

ALESSANDRA CAROLINE DOMINGOS DE FIGUEIREDO

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
CONSUMO E GASTOS COM PSICOTRÓPICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
NO ESTADO DE MINAS GERAIS: ANÁLISE DE 2011 A 2013**

Brasília, Brasil
2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
CONSUMO E GASTOS COM PSICOTRÓPICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
NO ESTADO DE MINAS GERAIS: ANÁLISE DE 2011 A 2013**

ALESSANDRA CAROLINE DOMINGOS DE FIGUEIREDO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Noemia Urruth Leão Tavares

Brasília, Brasil.

2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
CONSUMO E GASTOS COM PSICOTRÓPICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
NO ESTADO DE MINAS GERAIS: ANÁLISE DE 2011 A 2013**

ALESSANDRA CAROLINE DOMINGOS DE FIGUEIREDO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Noemia Urruth Leão Tavares

Brasília, Brasil.

2015

ALESSANDRA CAROLINE DOMINGOS DE FIGUEIREDO

**CONSUMO E GASTOS COM PSICOTRÓPICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
NO ESTADO DE MINAS GERAIS: ANÁLISE DE 2011 A 2013**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Aprovado em 14 de abril de 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Noemia Urruth Leão Tavares, Presidente
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, UNB.

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva,
Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, UNB.

Prof. Dr. Janeth de Oliveira Silva Naves,
Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Brasília, UNB.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal descrever a demanda, consumo e os gastos com medicamentos psicotrópicos no Componente Básico da Assistência Farmacêutica no SUS no Estado de Minas Gerais no período que corresponde de 2011 a 2013. Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo com análise de dados secundários de banco de registro de solicitação e distribuição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) da Secretaria de Estado do Estado de Minas Gerais (SES-MG) no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2013. Os resultados encontrados nesse estudo mostraram que os psicotrópicos são responsáveis por um gasto total R\$ 12 milhões ao longo do período de 3 anos do estudo, o que corresponde a cerca de 3% do total gasto pela SES-MG com medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), considerando os gastos com antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes e antipsicóticos. O maior consumo entre todos os psicotrópicos é do haloperidol, medicamento utilizado no tratamento de esquizofrenia. Entre os antidepressivos, a fluoxetina tem a maior demanda e consumo nas farmácias públicas e o clonazepam é o fármaco de maior demanda entre os psicotrópicos e maior consumo entre os benzodiazepínicos. O haloperidol foi o responsável pelo maior peso nos gastos (38%) com o grupo de medicamentos psicotrópicos. Os resultados desse estudo demonstraram que há uma grande demanda, consumo e gastos expressivos com medicamentos para os tratamentos de psicoses, transtornos de ansiedade e depressão na Assistência Farmacêutica Básica e pode auxiliar gestores no planejamento e tomada de decisões no tocante as políticas públicas de saúde e alocação de recursos.

ABSTRACT

This study aimed to describe the demand, consumption and spending on psychotropic medications in Basic pharmaceutical assistance component in SUS in the state of Minas Gerais in the period 2011 to 2013. This is a retrospective descriptive study with analysis of secondary data request record database and distribution Basic Component medicines pharmaceutical assistance (CBAF) the Secretary of State of Minas Gerais (SES-MG) from January 2011 to December 2013. The results in this study showed that psychotropics are responsible for an average cost per year of US \$ 4 million, which corresponds to about 3% of total expenditure per year for SES-MG with Basic Component medicines pharmaceutical assistance (CBAF). Fluoxetine is an antidepressant with higher demand and consumption in public pharmacies and clonazepam is the greatest demand among psychotropic drug and higher consumption of benzodiazepines. The higher consumption among all psychotropic is haloperidol, a drug used to treat schizophrenia. He was also responsible for the largest weight in spending (38%) with the group of psychotropic medications. The results of this study showed that there is still a great demand, consumption and significant spending on drugs for the treatment of psychosis, anxiety disorders and depression in Basic Pharmaceutical Assistance and can assist managers in planning and decision-making regarding public health policies and resource allocation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da demanda total de aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica em unidades* por grupos mais frequentes no período de 2011-2013 no Estado de Minas Gerais.

Tabela 2: Percentual de demanda anual reprimida de psicotrópicos.

Tabela 3: Percentual de gastos médios anuais de psicotrópicos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES OU FIGURAS

Figura 1: Demanda média anual de psicotrópicos.

Figura 2: Consumo médio de psicotrópicos por DDD a cada 10.000 habitantes.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADT	Antidepressivos tricíclicos
AFB	Assistência Farmacêutica Básica
BZD	Benzodiazepínicos
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CGD	Carga Geral da Doença
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
DCB	Denominação Comum Brasileira
DDD	Dose Diária Definida
EUM	Estudo de Utilização de Medicamentos
FDA	Food Drug Administration
IMAO	Inibidores Monoamina Oxidase
ISRS	Inibidores Seletivos de receptação de Serotonina
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIGAF	Sistema de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica de Minas Gerais
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizado

SUMÁRIO

Contents

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Transtornos mentais: conceito, prevalência e principais morbidades	17
3.2 Utilização de medicamentos para tratamento de transtornos psiquiátricos:	17
3.2.1 Breve contextualização	18
3.2.2 Utilização e uso inadequado	20
3.3 Estudos de Utilização de medicamentos e importância do profissional de saúde.....	20
3.4 Medicamentos psicotrópicos	21
3.5 Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde	24
3.5.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica: Financiamento e execução.....	25
4 MÉTODOS	27
4.1 Delineamento e população do estudo.....	27
4.2 Procedimento de Coleta de Dados	27
4.2.1 Variáveis analisadas	29
4.3 Procedimentos de Análise de Dados	29
4.3.1 Análise da demanda	29
4.3.2 Análise do Consumo	30
4.3.3 Análise dos gastos com a aquisição	32
4.4 Aspectos Éticos	32
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1 ARTIGO 1	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Consumo e gastos com psicotrópicos no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais: análise de 2011 a 2013”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, em 14 de abril de 2015. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

- 1.Introdução, Referencial Teórico e Objetivos
- 2.Artigo
- 3.Conclusões e/ou Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

1 INTRODUÇÃO

O tema do financiamento público de programas e ações em saúde mental é um tema relevante para o campo da saúde no mundo. Sendo um relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos mentais respondem por no mínimo 12% da carga global da doença, devendo chegar a 15% em 2020 (Murray; 1996). De acordo com esse relatório, fazem parte do grupo de transtornos que afetam a saúde mental; as manifestações depressivas, a esquizofrenia, as resultantes do abuso de substâncias, a epilepsia, o atraso mental, as perturbações da infância e da adolescência e a doença de Alzheimer. A epilepsia, embora seja uma perturbação claramente neurológica, é também incluída por ter sido historicamente encarada como doença mental e ser ainda considerada como tal em muitas sociedades (Murray; 1996). Apesar disso, mais de 1 bilhão de pessoas vivem em países que gastam menos de 1% do orçamento da saúde em saúde mental (WHO; 2001).

Os medicamentos psicotrópicos são fármacos utilizados no tratamento de transtornos mentais, como a ansiedade e depressão. São definidas como drogas que agem no sistema nervoso central (SNC) alterando comportamento, humor, cognição e que podem causar dependência química e psicológica. Esses medicamentos incluem fármacos contra a ansiedade, antidepressivos, sedativos, hipnóticos, antipsicóticos e anticonvulsivantes. A importância de tema se torna mais evidente ao constarmos que a depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia (Murray; 1996). A nível mundial o histórico de depressão entre a população aumenta consideravelmente, sendo um dado preocupante para a saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que, nas próximas décadas, haverá uma mudança nas necessidades de saúde da população mundial devido ao fato de as doenças como a depressão estar substituindo os tradicionais problemas das doenças infecciosas e de má nutrição. Em 2020, a depressão só perderá para doenças cardíacas isquêmicas (Bahls; 2003)

Outro problema de saúde pública é o elevado consumo de ansiolíticos principalmente os benzodiazepínicos. Esses estão entre os medicamentos mais usados no mundo todo, havendo estimativas de que entre 1 e 3% de toda a população ocidental já os tenha consumido regularmente por mais de um ano (Baldessarini; 1995). Nesse contexto, a

análise sob perspectiva do Sistema Único de Saúde, sobre a demanda, o consumo e os gastos com medicamentos psicotrópicos, utilizados no tratamento de doenças com elevado impacto na saúde pública e no campo social; como depressão e os transtornos de ansiedade, poderá contribuir para traçar um perfil de utilização desses medicamentos no sistema público de saúde. Além disso, esse estudo poderá subsidiar o planejamento e as decisões de gestores públicos em relação a política de assistência farmacêutica e as políticas no âmbito da Atenção Básica e da Saúde Mental, tendo em vista um outro tema importante que se refere aos gastos em saúde, buscando a melhor alocação dos recursos financeiros da saúde pública em um contexto de recursos finitos e demandas crescentes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever o consumo e gastos com psicotrópicos no Sistema único de Saúde no Estado de Minas Gerais no período de 2011 a 2013.

2.2 Objetivos Específicos

Verificar a demanda e a quantidade distribuída de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pelo Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais no período de 2011 a 2013;

Descrever o consumo e as principais classes de psicotrópicos distribuídos pelo Estado no período analisado;

Analisar os gastos de aquisição com medicamentos psicotrópicos no Componente Básico da Assistência Farmacêutica pelo Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais no período de 2011 a 2013.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Transtornos mentais: conceito, prevalência e principais morbidades

As perturbações mentais e comportamentais são uma série de perturbações definidas pela Classificação Internacional das Doenças (ICD-10). Embora os sintomas variem consideravelmente, tais comportamentos caracterizam-se, geralmente, por uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas. São exemplos a esquizofrenia, a depressão, o atraso mental e as perturbações pelo uso de substâncias psicoativas (Murray; 1996) A 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 12 (DSM-V-TR) é a referência em diagnósticos, utilizada mundialmente por profissionais da área de saúde mental. Esse manual apresenta diferentes categorias de transtornos mentais e os critérios para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association*). O DSM- V-TR organiza os tipos de transtornos em 23 capítulos, entre eles: transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, espectro de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos e outros tais como, disfunção sexuais, transtornos de neurodesenvolvimento e etc.

Estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo e que este número vem sofrendo um aumento progressivo, principalmente nos países em desenvolvimento (Menezes; 1996). Os transtornos mentais são responsáveis por aproximadamente 13% da carga global das doenças (CGD) em todo mundo. Nos países de baixa e média renda os transtornos mentais correspondem a 80% da carga global de doenças (Murray; 1996). No Brasil, ainda é muito pequeno o número de investigações epidemiológicas de base populacional, especialmente na área de saúde mental. Entretanto, nas últimas décadas, isto vem se modificando (Prince et al.; 2007). Em Porto Alegre e São Paulo, cerca de 50% dos pacientes que procuram os serviços primários de saúde são considerados portadores de algum tipo de distúrbio mental (Coutinho et al.; 2002).

