

CURSO DE FARMÁCIA

Maria Eduarda Rodenbusch Lemes

**PERFIL E A PREVALÊNCIA DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS E
ANSIOLÍTICOS EM PACIENTES DO GRUPO DE HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS ASSISTIDOS PELO SUS DO MUNICÍPIO DE RIO PARDO-RS**

Santa Cruz do Sul
2018

Maria Eduarda Rodenbusch Lemes

**PERFIL E A PREVALÊNCIA DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS E
ANSIOLÍTICOS EM PACIENTES DO GRUPO DE HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS ASSISTIDOS PELO SUS DO MUNICÍPIO DE RIO PARDO-RS**

Trabalho de conclusão apresentado ao
Curso de Farmácia da Universidade de
Santa Cruz do Sul para obtenção do título
de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof^a: Rosângela Rodrigues
Marques

Santa Cruz do Sul

AGRADECIMENTOS

Durante toda a minha graduação tive muita sorte, pois desde a sala de aula até meus estágios, sempre contei com pessoas que me ajudaram muito, inclusive na realização deste trabalho. Por isso são muitas as pessoas que gostaria de agradecer.

Primeiramente à minha família, meus pais Inara e Pedro Léo e minhas irmãs Ruth e Marcela, que durante toda a minha vida me proporcionaram todas as oportunidades e me ajudaram na realização dos meus sonhos. É pelo apoio, por sempre acreditarem em meu potencial e por estarem sempre presentes nos bons e maus momentos que estou aqui hoje, apresentando este trabalho de conclusão do curso de Farmácia, e por isso serei eternamente grata.

À minha orientadora, Professora Rosângela, que me ajudou desde a ideia inicial sobre o tema do trabalho, sempre teve paciência e esteve disposta a me encontrar e por todos os ensinamentos passados no decorrer deste ano.

As minhas colegas Camila, Gisele, Joice, Joselia e Kelly pela ajuda e apoio, por compartilhar as experiências sobre a realização de seus próprios trabalhos, pelo conforto nos momentos de dificuldade e por sempre estarem dispostas a ajudar, durante toda a graduação e na realização deste trabalho.

A todos os meus amigos que estiveram presentes em todos os momentos da minha vida, inclusive neste, sempre com muito companheirismo e muitas vezes acreditando mais em mim do que eu mesma.

Às farmacêuticas da Farmácia Municipal de Rio Pardo, Regina e Andrea, que durante o projeto deste trabalho me incentivaram e apoiaram muito.

À equipe de enfermagem da UBS Central de Rio Pardo, às Técnicas de Enfermagem Márcia e Camila, por me receberem e contribuírem com a confecção deste trabalho, cedendo um espaço para a realização das entrevistas.

Aos meus colegas da Farmácia do Povo, pelo apoio durante os últimos meses, compartilhando as próprias experiências e me confortando nos momentos de dificuldade.

À todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho e que me ajudaram de alguma forma, deixo meu muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS

ADTs – Antidepressivos Tricíclicos
BDZ – Benzodiazepínicos
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM – Diabetes Mellitus
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF - International Diabetes Federation
ISRSs - Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
MS – Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
PA - Pressão Arterial
PNS – Pesquisa Nacional em Saúde
RAMs- Reações Adversas Medicamentosas
REMUNE - Relação dos Medicamentos Essenciais do Município
RS – Rio Grande do Sul
SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes
SNC - Sistema Nervoso Central
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

Com o aumento da longevidade da população, observa-se uma maior prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como Diabetes Melitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e aquelas que comprometem o funcionamento do sistema nervoso central, como depressão e ansiedade, que se caracterizam como os transtornos mentais mais recorrentes tanto no contexto mundial, quanto na população brasileira. Para o tratamento destas condições clínicas os medicamentos antidepressivos e ansiolíticos tornam-se uma medida rápida para alívio dos sintomas e satisfação do paciente, que muitas vezes, apresenta dificuldades decorrentes de fatores sócio econômico culturais, entre outros, aumentando assim a prevalência do uso. O objetivo deste estudo é verificar a prevalência e perfil do usuário de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos, cadastrados no grupo de hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde Central e assistidos pelo SUS no município de Rio Pardo-RS. O delineamento do estudo foi de caráter transversal descritivo, com base na aplicação de questionários em uma primeira etapa e análise da dos dados obtidos na segunda etapa. Os dados obtidos foram analisados com o programa Statistical Package for the Social Sciences 20.0, comparando o uso dos medicamentos em questão com características dos pacientes, utilizando o Qui-quadrado. A prevalência obtida foi de 40,2% de uso de antidepressivos e ansiolíticos, com predomínio para o sexo feminino e faixa etária de 60 a 65 anos, pacientes casados e com baixa escolaridade. No entanto, não foi possível encontrar associação significativa entre estes dados e o uso dos medicamentos em questão, já que a amostra como um todo possuía as mesmas características. No entanto, o trabalho contribuiu de forma positiva para uma contextualização a nível municipal, trazendo dados importantes para os gestores e profissionais de saúde no planejamento de ações para o enfrentamento destas doenças.

Palavras-chave: Medicamentos, antidepressivos, ansiolíticos, SUS.

ABSTRACT

With increased longevity of the population, there is a higher prevalence of Non-Communicable Chronic Diseases such as Diabetes Melitus, Systemic Arterial Hypertension and central nervous system functioning, such as anxiety and anxiety, which are characteristic of how mental disorders more recurrent both in the world context and in the Brazilian population. For the discontinuation of a measure, health sessions and adverse effects become a quick measure to alleviate symptoms and patient satisfaction, which are often more intense, are more attractive. The objective of this study is to verify the prevalence and the profile of the user of anti-depressant medications and anti-depressants, enrolled in the group of hypertensive and diabetic patients of the Basic Unit of Health and Assistance to SUS in the city of Rio Pardo-RS. The study design was of descriptive cross - sectional character, based on the application of questionnaires in a first stage and the analysis of the data obtained in the second stage. The data were analyzed with the aid of the Statistical Package for the Social Sciences 20.0, where the analysis was done through the Chi-square. The prevalence was 40.2% of the use of antidepressants and anxiolytics, with a predominance of women and the age group of 60 to 65 years, married patients with low schooling. However, it was not possible to obtain the association between these data and the use of the drugs in question, since a sample as a whole possessed the characteristics. However, the work contributes positively to a municipal contextualization, bringing important data to managers and health professionals, without the action plan for coping with the diseases.

Keywords: Medications, antidepressants, anxiolytics, SUS.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Medicamentos utilizados pelos pacientes.....	38
Gráfico 2 - Motivo pelo qual os pacientes alegam que utilizam os medicamentos antidepressivos e ansiolíticos.....	40
Gráfico 3 - Tempo de uso dos medicamentos antidepressivos e ansiolíticos...	41
Gráfico 4 - Reações Adversas Medicamentosas.....	42
Gráfico 5 - Locais de aquisição dos medicamentos antidepressivos e ansiolíticos.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Medicamentos disponibilizados pelo SUS no município de Rio Pardo	24
Tabela 2 - Perfil da amostra de pacientes.....	34
Tabela 3 - Relação entre Perfil e Uso de antidepressivos e ansiolíticos.....	36

SUMÁRIO

<u>1</u>	<u>INTRODUÇÃO</u>	11
<u>2</u>	<u>PROBLEMA DE PESQUISA E HIPÓTESES</u>	13
<u>2.1</u>	<u>Pergunta de pesquisa</u>	13
<u>2.2</u>	<u>Hipóteses</u>	13
<u>3</u>	<u>JUSTIFICATIVA</u>	14
<u>4</u>	<u>OBJETIVOS</u>	16
<u>4.1</u>	<u>Objetivo Geral</u>	16
<u>4.2</u>	<u>Objetivos Específicos</u>	16
<u>5</u>	<u>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</u>	17
<u>5.1</u>	<u>Doenças Crônicas Não Transmissíveis</u>	17
<u>5.1.1</u>	<u>Hipertensão Arterial Sistêmica</u>	18
<u>5.1.2</u>	<u>Diabetes Mellitus</u>	19
<u>5.2</u>	<u>Programas de saúde do Ministério da Saúde</u>	21
<u>5.3</u>	<u>Tratamento da DM e HAS</u>	22
<u>5.3.1</u>	<u>Tratamento da HAS</u>	23
<u>5.3.2</u>	<u>Tratamento da DM</u>	24
<u>5.4</u>	<u>Transtornos Depressivos e de Ansiedade</u>	25
<u>5.4.1</u>	<u>Tratamento</u>	27
<u>5.4.2</u>	<u>Antidepressivos e Ansiolíticos</u>	28
<u>6</u>	<u>MATERIAIS E MÉTODOS</u>	31
<u>6.1</u>	<u>Tipo de Estudo</u>	31
<u>6.2</u>	<u>Local de Estudo</u>	31
<u>6.3</u>	<u>População e Amostra</u>	31
<u>6.4</u>	<u>Critérios de Inclusão e Exclusão</u>	32
<u>6.5</u>	<u>Aspectos Éticos da Pesquisa</u>	32
<u>6.6</u>	<u>Procedimento da Pesquisa</u>	32
<u>6.7</u>	<u>Análise de Dados Gerados na Pesquisa</u>	33
<u>6.8</u>	<u>Divulgação dos Resultados Obtidos na Pesquisa</u>	33
<u>6.9</u>	<u>Riscos e Benefícios</u>	33
<u>7</u>	<u>RESULTADOS E DISCUSSÃO</u>	34
<u>8</u>	<u>CONCLUSÃO</u>	45
<u>9</u>	<u>REFERÊNCIAS</u>	46
		10

<u>ANEXOS</u>	52
<u>ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</u>	52
<u>ANEXO B: Questionário</u>	55

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - doenças cardiovasculares, respiratórias obstrutivas, mentais, cerebrovasculares, diabetes mellitus, asma e neoplasias - são condições clínicas que se caracterizam por um longo período de latência, estão relacionadas ao aumento da longevidade da população e melhores condições sócio econômicas e compartilham diversos fatores de risco. Possuem alta prevalência e estão associadas a altas taxas de morbidade e mortalidade, tanto no contexto mundial quanto na população brasileira (BRASIL, 2018a; SILVA et al., 2017; BRASIL, 2011a; IBGE, 2013).

Dentre as DCNT mais prevalentes, destacam-se Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), relacionadas aos cinco principais riscos de mortalidade e ao aparecimento de complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas em seus portadores, e por isso sua prevenção é prioridade na atenção básica. O tratamento pode ser realizado através de ações de educação em saúde, modificações no estilo de vida e utilização de medicamentos (WHO, 2018a; SBD, 2017; WHO 2013b; SBC 2016).

Assim como a DM e HAS, os transtornos mentais possuem elevada prevalência a nível mundial, representando cerca de 13% da carga global de doenças. Dentre estes, a depressão e os transtornos de ansiedade estão entre os mais prevalentes, com predomínio para o sexo feminino e para grupos etários mais elevados. Por se tratarem de DCNT e estarem relacionadas ao envelhecimento da população, é possível relacionar HAS com episódios de depressão, transtornos de ansiedade e distúrbios do sono (WHO, 2018b; WHO, 2017; GANGWISCH et al. 2010).

