

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**TESE DE DOUTORADO**  
**IMPACTO DO CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS NAS**  
**DESPESAS FAMILIARES NO BRASIL**

**SAMANTA MARIA ETGES FRÖHLICH**

**Orientador: Prof. Dr. SOTERO SERRATE MENGUE**

Porto Alegre, abril de 2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**TESE DE DOUTORADO  
IMPACTO DO CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS NAS  
DESPESAS FAMILIARES NO BRASIL**

**SAMANTA MARIA ETGES FRÖHLICH**

**Orientador: Prof.Dr. Sotero Serrate Mengue**

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil.  
2012

### CIP - Catalogação na Publicação

FRÖHLICH, SAMANTA MARIA ETGES  
IMPACTO DO CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS NAS DESPESAS  
FAMILIARES NO BRASIL / SAMANTA MARIA ETGES FRÖHLICH. -  
- 2012.  
138 f.

Orientador: SOTERO SERRATE MENGUE.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-  
Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. PSICOTRÓPICOS. 2. CUSTO DE MEDICAMENTOS. 3.  
PREVALÊNCIA. 4. BRASIL. I. MENGUE, SOTERO SERRATE,  
orient. II. Título.

## **BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Andréa Homsí Dâmaso, Universidade Federal de Pelotas.

Prof. Dr. Francisco de Assis Acurcio, Universidade Federal de Minas Gerais.

Profa. Dra. Maria Angélica Antunes Nunes, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## MENSAGEM

"Se você encontrar um caminho sem  
obstáculos, ele provavelmente não leva a  
lugar nenhum."

*Frank Clark*

“Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei  
o que quiser. Mas tenho que querer o que  
for. O êxito está em ter êxito, e não em ter  
condições de êxito. Condições de palácio  
tem qualquer terra larga, mas onde estará o  
palácio se não o fizerem ali?”

Fernando Pessoa

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Lucas, pelo apoio irrestrito, paciência, dedicação e compreensão, que foram fundamentais para a concretização deste sonho.

Aos meus pais, por todo apoio, amor e torcida pela minha vitória.

À Ana Lúcia e ao Carlos, pelo permanente interesse, auxílio, amizade e alegria que partilham quando de nossos encontros.

À amiga Viviane, pela sincera amizade acima de qualquer outra coisa.

Aos meus amigos e colegas, sem os quais a vida seria infinitamente mais difícil.

Ao meu orientador Sotero, por acreditar no meu potencial e, com sabedoria, ajudar a trilhar o meu caminho. Além de dividir seu conhecimento, sou grata pela compreensão e amizade demonstradas nesses anos de convivência.

Aos colegas Andréa e Eno, pelas excelentes sugestões e pela imensa generosidade. Sinto-me orgulhosa de ter sido merecedora de tão grande confiança, apoio e amizade.

## SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas.....	6
Resumo .....	8
Abstract .....	10
Lista de Tabelas .....	12
1. APRESENTAÇÃO.....	14
2. INTRODUÇÃO.....	16
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3.1 Medicamentos Psicotrópicos e Doença Mental.....	18
3.2 Estimativas de Prevalência de Doenças Mentais e de Uso de Psicotrópicos no Mundo	25
3.3 Gastos Familiares com Saúde e Medicamentos	30
3.3.1 Gastos com Saúde Mental .....	33
3.3.2 Pesquisas de Orçamentos Familiares.....	35
4. OBJETIVOS	40
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
6. ARTIGO 1.....	59
7. ARTIGO 2	83
8. ARTIGO 3 .....	108
9. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
10. ANEXOS	
a. Detalhes da Amostragem.....	130
b. Quadro 29 do Questionário de Aquisição Individual da POF 2009 .....	136
c. Termo de Compromisso.....	138

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

ENDEF Estudo Nacional de Despesa Familiar

FI Fator de Indexação

FIT Fator de Indexação Total

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC Intervalo de Confiança

IPCA Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

ISRS Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina

MAO-A Monoamina Oxidase A

OCDE Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS Organização Mundial da Saúde

PIB Produto Interno Bruto

PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios



POF Pesquisa de Orçamento Familiar

RC Razão de Chances

RP Razão de Prevalências

SUS Sistema Único de Saúde

## RESUMO

**Introdução:** nas quatro últimas décadas, os medicamentos psicotrópicos assumiram uma significativa importância na vida de milhões de pessoas. Os custos diretos e indiretos associados aos psicotrópicos são frequentemente desconhecidos. Aspectos econômicos dos psicotrópicos foram estudados em outros países, mas essas informações ainda são escassas no Brasil. Uma fonte de dados para estudos sobre despesas familiares e gastos em saúde é a Pesquisa de Orçamentos Familiares.