3.2 Utilização de medicamentos para tratamento de transtornos psiquiátricos:

3.2.1 Breve contextualização

O atendimento ao portador de transtorno mental no Brasil, desde o século XIX e prolongando-se por décadas, estava ligado principalmente ao modelo hospitalocêntrico e asilar, cujo tratamento oferecido era limitado a internações duradouras, mantendo o doente afastado do seu ambiente familiar e social.. A Lei Federal 10.216 sancionada em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, redirecionou a assistência em saúde mental privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária. O Ministério da Saúde criou linhas específicas de financiamento de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Tal processo se deve às ações na esfera governamental e pelos movimentos sociais em luta pela transição do modelo centralizado na assistência hospitalar psiquiátrica para outro focado em dispositivos de base comunitária (Tribunal de Contas da União; 2005). A atenção primária tem um importante papel na assistência a certas demandas em Saúde Mental (Figueiredo & Campos; 2009). As ações de saúde mental desenvolvidas nas unidades básicas caracterizam-se pela integração da profilaxia e tratamento dentro do limite pertinente de atuação e complexidade . Através do aproveitamento máximo de cada componente da equipe, visa-se superar o uso tão frequente de fármacos, enquanto único recurso, e instituir a psicoterapia breve como modalidade de tratamento (caixeta & Moreno; 2008). Segundo o relatório sobre saúde mental da OMS, é fundamental o controle e tratamento de perturbações mentais, no contexto dos cuidados primários, sendo esse um passo fundamental para o acesso de um maior número possível de pessoas, de forma rápida, aos serviços. Além disso, devem ser fornecidos, e estar constantemente disponíveis, medicamentos psicotrópicos essenciais em todos os níveis de cuidados de saúde. Estes medicamentos devem ser incluídos nas listas de medicamentos essenciais de todos os países, eles proporcionam o tratamento de primeira linha, especialmente em situações em que não estão disponíveis intervenções psicossociais nem profissionais altamente qualificados (Murray; 1996)

3.2.2 Utilização e uso inadequado

Nesse contexto de políticas de saúde e da Assistência Farmacêutica, deve-se chamar a atenção para o problema do uso inadequado dos medicamentos. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 15% da população consomem mais de 90% da produção farmacêutica; 25-70% do gasto em saúde nos países em desenvolvimento correspondem a medicamentos, comparativamente nos países desenvolvidos esse percentual chega a 15%. Outro dado relevante é que 50 a 70% das consultas médicas geram uma prescrição medicamentosa; 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente (Brasil; 2007). É evidente a necessidade da disponibilização do tratamento e do uso de medicamentos no tratamento da saúde mental, mas é importante que o uso ocorra de forma racional e que exista o acompanhamento dos pacientes por um profissional de saúde.

O uso inadequado de medicamentos, principal consequência do consumo exacerbado, contribui para o surgimento de eventos adversos, aumentando o risco de morbidade e mortalidade, além da elevação dos custos com a saúde (Vieira; 2007) Os episódios de reações adversas ocorridas no século XX, como o do dietilenoglicol e da talidomida, despertou o interesse para o risco do uso indevido de medicamentos (Vieira; 2007). Sendo assim, os países começaram a se preocupar com o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos incentivados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir da década de 1970. Neste sentido, desde a Declaração de Tóquio em 1993, a OMS tenta reforçar a importância da incorporação do farmacêutico à equipe de saúde, visto que esse seria um profissional capacitado para a condução destas ações (Marin; 2003).

3.3 Estudos de Utilização de medicamentos e importância do profissional de saúde

Ainda sobre o problema do uso inadequado de medicamentos, no que tange as políticas públicas de saúde e da Assistência Farmacêutica, a farmacoepidemiologia, principalmente os estudos de utilização dos medicamentos (EUM), que são levantamentos epidemiológicos de medicamentos utilizados por uma população específica, podendo utilizar ferramentas como a farmacovigilância e farmacoeconomia. Esses estudos apresentam-se como alternativa para a redução dos custos nos serviços de saúde, pois por meio destes estudos populacionais torna-se possível detectar eventos adversos, auxiliando no desenvolvimento de políticas governamentais e na realização de intervenções educativas – ambas tendo como objetivo o uso racional dos medicamentos

(Melo; 2006). Porém, vale enfatizar que as investigações epidemiológicas no Brasil são ainda limitadas, com número restrito de publicações científicas, especialmente na área de saúde mental. A crescente utilização de medicamentos, inclusive psicotrópicos, devido à medicalização da sociedade, às pressões mercadológicas da indústria farmacêutica e ao envelhecimento da população, promove a utilização inadequada de medicamentos (Lima et al.; 1999). No entanto, o uso inadequado de psicotrópicos, uma realidade no país, provoca tolerância, dependência e outras reações adversas extremamente danosas aos indivíduos, deixando clara a necessidade de intervenção (Noto et al.; 2002).

3.4 Medicamentos psicotrópicos

Os psicotrópicos são aqueles que interferem primeiramente em função do sistema nervoso central (SNC). Os psicotrópicos podem ser divididos em quatro categorias principais. Os ansiolíticos-sedativos, particularmente os benzodiazepínicos, são utilizados para a farmacoterapia de distúrbios de ansiedade. Os antidepressivos, agentes que elevam o humor. Os antimaníacos ou estabilizadores do humor, notavelmente os sais de lítio e determinados anticonvulsivantes são utilizados no tratamento dos distúrbios afetivos do humor e condições relacionadas. Os antipsicóticos ou neurolepticos são utilizados no tratamento de doenças psiquiátricas, como as psicoses e a mania, exercendo efeitos benéficos sobre o humor e o raciocínio (Forte; 2007).

Antidepressivos

Os antidepressivos são uma classe de fármacos indicada para o tratamento e remissão de sintomas característicos da síndrome depressiva, em pelo menos um grupo de pacientes com transtorno depressivo. Algumas substâncias com atividade antidepressiva podem ser indicadas também no tratamento de transtornos psicóticos. O primeiro grupo de fármacos para o tratamento da depressão surgiu na década de 1960, designado como tricíclicos (ADT), tendo a imipramina e a amitriptilina como os protótipos desta geração. O segundo grupo é representado pelos inibidores da monoaminoxidase (IMAO), com aparecimento também nos anos 1960, sendo a iproniazida o primeiro fármaco. Em 1987, a agência reguladora de medicamentos e alimentos, Food and Drug Administration (FDA), dos Estados Unidos, aprovou o primeiro fármaco (fluoxetina) do grupo dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) (Coulter, 1995).

Os tricíclicos atuam sobre receptores noradrenérgicos e serotoninérgicos (que, acredita-se, mediam sua ação terapêutica), bem como histaminérgicos, alfa-adrenérgicos, muscarínicos e dopaminérgicos, e são responsáveis por vários efeitos colaterais. Os mais descritos são: hipotensão ortostática, boca seca, tremores, constipação, taquicardia, diminuição da pressão arterial sistólica ao levantar. Tremor fino, de alta frequência, em geral das extremidades superiores, ocorre em até 10% dos pacientes e parece ser devido à excessiva estimulação adrenérgica (Moreno, 1999). Por sua ação anticolinérgica, ADTs podem causar efeitos cognitivos. Efeitos anticolinérgicos também podem causar complicações em pacientes com glaucoma de ângulo estreito ou desencadear retenção urinária em pacientes com prostatismo. Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) por não apresentar efeitos sobre a estabilidade de membranas e ter pequena afinidade por receptores adrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos, os ISRS são geralmente bem tolerados e isentos de risco em cardiopatas. Seus efeitos adversos mais comuns resultam do próprio bloqueio da recaptação de serotonina: náuseas, vômitos, diarreia, insônia, ansiedade, agitação, acatisia, tremor, cefaleia e disfunção sexual. As superdosagens são menos perigosas que as dos ADT, e seus sintomas incluem agitação, nervosismo, náuseas, vômitos, convulsões e hipomania (Coulter; 1995).

Muitas revisões consideram os Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) a primeira linha de tratamento para depressão nos idosos devido a seu perfil mais vantajoso de efeitos colaterais (Coulter; 1995). Porém, com mais experiência em sua administração e mais tempo de observação, tem-se descoberto que não são isentos de risco. O tratamento da depressão baseia-se em um grupo variado de agentes terapêuticos antidepressivos, em parte porque a depressão clínica é uma síndrome complexa de gravidade amplamente variada (Goodman & Gilman; 2006).

Ansiolíticos

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) está entre os transtornos da ansiedade e, conseqüentemente, transtornos mentais, mais freqüentemente encontrados na clínica. Embora visto inicialmente como um transtorno leve, atualmente se avalia que o TAG é uma doença crônica, associado a uma morbidade relativamente alta e a altos custos individuais e sociais. Por exemplo, cerca de 24% dos pacientes classificados como

grandes usuários de serviços médicos ambulatoriais apresentam diagnóstico de TAG (Schweizer; 1995). Os benzodiazepínicos são a classe de medicamentos mais comuns no tratamento de transtornos de ansiedade .

Antipsicóticos

Os medicamentos antipsicóticos, utilizados no tratamento da esquizofrenia, foram introduzidos na clínica na década de 1950. Inicialmente batizados de “Neurolépticos”, ou “Tranqüilizantes Maiores” (em oposição aos benzodiazepínicos, os “Tranqüilizantes Menores”), eles são atualmente agrupados em duas categorias: “Antipsicóticos Típicos” ou “Antipsicóticos Atípicos” (King et al.; 2002). Os antipsicóticos típicos são antagonistas do receptor D2 da Dopamina e são representados pelos seguintes fármacos, em ordem decrescente de potência: clorpromazina, haloperidol, flupentixol, fluspirileno, sulpirida, levomepromazina, clorprotixeno.

Anticonvulsivantes (Antiepiléticos e antiparkinsonianos)

O valproato de sódio é um fármaco utilizado como coadjuvante no tratamento de transtornos de humor. É um ácido carboxílico de estrutura molecular relativamente simples, cujas características antiepiléticas foram descobertas por acaso na Europa, em 1963. Era utilizado como veículo para outras drogas que eram pesquisadas para avaliar o potencial antiepilético (McElroy et al.; 2000). A combinação do divalproato de sódio e lítio apresentou eficácia superior ao uso isolado do lítio (associado com placebo) para prevenir episódios afetivos (Solomon et al.; 1997). Os antiparkinsonianos, em especial o biperideno, têm seu lugar, como medicação coadjuvantes da terapia das psicoses.