Para o tratamento destas condições clínicas podem ser aplicadas medidas farmacológicas, com o uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos, e medidas não-farmacológicas, como psicoterapias, grupos de apoio, que podem auxiliar ou complementar o tratamento farmacológico. No entanto, o modelo tradicional de cuidado baseia-se na sintomatologia, tornando

o medicamento uma medida rápida para alívio dos sintomas (DARÉ e CAPONI, 2017; SASS et al., 2012).

Desta forma, observa-se um aumento na prevalência da prescrição de psicotrópicos e aumento expressivo no consumo de antidepressivos e ansiolíticos por idosos, para tratar distúrbios afetivos. Entretanto este grupo etário apresenta maior vulnerabilidade aos efeitos adversos, sendo que alguns destes medicamentos são considerados inapropriados a eles (NOIA et al. 2012)

O presente trabalho tem como objetivo identificar a prevalência do uso e perfil dos usuários de medicamentos Antidepressivos e Ansiolíticos, cadastrados no Grupo de Hipertensos e Diabéticos da Unidade Básica Central e assistidos pelo SUS no município de Rio Pardo-RS.

2 JUSTIFICATIVA

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) altamente prevalentes e associadas ao aumento da longevidade da população. O tratamento caracteriza-se por medidas não-farmacológicas através da adoção de hábitos de vida mais saudáveis, bem como por meio de medidas farmacológicas, com o objetivo de controlar, a níveis aceitáveis clinicamente, as medidas de pressão arterial (PA) e glicemia sanguínea. A adesão aos tratamentos propostos consiste em uma etapa fundamental no controle das condições clínicas, melhorando a qualidade de vida dos portadores e evitando complicações secundárias (SBD 2017; SBC, 2016; BRASIL, 2011a).

Assim como ocorre com a HAS e a DM, o aumento da longevidade da população está associado a maior prevalência de outras DCNT, dentre elas aquelas que comprometem o funcionamento do sistema nervoso central, como a depressão e ansiedade, que são os transtornos mentais mais recorrentes tanto no contexto mundial, quanto na população brasileira. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima, atualmente, que existem 322 milhões de pessoas vivendo com depressão e 264 milhões de pessoas vivendo com transtornos de ansiedade no mundo, o que as caracteriza como doenças de difícil controle, configurando, assim, um grande problema de saúde pública à nível mundial (WHO, 2018b; WHO, 2017).

Visando o tratamento efetivo e otimizado dos transtornos de ansiedade e depressão, torna-se imprescindível práticas de intervenções adequadas mediante o diagnóstico correto dos agravos. Desta forma, podem ser aplicadas medidas não farmacológicas quando se trata de casos menos graves, como as psicoterapias e grupos de apoio, que se caracterizam como alternativas mais saudáveis, que amplificam o processo saúde-doença e podem auxiliar e complementar o tratamento farmacológico. Entretanto, na maioria das vezes essas práticas de intervenção não são seguidas no âmbito da atenção básica, tendo em vista que, o modelo tradicional de cuidado, ainda, baseia-se na sintomatologia dos agravos, tornando o medicamento uma medida rápida para o alívio dos sintomas, bem como referente a satisfação do paciente, que não

raramente, apresenta dificuldades decorrentes de fatores sócio econômico culturais, entre outros (DARÉ e CAPONI, 2017; SASS et al., 2012).

A terapia medicamentosa de transtornos mentais depressão e ansiedade consiste no uso de fármacos Sujeitos a Controle Especial, referidos na Portaria n.º 344/1998 do MS. Estes medicamentos devem ser utilizados como uma medida temporária e não permanente, pois podem causar dependência física, psicológica, tolerância e síndrome de abstinência nos usuários, e o uso contínuo destes implica em altos custos para o sistema de saúde, pois grande parcela dos pacientes utiliza a assistência farmacêutica pública. Nos últimos anos, o uso dos psicotrópicos por idosos tornou-se tema de discussão necessária no âmbito da farmacoepidemiologia, e os estudos referentes a prevalência e perfil desses pacientes são importantes para o conhecimento das características do usuário e das implicações causadas com o uso destas medicações, sendo úteis para a promoção da saúde e uso racional de medicamentos (ABI-ACKEL et al., 2017).

Este trabalho justifica-se devido ao aumento do número de pacientes diabéticos e hipertensos, bem como os que apresentam outras doenças e comorbidades, necessitando fazer uso de diversos medicamentos, inclusive antidepressivos e ansiolíticos. Em consequência, necessitam de acompanhamento quanto a administração dos medicamentos, promovendo o uso correto e seguro dos mesmos. Os resultados obtidos poderão propiciar uma melhoria nas estratégias de enfrentamento destas doenças, otimização do tratamento proposto, melhoria da qualidade de vida dos usuários e fornecerão informações relevantes para os gestores e profissionais de saúde, pois geram dados que permitem a contextualização a nível municipal, o que é importante pois as cidades brasileiras podem apresentar diferenças importantes entre as populações analisadas quanto à utilização de serviços de saúde, perfil epidemiológico e características socioculturais (NOIA et al. 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar a prevalência do uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos por pacientes do grupo de hipertensos e diabéticos assistidos pelo SUS no município de Rio Pardo-RS.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil dos usuários diabéticos e hipertensos do SUS e que fazem uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos.
- Identificar possíveis efeitos adversos decorrentes do uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)- doenças cardiovasculares, respiratórias obstrutivas, mentais, cerebrovasculares, diabetes mellitus, asma e neoplasias- são condições clínicas que se caracterizam por um maior período de latência, etiologia multifatorial e estão relacionadas ao aumento da longevidade da população e melhores condições socioeconômicas. Representam a principal causa de mortes e ocasionam perdas na qualidade de vida e limitações nas atividades de lazer e trabalho de seus portadores, caracterizando o maior problema global de saúde (BRASIL, 2018a; SILVA et al. 2017; BRASIL, 2011a).

4.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As DCNT possuem elevada prevalência e mortalidade. São responsáveis por cerca de 63% de todas as mortes anuais (36 milhões de pessoas), sendo que aproximadamente 80% destas mortes acontecem em países de baixa e média renda. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as principais causas de morte no ano de 2016 foram doença cardiovascular representando 44% de todas as mortes por DCNT (17,9 milhões de pessoas), câncer com 22% (9 milhões de pessoas), doença respiratória crônica com 9% (3,8 milhões de pessoas) e diabetes com 4% (1,6 milhões de pessoas) (WHO, 2018a; WHO, 2013a).

Além de mortes prematuras, contribuem para um declínio da qualidade de vida e da situação financeira de seus portadores e demandam grandes investimentos em saúde por parte dos governos. Compartilham diversos fatores de risco, como os individuais (tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física, alimentação inadequada, idade, sexo e fatores genéticos) e comunitários (cultura, urbanização e situação econômica). Intervenções sobre estes fatores são a principal forma de diminuir a mortalidade por DCNT (BRASIL, 2011a; OPAS, 2003).

Seguindo a tendência mundial, observa-se na população brasileira, um processo de transição demográfica, epidemiológica e social, o que propicia um aumento da longevidade e das DCNT. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS),

inquérito populacional para doenças crônicas autorreferidas em amostra aleatória de moradores de domicílios particulares, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013, demonstrou que as DCNT são responsáveis por 72% das causas de mortes e 40% da população adulta possui pelo menos uma DCNT, com predomínio para o sexo feminino. Ainda indica que as doenças crônicas mais prevalentes neste ano foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (21,4%), depressão (7,6%), artrite (6,4%) e Diabetes Mellitus (DM) (6,2%) (LOBO et al. 2017; IBGE, 2013).

HAS e DM são doenças altamente prevalentes e estão relacionados entre os cinco principais riscos de mortalidade e ao aparecimento de complicações secundárias e são apontadas, como principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, que representam a maior causa de morbimortalidade do mundo (WHO, 2018a; WHO 2013b).

4.1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS possui alta prevalência e baixas taxas de controle, pois se trata de uma condição clínica geralmente assintomática e para um tratamento efetivo requer a prática de hábitos de vida saudáveis e o acesso a serviços médicos apropriados. É caracterizada pelo espessamento das paredes arteriais, causando níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), sendo que a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) define como pressão alta a pressão sistólica (ou máxima) ≥ 130 mmHg e/ou pressão diastólica (ou mínima) ≥ 80 mmHg (BRASIL, 2013).

Sua prevalência aumentou de 600 milhões em 1980 para quase 1 bilhão em 2008, segundo a OMS, e em 2015 esse número atingiu cerca de 1,13 bilhões de pessoas. Estes números são preocupantes, pois, como já mencionado, HAS é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A PNS estima que em 2013, o diagnóstico autorreferido de HAS foi de 21,4% (31,3 milhões) da população com 18 anos ou mais, com predomínio para o sexo feminino, raça negra e menores níveis de instrução. No estado do Rio Grande do Sul (RS), foi observado que 53,3% da população idosa possuía HAS (WHO 2015; IBGE, 2013; WHO, 2013b).

Como já citado em relação as doenças crônicas em geral, o aumento da prevalência de HAS pode ser atribuído ao envelhecimento da população e exposição a fatores de risco. Lobo e colaboradores (2017) também observaram uma maior prevalência na raça negra, em pessoas com menores níveis de escolaridade e renda. O estudo de BRUMMET e colaboradores (2011) relacionam o aumento da pressão arterial em jovens com excesso de peso e cita os exercícios físicos como intervenções de prevenção.

Quando não controlada, HAS pode levar a alterações funcionais e/ou estruturais em órgãos alvo e complicações metabólicas, com aumento do risco de complicações secundárias, como doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal, insuficiência cardíaca e déficits cognitivos. Estas condições são minimizadas quando há diagnóstico precoce e adesão ao tratamento (BRASIL, 2013; WHO, 2013b).

4.1.2 Diabetes Mellitus

A DM é uma doença endócrino-metabólica de etiologia heterogênea que resulta de uma deficiência na secreção ou ação da insulina, o que provoca um quadro de hiperglicemia crônica. Quando não controlada, pode resultar em complicações agudas e crônicas. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), o diagnóstico é realizado através dos exames: glicemia de jejum, com níveis ≥ 126 mg/dL de glicose; teste oral de tolerância a glicose, com ≥ 200 mg/dL de glicose em jejum e ≥ 200 mg/dL de glicose 2 horas após o consumo da glicose, e hemoglobina glicada $\geq 6,5\%$ (SBD, 2017).

Pode ser classificada em quatro classes principais: DM Tipo 1, DM Tipo 2, DM gestacional e outros tipos devido a causas específicas (doença do pâncreas exócrino, síndromes monogênicas e induzido por drogas ou substâncias químicas). A DM Tipo I caracteriza-se pela destruição das células beta pancreáticas e atinge geralmente crianças, e a DM Tipo 2 ocorre devido a defeitos na secreção de insulina, aparece normalmente após os 40 anos e é responsável pela maioria dos casos, possuindo causas específicas como defeitos genéticos da função das células beta e da ação da insulina. A DM gestacional é a intolerância à glicose ocorrida pela primeira vez durante a

gravidez, diagnosticada no segundo ou terceiro trimestre da gestação (ADA, 2016).

Como ocorre com as DCNT em geral, a exposição a fatores de risco como sedentarismo, má alimentação e obesidade podem aumentar a incidência da doença, o que foi observado no estudo de CHENG e colaboradores (2013), que contemplou o período de 1988 a 2010 nos Estados Unidos da América (EUA) e relacionou o aumento da obesidade com o aumento do número de casos de DM. A associação a outras condições de saúde, como a hipertensão e dislipidemias, também é considerada um fator risco para a condição clínica (FLOR & CAMPOS, 2017).