**Objetivos:** desenhar o perfil de brasileiros que adquirem medicamentos psicotrópicos, bem como, avaliar o gasto com esses medicamentos e o seu impacto no orçamento familiar brasileiro nos últimos anos.

**Métodos:** estudo transversal, onde os dados utilizados são provenientes da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009, envolvendo entrevistas de uma amostra complexa, composta por 48.470 domicílios pesquisados em 2003, 128.300 pessoas e 55.970 domicílios visitados em 2009. Modelos de regressão multivariáveis de Poisson com variância robusta foram construídos através do SAS/SUDAAN 10.0.1. Todos os rendimentos e despesas foram convertidos para valores mensais e corrigidos para a inflação do período.

**Resultados:** a prevalência de aquisição de psicotrópicos pela população brasileira em 2008-2009 foi de 5,2% (IC95%=5,0-5,5), resultando em um gasto anual de R\$507 milhões. Essa aquisição foi mais frequente em mulheres, indivíduos brancos, de idades mais avançadas, que não vivem com o cônjuge, com grau mais

elevado de instrução e de maior renda. Indivíduos que gastaram com psicotrópicos apresentaram despesas maiores com plano de saúde (RP=1,40, IC95%: 1,30-1,50) e consultas médicas (RP=2,51, IC95%: 2,32-2,72). A média mensal de despesas com psicotrópicos, por domicílio, aumentou de R\$ 54,38 em 2003 para R\$ 78,73 em 2009, com os valores já corrigidos pela inflação. Entre os domicílios que não gastaram com psicotrópicos, a renda média mensal *per capita* foi de R\$1.026,73 e os gastos mensais *per capita* foram de, em média, R\$73,92 com saúde, R\$130,17 com alimentação e R\$12,77 com lazer. Entre os domicílios que adquiriram psicotrópicos, a renda média mensal *per capita* foi de R\$1.154,40 e, suas despesas mensais médias, *per capita*, de R\$210,38 com saúde, R\$162,08 com alimentação e R\$15,45 com lazer.

**Conclusões:** houve um aumento acima da inflação nos gastos com medicamentos psicotrópicos entre os anos avaliados. A aquisição desses medicamentos está relacionada a famílias de níveis socioeconômicos mais elevados. As diferenças encontradas podem representar diferentes níveis tanto de acesso aos serviços médicos de diagnóstico e tratamento quanto aos próprios medicamentos. O orçamento das famílias brasileiras não parece mostrar remanejamento de recursos em função da compra de psicotrópicos. Se a mudança epidemiológica, em sua primeira etapa, representou a transição das doenças infecciosas para as doenças crônicas não transmissíveis, o quadro que pode representar o futuro seriam as doenças neurodegenerativas, mantidas as tendências de aumento da expectativa de vida.

**Palavras-chave:** Brasil; custos de medicamentos; prevalência; psicotrópicos.

## ABSTRACT

**Introduction:** over the past four decades the use of psychotropic drugs increased its relevancy to the lives of millions of people. The direct and indirect costs associated to psychotropics are usually unknown. Economic aspects of psychotropic medicine have been studied in other countries, although such information is still scarce in Brazil. A data source for studies about household expenditure and health care costs is the Survey on Household Budgets.

**Objectives:** to draw a profile of Brazilian people that acquire psychotropic drugs, as well as evaluate spends with these medicine and its impacts on the Brazilian household budget on the recent years.

**Methods:** a cross-sectional study, with data used are from the Survey on Household Budgets from 2002-2003 and from 2008-2009, which involved interviews of a complex sample made of 48,470 households on 2003, 128,300 people and 55.970 homes in 2009. Poisson multilevel regression models with robust variance were made by SAS/SUDAAN 10.0.1. All income and spends were adjusted to a monthly basis and indexed by inflation.