Os medicamentos psicotrópicos são de grande validade no tratamento de diversos distúrbios psiquiátricos, mas não devem ser prescritos de uma forma crônica, a não se que façam ajustes para uma reavaliação regular e cuidadosa do estado da paciente. A posologia e a duração do tratamento devem ser adequadas para as necessidades de cada paciente. De forma geral, a indicação para o uso de psicotrópicos irá depender do diagnóstico, considerando fatores como o tipo de droga, a dosagem, a farmacocinética e a sensibilidade individual (Santos; 1997).

3.5 Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde

Desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os governos adotem listas de medicamentos essenciais como política fundamental para a garantia de acesso das populações a medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos, voltados ao atendimento de suas doenças mais prevalentes e que estejam disponíveis em quantidades adequadas (OMS; 2002).

A assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica, também é área de atuação do SUS (Brasil; 2008). A Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

O Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, destinado à aquisição de medicamentos e insumos para a população é dividido em três componentes: Componente Básico, Componente Estratégico e Componente Especializado.

O Componente Básico destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e daqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, por meio do repasse de recursos financeiros às secretarias municipais e/ou estaduais de saúde. O Componente Estratégico, destina-se a compra de medicamentos e insumos para programas de saúde estratégicos: controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais do programa DST/ Aids; sangue e hemoderivados e imunobiológicos, sendo os medicamentos adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS que busca garantir de integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, com linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. O acesso aos medicamentos para as doenças contempladas é garantido mediante a pactuação do financiamento entre a União, estados, Distrito Federal e municípios.

3.5.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica: Financiamento e execução

A Assistência Farmacêutica Básica (AFB) apresenta financiamento das três instâncias gestoras do SUS; União, Estado e Município, sendo os valores das contrapartidas de cada ente federado pactuados entre os gestores nas Comissões Intergestores, Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB). A Portaria no 1.555, de 30 de julho de 2013 atualizou os valores, os elencos de medicamentos e as transferências de recursos para AFB.

A referida Portaria regulamenta sobre a responsabilidade pelo financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica de forma tripartite, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores:

- União: R\$ 5,10 por habitante/ano para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;
- Estados: R\$ 2,36 por habitante/ano para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;
- Municípios: R\$ 2,36 por habitante/ano para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS.

Os recursos financeiros federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos entes federativos em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) do valor total anual, conforme o destino pactuado no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para o Fundo Estadual de Saúde (FES) ou para o Fundo Municipal de Saúde (FMS).

Em relação a execução do componente, o Ministério da Saúde adquire de forma centralizada os métodos contraceptivos para atender ao Programa da Saúde da Mulher e as Insulinas Humanas NPH e Regular para tratamento da Diabetes Melitus. Os contraceptivos são distribuídos para as Secretarias Estaduais de Saúde, as quais são responsáveis pela distribuição aos municípios e, diretamente, para as Secretarias Municipais de Saúde das capitais estaduais e municípios com população superior a 500 mil habitantes. Já as insulinas, são entregues nas Secretarias Estaduais de Saúde, que são responsáveis pelas distribuições aos municípios.

A assistência farmacêutica não está restrita à produção e distribuição de medicamentos, mas abrange um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, centrado no medicamento. Com esta concepção, a assistência farmacêutica engloba as atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição e dispensação, esta última entendida como o ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado e farmacovigilância (Araújo, Freitas; 2005).

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento e população do estudo

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo com análise de dados secundários de banco de registro de solicitação e distribuição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) da Secretaria de Estado do Estado de Minas Gerais (SES-MG) no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2013.

4.2 Procedimento de Coleta de Dados

O banco de dados foi solicitado à SES-MG através do Portal da Transparência do Governo de Minas Gerais (Anexo). Foram incluídos na análise os dados de programação (solicitação de medicamentos) e distribuição do CBAF dos municípios registrados via sistema SIGAF, que possuem pactuação de gestão centralizada (totalizando 782 municípios, do total de 853 municípios do Estado de Minas Gerais), conforme deliberação em CIB (Deliberação CIB SUS 610/2010). De forma complementar, foram utilizados dados financeiros públicos de aquisição oriundos dos processos de aquisição com medicamentos no período obtidos através do Portal de Compras do Estado de Minas Gerais (www.compras.mg.gov.br), consultando as atas de registro de preços de compra de medicamentos em cada ano analisado.

A distribuição do número apresentações dos fármacos por grupo farmacológico está apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Número de apresentações dos fármacos por grupos farmacológicos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) distribuídos pela SES-MG no período analisado.

Grupo farmacológicos* distribuídos pelo CBAF -SES-MG

Anti-inflamatórios não esferoidais -AINEs	2
Analgésicos e Antipiréticos	5
Antiácidos	2
Antialérgicos	4
Antianêmicos	3
Antiasmáticos e drogas para o tratamento de obstruções das vias aéreas	5
Antibióticos	21
Anticoagulantes	2
Psicotrópicos (Antidepressivos/ Ansiolíticos / Antipsicóticos)	21
Antidiabéticos orais	4
Antieméticos	2
Antiepiléticos	6
Antifúngicos	9
Antigotosos	2
Antiinflamatório esteróide	3
Antiparasitários	7
Antiparkinsonianos	4
Dermatológicos	1
Hipoglicemiantes	2
Imunossupressores	2
Oftalmológicos	4
Reidratação oral	1
Repositores da estrutura óssea e mineralização	2
Repositores hormonais tireoidianos	3
Soluções de irrigação	2
Suplementos minerais	1
Toxoplasmose	2
TOTAL DE APRESENTAÇÕES	147

Fonte: REME-MG disponível em: www.saude.mg.gov.br

Foram excluídos da análise medicamentos e insumos do CBAF destinados ao tratamento de diabetes e do programa saúde da mulher que são de compra centralizada pelo Ministério da Saúde.

Posteriormente realizado um recorte para análise dos medicamentos psicotrópicos, foco do estudo. Os medicamentos psicotrópicos analisados foram classificados conforme o grupo farmacológico, a saber:

- a) antidepressivos: fluoxetina, amitriptilina, clomipramina, imipramina e nortriptilina
- b) antipsicóticos: haloperidol, carbonato de lítio e clorpromazina
- c) ansiolíticos benzodiazepínicos: (diazepam e clonazepam)
- d) anticonvulsivante: valproato de sódio
- e) antiparkinsoniano: biperideno

4.2.1 Variáveis analisadas

Foram analisadas variáveis relativas a demanda de solicitação e distribuição de medicamentos expressa como menor unidade solicitada, as apresentações de 30 comprimidos ou cápsulas ou unidade de 01 frasco ou um frasco-ampola. O custo médio de aquisição foi expresso em moeda monetária corrente.

4.3 Procedimentos de Análise de Dados

4.3.1 Análise da demanda

A análise da demanda e distribuição média no período foi realizada considerando a quantidade total solicitada por apresentação dos fármacos por ano dividido pelos três anos analisados.

Para análise da demanda reprimida total no período foi considerada a fórmula abaixo:

$$DR = Q_{Stotal} (-) Q_{Dist.total} / 3$$

Foi calculada o percentual de representação do grupo dos psicotrópicos em relação ao total de medicamentos dos demais grupos farmacológicos demandados e distribuídos no período.

4.3.2 Análise do Consumo

Os dados de consumo dos medicamentos foram realizados somente para os medicamentos psicotrópicos e foram expressos, para cada medicamento, em Dose/Habitante/Dia, que corresponde à Dose Diária Definida (DDD) por 10.000 habitantes/dia. A DDD é uma unidade técnica de medida e comparação, que é definida como a dose média diária de manutenção de um medicamento, quando usada em sua indicação terapêutica principal, estabelecida pelo Centro Colaborador da OMS em Metodologia e Estatísticas de Medicamentos 45.

A fórmula utilizada para cálculo foi:

$$DDD/10000hab/dia = \{(QDist\ ano / (DDDteórica \times 365 \times população\ assistida)\} \times 10.000$$

A população total dos municípios analisados corresponde à 9.261.120 milhões de pessoas (IBGE; 2010), 48% da população total do Estado. Para cálculo da DDD, foi assumido como população assistida (usuária do Sistema único de Saúde), 75% da população dos municípios analisados, ou seja, 6.945.840 milhões de pessoas.

O Quadro 2 apresenta os demais parâmetros utilizados para cálculo da DDD

Fármaco (DCB)	Forma Farmacêutica	Dosagem	Grupo terapêutico	DDD
amitriptilina	comprimido	25 mg	Antidepressivos	75 mg
biperideno	comprimido	2 mg	Antiparkinsoniano	10 mg
carbonato de lítio	comprimido	300 mg	Antipsicóticos	888 mg
clomipramina	comprimido	25 mg	Antidepressivos	100 mg
clonazepam	comprimido	2 mg	Benzodiazepínicos	8 mg
clorpromazina	solução oral	2,5 mg/mL		8 mg
	comprimido	100 mg	Antipsicóticos	300 mg
	comprimido	25 mg		300 mg
	solução	40 mg/mL		300 mg
diazepam	comprimido	10 mg	Benzodiazepínicos	30 mg
fluoxetina	comprimido	5 mg	Antidepressivos	30 mg
	cápsula	20 mg	Antidepressivos	20 mg
haloperidol	comprimido	5 mg	Antipsicóticos	8 mg
	solução injetável	5 mg/mL		8 mg
	solução oral	2 mg/mL		8 mg
	solução injetável	50 mg/mL		8 mg
imipramina	comprimido	25 mg	Antidepressivos	100 mg
	revestido			
cloridrato de nortriptilina	cápsula	25 mg	Antidepressivos	75 mg
	cápsula	50 mg		75mg
valproatro de sódio	cápsula ou comprimido	equivalente a 250 mg de ácido valproico	Antiepiléticos	1500 mg
	solução oral ou xarope	equivalente 50 mg/mL de ácido valproico		1500 mg

4.3.3 Análise dos gastos com a aquisição

A análise dos gastos médios de aquisição dos medicamentos foi realizada através da consulta das atas de registro de preço dos medicamentos adquiridos pelo Estado de Minas Gerais no período analisado. Os valores unitários dos medicamentos adquiridos foram multiplicados pela quantidade distribuída. A fórmula do cálculo realizado está apresentada abaixo:

$$GM = C.aq \text{ Med. } \times QDist.total$$

4.4 Aspectos Éticos

Por se tratar de estudo de análise de banco de dados referente a aquisição de medicamentos do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais, não envolvendo seres humanos, que é considerada pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 como “*pesquisa que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos*”, o presente trabalho não necessita de submissão ou aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO 1

[Consumo e gastos com psicotrópicos no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais: análise de 2011 a 2013]

[Consumption and spending on psychotropic drugs in the Unified Health System in the State of Minas Gerais: Analysis 2011-2013]

[Alessandra Caroline Domingos de Figueiredo], Mestranda em Saúde Coletiva
Universidade de Brasília, UNB;

[Noemia Urruth Leão Tavares], Professora da Faculdade de Ciências da Saúde ,
Universidade de Brasília, UNB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)

Consumo e gastos com psicotrópicos no Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais: análise de 2011 a 2013.