A DM foi responsável por 1,5 milhões de mortes em 2012, sendo que a maioria ocorreu em pessoas com menos de 70 anos e em países de baixa e média renda. Dados do Atlas Mundial de Diabetes, lançado pela International Diabetes Federation (IDF) em 2017, indicam que 425 milhões de pessoas possuíam diabetes no mundo, e uma em cada duas pessoas (1:2) ainda não foram diagnosticadas, havendo a estimativa de aumento de 65% até o ano de 2040. Ainda, existe o predomínio em pessoas que moram na zona urbana em relação a rural e para o sexo feminino na maioria das faixas etárias, exceto na faixa de 70-79 anos (IDF, 2017; WHO, 2016).

A PNS estimou que 9,1 milhões de pessoas, que representam 6,2% da população, referiram diagnóstico de DM no ano de 2013, com prevalência para o sexo feminino em relação ao masculino. A pesquisa também apontou um maior número de pessoas na faixa etária de 65 a 74 anos, pessoas que não possuíam instrução ou com o ensino fundamental incompleto e que viviam na zona urbana. No ano de 2017, o número aumentou para 14,3 milhões de acordo com o IDF, sendo que o Brasil ocupa o terceiro lugar no ranking dos países com maior número de casos, atrás apenas de China, Índia e Estados Unidos da América (IDF, 2017; IBGE, 2013).

O Instituto da Criança com Diabetes (ICD) em seu relatório anual do ano de 2017 estimou que no Brasil, 12,5 milhões de pessoas e no Rio Grande do Sul, 700 mil pessoas possuíam DM. No VIGITEL BRASIL, realizado em 2015 os moradores de Porto Alegre – RS que referiram o diagnóstico de DM

representaram 9,7 % em relação as outras capitais brasileiras, ficando atrás apenas da cidade do Rio de Janeiro – RJ. (ICD 2017; BRASIL, 2016).

A hiperglicemia crônica e a desregulação metabólica podem levar a complicações na DM, sendo responsáveis pela morbimortalidade de seus portadores. Os principais danos ocorrem nos rins (nefropatia diabética), olhos e vasos sanguíneos (aterosclerose nas artérias). O controle dos fatores de risco e o tratamento adequado podem reduzir estas complicações e melhorar a qualidade de vida de seus portadores, assim como reduzir os custos gerados para os sistemas de saúde (FLOR e CAMPOS, 2017; KUMAR, ABBAS e ASTER, 2015).

4.2 Programas de saúde do Ministério da Saúde

Devido à alta prevalência e complexidade das DCNT, o Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo programas de atenção básica objetivando prevenir e promover a qualidade de vida de seus portadores. O Plano das Estratégias para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, elaborado em 2011, têm como objetivo a implementação de políticas públicas efetivas, integradas e sustentáveis para o enfrentamento destas doenças nos dez anos subsequentes a sua criação. Algumas de suas metas é reduzir a mortalidade prematura, a obesidade em crianças e adultos e o consumo nocivo de álcool e tabaco (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2005).

O programa Farmácia Popular do Brasil foi criado em 13 de abril de 2004, pela Lei nº 10.858 e regulamentado pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004 e possui o objetivo de fornecer a população acesso a medicamentos gratuitos para o tratamento da doenças prevalentes, como HAS, DM. São fornecidos também um desconto em medicamentos para dislipidemias, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, e para fraldas geriátricas para pessoas acima de 60 anos ou que possuam alguma deficiência. O programa funciona através do credenciamento com farmácias comerciais que realizam a dispensação do medicamento aos pacientes (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2004).

A disponibilização de medicamentos através da assistência farmacêutica pública, como as farmácias municipais e estaduais e o Programa Farmácia Popular é de fundamental importância, pois os hipertensos e diabéticos são os

portadores de doenças crônicas que mais utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) para obtenção de seus medicamentos, de acordo com MATTA e colaboradores (2018).

O programa HIPERDIA implantado em 2002, permitia o cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos com o objetivo de conhecer o perfil epidemiológico da HAS e do DM na população. Os dados eram enviados através do Cartão Nacional do SUS, gerando informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos. Este sistema cadastrou até abril de 2005, 863 mil pacientes portadores de DM e 3,17 milhões de portadores de HAS, sendo que entre estes 741 mil também possuem diagnóstico de DM. Atualmente, a digitação no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos através da interface na WEB está suspensa (BRASIL, 2018c; BRASIL, 2005).

Em Rio Pardo, município do interior do Rio Grande do Sul (RS), são realizadas reuniões mensais no Grupo de Hipertensos e Diabéticos nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS) Central, sendo que os pacientes são divididos de acordo com seu local de residência. Ocorrem ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismo, orientação nutricional) e prevenção de complicações e atividades recreativas para os pacientes ministradas por enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e médicos da rede básica. Os pacientes consultam a cada seis meses, nas segundas, quartas e sextas pela manhã onde é revisado o tratamento e verificada a PA e glicemia para acompanhamento das condições clínicas e preenchimento do prontuário.

4.3 Tratamento da DM e HAS

A prevenção e controle da DM e HAS são prioridades da Atenção Básica. O Ministério da Saúde possui diversas campanhas de prevenção e, como já referido, possui programas que atuam no tratamento dos pacientes acometidos por essas doenças. Este tratamento pode ser realizado através de ações de educação em saúde, modificações no estilo de vida e utilização de medicamentos (SBD, 2017; SBC, 2016).

4.3.1 Tratamento da HAS

O tratamento da HAS pode ser conduzido por meio de medidas farmacológicas e não-farmacológicas com objetivo de reduzir a PA e a morbimortalidade por causas vasculares. Medidas não-farmacológicas consistem na redução da ingestão de sal e de outras substâncias que provocam o aumento da PA, interrupção do tabagismo, consumo moderado de álcool e prática de atividades físicas. O tratamento farmacológico pode ser através de monoterapia ou terapia combinada levando-se em consideração a lesão a órgãos-alvo, idade, história familiar e gestação (FAVA et al., 2017; SBC, 2016).

No entanto, apesar das opções terapêuticas disponíveis, menos de 1/3 dos pacientes hipertensos adultos têm sua pressão controlada, sendo que vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento como características do paciente, hábitos de vida e crenças de saúde e culturais, por exemplo. A adesão é importante pois é um dos principais fatores relacionado com a redução do risco de complicações secundárias bem como na melhoria da qualidade de vida do paciente (LIMA et al., 2016; VERONEZ e SIMÕES, 2008).

Para um tratamento otimizado e para uma maior adesão no mesmo é importante que a terapia anti-hipertensiva seja individualizada, levando-se em conta as características e fatores associados de cada paciente. De acordo com SBC, o tratamento inicial consiste na monoterapia de diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) e bloqueadores de receptor da AT1 (angiotensina 1). Quando o paciente apresenta estágio I com risco cardiovascular alto/muito alto ou estágio II e III, é recomendada a associação entre duas classes. Se não houver resposta, a dose deve ser aumentada, a combinação trocada ou acrescentado um terceiro fármaco. As associações devem seguir esquema racional, combinando fármacos de mecanismos de ação distintos (SBC, 2016)

A monoterapia corresponde a minoria dos tratamentos para hipertensão, sendo que cerca de 2/3 destes tratamentos não apresentam o resultado esperado, embora a terapia utilizando apenas um medicamento facilite a adesão. Este fato foi observado no estudo de VELONEZ e SIMÕES (2008), no qual 37% dos pacientes fazia uso deste esquema terapêutico. FAVA e

colaboradores relatam que a monoterapia utilizada em 2/3 dos pacientes não foi suficiente para reduzir a PA.

Os pacientes assistidos pelo SUS no município de Rio Pardo podem obter seus medicamentos através da Farmácia Municipal e do Programa Farmácia Popular. A Relação dos Medicamentos Essenciais do Município (REMUNE) de Rio Pardo e os disponibilizados pelo programa farmácia popular estão listados na tabela abaixo. Quando o medicamento não está na REMUNE do município o paciente pode comprá-lo em farmácias comerciais ou adquiri-los através de encaminhamento de processos judiciais (BRASIL, 2011b).

Tabela 1: Medicamentos disponibilizados pelo SUS no município de Rio Pardo - RS.

REMUNE – Rio Pardo	Programa Farmácia Popular
Atenolol 50 e 100 mg	Atenolol 25 mg
Besilato de Anlodipino 5 e 10 mg	Captopril 25 mg
Carvedilol 6,25, 12,5 e 25 mg	Cloridrato de Propranolol 40 mg
Maleato de Enalapril 5 e 20 mg	Hidroclorotiazida 25 mg
Espironolactona 25 e 100 mg	Losartana Potássica 50 mg
Furosemida 40 mg	Maleato de Enalapril 10 mg
Succinato de Metoprolol 25, 50 e 100 mg	
Tartarato de Metoprolol 100 mg	
Verapamil 80 mg	

Fonte: REMUNE de Rio Pardo e Ministério da Saúde.

4.3.2 Tratamento da DM

Assim como no tratamento da HAS, medidas não farmacológicas podem ser utilizadas na DM, como a prática de atividades físicas e adoção de hábitos de vida saudáveis. O nível de glicose no sangue deve ser monitorado, sendo que não deve passar de 100 mg/dL em jejum e 140 mg/dL após refeição (SBD 2017).

O tratamento da DM Tipo 1 consiste basicamente na alimentação saudável, prática de atividades físicas e aplicação de insulina, pois depende da reposição deste hormônio. Já no tratamento da DM Tipo 2 são utilizados

inicialmente os hipoglicemiantes orais, e então se o paciente não alcançar níveis reduzidos de glicemia sanguínea (> 300 mg/dl) e hemoglobina glicada (> 7%), deve ser introduzida a insulina na terapêutica do paciente (BRASIL, 2018d; MAIA, 2016).

Existem diversos tipos de insulina disponíveis, sendo que estas diferem umas das outras em características como início de ação, duração e pico de ação. As principais insulinas de ação rápida são a Lispro, Aspart e Glulisina, que permitem uma reposição mais fisiológica do hormônio pós-prandial. A insulina Regular possui ação curta e a NPH ação intermediária. As insulinas Determir e Glargina possuem ação ultralonga e sem pico de ação, o que proporciona um efeito basal e uniforme (KATZUNG e TREVOR 2017).

Como mencionado anteriormente, para o tratamento medicamentoso da DM Tipo 2 na maioria dos casos utiliza-se a terapia com hipoglicemiantes orais. É empregada a combinação de hipoglicemiantes orais de diferentes mecanismos de ação no tratamento, como os Secretagogos de Insulina, Biguaninas, Tiazolidinedionas e Inibidores da alfa- glucosidase (CLAYTON, STOCK e COOPER, 2012).

Assim como no tratamento da HAS, os pacientes assistidos pelo SUS podem adquirir sua medicação pelo Programa Farmácia Popular, sendo disponibilizados os hipoglicemiantes orais Cloridrato de Metformina 500 mg, 850 mg, Cloridrato de Metformina 500 mg (liberação prolongada), Glibenclamida 5 mg e as Insulina NPH e Regular (BRASIL, 2011b).

