo Med J 125(5): 270-274.

Rodrigues, M. A. P., L. A. Facchini and M. S. d. Lima (2006). "Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil." Revista de Saúde Pública 40: 107-114.

- Rozemberg, B. (1994). "O consumo de calmantes e o "problema de nervos" entre lavradores." Revista de Saúde Pública 28: 300-308.
- Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997
- Stafford, R. S., J. C. Ausiello, B. Misra and D. Saglam (2000). "National Patterns of Depression Treatment in Primary Care." Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2(6): 211-216.
- Tesser, C. D., P. Poli Neto and G. W. d. S. Campos (2010). "Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família." Ciência & Saúde Coletiva 15: 3615-3624.
- Tofoli, LF; Fortes, S. Apoio Matricial em Saúde Mental no município de Sobral – O relato de uma experiência . Sanare, Sobral, 6(2) p.34-42, jul./dez. 2005/2007
- Thoits, P. A. (1983). "Multiple identities and psychological well-being: a reformulation and test of the social isolation hypothesis." Am Sociol Rev 48(2): 174-187.
- Trifirò, G., S. Tillati, E. Spina, C. Ferrajolo, M. Alacqua, E. Aguglia, L. Rizzi, A. Caputi, C. Cricelli and F. Samani (2013). "A nationwide prospective study on prescribing pattern of antidepressant drugs in Italian primary care." European Journal of Clinical Pharmacology 69(2): 227-236.
- Valla, V. V. (1999). "Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização." Cadernos de Saúde Pública 15: S7-S14
- Vedia Urgell, C., S. Bonet Monne, C. Forcada Vega and N. Parellada Esquius (2005). "[Study of use of psychiatric drugs in primary care]." Aten Primaria 36(5): 239-245.
- Wellman B. (1981) Applying network analysis to the study of support: Social networks and social support (171-200) Berverly Hills; Sage publication
- Weyerer, S. and H. Dilling (1991). "Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: results from the Upper Bavarian Field Study." J Clin Epidemiol 44(3): 303-311.
- World Health Organization, (2008). Integrating mental health into primary health care a global perspective, Geneva: WHO. vii, 170 s.
- World Health Organization(2008). Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. 2008, Geneva: WHO.

WHO/NORDISKA LAKEMEDELSNAMNDEN (1993). Guidelines for ATC Classification. Norway:WHO Collaborating Centre for Drug Statistic Methodology/Sweden: Nordic Council on Medicines

Zandstra, S. M., J. W. Furer, E. H. van de Lisdonk, H. M. van't, J. H. Bor, C. van Weel and F. G. Zitman (2002). "Different study criteria affect the prevalence of benzodiazepine use." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 37(3): 139-144.

ANEXO A - Questionário geral

Data : ____ / ____ / ____
dia mês ano

Código do aplicador: / / / / / / / / / / / / / / / /

A1- Nº de Identificação do prontuário: / / / / / / / / / / / / / / / /

A2 - Nome: /

A3 - Tipo de consulta:

- (a) pronto- atendimento
- (b) primeira vez agendada
- (c) retorno individual
- (d) retorno grupo – qual grupo: _____
- (e) outros : _____

A4 - Sexo:

1 Masculino

2 Feminino

A4 Data de nascimento?

____ / ____ / ____
dia mês ano

A6 – Qual é a sua profissão?

A7 – Qual é a sua principal ocupação no momento?

_____ Código (CBO-4dig): _____

A8 - Em sua opinião, qual é a sua cor ou raça?

1 Preta

2 Parda / Mulata

3 Branca

4 Amarela

5 Indígena

As próximas perguntas referem-se à sua vida familiar, moradia e outros aspectos.

A9 – Atualmente você é:

- 1 Casado(a) ou vive em união
- 2 Separado(a), ou divorciado(a)
- 3 Viúvo(a)
- 4 Solteiro(a) (Nunca casou ou viveu em união)

A10 - Além de você, quantas pessoas moram em sua casa?

Inclua cônjuge/companheiro(a), filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, Agregados.

A11 – Quantas crianças menores de seis anos moram com você ou dependem diretamente do seu cuidado? _____

A12 – Quantos idosos maiores de 65 anos moram com você e dependem diretamente do seu cuidado ? _____

A13 – Quantas pessoas com deficiência dependem diretamente do seu cuidado? _____

A14 - Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável Pela casa?

- 1 Eu mesmo(a)
- 2 Meu cônjuge ou companheiro(a)
- 3 Eu e meu cônjuge, igualmente
- 4 Meu pai ou minha mãe
- 5 Meu filho ou minha filha
- 6 Não tem chefe
- 7 Outra pessoa: _____

A15 - é o seu grau de instrução

- 1 Não freqüentou escola (analfabeto).
- 2 1º grau incompleto (Até a quarta série)
- 3 1º grau incompleto (Entre quinta e sétima série)
- 4 1º grau completo
- 5 2º grau incompleto
- 6 2º grau completo
- 7 Universitário incompleto
- 8 Universitário completo

A16 – Quanto você ganha por mês (em caso de biscate no ultimo mês) ?

R\$ / / / / / / / / / /:

A17 – Quanto ganham todos juntos na casa?