RESUMO:

Este estudo teve como objetivo principal descrever a demanda, consumo e os gastos com medicamentos psicotrópicos no Componente Básico da Assistência Farmacêutica no SUS no Estado de Minas Gerais no período de 2011 a 2013. Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo com análise de dados secundários de banco de registro de solicitação e distribuição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) da Secretaria de Estado do Estado de Minas Gerais (SES-MG) no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2013. Os resultados encontrados nesse estudo mostraram que os psicotrópicos são responsáveis por um gasto médio por ano de R\$4 milhões, o que corresponde a cerca de 3% do total gasto por ano pela SES-MG com medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). A fluoxetina é o antidepressivo com maior demanda e consumo nas farmácias públicas e o clonazepam é o fármaco de maior demanda entre os psicotrópicos e maior consumo entre os benzodiazepínicos. O maior consumo entre todos os psicotrópicos é do haloperidol, medicamento utilizado no tratamento de esquizofrenia. Ele também foi o responsável pelo maior peso nos gastos (38%) com o grupo de medicamentos psicotrópicos. Os resultados desse estudo demonstraram que ainda há uma grande demanda, consumo e gastos expressivos com medicamentos para os tratamentos de psicoses, transtornos de ansiedade e depressão na Assistência Farmacêutica Básica e pode auxiliar gestores no planejamento e tomada de decisões no tocante as políticas públicas de saúde e alocação de recursos.

Palavras chave: Gastos em Saúde; Gestão em Saúde; Assistência Farmacêutica

ABSTRACT:

This study aimed to describe the demand, consumption and spending on psychotropic medications in Basic pharmaceutical assistance component in SUS in the state of Minas Gerais in the period 2011 to 2013. This is a retrospective descriptive study with analysis of secondary data request record database and distribution Basic Component medicines pharmaceutical assistance (CBAF) the Secretary of State of Minas Gerais (SES-MG) from January 2011 to December 2013. The results in this study showed that psychotropics are responsible for an average cost per year of US \$ 4 million, which corresponds to about 3% of total expenditure per year for SES-MG with Basic Component medicines pharmaceutical assistance (CBAF). Fluoxetine is an antidepressant with higher demand and consumption in public pharmacies and clonazepam is the greatest demand among psychotropic drug and higher consumption of benzodiazepines. The higher consumption among all psychotropic is haloperidol, a drug used to treat schizophrenia. He was also responsible for the largest weight in spending (38%) with the group of psychotropic medications. The results of this study showed that there is still a great demand, consumption and significant spending on drugs for the treatment of psychosis, anxiety disorders and depression in Basic Pharmaceutical Assistance and can assist managers in planning and decision-making regarding public health policies and resource allocation.

Key words: Health Expenditures; Health Management; Pharmaceutical Services; medicines

INTRODUÇÃO

Segundo a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10)¹, os transtornos mentais (TM) se classificam como doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem ser classificados, ainda, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar. Os medicamentos psicotrópicos (psique=mente, topos=alteração), são modificadores seletivos do Sistema Nervoso Central e podem ser classificados, segundo a Organização Mundial de Saúde em: ansiolíticos e sedativos; antipsicóticos (neurolépticos); antidepressivos; estimulantes psicomotores; psicomiméticos e potencializadores da cognição (Rang et al,2001).

Os medicamentos psicotrópicos são utilizados no tratamento de transtornos psiquiátricos como psicoses, ansiedade e depressão. Esses fármacos possuem ação no Sistema Nervoso Central (SNC), podendo produzir alterações de humor, comportamento e cognição, são fáceis de autoadministração e podem levar a dependência (Silva; 2000). O uso inadequado de psicotrópicos, uma realidade no país, provoca tolerância, dependência e outras reações adversas extremamente danosas aos indivíduos, deixando clara a necessidade de intervenção (Noto et al., 2002).

No contexto de doenças que afetam o SNC, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a depressão, é uma das doenças que mais incapacitam pessoas ao redor do mundo e estima-se que até 2020 será a doença mais prevalente no mundo, afetando mais pessoas que o câncer e doenças cardíacas (WHO, 2008). Também segundo a OMS, a depressão será a doença que mais gerará custos econômicos e sociais para os governos, devido aos gastos com tratamento para a população e às perdas de produção. Ainda sobre doenças que afetam o SNC, os transtornos relativos a ansiedade levam a um consumo muito alto de benzodiazepínicos. Essa classe de medicamentos está entre os mais consumidos no mundo (Veras, 1999; Chaimowicz, 2000)

A evolução dos gastos com saúde e, especificamente medicamentos, tem preocupado os governos. Em muitos casos esse aumento foi superior à inflação e ao crescimento do

Produto Interno Bruto – PIB nos países membros da Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OECD). A média dos gastos em saúde enquanto percentual do PIB foi de 7,0% em 1990 e 8,9% em 2004 (Sulpino, 2007). Conclui-se que se essa tendência continuar e o nível do cuidado de saúde for mantido, os governos terão que adotar algumas medidas para sustentar o financiamento: aumentar impostos, cortar os gastos em outras áreas ou fazer com que as pessoas paguem mais do próprio bolso (Brussels, 2006).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde, SUS, fornece gratuitamente à população medicamentos para alguns dos transtornos mentais, tais como o tratamento de transtornos psiquiátricos, transtornos de ansiedade, depressão e neurológicos, como Parkinson e Alzheimer. No âmbito da atenção básica, os medicamentos são disponibilizados por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), e em linhas de tratamento de maior complexidade, por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), onde são disponibilizados medicamentos como rivastigmina, clozapina, lamotrigina, olanzapina, quetiapina e risperidona, ambos para esquizofrenia, com exceção de rivastigmina para tratamento de Doença de Alzheimer e lamotrigina para epilepsia. Nesse estudo, o objetivo é avaliar a demanda e os gastos no âmbito da Atenção Básica no SUS.

Nesse sentido, o CBAF é regulamentado pela Portaria GM/MS nº1555/2013 que define a execução e financiamento deste componente. Outros medicamentos para tratamento de transtornos mentais, são disponibilizados por meio do Componente Especializado, tais como

O financiamento do CBAF é de responsabilidade dos 3 entes federados; União, Estado e Município. O financiamento e execução do CBAF no Estado de Minas Gerais é regulamentado pela Deliberação 1610 de 16 de outubro de 2013, na qual estabelece os valores das contrapartidas de cada ente federado. O Estado de Minas Gerais pactou com a maioria dos municípios em Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a execução CBAF de forma plena, ou seja, o Estado fica responsável pela execução do recurso destinado ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, referente às contrapartidas federal, estadual e municipal, para aquisição e distribuição dos medicamentos CBAF. Os demais, realizam a aquisição dos medicamentos do CBAF da mesma forma em relação

ao financiamento, ou seja, com as contrapartidas federal, estadual e municipal, porém executam-nas de forma autônoma.

Este estudo teve como objetivo principal descrever a demanda, consumo e os gastos com medicamentos psicotrópicos no Componente Básico da Assistência Farmacêutica no SUS no Estado de Minas Gerais no período de 2011 a 2013. Como objetivo secundário, esse estudo visou descrever as principais classes de psicotrópicos distribuídos pelo Estado nesse período.

MÉTODOS:

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo com análise de dados secundários de banco de registro de solicitação e distribuição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) da Secretaria de Estado do Estado de Minas Gerais (SES-MG) no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2013.

O banco de dados foi solicitado à SES-MG através do Portal da Transparência do Governo de Minas Gerais (Anexo). Foram incluídos na análise os dados de programação (solicitação de medicamentos) e distribuição do CBAF dos municípios registrados via sistema SIGAF, que possuem pactuação de gestão centralizada (totalizando 782 municípios, do total de 853 municípios do Estado de Minas Gerais), conforme deliberação em CIB (Deliberação CIB SUS 610/2010). De forma complementar, foram utilizados dados financeiros públicos de aquisição oriundos dos processos de aquisição com medicamentos no período obtidos através

do Portal de Compras do Estado de Minas Gerais (www.compras.mg.gov), consultando as atas de registro de preços de compra de medicamentos em cada ano analisado.

Foram excluídos da análise medicamentos e insumos do CBAF destinados ao tratamento de diabetes e do programa saúde da mulher que são de compra centralizada pelo Ministério da Saúde.

Posteriormente realizado um recorte para análise dos medicamentos psicotrópicos, foco do estudo. Os medicamentos psicotrópicos analisados foram classificados conforme o grupo farmacológico, a saber a) antidepressivos: fluoxetina, amitriptilina, clomipramina, imipramina e nortriptilina; b) antipsicóticos: haloperidol, carbonato de lítio e

clorpromazina; c) ansiolíticos benzodiazepínicos: (diazepam e clonazepam); d) anticonvulsivante: valproato de sódio; e) antiparkinsoniano: biperideno.

Foram analisadas variáveis relativas a demanda de solicitação e distribuição de medicamentos expressa como menor unidade solicitada, as apresentações de 30 comprimidos ou cápsulas ou unidade de 01 frasco ou um frasco-ampola. O custo médio de aquisição foi expresso em moeda monetária corrente.

A análise da demanda e distribuição média no período foi realizada considerando a quantidade total solicitada por apresentação dos fármacos por ano dividido pelos três anos analisados.

Para análise da demanda reprimida total no período foi considerada a fórmula abaixo:

$$DR = Q_{S_{total}} (-) Q_{D_{total}} / 3$$

Foi calculada o percentual de representação do grupo dos psicotrópicos no total de medicamentos dos demais grupos farmacológicos demandados e distribuídos no período.

Os dados de consumo dos medicamentos foram realizados somente para os medicamentos psicotrópicos e foram expressos, para cada medicamento, em Dose/Habitante/Dia, que corresponde à Dose Diária Definida (DDD) por 10.000 habitantes/dia. A DDD é uma unidade técnica de medida e comparação, que é definida como a dose média diária de manutenção de um medicamento, quando usada em sua indicação terapêutica principal, estabelecida pelo Centro Colaborador da OMS em Metodologia e Estatísticas de Medicamentos.