A Farmácia Municipal de Rio Pardo disponibiliza seringas para a aplicação de insulina e tiras reagentes de medida de glicemia capilar para o monitoramento da doença. O Estado do Rio Grande do Sul fornece as insulinas NPH e Regular e as insulinas Lispro, Glargina, Aspart mediante encaminhamento de processos administrativos para o Componente Especial, que disponibiliza medicações para o tratamento de doenças de alta prevalência (BRASIL, 2010a).

4.4 Transtornos Depressivos e de Ansiedade

Como mencionado anteriormente, o aumento da longevidade da população está associado a maior prevalência de DCNT. Dentre elas podemos

citar aquelas que comprometem o funcionamento do sistema nervoso central, os transtornos mentais, que representaram cerca de 13% da carga global de doenças (WHO, 2018b).

Depressão e ansiedade são os mais prevalentes transtornos mentais de acordo com dados da OMS. Estima-se que existam 322 milhões de pessoas vivendo com depressão no mundo, e este número aumentou 18,4% de 2005 a 2015 e no Brasil, 11,5 milhões de pessoas possuem a condição clínica. Em relação aos transtornos de ansiedade, cerca de 264 milhões de possuem esta condição clínica, com aumento de 14,9% de 2005 a 2015, e no Brasil estes transtornos afetam 18,6 milhões de pessoas (WHO, 2017)

A atenção básica pode ser a porta de entrada para os portadores destas doenças, sendo que situações mais graves são encaminhadas para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que conta com serviços especializados como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são pontos de atenção estratégicos e especializados para atender estes pacientes (BRASIL, 2017).

Por se tratarem de DCNT e estarem relacionadas ao envelhecimento da população, é possível relacionar HAS com episódios de depressão, transtornos de ansiedade e distúrbios do sono. Gangwisch e colaboradores (2010) relacionam os distúrbios do sono como fatores de risco para a HAS em indivíduos de meia idade que sofrem de depressão e medidas para tratar estes distúrbios poderiam ser preventivas para a HAS.

A depressão também pode aumentar a incidência de DM, como relatado no estudo de base populacional realizado por Engun e colaboradores (2007), na Noruega com 27.291 mil indivíduos, em que a depressão e transtorno de ansiedade foram considerados fatores de risco para o diagnóstico de DM Tipo 2. Também está associada a um pior controle glicêmico, devido a não adesão ao tratamento medicamentoso e aos hábitos de vida saudáveis (DIRMAIER, 2010).

Sass e colaboradores (2012) realizaram estudo nos idosos cadastrados no Programa Hiperdia do município de Sarandi-PR, e obtiveram como resultado que 30% da população estudada apresentou sintomas depressivos. Os autores relacionam a condição emocional a um estado nutricional inadequado, que pode levar a obesidade e se caracteriza como um fator de

risco para a DM, e enfatizam a importância de um cuidado especial, pois estes pacientes possuem maiores dificuldades na adesão ao tratamento.

4.4.1 Tratamento

Objetivando um tratamento efetivo e otimizado dos transtornos de ansiedade e depressão, torna-se necessário a aplicação de intervenções adequadas mediante o diagnóstico correto dos agravos. Desta forma, podem ser aplicadas medidas não farmacológicas e farmacológicas, dependendo da gravidade dos quadros de ansiedade e depressão. Para casos menos graves e para complementar a terapia farmacológica de casos mais complexos, os grupos de apoio terapêutico se caracterizam como alternativas mais saudáveis e que amplificam o processo saúde-doença. No entanto, o modelo tradicional de cuidado utilizado na atenção primária, baseia-se na sintomatologia, tornando o medicamento uma medida rápida para alívio dos sintomas (DARÉ e CAPONI, 2017; SASS et al., 2012).

A terapia medicamentosa convencional de transtornos mentais depressão e ansiedade consiste no uso de fármacos Sujeitos a Controle Especial, referidos na Portaria n.º 344/1998 do MS, os antidepressivos e ansiolíticos. Estes devem ser medidas temporárias e não permanentes, pois podem causar dependência física, psicológica, tolerância e síndrome de abstinência nos usuários. Desta forma, a prescrição deve ser apropriada, evitando o uso indiscriminado destas medicações (BRAGA et al. 2016).

Entretanto o que se observa é que a prescrição de medicamentos psicotrópicos cresceu muito nas últimas décadas devido a fatores como o aumento e/ou melhor diagnóstico dos casos de depressão e transtornos de ansiedade e maior número de medicamentos com perfil de aceitabilidade melhor para os pacientes. Ocorre muitas vezes a prescrição inicial do medicamento por médico que não são psiquiatras o que não é ideal pois estes são os especialistas neste tipo de prescrição. Também é comum a prescrição inicial por psiquiatras e após por clínicos-gerais, o que caracteriza uma contra referência de um serviço de especialidade para um serviço primário. No entanto no âmbito da atenção básica este quesito torna-se inviável (NORDON et al., 2009; PAULOSE-RAM et al., 2007).

Segundo os autores Borges, Hegadoren e Miasso (2015), o uso de psicotrópicos está associado à idade e a baixa escolaridade, sendo que a faixa etária predominante é acima de 60 anos. Abi-Ackel e colaboradores (2017), identificaram que o diagnóstico de depressão é o principal fator associado ao uso e ainda algumas características como sexo feminino, afiliação a plano de saúde e maior número de consultas médicas nos últimos 12 meses. O aumento do uso destes medicamentos cresce de acordo com a idade, sendo mais frequente em idosos. Noia e colaboradores (2012), ao avaliarem os fatores relacionados ao uso de psicotrópicos em município de São Paulo, obtiveram como resultado que a classe mais utilizada foi a dos antidepressivos, seguida pelos benzodiazepínicos.

4.4.2 Antidepressivos e Ansiolíticos

Existem diversas classes de antidepressivos disponíveis, com estruturas químicas variadas. Os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) constituem a classe mais usada clinicamente e atuam na inibição do transporte da serotonina, com efeitos antidepressivos e ansiolíticos. Os principais representantes da classe são: Cloridrato de Fluoxetina, Cloridrato de Sertralina, Cloridrato de Paroxetina, Bromidrato de Citalopram e Oxalato de Escitalopram (KATZUNG e TREVOR 2017).

Os Antidepressivos Tricíclicos (ADTs) bloqueiam a captura das aminas, principalmente serotonina e norepinefrina, pelas terminações nervosas, aumentando assim o efeito destas substâncias no sistema nervoso central, e estão relacionados a manifestações de efeitos adversos por interferirem no controle autônomo. Cloridrato de Amitriptilina, Cloridrato de Imipramina, Cloridrato de Clomipramina e Cloridrato de Nortriptilina são alguns dos medicamentos da classe utilizados clinicamente (RANG et al., 2016).

No estudo de Borges, Hegadoren e Miasso (2015), o medicamento antidepressivo mais prescrito foi o Cloridrato de Fluoxetina, devido a fatores com a segurança e tolerabilidade da classe e por se tratar de um medicamento disponível pelo SUS. O medicamento é inclusive um dos mais utilizados no Brasil, pois em 2009 estimou-se uma dose diária definida (DDD) como 2,62 mg

por 1000 habitantes/dia e o Rio Grande do Sul estava entre os cinco maiores estados consumidores (BRASIL, 2010b).

Os Benzodiazepínicos (BDZ) são uma classe bastante ampla e variada. Possuem mecanismos de ação depressor do Sistema Nervoso Central (SNC), entretanto alguns atuam em regiões específicas do cérebro, o que justifica suas diferentes ações como anticonvulsivantes, ansiolíticos e hipnóticos sedativos. Podem ser classificados de acordo com sua meia-vida plasmática, de modo que os de ação curta (Alprazolam e Lorazepam) possuem melhores efeitos como hipnóticos e os de ação longa (Bromazepam, Diazepam e Clonazepam) possuem melhores efeitos como ansiolíticos. No entanto a permanência destes metabólitos ativos nos tecidos, além de potencializar seus efeitos, pode interferir na concentração plasmática de outros medicamentos (BRAGA et al., 2016; CLAYTON, STOCK e COOPER, 2012).

No entanto, quando usados de forma contínua perdem sua função ansiolítica, provocam dependência física e psicológica, que pode ser potencializada por diversos fatores, dentre eles, prescrição errônea e continuada pelo médico, aumento da dose pelo próprio paciente e necessidade psicológica da droga. Os efeitos adversos incluem sonolência, problemas de equilíbrio, quedas, fraturas, distúrbios de memória, comprometimento cognitivo e funcional, sendo que pessoas idosas são mais susceptíveis a eles. A Diretriz da Prática Clínica Baseada em Evidências de Pottie e colaboradores (2018) recomenda a desprescrição – redução gradual - dos BDZ como tratamento contínuo para os distúrbios do sono em idosos, devido aos efeitos adversos citados e ao fato que a eficácia dos medicamentos diminui cerca de quatro semanas após início do uso (BRAGA et al. 2016).

Richardson, Bennett e Kenny (2014) também relacionaram o uso de BDZ a um maior número de quedas prejudiciais em idosos, quando associado com uso de polifarmácia, e maior número de quedas em geral. O uso é atribuído a tontura, sedação, comprometimento da coordenação motora e distúrbios posturais que podem ser aumentadas devido a interações farmacodinâmicas com medicamentos ativos no SNC, relaxantes musculares, opioides e anti-histamínicos H1, devido a interações medicamentosas.

Noia e colaboradores (2012) observaram uma prevalência de 12,2% de utilização de medicamentos psicotrópicos, sendo que 7,2% se tratavam de antidepressivos e 6,1% BDZs. Os antidepressivos mais utilizados foram a Fluoxetina e Amitriptilina e os BDZs foram Diazepam e Bromazepam. O estudo de Firmino e colaboradores (2011), o qual avaliou o uso de BDZ dispensados no município de Coronel Fabriciano – MG, verificou-se maior uso de Diazepam 10 mg (59,7%) em relação ao Clonazepam 2 mg (40,2%), com predomínio para mulheres e uso expressivo entre idosos (25%). O uso de Diazepam entre idosos é contraindicado e o medicamento é considerado inapropriado de acordo com o critério de Beers, pois está relacionado ao aumento do número de quedas e efeitos adversos.

Os pacientes assistidos pelo SUS no município de Rio Pardo podem obter seus antidepressivos e ansiolíticos na Farmácia Municipal de Rio Pardo. Os medicamentos destas classes disponíveis no REMUNE são: Amitriptilina 25 mg, Clonazepam 2,5 mg/ml, Diazepam 5 mg, Fluoxetina 20 mg e Imipramina 25 mg. Através do componente especial do Estado também é disponibilizado o medicamento Sertralina 50 mg, através de encaminhamento de processo administrativo (BRASIL, 2010a).

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de Estudo

O delineamento do estudo é de caráter transversal, descritivo. Foram aplicados questionários na primeira etapa e foi realizada a análise dos dados obtidos na segunda etapa.

5.2 Local de Estudo

O estudo foi aplicado no Grupo de Hipertensos e Diabéticos da UBS Central, localizada no município de Rio Pardo – RS, a qual assiste à população residente na área rural, bem como da área central, sendo a maior unidade básica do município.

5.3 População e Amostra

A amostra do estudo é composta por pacientes idosos assistidos pelo SUS e atendidos pelo Grupo de Hipertensos e Diabéticos da UBS Central. O grupo possui o cadastro, atualmente, de 753 usuários, sendo que destes, 491 são acometidos de hipertensão arterial sistêmica (HAS) como principal condição clínica, 262 possuem o diabetes como principal agravo à saúde e 152 possuem as duas doenças associadas.