**Results:** the prevalence of psychotropics acquisition in the Brazilian population in 2008-2009 was of 5.2% (CI95%=5.0-5.5), resulting in an annual expenditure of R\$507 millions. The use of psychotropic drugs was more frequent among women, white people, older people, do not co-habit with a spouse or partner, more schooled and wealthier. Individuals that spent with psycotropics had more

spends with health insurance (PR=1.40, CI95%: 1.30-1.50) and medical consults (PR=2.51, CI95%: 2.32-2.72). The average monthly spends with psychotropics per household increased from R\$54.38 in 2003 to R\$78.73 in 2009, with values indexed by inflation. Among the households that did not purchase psychotropics, the average monthly per capita income was of R\$1,026.73 and the monthly per capita spends were, in average, of R\$73.92 with health care, R\$103.17 with food and R\$12.77 with leisure. Among the household that presented expenditure with psychotropics, the average monthly per capita income was of R\$1,154.40 and its average monthly per capita spends were of R\$210.38 with health care, R\$162.087 with food and R\$15.45 with leisure.

**Conclusion:** there was an above inflation increase in the psychotropic drugs spends between the evaluated years. The psychotropics acquisition relates to higher socio-economic leveled families. The differences that were found may represent different levels of access to medical diagnose and treatment and to medication. The Brazilian household budgets do not seem to re-adequate resources to meet the purchase of psychotropics. If the epidemiologic change, at its first stage, represented the transition from infectious diseases to non-transmissible chronic illnesses. the picture that can represent the future would be the neurodegenerative diseases, if the trend of increasing life expectancy is kept.

**Key words:** Brazil; drug costs; prevalence; psychotropic drugs.

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

- Tabela 1: Descrição da população brasileira para a amostra expandida e para a amostra expandida de indivíduos que moram sozinhos (valores percentuais), segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009..... 80
- Tabela 2: Prevalência de aquisição mensal de psicotrópicos (percentual) para a população do Brasil e para os indivíduos que moram sozinhos, segundo dados da POF 2008-2009 ..... 81
- Tabela 3: Razões de prevalência ajustadas de aquisição de psicotrópicos segundo fatores sócio-demográficos e de despesas com saúde (estimadas por regressão de Poisson com variância robusta), segundo dados da POF 2008-2009 ..... 82

### Artigo 2

- Tabela 1: Características dos domicílios das Pesquisas de Orçamentos Familiares 104
- Tabela 2: Média de despesas mensais dos domicílios com psicotrópicos, de acordo com as regiões geográficas e renda no Brasil para os anos de 2003 e 2009..... 105
- Tabela 3: Valores das aquisições de psicotrópicos por renda dos domicílios do Brasil nos anos de 2003 e 2009..... 106
- Tabela 4: Proporções de despesas com psicotrópicos sobre a renda e outras despesas nos anos de 2003 e 2009..... 107

### Artigo 3

Tabela 1: Características dos domicílios de acordo com a aquisição ou não de psicotrópicos (em proporções).....	124
Tabela 2: Média de renda e de despesas mensais dos domicílios <i>per capita</i> entre famílias que não possuem e que possuem gastos com psicotrópicos para casas com moradores não idosos, idosos e as duas faixas de idade.....	125
Tabela 3: Média de renda e de despesas mensais dos domicílios <i>per capita</i> entre famílias que não possuem e que possuem gastos com psicotrópicos em diferentes faixas de renda em tercis.....	126

## 1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “Impacto do consumo de psicotrópicos nas despesas familiares no Brasil, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 20m de abril de 2012. O trabalho descreve as despesas dos domicílios brasileiros com os medicamentos psicotrópicos, a partir dos dados de aquisição individual de antidepressivos, ansiolíticos e demais medicamentos para o sistema nervoso das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) dos anos de 2003 e 2009, realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Além da análise descritiva, foi analisado o impacto do gasto com psicotrópicos sobre a renda das famílias brasileiras ao longo dos anos. Também foram analisadas as associações entre a aquisição desses medicamentos com as características sócio-demográficas, econômicas e de assistência médica. Ele é apresentado em três partes, na ordem que segue;