A fórmula utilizada para cálculo foi:

$$DDD/10000hab/dia = \{ (Q_{Dist\ ano} / (DDD_{teórica} \times 365 \times população\ assistida)) \} \times 10.000$$

A população total dos municípios analisados corresponde à 9.261.120 milhões de pessoas (IBGE; 2010), 48% da população total do Estado. Para cálculo da DDD, foi

assumido como população assistida (usuária do Sistema único de Saúde), 75% da população dos municípios analisados, ou seja, 6.945.840 milhões de pessoas.

RESULTADOS:

A demanda total de medicamentos do CBAF durante o período analisado (2011 a 2013) foi de 445.587.496 medicamentos (em unidades), a maior demanda de medicamentos foi para o grupo de medicamentos cardiovasculares (1º), seguido de analgésicos (2º) e antiepiléticos (3º). As solicitações de medicamentos para o grupo de medicamentos cardiovasculares representaram 25,24% do total da demanda nos 3 anos de análise do presente estudo respectivamente. A tabela 1 apresenta os 10 grupos de maior demanda no período analisado, incluindo o grupo de psicotrópicos, e a respectiva quantidade solicitada.

O grupo de medicamentos psicotrópicos ficou em quinto lugar em solicitações, representado 8,4% do total da demanda de medicamentos do CBAF no período de 2011 a 2013. Analisando os medicamentos desse grupo, o clonazepam, medicamento ansiolítico, teve a maior demanda, seguido da fluoxetina, medicamento antidepressivo inibidor seletivo de receptação de serotonina (ISRS), e diazepam, ansiolítico benzodiazepínico. A figura 1 apresenta a demanda média anual dos medicamentos psicotrópicos no período do estudo, ordenados pela classe terapêutica.

Em relação as classes terapêuticas, a maior demanda anual foi de antidepressivos, representados pelos medicamentos fluoxetina, amitriptilina, imipramina, nortriptilina e clomipramina. A demanda desses medicamentos teve uma média de 4.329.423,87 de unidades/ ano. Os ansiolíticos, representados pelos benzodiazepínicos; clonazepam e diazepam, ficaram em segundo lugar com 4.302.367,33 milhões de unidades. Em seguida, ficaram os antipsicóticos, anticonvulsivante e antiparkinsoniano. No gráfico abaixo estão representadas as demandas médias anuais por classe.

Os medicamentos da classe de antidepressivos; amitriptilina, clomipramina, imipramina, nortriptilina (antidepressivos da classe tricíclicos), e a fluoxetina (único medicamento antidepressivo da classe de inibidores seletivos de receptação de serotonina) foram responsáveis por uma demanda total de 12.988.271 milhões de medicamentos no período analisado, 2,9% do total da demanda de medicamentos

básicos (CBAF). Os medicamentos ansiolíticos, representados pelos medicamentos benzodiazepínicos; clonazepam e diazepam, foram responsáveis por uma demanda total de 12.907.109 medicamentos, o que representam também cerca de 2,9% da demanda total dos medicamentos básicos distribuídos pelo SES-MG.

A distribuição dos medicamentos do CBAF durante 2011 a 2013 foi bastante irregular. Ao todo foram distribuídos 414.041.550 medicamentos durante período analisado, isso corresponde a 93% da quantidade solicitada, nesse caso a demanda reprimida, ou seja, aquela demanda não atendida pela SES-MG foi de 7% considerando todos os medicamentos do CBAF. A maior taxa média de demanda não atendida foi no grupo de soluções de irrigação que teve uma média de 28% ao ano de demanda reprimida e a menor foi no grupo de antivirais, média de 1% por ano.

A demanda reprimida dos medicamentos antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos teve uma média 13% por ano, a quinta maior demanda reprimida entre os medicamentos do CBAF. As demandas não atendidas, por classe terapêutica, tiveram uma média de 16% para antidepressivos, 15% para os benzodiazepínicos, 11% para antiparkinsoniano, 10% para os antipsicóticos e 5% para anticonvulsivante. A tabela 2 apresenta as médias de demandas reprimidas dos medicamentos, ou seja, a demanda não atendida por algum motivo, que podem ser: falta de abastecimento, erros de solicitação por parte dos municípios, inadimplência da contrapartida do município e etc.

A maior média a demanda reprimida por ano média foi para amitriptilina, 39%, e a menor para o medicamento diazepam, que teve em média 1% de demanda não atendida.

O consumo de medicamentos do grupo de antidepressivos, ansiolíticos e antidepressivos foi mensurado em DDD/10.000 habitantes/dia. A figura 1 apresenta a média de consumo por 10.000 habitantes ano por medicamento dos grupos de antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos.

Os gastos totais com todos medicamentos do CBAF foram de R\$ 404.814.250 milhões, média de R\$ 134.938.083 por ano. O valor médio de aquisição dos medicamentos, considerando a apresentações de 30 comprimidos ou cápsulas ou menor unidade (frasco/ frasco-ampola) foi de R\$0,90 por apresentação ou frasco.

Cerca de 90% (R\$120.107.096) dos gastos do Componente Básico do SUS de MG, se concentraram em 6 grupos terapêuticos; antiepiléticos; antibióticos; AINES;

antipiréticos e analgésicos, antiasmáticos e psicotrópicos, nessa ordem decrescente de gastos. O grupo de medicamentos que representou maior percentual de valor na distribuição do CBAF foi o grupo de antiepiléticos, que representou 35% dos gastos totais com medicamentos do CBAF, aproximadamente 48 milhões reais/ano. Em seguida ficou o grupo de antibióticos (2º) com 21% dos gastos do CBAF (cerca de 29 milhões reais/ano, seguido dos AINES (3º) com 20% (27 milhões de reais/ ano aproximadamente), antipiréticos e analgésicos (4º) com 7% (cerca de 9 milhões de reais/ano e antiasmáticos (5º) com 4 milhões de reais/ano, cerca de 3% do CBAF. O grupo de medicamentos psicotrópicos (antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos), ficou em 6º lugar em gastos médios anuais do CBAF. Em relação as médias de gastos anuais de todo o Componente Básico, os medicamentos psicotrópicos representaram um percentual de 3% do valor total distribuído durante o período do estudo, aproximadamente 4 milhões de reais/ ano ou 12 milhões durante os 3 anos do estudo realizado. No período analisado, de 2011 a 2013, os gastos totais com esses medicamentos psicotrópicos foram de R\$ 11.534.526 milhões de reais. Os medicamentos cardiovasculares, grupo que representou a maior demanda total, foi responsável por cerca de 1% do valor total distribuído, totalizando R\$ 3.376.337,97 e ficou em 12º lugar na representatividade dos gastos.

Dentre os medicamentos psicotrópicos, o maior percentual de gastos anuais foi com os antipsicóticos (43%), representados pelo haloperidol, clorpromazina e carbonato de lítio. Em seguida, o anticonvulsivante valproato de sódio que representou 28% dos gastos de psicotrópicos e os ansiolíticos; diazepam e clonazepam, que representaram 22% dos gastos. Os gastos com antidepressivos representaram 7% do grupo.

A fluoxetina, único representante da classe de inibidores seletivos de receptação de serotonina (ISRS) foi o medicamento antidepressivo que apresentou maior gasto dentre os medicamentos antidepressivos (31%), seguida dos tricíclicos; nortiprilina, clomipramina, amitriptilina e imipramina. A tabela 3 apresenta os gastos médios e percentuais por medicamentos no grupo de psicotrópicos.

DISCUSSÃO

Saúde mental no âmbito da atenção básica

Dentre as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a organização de redes de atenção à saúde mental, destaca-se a oferta de tratamento na atenção primária e a organização de ações em saúde mental na comunidade (WHO; 2001). Nesse contexto, destaca-se a importância da distribuição de medicamentos psicotrópicos na atenção primária, utilizados no tratamento de transtornos da saúde mental, distribuídos através do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Os medicamentos psicotrópicos (ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos) são o terceiro grupo em número de apresentações (21) distribuídas pelo SUS em Minas Gerais e representaram uma demanda 12,5 milhões de medicamentos ao ano, quinta maior demanda entre os medicamentos básicos distribuídos no Estado. Segundo um estudo realizado em Presidente Juscelino –MG, cerca de 81% dos usuários desses medicamentos adquirem os medicamentos através dos Sistema único de Saúde (Santos; 2009). Esses dados também foram observados por Rodrigues et. al, que relatou que a maioria dos usuários de psicotrópicos adquirem esses medicamentos pelo SUS.

Demanda

No presente estudo a maior demanda psicotrópicos foram da classe de antidepressivos e benzodiazepínicos, ambos na ordem de 4,33 e 4,30 milhões de medicamentos ao ano respectivamente. Os antipsicóticos ficaram em 3º lugar e tiveram uma demanda na ordem de 2,4 milhões de medicações solicitadas ao ano. As cinco maiores demandas de medicamentos foram: clonazepam, fluoxetina, diazepam, haloperidol e amitriptilina. Esses 5 medicamentos foram responsáveis por mais de 70% da demanda, sendo o clonazepam, o medicamento mais solicitado, com uma demanda de cerca de 2,7 milhões de medicamentos. Esse é um medicamento da classe dos benzodiazepínicos (BZD), fármacos utilizados no tratamento de transtorno de ansiedade e indução do sono e que tem sido observado uma tendência de aumento no número de prescrições e elevado consumo em todo mundo (Forte; 2007). O outro representante da classe dos BZD, distribuído pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica(CBAF), é o diazepam, fármaco que ficou em 3º lugar na demanda (1,6 milhões de medicamentos), cerca 60% da demanda de clonazepam. A fluoxetina, o único antidepressivo representante da classe de inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS)

distribuído pelo SUS, teve a segunda maior demanda, com cerca de 2,0 milhões de medicações solicitadas, os demais antidepressivos do CBAF são representantes da classe de inibidores de monoaminas (IMAO) ou tricíclicos. A amitriptilina, foi o segundo antidepressivo mais solicitado, 4º medicamento em demanda com cerca de 1,0 milhões de solicitações ao ano, 50% da demanda da fluoxetina. Os dois foram responsáveis por 71% da demanda de antidepressivos do CBAF.

A demanda não atendida, teve uma média de 13% no grupo de psicotrópicos. Embora esse resultado seja somente referente aos medicamentos psicotrópicos, utilizados no tratamento de doenças da saúde mental, esse resultado é semelhante ao de um estudo recente financiado pelo PROESF, no qual avaliou a prevalência no acesso a medicamentos de uso contínuo na farmácia básica para tratar hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e problemas de

saúde mental nas regiões Sul e Nordeste do Brasil em 2005. Os dados demonstraram que entre os adultos portadores dessas doenças somente 84% (no Sul) e 79% (no Nordeste) tiveram acesso total aos medicamentos de uso contínuo para o tratamento das mesmas, sendo que 10% e 14% não tiveram nenhum acesso aos medicamentos para hipertensão, diabetes e para problemas de saúde mental, nas respectivas regiões (Panizi, 2008).