O paciente mais jovem que frequenta o grupo possui 20 anos, o mais velho possui 97 anos e a maior incidência é de 60 anos com 22 pacientes. Em relação ao sexo, 517 pertencem ao sexo feminino e 236 ao sexo masculino. No ano de 2015, 11 pacientes abandonaram o grupo e em 2016, 83 pacientes abandonaram o grupo.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o Epi Info™, aplicativo que possui ferramentas projetadas para profissionais de saúde pública e pesquisadores e permite a construção simplificada de banco de dados. Desta forma, levando-se em conta o tamanho da população, 152 pessoas, com nível de confiança de 90%, frequência esperada de 50% e limite de confiança de 5%, a amostra foi composta por 97 pacientes. Estes foram escolhidos,

aleatoriamente, de acordo com as consultas agendadas para os meses de agosto, setembro e outubro de 2018.

5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos no estudo todos os pacientes que possuem as duas doenças, hipertensão e diabetes, associadas e com idade superior a 60 anos (idosos), e ainda, aceitaram participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A).

Foram excluídos do estudo pacientes que não souberam responder e/ou não possuíam a prescrição médica que indicasse que faziam uso de antidepressivos e ansiolíticos.

5.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

O estudo foi realizado mediante a assinatura do Termo de Consentimento pelo secretário Municipal de Saúde autorizando o desenvolvimento da pesquisa no município de Rio Pardo-RS e, após o mesmo ser submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), atendendo a Resolução n.º 466/2012 do MS/CNS, e sendo emitido o número do CAAE (ANEXO C). Por envolver pesquisa em seres humanos foi necessário a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos pacientes que concordarem em participar do estudo (Anexo A).

5.6 Procedimento da Pesquisa

Os dados foram coletados através de questionário, contendo perguntas fechadas e abertas, aplicados na sala de espera do consultório da unidade de saúde, após a triagem realizada pela equipe de enfermagem e anteriormente às consultas previamente agendadas, conforme fluxo determinado pela UBS Central de Rio Pardo/RS.

O questionário (Anexo B) foi dividido em duas etapas. A parte I constituída de informações gerais sobre os pacientes, ou seja, o perfil dos mesmos. A segunda parte referente a características da utilização dos medicamentos, onde os pacientes foram questionados em relação ao uso de

fármacos antidepressivos e ansiolíticos, informações essas que identificaram a prevalência do uso de medicamentos relacionada às características pessoais dos usuários em questão.

5.7 Análise de Dados Gerados na Pesquisa

Após a coleta dos questionários, os dados foram digitalizados em uma planilha EXCEL, confeccionada a partir das variáveis necessárias, e foram analisados no software Statistical Package for the Social Sciences 20.0 (SPSS versão 20.0), onde a análise foi feita por meio do Qui-quadrado.

5.8 Divulgação dos Resultados Obtidos na Pesquisa

Os resultados obtidos através deste estudo foram apresentados em forma de artigo científico.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo possuem idade entre 60 e 84 anos, com predomínio para a faixa etária de 60 a 65 anos representada por 57,7% (n=56) dos pacientes e maior proporção para o sexo feminino, com 60,8% (n=58) dos entrevistados. A amostra representa bem os dados do grande grupo que possui maior prevalência de idade de 60 anos e sexo feminino (tabela 2).

Quanto à escolaridade, 63,9% (n=62) possui ensino fundamental incompleto, representando a grande maioria da amostra. Em relação ao estado civil, 64,9% (n=63) são casados, ao arranjo domiciliar, 48,7% (n=52) dos entrevistados mora com apenas uma pessoa, e a ocupação, 61,9% (n=60) são aposentados. Dos familiares que residem com os entrevistados, observou-se que a grande maioria se tratava da esposa, ou esposa e filhos.

A prevalência de uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos foi de 40,2% da população estudada, representada por 39 pacientes. Este número é bastante expressivo e superou a hipótese apresentada neste trabalho, em que a prevalência seria de 12%. O estudo de Noia e colaboradores (2012), encontrou 12,2% de prevalência de uso de psicotrópicos em idosos residentes no município de São Paulo e o de Abi-Ackel (2017) encontrou 13,8% entre idosos de uma comunidade.

No estudo de Téllez-Lapeira e colaboradores (2016) a prevalência foi de 20,5%, e de acordo com os autores, o consumo cresce com o passar dos anos, resultado encontrado também por Desplenter (2011), em que a prevalência cresceu de 37,3% para 38,4% nos anos de 1998 a 2004 na pesquisa realizada na Finlândia. No entanto, é importante mencionar que estudos sobre o uso dos medicamentos ansiolíticos e antidepressivos nos portadores de HAS e DM, são pouco frequentes e não foram encontrados para realizar a comparação. Este fato pode alterar consideravelmente os resultados encontrados, já que estudos de prevalência de uso de medicamentos estão ligados as morbidades das populações estudadas, além de que o padrão de prescrições se modifica de acordo com a época e o local.

Tabela 2: Perfil da amostra de pacientes.

Variável	Número de pacientes	Porcentagem (%)
Faixa Etária		
60-65	56	57,7
66-70	19	19,6
71-75	15	15,5
76-80	6	6,2
81-85	1	1,0
Sexo		
Feminino	58	60,8
Masculino	39	39,2
Estado Civil		
Casado (a)	63	65,0
Viúvo (a)	14	14,4
Separado (a)	9	9,3
União Estável	7	7,2
Solteiro (a)	4	4,1
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	62	63,9
Ensino Superior	2	2,1
Fundamental Completo	15	15,5
Ensino Médio	11	11,3
Analfabeto	3	3,1
Só assina o nome	4	4,1
Arranjo Domiciliar		
Sozinho	10	10,3
Uma	52	53,6
Duas	10	10,3
Três	13	13,4
Quatro	6	6,2
Cinco	5	5,2
Mais de 6	1	1,0
Ocupação		
Aposentado (a)	60	61,9
Trabalhador	18	18,5
Do lar	8	8,2
Encostado (a)	6	6,2
Outro	3	3,1
Desempregado (a)	2	2,1

Fonte: Pesquisadora.

A prevalência de uso foi maior no sexo feminino, na faixa etária de 60 a 65 anos, em pacientes casados e aposentados. Uma grande parte dos usuários destes medicamentos também possuía baixa escolaridade, sendo que 69,2% dos pacientes possuía o ensino fundamental incompleto, 12,8% o ensino fundamental completo e 10,3% o ensino médio completo (tabela 3).

Tabela 3: Relação entre Perfil e Uso de Antidepressivos e Ansiolíticos.

Variável	Uso de Medicamentos	
	Sim	Não
Faixa Etária		
60-65	28	28
66-70	6	13
71-75	4	11
76-80	1	5
81-85	0	1
Sexo		
Feminino	26	32
Masculino	13	26
Estado Civil		
Casado (a)	22	41
Viúvo (a)	08	06
Separado (a)	04	05
União Estável	02	05
Solteiro (a)	03	01
Escolaridade		
Ens. Fundamental Incompleto	27	35
Ensino Superior	0	02
Fundamental Completo	05	10
Ensino Médio	04	07
Analfabeto	01	02
Só assina o nome	02	02

Fonte: Pesquisadora.

Os autores Garrido e colaboradores (2013) atribuem a alta prevalência de uso de medicamentos para depressão e ansiedade na Espanha a uma série de fatores como o melhor acesso a serviços de saúde, manejo correto destas condições na atenção primária, maior incidência de tais condições, maior publicidade, menores recursos para tratamentos não-farmacológicos, entre outros. Estes fatores podem ser atribuídos também a população deste estudo., onde também foram encontradas uma maior prevalência de uso entre

mulheres, fato que é predominantemente citado na literatura. As mulheres se mantêm mais vigilantes em relação a sua saúde e relatam de forma mais clara os sintomas físicos e psicológicos, por isso há uma tendência maior ao uso de medicamentos. Por isso a população masculina merece uma atenção especial, pois muitas vezes não recebe o tratamento farmacológico necessário as suas necessidades (ABI-ACKEL et al., 2017).

Ao investigar a associação estatística entre a variável dependente (uso de antidepressivos e ansiolíticos) e as variáveis independentes (sexo, escolaridade, idade, estado civil, ocupação e arranjo domiciliar), usando o teste de qui-quadrado (χ^2), sendo que a associação era aceita quando o valor de P era menor ou igual a 0,05, não houve associação significativa. Isto deve ao fato de que a amostra como um todo possui o mesmo perfil dos usuários dos medicamentos ansiolíticos e antidepressivos.

Como já mencionado, a medicalização da sociedade pode promover a utilização inadequada de medicamentos, que no caso dos antidepressivos e ansiolíticos, pode levar a dependência e efeitos adversos. Por isso o diagnóstico correto é essencial para um efetivo tratamento, tanto dos transtornos de ansiedade e depressivos, quanto para manter a pressão e glicemia sob controle (ABI-ACKEL et al., 2017; SASS et al., 2012).

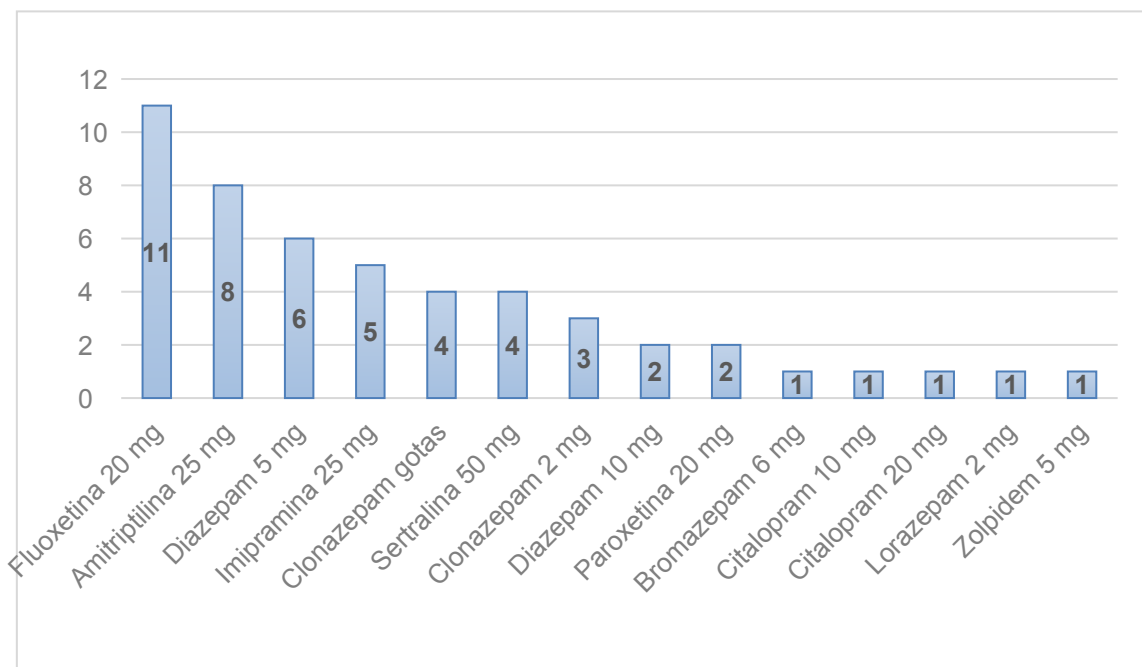
Em relação a classe dos medicamentos, 28,8% dos pacientes utilizam antidepressivos e 17% BDZ, e os medicamentos mais utilizados foram a Fluoxetina de 20 mg (n=11), Amitriptilina 25 mg (n=8) e Diazepam 5 mg (n=6), sendo que alguns pacientes fazem uso das classes e medicamentos combinados (gráfico 1). Os valores encontrados superaram as hipóteses apresentadas, nas quais o uso de antidepressivos seria de 7% e de ansiolíticos seria de 6%, mas em relação aos medicamentos a hipótese apresentada foi igual aos resultados encontrados.