1. Introdução, Revisão de Literatura e Objetivos. A revisão de literatura foi organizada em três partes, apresentando, a primeira, o uso de psicofármacos ao longo dos anos. A segunda parte sintetiza aspectos de prevalência do uso de psicotrópicos em diversas partes do mundo e, por último, a terceira parte, abordando os gastos com saúde e medicamentos.
2. Artigos. Os resultados são apresentados na forma de três artigos originais. O primeiro deles descreve a prevalência nacional do consumo de psicotrópicos e mostra, ainda, as associações entre a



aquisição de psicofármacos e as características sócio-demográficas, econômicas e de natureza da assistência médica. O segundo artigo apresenta a tendência econômica de aquisição de medicamentos psicotrópicos, com o custo dos psicotrópicos e seu impacto sobre a renda familiar brasileira, em todas as regiões nos anos de 2003 e 2009. E o último artigo, por sua vez, compara os gastos com a saúde e as demais despesas dos domicílios brasileiros, entre as famílias que adquirem ou não medicamentos psicotrópicos.

3. Conclusões e Considerações Finais, onde são analisados os aspectos gerais com relação aos principais resultados obtidos e o processo de investigação conduzido ao longo desse estudo.

Os anexos contêm os documentos de apoio, incluindo os detalhes da amostragem da POF, o questionário de Aquisição Individual da POF utilizado e o Termo de Compromisso para uso de dados secundários.

## 2 INTRODUÇÃO

Os gastos em saúde são crescentes em todo o mundo e, entre as razões apontadas, destacam-se o envelhecimento das populações, a maior oferta de médicos e serviços de saúde, além dos avanços tecnológicos nas áreas de diagnóstico e tratamento. Os medicamentos constituem parte importante do orçamento da saúde. O Brasil é um país em que o acesso gratuito aos medicamentos é um direito dos cidadãos garantido pela Constituição. Apesar disso e dos avanços nas políticas públicas do setor, ainda existem parcelas da população excluídas desses recursos.

Nas últimas quatro décadas, medicamentos psicotrópicos assumiram uma grande importância na vida de milhões de pessoas. O aumento da sua utilização tem sido atribuído ao aumento da frequência de diagnósticos, à introdução de novos psicofármacos e às novas indicações terapêuticas de medicamentos já existentes. Os psicotrópicos ainda são medicamentos que representam estigma, pois a sua utilização é associada a algum transtorno psíquico, onde o medo, o preconceito e a exclusão ainda se fazem presentes; isso dificulta a avaliação do impacto do uso desses medicamentos. Portanto, os custos diretos e indiretos, associados aos psicotrópicos, são frequentemente desconhecidos. A demanda crescente por informações socioeconômicas e demográficas, relacionadas ao consumo de medicamentos, tem sido uma realidade para os Institutos Oficiais de Estatística em todo o mundo. Embora existam estudos sobre esse tema em diversos países, incluindo alguns trabalhos em menor escala em países em desenvolvimento, há certas lacunas na literatura referente a medicamentos psicotrópicos. Na América Latina e no Caribe,

em geral e, no Brasil em particular, há pouca informação sobre o tema, especialmente de estudos abrangentes ou com amostras populacionais representativas. Informações a respeito de despesas com psicotrópicos já foram avaliadas, mas em estudos geograficamente limitados.

As Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) de 2003 e 2009 são as fontes dos dados utilizados neste trabalho. A POF é uma pesquisa domiciliar, realizada por amostragem, com abrangência geográfica nacional - cobrindo áreas urbanas e rurais. É desenhada para o enfoque familiar, entretanto, algumas abordagens individuais são possíveis. A pesquisa da POF contém informações referente aos gastos monetários e não monetários com medicamentos psicotrópicos, dados sócio-demográficos, rendimentos e as demais despesas monetárias e não monetárias das famílias brasileiras.

Dessa maneira, este trabalho visa traçar o perfil das pessoas que fizeram alguma aquisição (monetária e não monetária) de medicamentos psicotrópicos no Brasil, a fim de visualizar a dimensão do mercado consumidor de psicotrópicos. Além disso, ao avaliar o consumo de psicotrópicos no Brasil, através de dois estudos com base populacional, realizados em diferentes momentos, é possível avaliar se houve ou não diferença na aquisição desses medicamentos entre diferentes regiões do Brasil, nos últimos anos. Esse estudo deve contribuir com os sistemas de informação em saúde mental.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Medicamentos Psicotrópicos e Doença Mental