Consumo

Em relação a taxa de consumo, a mesma não foi exatamente correspondente ao perfil encontrado em relação a demanda. O consumo, calculado pela Dose Diária Definida (DDD) por 10.000 habitantes, demonstrou a maior taxa de consumo anual para os medicamentos antipsicóticos, 3º lugar em demanda. O haloperidol, clorpromazina e carbonato de lítio tiveram juntos uma média anual de consumo de 642,9, o que quer dizer cerca de 6,5% da população usuária do SUS no Estado. O haloperidol (4º lugar em demanda), medicamento utilizado principalmente para tratamento de esquizofrenias, foi o principal responsável por essa alta taxa de consumo dos antipsicóticos, sendo responsável por 90% da taxa de consumo dessa classe terapêutica. Em segundo e terceiro lugar, ficaram os benzodiazepínicos e antidepressivos, com uma taxa de consumo de 352 e 267 a cada 10.000 usuários do SUS, respectivamente. Em relação aos fármacos, 90% do consumo de psicotrópicos correspondem aos medicamentos: haloperidol, clonazepam, fluoxetina, diazepam e clorpromazina. Com exceção da

posição ocupada pelo haloperidol (1º em consumo e 4º em demanda) e a entrada da clorpromazina entre os 5 primeiros, a média da taxa de consumo por ano foi bastante coincidente com o resultado da demanda. A maior taxa de consumo entre os BZD foi para o medicamento mais demandado da classe e de todo o grupo alvo desse estudo, o clonazepam, que teve uma taxa média de consumo por ano de 292 a cada 10.000 usuários do SUS, cerca de 5 vezes superior ao consumo médio de diazepam. A fluoxetina, antidepressivo mais consumido, teve uma taxa de consumo média por ano de 203 a cada 10.000 usuários do SUS, cerca de 8 vezes superior à amitriptilina, segundo antidepressivo mais consumido.

Considerando todos os psicotrópicos analisados nesse estudo, a taxa média de consumo/ano foi de 107 usuários a cada 10.000 usuários do SUS, o que significa uma prevalência de consumo de 1,07% da população atendida pelo SUS no Estado de Minas Gerais. Outros estudos sobre uso de psicotrópicos demonstram prevalência maiores no consumo desses medicamentos, como 5,7% (Netto e Pereira; 2012;), e 5,4% (Almeida et al, 1994). Um estudo em Pelotas (RS) foi observado um consumo de psicotrópicos de 11,9% dos indivíduos, sendo os BDZ responsáveis por 8% (Ohayon e Lader, 2002).

Considerando apenas os benzodiazepínicos e antidepressivos a taxa de consumo anual foi de 3,1% da população, esse resultado é inferior à prevalência mundial de consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos, situada em 6,4% (Ohayon e Lauder, 2002). Alguns fatores, tais como subdosagem, ou seja, algumas medicações sendo usadas em doses menores que as definidas (DDD) pela Organização Mundial de Saúde e a superestimativa da população atendida pelo SUS no Estado de Minas Gerais, 75%, podem ter interferido nos valores de consumo encontrados.

Em relação ao consumo de antidepressivos, os resultados do presente estudo corroboram com estudos mais recentes, mostrando que a fluoxetina é o antidepressivo mais prescrito e consumido no SUS seguido da amitriptilina (Padilha, 2014; Netto, 2012; Kantosvki, 2011). Segundo Netto e Pereira, fluoxetina e amitriptilina alcançam quase 55% destas indicações de antidepressivos. É importante destacar ainda que a fluoxetina e amitriptilina tiveram altas taxas de demanda reprimida, 15% e 39% respectivamente, mas as taxas estimadas de consumo reprimido foram baixas, calculadas pela DDD (a partir da demanda reprimida) a cada 10.000 usuários, correspondentes à 0,18 e 1,62 respectivamente. No Chile, o consumo de

antidepressivos em doses diárias definidas (DDD)por mil habitantes aumentou linearmente em 470% de 1992 a 2004, sendo também os ISRS (79%) os mais comumente prescritos (Jiron et al, 2008)

A taxa de consumo de fluoxetina foi cerca de 8 vezes superior à amitriptilina, segundo antidepressivo mais consumido. Esse fator que pode ser atribuído ao fato da fluoxetina ser o único representante da classe de inibidores seletivos de receptação de serotonina (ISRS), que são considerados fármacos mais bem tolerados que as demais classes, visto que possuem melhor perfil de segurança (mesmo em casos de sobredose) possuem baixa toxicidade, além de mínimos efeitos anticolinérgicos) (Brasil, 2012).

Em relação aos BZD, vários estudos demonstram que a prevalência de consumo de diazepam (Forte, 2007; Furlone, 2011; Casali, 2011) em relação ao clonazepam nas farmácias do SUS, diferentemente do presente estudo, no qual demonstrou superioridade no consumo de clonazepam. Um estudo realizado em 2011, na cidade mineira de Coronel Fabriciano, buscou avaliar fatores que associavam o benzodiazepínico usado (Diazepam ou Clonazepam) e as covariáveis (Firmino et al; 2011). Os dois benzodiazepínicos têm um perfil farmacológico ligeiramente diferenciado, sendo o clonazepam um BDZ de efeito intermediário (6-24 horas) e o diazepam um BZD de longa duração (superior a 24 h) (Brunton, 2006; Klasco, 2011). Os resultados indicam que indivíduos com idade de 60 anos ou mais apresentam uma prevalência de consumo de Diazepam 1,40 (IC95%: 1,19-1,65) vez maior do que os mais jovens e homens apresentaram 1,23 vez (IC95%: 1,07-1,41) maior prevalência de consumo de Diazepam do que as mulheres. Verificou-se ainda que o cadastro em programas aumenta em 1,35 (IC95%: 1,05-1,13) vez a prevalência de consumo de Diazepam comparado a pacientes não cadastrados (Firmino et al, 2011).

O clonazepam, é o princípio ativo do Rivotril® fabricado pela Roche medicamento considerado mais vendidos em farmácias privadas do Brasil, Em levantamento divulgado pela IMS Health, empresa que audita o mercado farmacêutico ao redor do mundo, o Rivotril® apareceu como o segundo medicamento mais vendido no Brasil.

O resultado desse estudo pode indicar uma mudança de perfil de escolha do BZD, de diazepam para clonazepam, nas redes de farmácia públicas.

Outro fator importante a ser considerado é que o clonazepam é considerado um BDZ elevada potência, assim como o alprazolam, lorazepam, e esses são frequentemente usados na prática clínica concomitantemente com antidepressivos ISRS (Fulone;2011), como por exemplo a fluoxetina.

A prescrição e a utilização de benzodiazepínicos elevaram-se consideravelmente nos últimos anos e passaram a ser um dos grupos de fármacos mais prescritos no mundo. Como se trata de fármacos que causam dependência é necessário o empenho para o uso racional destes (Forte; 2007) Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP;2010) , um em cada dez adultos recebe prescrição de BZD, quase sempre feita por clínico geral.

O consumo crescente de benzodiazepínicos pode ser resultado de um período particularmente turbulento que caracteriza as últimas décadas da humanidade. A diminuição progressiva da resistência da humanidade para tolerar tanto estresse, a introdução profusa de novas drogas e a pressão propagandística crescente por parte da indústria farmacêutica ou, ainda, hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos podem ter contribuído para o aumento da procura pelos benzodiazepínicos (Paprocki J. 1990).

A maior prevalência de consumo neste estudo para o antipsicótico haloperidol também foi observado em um estudo realizado na região sul do país em 2006 (kantorski, 2011), no qual constatou cerca de 11% dos usuários dos Centro de Atenção Psicossomal (CAPs) da região sul do país utilizando esse medicamento. Essa alta taxa de consumo foi atribuída à alta prevalência de diagnóstico de esquizofrenia no estudo de Kantorski. Embora não se tenham dados diagnóstico da doença associados ao uso dos medicamentos no presente estudo, pode –se inferir a associação da alta taxa de consumo de haloperidol a complexidade e prevalência de esquizofrenia , doença que acomete cerca de 1% da população brasileira (Almeida et al., 1992; Vicente et al., 1994; Mari et al., 2000) e cuja principal característica é a perda da capacidade de julgar apropriadamente a realidade em decorrência de alterações na esfera do pensamento, o que gera grande prejuízo social aos acometidos pela doença, principalmente jovens.

Gastos

Os gastos com medicamentos psicotrópicos foram na ordem de 3,8 milhões de reais ao ano e representou cerca de 3% do total gasto dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) de Minas Gerais entre 2011 e 2013. Nesse estudo observou-se que o gasto com esse grupo foi 3,4 vezes superior ao gasto com grupo de medicamentos de maior demanda do componente básico, os fármacos utilizados no tratamento de doenças cardiovasculares, doenças consideradas as principais causas de morte por doenças crônicas no Brasil (Mansur & Favarato; 2011). Seis grupos terapêuticos foram responsáveis por 90% dos gastos do CBAF; antiepiléticos, antibióticos, analgésicos e antipiréticos, antiasmáticos e em sexto lugar o grupo de medicamentos psicotrópicos (antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos). A carbamazepina, considerado um dos principais fármacos utilizados no tratamento de epilepsia, foi o medicamento com maior média anual de gastos do CBAF, com cerca de 47 milhões de reais gastos ao ano.

O gasto total do CBAF no SUS de MG foi de aproximadamente 135 milhões de reais ao ano. Um estudo realizado no período entre 2002 a 2007 constatou que houve um aumento de 75% nos gastos com medicamentos do Componente Básico do SUS, contudo sabe-se que o maior percentual de gastos com medicamentos na assistência farmacêutica é com medicamentos

antirretrovirais e medicamentos de dispensação excepcional, os quais muitos são constituídos por número expressivo de fármacos protegidos por patentes (Sulpino, 2009) No Reino Unido, país que tem modelo de atenção à saúde focado na atenção primária, o gasto com medicamentos neste nível de complexidade cresceu 10% entre 2001 e 2002 e provocou uma crise de financiamento. Para se ter uma idéia, 4 classes terapêuticas foram 5 responsáveis por 25% do incremento: antidiabéticos (33%); anti-hipertensivos (18%); antipsicóticos (32%) e hipoglicemiantes (23%). As principais razões para tanto estavam associadas à expansão da recomendação de uso e à inclusão de novos medicamentos (Macdonald, 2003)

Em relação aos gastos com psicotrópicos, foi observado que a maior parte dos gastos nesse grupo (42%) foi para medicamentos antipsicóticos (haloperidol, clorpromizapina,

carbonato de lítio). Em segundo lugar, com 28% dos gastos aparece o medicamento anticonvulsivante, valproato de sódio, seguido dos benzodiazepínicos com 22% dos gastos (diazepam e clonazepam), 7% com antidepressivos e 1% com antiparkinsoniano (biperideno). Embora a maior da demanda tenha sido com benzodiazepínicos e antidepressivos, eles representaram 30% dos gastos com psicotrópicos. O alto percentual dos gastos com medicamentos antipsicóticos, se deve principalmente ao haloperidol, que representou sozinho 38% dos custos do grupo de medicamentos psicotrópicos. O haloperidol, é utilizado no tratamento de esquizofrenia, que é uma das mais graves doenças neuropsiquiátricas com grande impacto nos gastos em saúde (Salvador et al., 1999; MAUSKOPF et al., 1999), que compromete pacientes e familiares e representa um grande custo para toda a sociedade. O custo total de gasto com a esquizofrenia é superior a todas as outras doenças mentais (Rice, 1999). No Brasil, essa doença ocupa 30% dos leitos psiquiátricos, ou cerca de 100 mil leitos/dia. Ocupa ainda o segundo lugar das primeiras consultas psiquiátricas ambulatoriais (14%) e o 5º lugar na manutenção de auxílio doença. Nos Estado Unidos, representa um custo anual de 33-40 bilhões de dólares (Cordioli; 2005) .