Ao avaliar o uso de acordo com o critério de Beers-Fick, os medicamentos mais utilizados, Fluoxetina 20 mg, Amitriptilina 25 mg e Diazepam 5 mg, são considerados potencialmente inapropriados para idosos e não recomendados independente da condição clínica. Toda a classe dos BDZ é considerada inadequada para idosos, pois estes possuem sensibilidade aumentada e redução de seu metabolismo. No entanto, por se tratar da

atenção básica do SUS e dos medicamentos disponibilizados, torna-se difícil para o prescritor encontrar opções para as condições clínicas em questão e que de fato os pacientes consigam ter acesso (ISMP, 2017).

Comparando os resultados encontrados com o estudo de NOIA (2012), que avaliou o uso de psicotrópicos por idosos, 7,2% utilizavam antidepressivos e 6,1% BDZ, indicando uma menor diferença entre as duas classes e uma prevalência bem menor de uso do que as encontradas neste trabalho. Os medicamentos mais utilizados pelos idosos foram os mesmos encontrados neste estudo. No entanto, novamente, não se avaliou se os pacientes eram hipertensos e diabéticos, fatores que podem interferir significativamente nos resultados.

Gráfico 1: Medicamentos utilizados pelos pacientes.



Fonte: Pesquisadora.

O diagnóstico inicial de 31 (79,5%) dos pacientes que fazem uso dos antidepressivos e ansiolíticos foi DM e HAS e de 8 (20,5%) foi depressão e/ou ansiedade. A maioria dos entrevistados (64,1%) também alega que os quadros de depressão e/ou ansiedade associados a HAS e DM tornam o controle da glicemia e pressão arterial mais difícil, pois se sentem mais nervosos, inquietos e agitados.

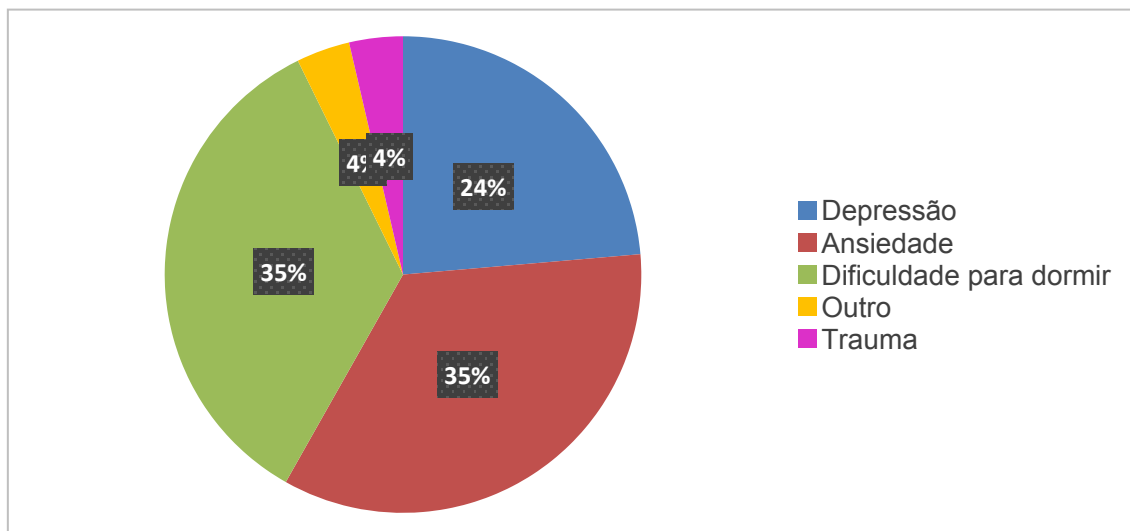
Estes dados sugerem que para a maioria dos pacientes o quadro das doenças crônicas e o impacto que elas causam em suas vidas como as limitações e perda da qualidade de vida, pode evoluir para quadros de depressão e ansiedade. Quando o diagnóstico inicial é depressão e ansiedade, estes pacientes se tornam mais susceptíveis as DCNT, pois muitas vezes possuem hábitos de vida inadequados devido a condições emocionais, como Gangwisch e colaboradores (2010) e Engun e colaboradores (2007) relatam em seus estudos, nos quais os distúrbios do sono e depressão são considerados fatores de risco para DM e HAS.

Estes pacientes merecem um cuidado especial, pois também possuem maiores dificuldades de adesão ao tratamento proposto e com isso maiores chances de agravos secundários a DM e HAS. Sass e colaboradores (2012), identificaram que 30% dos idosos participantes do Hiperdia no município de Sarandi-PR possuíam sintomas depressivos e avaliam que essa associação está relacionada a complicações por eventos cardiovasculares devido à baixa adesão dos pacientes ao tratamento. O estudo de Ferreira e colaboradores (2015) obteve como resultado que a DM tipo 2 aumenta 2,4 vezes a prevalência de depressão, e que a depressão está ligada a quadros de hiperglicemia, níveis mais altos de hemoglobina glicada e complicações secundárias macrovasculares e microvasculares da DM. No entanto o mecanismo certo deste aumento ainda não é completamente esclarecido.

Diminic-Lisica e colaboradores, com base em seu estudo realizado em 2014, avaliaram se o uso de antidepressivos concomitante a terapia anti-hipertensiva promove uma melhor regulação da pressão arterial e obtiveram como resultado que aqueles que eram diagnosticados e administravam a medicação antidepressiva, além de amenizar os sintomas depressivos, possuíam um melhor controle da pressão arterial, reduzindo assim o risco cardiovascular. Mencionam também que a depressão em hipertensos está associada a um aumento de obesidade, sedentarismo, tabagismo e baixa adesão ao tratamento proposto. Desta forma, apesar da alta prevalência, o resultado encontrado indica que os pacientes possuem um diagnóstico de depressão e que o quadro está sendo tratado.

Dentre o grupo de usuários de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos, 24% (n=13) relataram uso devido à depressão, 34% (n=19) devido à ansiedade, 34% (n=19) devido à dificuldade para dormir, 4% (n=2) devido a algum trauma e 4% (n=2) devido a algum outro motivo, sendo que alguns relataram que utilizavam devido a mais de uma causa. (gráfico 2). Como pode ser observado, uma grande parte da amostra utiliza os medicamentos devido à dificuldades para dormir e a ansiedade, o que explica porque grande parte da amostra utiliza a classe dos BDZ. Segundo HANUS e colaboradores, (2015), indivíduos hipertensos possuem maiores dificuldade para dormir em relação aos normotensos, e o uso de medicação para este fim piora a qualidade do sono.

Gráfico 2: Motivo pelo qual os pacientes alegam que utilizam os medicamentos antidepressivos e ansiolíticos.



Fonte: Pesquisadora.

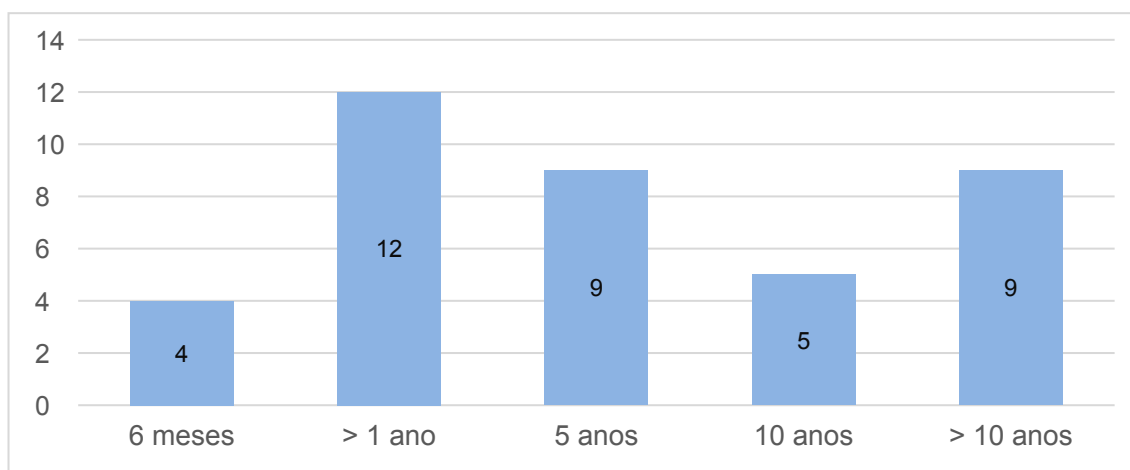
Em relação a especialidade do prescritor inicial, 67% (n=26) dos pacientes relataram que se tratava de um clínico geral e 33% (n=13) de um psiquiatra. Destes pacientes, 57% (n=22) nunca consultaram com um psiquiatra, 15% (n=6) consultaram há menos de 6 meses, 5% (n=2) há 6 meses, 8% (n=3) há um ano, 15% (n=6) há mais de 1 ano.

Nordon e colaboradores (2009) encontraram em seu estudo que 47,2% das prescrições de benzodiazepínicos foram realizadas por clínicos gerais e avaliam que no contexto da atenção básica este cenário é natural e que muitas vezes não é feita a revisão do tratamento medicamentoso, apenas a

manutenção da receita médica necessária para a obtenção dos medicamentos. No entanto este quadro é preocupante, pois a revisão da medicação por um profissional capacitado é fundamental para um tratamento correto, principalmente se tratando de idosos que são mais susceptíveis a efeitos adversos e tolerância da medicação.

Quando analisado o tempo de uso dos medicamentos, como ilustrado no gráfico 4, grande número de pacientes utiliza os medicamentos há dez anos ou mais, o que se caracteriza como períodos muito prolongados de uso para as classes farmacológicas em questão. Dos pacientes que utilizam os medicamentos por dez ou mais anos, 6 utilizam BDZ e 13 antidepressivos, sendo que destes 3 utilizam dois antidepressivos associados, 2 utilizam um medicamento de cada classe e os 8 restantes utilizam uma das classes isoladamente. Como já citado neste trabalho, o uso prolongado de antidepressivos e ansiolíticos pode causar dependência física e psíquica, tolerância e síndrome de abstinência. Por isso deve ser evitado o uso indiscriminado, e quando necessário fazer uso por um período de tempo e não de forma contínua (BRAGA et al., 2016).

Gráfico 3: Tempo de uso dos medicamentos antidepressivos e ansiolíticos.



Fonte: Pesquisadora.