O século XX se caracteriza por importantes conquistas na farmacologia. Temos o advento dos medicamentos sobre as doenças, representados, primeiro, pelas sulfas (1936) e, depois, pelos antibióticos (penicilina, 1940) (SILVERMAN e LEE, 1983; DIXON, 1981; GIGANTE, 1988). Com os psicotrópicos não foi diferente. Na primeira metade do século XX, os barbitúricos foram soberanos, especialmente o fenobarbital. Os barbitúricos antecederam os benzodiazepínicos como hipnótico-sedativos. Depois do isolamento da insulina (1922), apareceram as primeiras experiências de choque insulínico em doentes esquizofrênicos (1933), quando foram conhecidos os efeitos terapêuticos das convulsões na esquizofrenia (SHORTER, 1997). No ano de 1938, a fenitoína foi introduzida na prática como anticonvulsivante (SHORTER, 1997). Em 1949 houve o primeiro relato de tratamento da mania com lítio, seguido pela descrição dos efeitos antipsicóticos da clorpromazina em 1952 (VALLE *et al.*, 1991). Os primeiros ansiolíticos foram o meprobamato (1954) e o clordiazepóxido (1957), seguidos por uma ampla gama de benzodiazepínicos (VALLE *et al.*, 1991). Os antidepressivos inibidores da monoaminoxidase foram descobertos a partir da observação de que, a iproniazida, usada no tratamento da tuberculose, era capaz de produzir a elevação de humor e euforia (VALLE *et al.*, 1991). Quase que simultaneamente à introdução dos inibidores da monoaminoxidase, a pesquisa de novos compostos anti-histamínicos levou ao aparecimento da imipramina (1958), o primeiro de uma série de antidepressivos tricíclicos (VALLE *et*

*al.*, 1991). O desenvolvimento da tecnologia e da farmacologia, aliados à crescente compreensão da fisiologia, levaram à descoberta de novos medicamentos, com maior ação terapêutica e menores efeitos indesejados (PIETERS e SNELDERS, 2009; PIGNARE, 1999). Fazem parte dessa nova geração de medicamentos, os antidepressivos, que inibem seletivamente a recaptura da serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina), ou inibem, seletivamente a recaptura de noradrenalina (reboxetina), ou inibem seletivamente a recaptura de ambas (venlafaxina). Outras antagonizam receptores serotoninérgicos (mirtazapina, nefazodona), ou inibem reversivelmente a isoenzima Monoamina Oxidase A - (moclobemida) (HARDMAN *et al.*, 1996). Mas novos riscos existem decorrentes do progresso, pois o conhecimento dos efeitos indesejados dos novos medicamentos depende, em grande parte, do conhecimento acumulado ao longo dos anos, condição que não pode ser atendida pelos medicamentos recém-lançados no mercado (PIGNARE, 1999).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), psicotrópico é um medicamento capaz de afetar a mente, as emoções e o comportamento (ANVISA, 1998). Ele pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, e está nas listas de medicamentos controlados A3, B1, B2 e C1 da ANVISA (ANVISA, 1998). Esses medicamentos agem, em geral, no sistema nervoso central, afetando a função cerebral e alterando a percepção individual, o humor e a cognição (WHO, 2011).

Os psicotrópicos são divididos em anestésicos, analgésicos e medicamentos psiquiátricos (antidepressivos, psicoestimulantes, antipsicóticos, estabilizadores de humor, ansiolíticos e depressores) (LUSHER e UGLESS, 2006). Esses

medicamentos atuam, principalmente, no sistema nervoso central, afetando, temporariamente, a neuroquímica do indivíduo, o que leva a mudança de humor, na cognição, na percepção e no comportamento (JOHNSON, 2003). As drogas psicoativas podem afetar o cérebro de várias maneiras e, cada qual, tem uma ação específica em um ou mais neurotransmissores ou neuroreceptores cerebrais (JOHNSON, 2003). Psicotrópicos tratam transtornos mentais e comportamentais, que são caracterizados por alterações doentias de pensamento, comportamento ou humor, associadas à angústia expressiva ou deterioração do funcionamento psíquico global (WHO, 2004a). A definição da doença mental se dá pela questão biológica, associada ao fator cultural e influenciada pela sociedade, além da uma já predisposição (SPADINI e SOUZA 2006). A doença mental é expressa em emoções e comportamentos, ela se origina no cérebro ou afeta processos cerebrais (GELDER *et al.*, 2001). As classificações diagnósticas mais utilizadas são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais e a Classificação Internacional de Doenças (MURRAY *et al.*, 2008).