R\$ / / / / / / / / / /

A18 – Quais suas fontes de renda atualmente (pode assinalar mais de uma alternativa)?

- 1 Aposentadoria 2 Auxílio Doença 3 Emprego regular 4 Biscates
5 Pensão 6 outros _____ código: _____

A19 – Nos últimos doze meses, por quanto tempo aproximadamente você teve algum fonte de renda?

- 1 Todo tempo 2 3 meses 3 6 meses 4 9 meses
5 Não tive fonte de renda

A20 – Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Adventista | 11 <input type="checkbox"/> Judaica |
| 2 <input type="checkbox"/> Assembléia de Deus | 12 <input type="checkbox"/> Luterana |
| 3 <input type="checkbox"/> Batista | 13 <input type="checkbox"/> Messiânica |
| 4 <input type="checkbox"/> Budista | 14 <input type="checkbox"/> Metodista |
| 5 <input type="checkbox"/> Candomblé | 15 <input type="checkbox"/> Presbiteriana |
| 6 <input type="checkbox"/> Casa da Bênção | 16 <input type="checkbox"/> Testemunha de Jeová |
| 7 <input type="checkbox"/> Católica | 17 <input type="checkbox"/> Universal do Reino de Deus |
| 8 <input type="checkbox"/> Congregação Cristã do Brasil | 18 <input type="checkbox"/> Umbanda |
| 9 <input type="checkbox"/> Espírita Kardecista | 19 <input type="checkbox"/> Outra (especifique): |
| 10 <input type="checkbox"/> Evangelho Quadrangular | 20 <input type="checkbox"/> Não tenho religião |

A21 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES (sem contar situações como casamento, batizado ou enterro), com que frequência você compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião?

- 1 Mais de 1 vez por semana
2 1 vez por semana
3 2 a 3 vezes por mês
4 Algumas vezes no ano
5 Uma vez no ano
6 Não compareci nenhuma vez

A22 – No ÚLTIMO MÊS você procurou atendimento para sua saúde (mesmo que na farmácia)?

- 1 Sim
2 Não
- Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento?

/ / / / /

A23 – Nos últimos seis meses você procurou atendimento para sua saúde (mesmo que na farmácia) – incluindo as da pergunta anterior

- 1 Sim
- 2 Não
-
- Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento?
- / / / /

A24 – Nos último ano você procurou atendimento para sua saúde (mesmo que na farmácia) – incluindo as da pergunta anterior?

- 1 Sim
- 2 Não
-
- Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento?
- / / / /

A 25 – De um modo geral, em comparação as pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?

- 1 Muito Bom
- 2 Bom
- 3 Regular
- 4 Ruim

ANEXO B

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo.

D1 – Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?
(se for o caso, inclua esposo(a) companheiro(a) ou filhos nesta resposta.)

_____ parentes

2 nenhum

D2 – Com quantos AMIGOS você sente à vontade e pode falar quase tudo?
(não inclua nesta resposta esposo(a), companheiro(a) e outros parentes.)

_____ amigos

2 nenhum

D3 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?

1 Sim

2 Não

Se SIM, com que frequência?

1 Mais de uma vez por semana

2 1 vez por semana

3 2 a 3 vezes por mês

4 Algumas vezes no ano

5 Uma vez no ano

D4 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?

1 Sim

2 Não

Se SIM, com que frequência?

1 Mais de uma vez por semana

2 1 vez por semana

3 2 a 3 vezes por mês

4 Algumas vezes no ano

5 Uma vez no ano

D5 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, na Igreja, ou outras?

1 Sim

2 Não

Se SIM, com que frequência?

1 Mais de uma vez por semana

2 1 vez por semana

3 2 a 3 vezes por mês

4 Algumas vezes no ano

5 Uma vez no ano

ANEXO C

D25 – Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS , você usou algum medicamento?

1 Sim

2 Não

Se SIM, que medicamento(s) você usou nas ÚLTIMAS SEMANAS?

ANEXO D

Agora, nós gostaríamos de saber como você tem passado, nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, em relação aos aspectos Abaixo relacionados. Aqui, queremos saber somente sobre problemas mais recentes e não sobre aqueles que você possa ter tido no passado.

Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você tem...

B1) perdido muito sono por preocupação?

- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume

B2) se sentindo constantemente nervoso(a) e tenso(a)?

- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume

B3) sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?

- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos que de costume 4 Muito menos que de costume

B4) sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?

- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos útil que de costume 4 Muito menos útil que de costume

B5) sido capaz de enfrentar seus problemas?

- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos capaz que de costume 4 Muito menos capaz que de costume

B6) se sentindo capaz de tomar decisões?

- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos capaz que de costume 4 Muito menos capaz que de costume

B7) sentindo que está difícil de superar suas dificuldades?

- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume

B8) se sentindo feliz de um modo geral?

- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos que de costume 4 Muito menos que de costume

B9) tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?

- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos que de costume 4 Muito menos que de costume

B10) se sentindo triste e deprimido(a)?

- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume

B11) perdido a confiança em você mesmo?

- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume

B12) se achado uma pessoa sem valor?

- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume
-