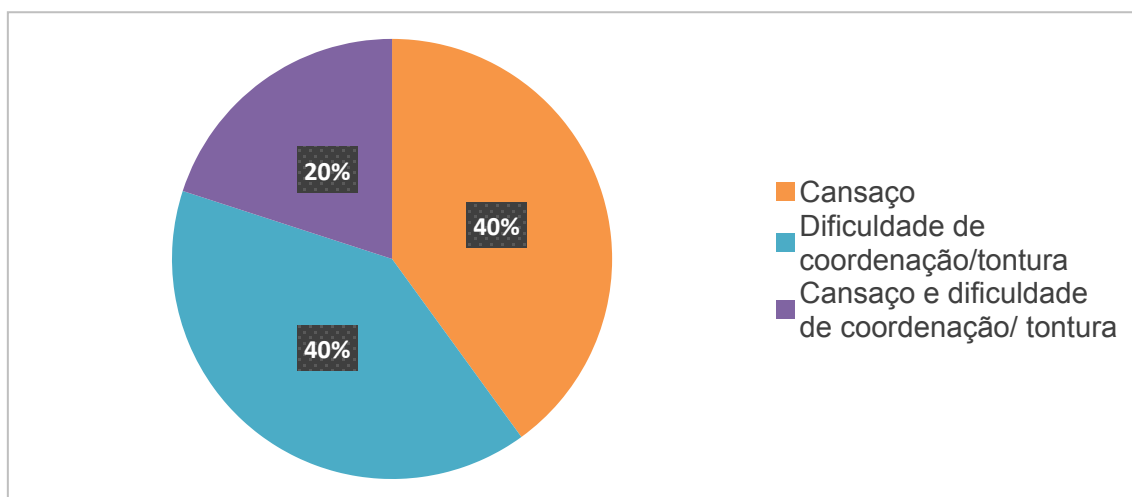
O uso prolongado de BDZ, principalmente, está relacionado a tolerância, efeitos adversos, quedas e dificuldade de descontinuar a medicação devido a efeitos rebote. Os autores HATA e colaboradores (2018) sugerem que uma alternativa para a diminuição do uso prolongado destes medicamentos é a sua

substituição por outras classes como os antidepressivos e antipsicóticos (ALJAWADI et al. 2018; BERNARD et al. 2018).

Quando questionados sobre a ocorrência de reações adversas medicamentosas (RAMs), 74,3% (n=29) dos pacientes refere que o uso dos medicamentos antidepressivos e ansiolíticos não ocasiona nenhum tipo e 25,6% (n=10) dos pacientes respondeu que sim, sendo que destes 4 apresentaram dificuldade de coordenação ou tontura, 4 apresentaram cansaço e 2 apresentaram os dois efeitos associados (gráfico 5). A maioria ainda relatou que não houveram tentativas de parar de usar os medicamentos, pois ele faz bem, diminui a ansiedade, a depressão e ajuda a dormir.

Em relação aos medicamentos utilizados por este subgrupo de pacientes, 7 utilizam BDZ e 3 antidepressivos, sendo que um destes é um ADT. Estes números entram em acordo com os dados da literatura, que relaciona o uso de BDZ a maior ocorrência de RAMs. Estes, causam sedação pronunciada, confusão, aumentam o risco de quedas e fraturas e déficit cognitivo e os ADTs provocam efeito anticolinérgico e hipotensão ortostática. CARDOSO-GARRIDO e colaboradores (2013) justificam a ocorrência de RAMs de psicotrópicos em idosos a dificuldade de administrar de forma correta e seguir o regime posológico proposto pelos médicos, o que constitui um grave problema de saúde pública (ISMP, 2017).

Gráfico 4: Reações Adversas Medicamentosas.

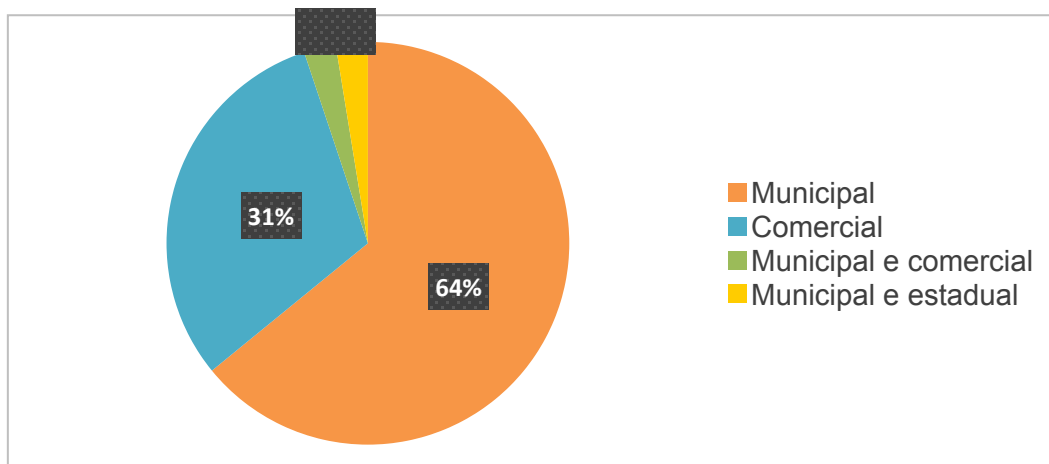


Fonte: Pesquisadora.

Em relação a adesão ao tratamento medicamentoso, 79,5% (n=31) dos pacientes respondeu que não esquece de tomar a medicação nunca, 10,25% (n=4) respondeu que esquece 1 vez por semana e 10,25% (n=4) que esquece mais de uma vez por semana. A maioria dos pacientes refere que se esquece de tomar o medicamento sente mal-estar ou não consegue dormir e então lembra de tomar em seguida. No entanto, este tipo de questionamento geralmente é controverso, pois os pacientes sentem dificuldade de relatar aos profissionais da saúde os erros que cometem em relação ao tratamento. Alguns dos pacientes também relataram que só administram o medicamento quando sentem dificuldade para dormir, o que se caracteriza como um erro de administração.

A maioria dos pacientes depende da assistência farmacêutica municipal para a aquisição dos medicamentos, pois 64,1% (n=25) respondeu que retira seus medicamentos na farmácia municipal. No entanto, quando há falta da medicação nas farmácias municipal e estadual, 22 dos pacientes compram a medicação e 5 interrompem o tratamento, pois relatam que não tem condições para a aquisição dos mesmos. Muitas vezes, eles esperam que a medicação voltar a farmácia municipal, o que pode demorar semanas, e que interfere na adesão farmacológica dos mesmos.

Gráfico 5: Locais de aquisição dos medicamentos antidepressivos e ansiolíticos.



Fonte: Pesquisadora.

Muitos pacientes dependem da assistência farmacêutica pública para a obtenção de seus medicamentos, e quando há falta nas farmácias municipais e

estadual há interrupção do tratamento por grande parte deles. Esta condição interfere na adesão farmacológica, pois há interrupção do tratamento de forma abrupta, o que pode ocasionar RAMs. Portanto, o sistema de dispensação ainda carece de investimentos de forma que não ocorram faltas e que os pacientes não descontinuem a medicação. Os gestores de saúde devem prever este fator e orientar os profissionais atuantes qual a forma de proceder quando falta a medicação.

Algumas limitações do estudo foram o fato de se tratar de um questionário, no qual os pacientes podem omitir detalhes importantes, além de que muitas vezes é difícil tornar a pergunta compreensível da forma que foi proposta, fatores que podem impactar nos resultados. Também não foi possível com os questionamentos identificar o abandono do tratamento devido a RAMs, que seria importante para que um dos objetivos deste trabalho fosse melhor elucidado.

7 CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados, obtivemos dados sobre o uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos pelos pacientes do grupo de hipertensos e diabéticos, da UBS Central do município de Rio Pardo, nos meses de agosto a outubro de 2018. Estes dados são importantes, pois trazem informações ainda não existentes sobre esta população e permitem uma contextualização a nível municipal. Estudos de prevalência de uso deste tipo de medicação em populações semelhantes ainda são pouco frequentes, tanto que para a discussão deste trabalho não foi encontrado nenhum artigo científico com o mesmo teor.

Não foi possível identificar uma associação significativa entre o uso dos medicamentos ansiolíticos e antidepressivos com características do perfil dos pacientes, pois a amostra total como um todo possuía baixa escolaridade, sexo feminino, faixa etária entre 60 e 65 anos, eram casados e aposentados. No entanto, os resultados contribuem para a relevância de maiores estudos e pesquisas sobre o uso destes medicamentos nos hipertensos e diabéticos, tendo em vista que consistem de doenças crônicas nas quais os pacientes fazem uso de muitos medicamentos concomitantemente.

Embora não houvesse nenhum questionamento sobre o assunto, foi possível observar através da interação com os pacientes que muitos deles não entendem os efeitos negativos que o uso contínuo de medicamentos pode provocar, e que existem outras alternativas para evitar o uso. A baixa prevalência de RAMs pode ser devida a este fato, pois muitos relataram que apresentavam os sintomas, mas não era devido ao medicamento. Ações educativas com a finalidade de informar sobre os benefícios e malefícios da medicação, são medidas que podem melhorar este aspecto, fazendo com que os pacientes entendam mais sobre o tratamento proposto pelo médico e profissionais de saúde da UBS.

8 REFERÊNCIAS

ABI-ACKEL, Mariza Miranda et al. Uso de psicofármacos entre idosos residentes em comunidade: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 20, n. 1, p. 57-69, 2017 (B3)

ALJAWADI, Mohammad H. et al. The Prevalence of Benzodiazepines Utilization and its association with Falls among Saudi Older Adults; Results from The Saudi National Survey for Elderly Health (SNSEH). *Saudi Pharmaceutical Journal*, 2018. (B1)

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA) et al. *Classification and diagnosis of diabetes*. Diabetes Care, 2016.

BERNARD, Marie-Michèle Tanguay et al. Patterns of benzodiazepines use in primary care adults with anxiety disorders. *Heliyon*, v. 4, n. 7, p. e00688, 2018. (B4)

BORGES, TL; HEGADOREN, KM; MIASSO, AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2015 (B3)

BRAGA, Denis Conci et al. Uso de psicotrópicos em um município do meio oeste de Santa Catarina. *J. Health Sci. Inst*, v. 34, n. 2, p. 108-113, 2016. (B5)

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Relatório de Atividades 2009*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 169 p. Brasília: Anvisa, 2010b.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos*. Disponível em: <<<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>> Acesso em: 18/04/2018. BRASIL, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sobre a Vigilância de Doenças Crônicas*. Disponível em: <<<http://portalms.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>>> Acesso em: 07/06/2018>> Brasil, MS, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro*. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Brasília: 2004 Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm>> Acesso em: 23/04/2018. BRASIL, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Farmácia Popular. Disponível em: <<<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular/sobre-o-programa>>> Acesso em: 08/06/2018. BRASIL, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas*. Disponível em: <<<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/rede-de-atencao-psicossocial-raps>>> Acesso Em: 09/06/2018. BRASIL, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 184 de 3 de fevereiro de 2011. DISPÕE SOBRE O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL. Diário Oficial da União, Poder Executivo; de 3 de fevereiro de 2011. Disponível em: <<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/16/portaria-184.pdf>>> Acesso em: 10/04/2011. BRASIL, 2011b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. 2018. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Diabetes Mellitus Tipo 1*: BRASIL. MS, 2018d

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Secretária de Estado da Saúde. PORTARIA/SES/RS Nº 670/2010. Disponível em: <<<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/18141913-20120515135656portaria-ses-rs-n-670-de-31-12-2010.pdf>>> Acesso em: 19/04/2018. Porto Alegre: 2010a

BRUMMETT, Beverly H. et al. Systolic blood pressure, socioeconomic status, and biobehavioral risk factors in a nationally representative US young adult sample. *Journal of Hypertension*, 111.171272, 2011. (A1) FI: 6.857

CHENG, Yiling J. et al. Secular changes in the age-specific prevalence of diabetes among US adults: 1988–2010. *Diabetes care*, v. 36, n. 9, p. 2690-2696, 2013. (A1) if: 11.857

CLAYTON, B.D.; STOCK, N.Y.; COOPER, S. E. *Farmacologia na prática de enfermagem*. Elsevier Brasil. p. 258, 259, 569, 570 2012.