Segundo Onocko-Campos, no Brasil a prevalência de transtornos mentais severos e persistentes é de cerca de 6%, enquanto a de problemas relacionados ao abuso de substâncias psicoativas é de 3%. (Campos; 2006). Nesse contexto, observa-se que os países em desenvolvimento que possuem orçamento específico destinado a políticas de saúde mental, cerca de 37% gastam menos de 1% do orçamento do setor saúde com programas voltados à reabilitação psicossocial. Entretanto, muitos destes países, inclusive o Brasil, testemunharam mudanças importantes no modelo de atenção em saúde mental, com a migração de modelos basicamente hospitalocêntricos para redes de serviços comunitários (WHO; 2003). Nos últimos anos, tem sido observada uma inversão do padrão de gastos do orçamento do SUS em saúde mental, privilegiando-se os gastos com a rede substitutiva de atenção psicossocial em detrimento da rede de hospitais psiquiátricos (Campos;2006).

Evidentemente, por se tratar de um estudo cujos dados foram obtidos através de um banco de dados e também por não ter avaliado o estado de saúde atual dos usuários, não podemos afirmar a eficácia do tratamento e a adesão dos psicotrópicos.

Tabela 1 Distribuição da demanda total de aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica em unidades* por grupos mais frequentes no período de 2011-2013 no Estado de Minas Gerais.

Grupo de Medicamentos		Demanda Total (Unidades*) 2011-2013	%
1	Cardiovasculares	112.466.843	25%
2	Analgésicos e Antipiréticos	71.734.609	16%
3	Antiepiléticos	48.270.174	11%
4	AINE	41.939.296	9%
5	Antidepressivos/ Ansiolíticos / Antipsicóticos	37.563.875	8%
6	Antibióticos	27.386.236	6%
7	Antidiabéticos orais	16.068.621	4%
8	Antiácidos	15.661.392	4%
9	Antialérgicos	11.984.444	3%
10	Hipolipemiantes	10.104.859	12
	Outros	52.407.147	100%

Fonte: SES_MG

*Unidades: Sólidas: Apresentações de 30 comprimidos ou cápsulas ou por unidade de creme, pomada. Líquidas: 01 unidade de frasco, ou frasco ampola.

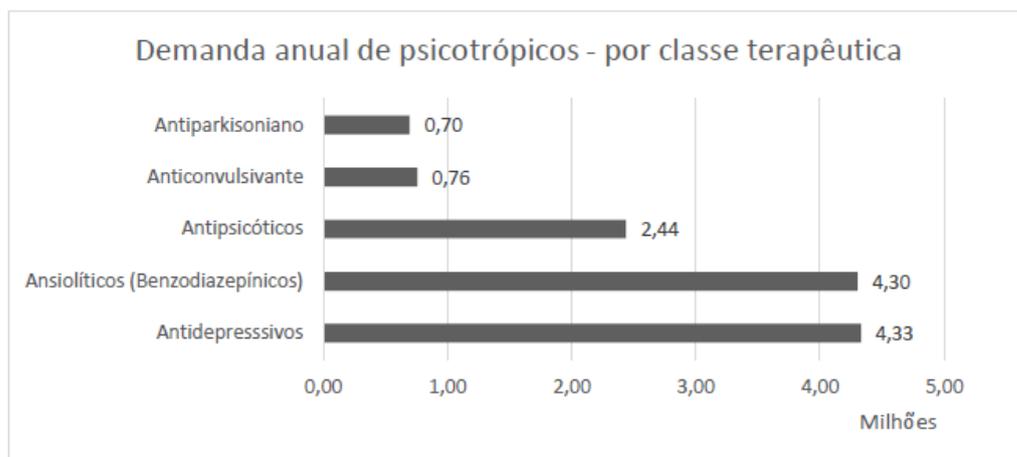


Figura 1 Demanda m3dia anual de psicotr3picos

Tabela 2 - Percentual de demanda anual reprimida de psicotr3picos

Princ3pio ativo (DCB)	% de demanda reprimida	Demanda reprimida/ano
amitriptilina	39%	410.972,44
clonazepam	30%	812.344,89
clomipramina	19%	36.971,16
fluoxetina	15%	295.841,08
haloperidol	12%	183.069,44
carbonato de l3tio	12%	46.490,56
biperideno	11%	73.818,17
clorpromazina	6%	33.760,69
nortriptilina	6%	22.204,12
valproato de s3dio	5%	37.021,44
imipramina	2%	13.822,78
diazepam	1%	14.259,44
M3dia/ano	13%	165.048,02

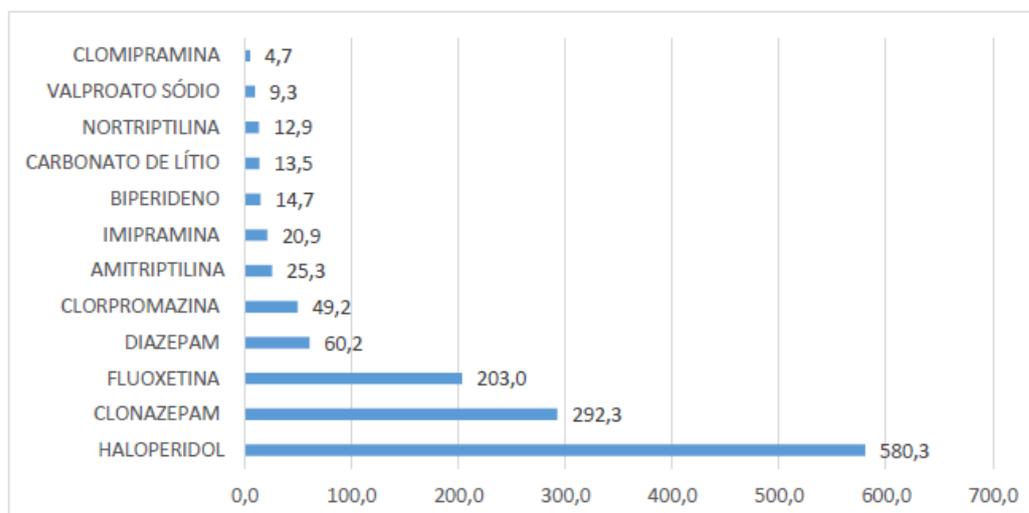


Figura 2 – Consumo médio de psicotrópicos por DDD a cada 10.000 habitantes

Tabela 3 – Percentuais de gastos médios anuais com psicotrópicos

Grupo terapêutico	Princípio ativo	Média gastos anuais	% Gastos no grupo
Antipsicóticos	haloperidol	R\$ 1.635.562,99	42%
	carbonato de lítio		
	clorpromazina		
Anticonvulsivante	valproato de sódio	R\$ 1.057.391,61	28%
Ansiolíticos(BZD)	diazepam	R\$ 840.008,78	22%
	clonazepam		
Antidepressivos	fluoxetina	R\$ 283.609,06	7%
	amitriplina		
	nortriplina		
	imipramina		
Antiparkinsoniano	biperideno	R\$ 28.269,86	1%
Total Geral		R\$ 3.844.842,30	100%

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, A.L.A.; Ueta, J.M.; Freitas, O. Assistência Farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., v.26, n. p.87-92, 2005.

Bahls, Bahls, Saint Clair. Uma revisão sobre a terapia cognitivocomportamental da depressão na infância e na adolescência. psicologia argumento, curitiba, V. 21, Nº 33, P. 39-46, abril./junho 2003

Baldessarini, R.J. Drugs and the treatment of psychiatric disorders: psychosis and anxiety. in: hardman, j.g.; gilman, a.g.; limbird, l.e., eds. goodman & gilman's the pharmacological basis of therapeutics. 9 ed. new york: mcgraw hill, 1995. cap. 18, p. 399 - 430.

Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. Revista de Saúde Pública. 2012;0-0.

Brasil. Lei 8 080/1990. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acessado em 18 de agosto de 2008

Brasil. Tribunal de Contas da União. Avaliação das ações de atenção à saúde mental: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos [Internet]. Brasília: Tribunal de Contas da União, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo; 2005. Disponível em: http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude/saude_mental_sum.pdf.

Caixeta CC, Moreno V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. REE [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 15 set 2012]; 10(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a16.htm>.

Connor KM, Davidson JRT. Generalized anxiety disorder: neurobiological and pharmacotherapeutic perspectives. Biol Psychiatry 1998;44:1286-94.

Gabilondo A, Vilagut G, Pinto-Meza A, Haro JM, Alonso J. Comorbidity of major depressive episode and chronic physical conditions in Spain, a country with low prevalence of depression. *General hospital psychiatry*. 2012.

Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(1):213-20.

Coulter DM, Pillans PI. Fluoxetine and extrapyramidal side effects. *Am J Psychiatry* 1995;152:122-5

Coutinho ESF, Almeida Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiq Clín* 1999; 26(5). <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista> (acessado em 25/ Jun/2002)

Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. *Cienc Saude Colet* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 15 set 2012]; 14(1): 129-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>.

Forte EB. Perfil de Consumo dos Medicamentos Psicotrópicos na população de Caucaia [dissertação] [Internet]. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2007. Disponível em: http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=1203:perfil-do-consumo-dos-medicamentospsicotripicos-na-populao-de-caucaia&id=32:esp.-assistnciafarmaceutica

Goodman e Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica, Rio de Janeiro, 2006. 11 ed.

Goulart R. Estudo do uso de psicofármacos na comunidade de Santo Antônio de Lisboa [dissertação] [Internet]. Florianópolis: Universidade de Santa Catarina, 2006. Disponível em: <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/CM0596.pdf>.

Hoehn-Saric R, McLeod DR, Zimmerli WD. Differential effects of alprazolam and imipramine in generalized anxiety disorder: somatic versus psychic symptoms. *J Clin*

Huf g.; lopes c.s.; rosenfeld, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 351-62, 2000

Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009;18(1):23-33.

King C, Lakshmi NP, Voruganti NP. What is in a name? The evolution of the nomenclature of antipsychotic drugs. *J Psychiatry Neurosci* 2002; 27: 168-75.

Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiquiatr Clín.* 1999;26(4):225-35.

López-Muñoz F, Alamo C, Rubio G, Cuenca E. Half a century since the clinical introduction of chlorpromazine and the birth of psychopharmacology. *Progr Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2004; 28: 205-8

Marin N, Luiza VL, Castro CGSO, Santos SM. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003

Mcelroy, S.; pope, h.g.jr.; keck, p.e. – Valproate. In: sadock, b.j. & sadock, v.a. (eds.) – Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th. Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, P.A., pp.2289-2298, 2000.

Melo DO, Ribeiro E, Storpirts S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos *Rev Bras Ciênc Farm.* 2006;42(4):475-85.

Menezes PR. Princípios de epidemiologia psiquiátrica. In: Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R, organizadores. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 43-55.

Ministério da Saúde (Brasil), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Uso racional de medicamentos na perspectiva multiprofissional. Brasília: Organização PanAmericana de Saúde; 2007.

Moreno, Ricardo Alberto. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* São Paulo vol.21 s.1 Maio 1999.

Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet.* 2007;370(9590):851-8.

Murray cjl, lopez ad, editors. the global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. global burden of disease and injury series. cambridge: harvard school of public health/ world health organization/ world bank; 1996.

Noto AR, Carlini EA, Mastrianni PC, Alves VC, Galduróz JCF, Kuroiwa W, et al. Análise de prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(2):68-73.

Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS -Selección de medicamentos esenciales. Ginebra: OMS; 2002.

Peña JP. Marco lógico para la selección de medicamentos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(2):177-85.

Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maserko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. The Lancet. 2007;370(9590):859-77.

Psychiatry 1988;49:293-301.

Rocha, F.L.; Hara, C. Interações medicamentosas de antidepressivos novos e o sistema citocromo.

Santos, Abigail C. dos et al. Depressão pós-parto: definição, sintomas e métodos profiláticos. 1997 E 2000. TCC (Graduação em Psicologia). Universidade Braz Cubas, Mogi das Cruzes – SP, p.44.

Schweizer E, Rickels K, Uhlenhuth EH. Issues in the long term treatment of anxiety disorders. In: Bloom FE, Kupfer DJ. Psychopharmacology: the fourth generation of progress. New York: Raven Press; 1995. p. 1349-59

Solomon, D.A.; Ryan, C.E.; Keitner, G.I.; Miller, I.W.; Shea, J.T.; Kazim, A.; Keller, M.B. A pilot study of lithium carbonate plus divalproex sodium for the continuation and maintenance treatment of patients with bipolar I disorder. J. Clin. Psychiatry 58:95-99, 1997.

World Health Organization (WHO). Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2014. Oslo. 2013.

World Health Organization (WHO). Atlas: mental health resources in the world 2001. Geneva: mental health determinants and populations, department of mental health and substance dependence, World Health Organization; 2001.

Zohar J, Westenberg HGM. Anxiety disorders: a review of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors. *Acta Psychiatr Scand* 2000

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As características de demanda e consumo dos medicamentos psicotrópicos na atenção primária de Minas Gerais encontradas neste estudo são semelhantes a diversos estudos realizados na rede pública sobre uso de psicotrópicos, que corroboram com resultados da alta demanda e consumo de fármacos antidepressivos e benzodiazepínicos no grupo de psicotrópicos. Além disso, a fluoxetina é confirmada nesse estudo como antidepressivo com maior demanda e consumo nas farmácias públicas de acordo com estudos recentes, principalmente pelo fato de ser o único representante da classe de ISRS. O maior consumo do benzodiazepínico clonazepam em relação ao diazepam, observada nesse estudo, difere da maioria dos estudos que mostram o contrário, e sugere uma mudança do perfil de escolha do ansiolítico, mostrando uma tendência acompanhar nesse caso o perfil do mercado privado, que tem esse medicamento como um dos fármacos mais vendidos.

A análise de gastos de psicotrópicos em relação ao Componente Básico se mostra inovador por não se encontrarem estudos semelhantes fazendo essa relação e uma ferramenta importante para subsidiar decisões dos gestores de saúde. Pode se observar pelos resultados desse estudo que ainda há uma grande demanda, consumo e gastos expressivos com medicamentos para os tratamentos de psicoses, transtornos de ansiedade e depressão na Assistência Farmacêutica Básica.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, A.L.A.; Ueta, J.M.; Freitas, O. Assistência Farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., v.26, n. p.87-92, 2005.

Bahls, Bahls, Saint Clair. Uma revisão sobre a terapia cognitivocomportamental da depressão na infância e na adolescência. psicologia argumento, curitiba, V. 21, N^a 33, P. 39-46, abril./junho 2003

Baldessarini, R.J. Drugs and the treatment of psychiatric disorders: psychosis and anxiety. in: hardman, j.g.; gilman, a.g.; limbird, l.e., eds. goodman & gilman's the pharmacological basis of therapeutics. 9 ed. new york: mcgraw hill, 1995. cap. 18, p. 399 - 430.

Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. Revista de Saúde Pública. 2012;0-0.

Brasil. Lei 8 080/1990. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acessado em 18 de agosto de 2008

Brasil. Tribunal de Contas da União. Avaliação das ações de atenção à saúde mental: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos [Internet]. Brasília: Tribunal de Contas da União, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo; 2005. Disponível em: http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude/saude_mental_sum.pdf.

Caixeta CC, Moreno V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. REE [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 15 set 2012]; 10(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a16.htm>.

Connor KM, Davidson JRT. Generalized anxiety disorder: neurobiological and pharmacotherapeutic perspectives. Biol Psychiatry 1998;44:1286-94.

Gabilondo A, Vilagut G, Pinto-Meza A, Haro JM, Alonso J. Comorbidity of major depressive episode and chronic physical conditions in Spain, a country with low prevalence of depression. General hospital psychiatry. 2012.

Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(1):213-20.

Coulter DM, Pillans PI. Fluoxetine and extrapyramidal side effects. *Am J Psychiatry* 1995;152:122-5

Coutinho ESF, Almeida Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiq Clín* 1999; 26(5). [http:// www.hcnet.usp.br/ipq/revista](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista) (acessado em 25/ Jun/2002)

Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. *Cienc Saude Colet* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 15 set 2012]; 14(1): 129-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>.

Forte EB. Perfil de Consumo dos Medicamentos Psicotrópicos na população de Caucaia [dissertação] [Internet]. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2007. Disponível em: http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=1203:perfil-do-consumo-dos-medicamentospsicotrpicos-na-populao-de-caucaia&id=32:esp.-assistnciafarmaceutica

Goodman e Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica, Rio de Janeiro, 2006. 11 ed.

Goulart R. Estudo do uso de psicofármacos na comunidade de Santo Antônio de Lisboa [dissertação] [Internet]. Florianópolis: Universidade de Santa Catarina, 2006. Disponível em: <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/CM0596.pdf>.

Hoehn-Saric R, McLeod DR, Zimmerli WD. Differential effects of alprazolam and imipramine in generalized anxiety disorder: somatic versus psychic symptoms. *J Clin*

Huf g.; lopes c.s.; rosenfeld, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 351-62, 2000

Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2009;18(1):23-33.

King C, Lakshmi NP, Voruganti NP. What is in a name? The evolution of the nomenclature of antipsychotic drugs. *J Psychiatry Neurosci* 2002; 27: 168-75.

Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiquiatr Clín.* 1999;26(4):225-35.

López-Muñoz F, Alamo C, Rubio G, Cuenca E. Half a century since the clinical introduction of chlorpromazine and the birth of psychopharmacology. *Progr Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2004; 28: 205-8

Marin N, Luiza VL, Castro CGSO, Santos SM. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003

Mcelroy, S.; pope, h.g.jr.; keck, p.e. – Valproate. In: sadock, b.j. & sadock, v.a. (eds.) – Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th. Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, P.A., pp.2289-2298, 2000.

Melo DO, Ribeiro E, Storpirts S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos *Rev Bras Ciênc Farm.* 2006;42(4):475-85.

Menezes PR. Princípios de epidemiologia psiquiátrica. In: Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R, organizadores. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 43-55.

Ministério da Saúde (Brasil), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Uso racional de medicamentos na perspectiva multiprofissional. Brasília: Organização PanAmericana de Saúde; 2007.

Moreno, Ricardo Alberto. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* São Paulo vol.21 s.1 Maio 1999.

Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet.* 2007;370(9590):851-8.

Murray cjl, lopez ad, editors. the global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. global burden of disease and injury series. cambridge: harvard school of public health/ world health organization/ world bank; 1996.

Noto AR, Carlini EA, Mastrianni PC, Alves VC, Galduróz JCF, Kuroiwa W, et al. Análise de prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(2):68-73.

Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS -Selección de medicamentos esenciales. Ginebra: OMS; 2002.

Peña JP. Marco lógico para la selección de medicamentos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000;16(2):177-85.

Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *The Lancet.* 2007;370(9590):859-77.

Psychiatry 1988;49:293-301.

Rocha, F.L.; Hara, C. Interações medicamentosas de antidepressivos novos e o sistema citocromo.

Santos, Abigail C. dos et al. Depressão pós-parto: definição, sintomas e métodos profiláticos. 1997 E 2000. TCC (Graduação em Psicologia). Universidade Braz Cubas, Mogi das Cruzes – SP, p.44.

Schweizer E, Rickels K, Uhlenhuth EH. Issues in the long term treatment of anxiety disorders. In: Bloom FE, Kupfer DJ. *Psychopharmacology: the fourth generation of progress.* New York: Raven Press; 1995. p. 1349-59

Solomon, D.A.; Ryan, C.E.; Keitner, G.I.; Miller, I.W.; Shea, J.T.; Kazim, A.; Keller, M.B. A pilot study of lithium carbonate plus divalproex sodium for the continuation and maintenance treatment of patients with bipolar I disorder. *J. Clin. Psychiatry* 58:95-99, 1997.

World Health Organization (WHO). Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2014. Oslo. 2013.

World Health Organization (WHO). Atlas: mental health resources in the world 2001. Geneva: mental health determinants and populations, department of mental health and substance dependence, World Health Organization; 2001.

Zohar J, Westenberg HGM. Anxiety disorders: a review of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors. *Acta Psychiatr Scand* 2000