DARÉ, Patricia Kozuchovski; CAPONI, Sandra Noemi. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, v. 7, n. 1, p. 12-24, 2017. (B4)

DESPLENTER, Franciska et al. Change in psychotropic drug use among community-dwelling people aged 75 years and older in Finland: repeated cross-sectional population studies. *International psychogeriatrics*, v. 23, n. 8, p. 1278-1284, 2011. (B1)

DIRMAIER, Jörg et al. Diabetes in primary care: prospective associations between depression, nonadherence and glycemic control. *Psychotherapy and psychosomatics*, v. 79, n. 3, p. 172-178, 2010. (A1) FI: 8.964

DIMINIC-LISICA, Ines et al. Outcome of treatment with antidepressants in patients with hypertension and undetected depression. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 47, n. 2, p. 115-129, 2014. (B3)

ENGUM, Anne. The role of depression and anxiety in onset of diabetes in a large population-based study. *Journal of psychosomatic research*, v. 62, n. 1, p. 31-38, 2007. (A2) FI:7.296

FAVA, Silvana Maria Coelho et al. Clases de antihipertensivos y su combinación entre personas con hipertensión arterial sistémica en el sistema público. *Enfermería global*. Murcia, v. 16, n. 45, p. 20-50, 2017. (B2)

FIRMINO, Karleyla Fassarela et al. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, p. 1223-1232, 2011. (A2)

FLOR, Luisa Sorio; CAMPOS, Monica Rodrigues. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, p. 16-29, 2017. (B3)

CARRASCO-GARRIDO, P. et al. National trends (2003–2009) and factors related to psychotropic medication use in community-dwelling elderly population. *International psychogeriatrics*, v. 25, n. 2, p. 328-338, 2013. (B1)

FERREIRA, Mari Cassol et al. Clinical variables associated with depression in patients with type 2 diabetes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 61, n. 4, p. 336-340, 2015. (B1)

GANGWISCH, James E. et al. Insomnia and sleep duration as mediators of the relationship between depression and hypertension incidence. *American Journal of Hypertension*, v. 23, n. 1, p. 62-69, 2010 (A2).

HANUS, Juliét Silveira et al. Características e qualidade do sono de pacientes hipertensos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 4, p. 596-602, 2015. (B2)

HATA, Takeo et al. What can predict and prevent the long-term use of benzodiazepines? *Journal of psychiatric research*, v. 97, p. 94-100, 2018. (A1)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2013*. Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: <<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>> Acesso em: 31/03/2018

INSTITUTO DA CRIANÇA COM DIABETES (ICD). *Relatório Anual de 2017*.

Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos *Medicamentos Potencialmente Inadequados para Idosos*. Boletim ISMP, Volume 7, número 3: ISMP, 2017.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). *Diabetes Atlas*. 8th, 2017.

KATZUNG, Bertram G.; TREVOR, Anthony J. *Farmacologia Básica e Clínica*-13ed. p: 514, 515; 727-729. McGraw Hill Brasil, 2017.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abbas; ASTER, Jon C. Robbins & Cotran. *Patologia-Bases Patológicas das Doenças*. pag.1145-1146. Elsevier Brasil, 2015.

LIMA, et al. Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 25, n. 3, 2016. (B3).

LOBO, Larissa Aline Carneiro et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, 2017. (A2)

MAIA, Júnia Xavier. *Uso de insulina no Diabetes tipo 2*. 2016.

MATTA, Samara Ramalho et al. Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, p. e00073817, 2018 (A2).

NOIA, Aparecida Santos et al. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, p. 38-43, 2012. (B1) FI:0,.573

NORDON, David Gonçalves et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 31, n. 3, p. 152-8, 2009. (B2)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS): *CARMEN – Iniciativa para Conjunto de Ações para Redução Multi-fatorial de Enfermidades Não Transmissíveis*. OPAS, 2003.

PAULOSE-RAM, Ryne et al. Trends in psychotropic medication use among US adults. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, v. 16, n. 5, p. 560-570, 2007. (B1)

POTTIE, Kevin et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician*, v. 64, n. 5, p. 339-351, 2018. (B1)

RANG, et al. *Rang & Dale Farmacologia* 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil. p. 580-581. 2016.

RICHARDSON, Kathryn; BENNETT, Kathleen; KENNY, Rose Anne. Polypharmacy including falls risk-increasing medications and subsequent falls in community-dwelling middle-aged and older adults. *Age and ageing*, v. 44, n. 1, p. 90-96, 2014. (A1)

SASS, Arethusa et al. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 1, p. 80-5, 2012 (B1).

SILVA, Amanda Ramalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017. (B1)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). *7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 107, n. 3, p. 1-103, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. 2017-2018. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

TÉLLEZ-LAPEIRA, Juan et al. Prevalence of psychotropic medication use and associated factors in the elderly. *The European Journal of Psychiatry*, v. 30, n. 3, p. 183-194, 2016. FI: 0,396.

VERONEZ, L. L.; SIMÕES, M. J. S. Análise da prescrição de medicamentos de pacientes hipertensos atendidos pelo SUS da rede municipal de saúde de Rincão-SP. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 29, n. 1, p. 45-51, 2008 (B3)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Depression and Other Common Mental Disorders* - Global Health Estimates: 2017. WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Global Reports on Diabetes*. WHO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). “10 facts on noncommunicable diseases”. Disponível em: <<http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/en/>> Acesso em: 31/03/2018. WHO, 2013a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Dados do Global Health Observatory*. Disponível em: <<http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence/en/>> Acesso em: 26/05/2018. WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mental Health*. Disponível em: <<http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/>> Acesso em: 28/05/2018. WHO, 2018b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Health Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs*. WHO, 2018a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *A Global Brief on Hypertension: Silent killer, global public health crisis*. WHO, 2013b.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PERFIL E A PREVALÊNCIA DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS E ANSIOLÍTICOS EM PACIENTES DO GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ASSISTIDOS PELO SUS DO MUNICÍPIO DE RIO PARDO-RS

Prezado senhor(a)

O senhor(a) está sendo convidado(a) para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado “Perfil e a prevalência do uso de antidepressivos e ansiolíticos em pacientes do grupo de hipertensos e diabéticos assistidos pelo SUS do município de Rio Pardo-RS”. Esse projeto é desenvolvido pela acadêmica Maria Eduarda Rodenbusch Lemes e professora Rosângela Rodrigues Marques, do Curso de Farmácia da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante porque pretende verificar a prevalência e perfil do usuário de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos, e os possíveis efeitos adversos desenvolvidos com o uso destes medicamentos. Para que isso se concretize, o senhor(a) será contatado(a) pelos pesquisadores através da aplicação de questionários, que serão realizados no momento de espera das consultas do Grupo de Hipertensos e Diabéticos da Unidade de Saúde Central. O delineamento do estudo será de caráter transversal descritivo, e os questionários serão divididos em duas etapas, sendo a etapa I constituída de informações gerais sobre os pacientes, e a etapa II referente a características da utilização dos medicamentos.

Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso, por exemplo desconforto ao responder a alguma pergunta do questionário. Por outro lado, se o senhor(a) aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área de assistência farmacêutica e uso racional de medicamentos poderão acontecer, além da obtenção de informações

relevantes sobre a população em estudo, os hipertensos e diabéticos, e o conhecimento das implicações causadas com o uso de antidepressivos e ansiolíticos. O estudo também proporcionará uma contextualização a nível municipal, que poderá ser útil para os gestores e profissionais de saúde na elaboração de estratégias de enfrentamento destas doenças, otimização do tratamento proposto e melhoria da qualidade de vida dos usuários. Para participar dessa pesquisa o senhor(a) não terão nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer outra natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado(a):

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;

d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,

f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Maria Eduarda Rodenbusch Lemes (51999582570), sob a orientação da professora Rosângela Rodrigues Marques (5199564594).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data __ / __ / ____

Nome e assinatura do Paciente
Responsável ou Voluntário

Nome e assinatura do
Legal (quando for o caso)

Nome e assinatura do responsável pela obtenção do presente consentimento

ANEXO B: Questionário



PERFIL E A PREVALÊNCIA DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS E ANSIOLÍTICOS EM PACIENTES DO GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ASSISTIDOS PELO SUS DO MUNICÍPIO DE RIO PARDO-RS

ETAPA I

Paciente número: **Possui as doenças Hipertensão e Diabetes associadas?** () Sim () Não

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade:

Estado civil:
() Solteiro(a) () Casado(a) () Separado(a)
() Viúvo(a) () União estável

Escolaridade:
Fundamental completo () Ensino Médio ()
Ensino Superior () Fundamental Incompleto ()

Você sabe ler e escrever? () Não () Sim () Só assina o nome
() Alfabetizado (sabe ler e escrever, mas não frequentou a escola)

Com quem você mora?

() Moro sozinho (a) () Pai () Mãe () Esposa/Marido/Companheiro (a)
() Filhos () Irmãos () Outros Parentes () Outros: () Sim () Não

Quantas pessoas moram com você?

() Duas () Três () Quatro () Cinco () Seis () Mais de seis

Você está trabalhando? () Sim () Não

Se não estiver trabalhando você é:

() Aposentado () Desempregado () Encostado () Do lar () Outro

Você utiliza medicamentos antidepressivos e/ou ansiolíticos: () Sim () Não

PERFIL E A PREVALÊNCIA DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS E ANSIOLÍTICOS EM

**PACIENTES DO GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ASSISTIDOS PELO SUS
DO MUNICÍPIO DE RIO PARDO-RS**

ETAPA II

1) Quais os medicamentos utilizados?

2) Houve aumento de dose da medicação? () Sim () Não

3) Porque a medicação foi prescrita?

() Depressão () Ansiedade () Dificuldade para dormir () Trauma () Outro

4) O diagnóstico inicial foi de hipertensão/diabetes ou de depressão/ansiedade?

() DM/HAS () Depressão/Ansiedade

5) Se DM/HAS, apresentou maiores dificuldades de controlar a PA e Glicemia depois do diagnóstico de depressão/ansiedade? () Sim () Não

6) Por qual especialidade médica a medicação foi prescrita?

() Clínico Geral () Psiquiatra

7) Quando foi a última consulta com psiquiatra?

() 6 meses () 1 ano () Mais de 1 ano

8) Há quanto tempo faz uso da medicação?

() 6 meses () Mais de 1 ano () 5 anos () 10 anos () mais de 10 anos

9) Houve tentativas de interromper o tratamento? () Sim () Não

10) Apresenta efeitos adversos referentes a estas medicações? () Sim () Não

11) Se sim, quais? () Cansaço () Dificuldade de coordenação () Tonturas () Dores de cabeça

() Outros, quais _____

12) Esquece de tomar a medicação?

() Sim, 1 vez por semana () Sim, mais de uma vez por semana () Não

13) Onde a medicação é adquirida?

() Farmácia Municipal () Farmácia Comercial () Farmácia Municipal (processo Estado)

14) Se na farmácia municipal, onde adquire quando há falta?

() Compra () Interrompe tratamento