O comportamento humano é afetado, dentre outras coisas, por fatores genéticos e ambientais, influenciando a suscetibilidade a várias condições psiquiátricas. Por esse motivo, as desordens mentais resultam de uma complexa interação de condições, que podem ser classificadas em fatores que predis põem, que precipitam e que prolongam o distúrbio mental cerebrais (GELDER *et al.*, 2001). Os que predis põem a doença - a herança genética, fatores biológicos, psicológicos e sociais da infância - aparecem cedo na vida das pessoas e influenciam na sua personalidade cerebrais (GELDER *et al.*, 2001). Os fatores que precipitam as doenças são eventos que acontecem pouco antes do aparecimento da desordem

mental; eles podem ser de ordem biológica, psicológica ou social (como perda do trabalho, mudanças de rotina, luto, entre outros) e dependem, em parte, dos fatores pessoais individuais para desencadear alguma morbidade cerebrais (GELDER *et al.*, 2001). Os fatores que sustentam a doença são os que prolongam o curso da desordem mental e devem ser tratados, como o afastamento das atividades sociais cerebrais (GELDER *et al.*, 2001).

Antonio Egas Moniz foi um dos primeiros defensores do conceito de causas físicas e orgânicas das doenças mentais, e, portanto, de seu tratamento (DIXON, 1981). Moniz concluiu que, em doenças mentais caracterizadas por extrema tensão emocional, alguns trajetos nervosos, que provêm dos lobos frontais, eram excessivamente ativos (DIXON, 1981). De maneira geral, ocorrem modificações no sistema nervoso central e as funções cognitivas (memória, atenção, processamento de informações, entre outras) são afetadas, além de apresentarem distúrbios na regulação das emoções e do estresse (GELDER *et al.*, 2001; MURRAY *et al.*, 2008). A regulação hormonal também desempenha papel importante na depressão, transtorno de estresse pós-traumático e transtornos alimentares (MURRAY *et al.*, 2008). Pouco se sabe a respeito dos fatores genéticos, apesar de representar importante papel na gênese de transtornos mentais. O Mal de Alzheimer é um exemplo onde se pôde localizar um grupo de genes responsáveis pelo distúrbio (mas que não explica totalmente a doença). Em outros casos, a influência genética parece ocorrer de forma mais indireta, onde são afetadas por outros fatores. É possível que a predisposição genética ao desenvolvimento de determinado distúrbio mental ou comportamental se manifeste em pessoas sujeitas a certos fatores de estresse, que desencadeiam a doença (MURRAY *et al.*, 2008).

Muitos autores dedicaram-se a compreender as doenças mentais como o mal da contemporaneidade e passaram a correlacioná-la com a organização social, econômica e política predominante nesse tempo (BIRMAN, 2001). DIXON (1981) diz que o luto, discórdias em família, dificuldades econômicas, insatisfação, insegurança, problemas sexuais e desvios de comportamento são alguns dos problemas pessoais entregues aos cuidados médicos. Além disso, as relações interpessoais frágeis e superficiais, a valorização exacerbada da imagem (aparência) estariam relacionadas a formas de sofrimento psíquico (SPADINI e SOUZA, 2006).

Embora alguns autores afirmem que esses problemas estejam fortemente relacionadas à nossa época, essas formas de sofrimento psíquico já são descritas há muito tempo (SOLOMON, 2002). A depressão ou a síndrome do pânico, por exemplo, passaram apenas a ser predominantes. Pode-se conjecturar, assim, que a modernidade atinge diretamente alguns elementos específicos na vida mental do sujeito e, assim, produza formas de sofrimentos psíquicos específicos (SOLOMON, 2002).

As pessoas podem sofrer angústia em virtude de circunstâncias pessoais ou sociais e, a menos que sejam satisfeitos todos os critérios necessários para o diagnóstico de determinado distúrbio, essa angústia não constituirá distúrbio mental.

A introdução dos psicofármacos teve um impacto importante na saúde da população, nas condutas médicas e seu uso disseminou-se amplamente. Uma consequência quantificável e importante foi a inversão da tendência de crescimento das curvas de frequência de admissão hospitalar e ocupação de leitos, reduzindo a internação e o tempo de permanência de pacientes psiquiátricos (CRAIG *et al.*,



1997). Assim, o número de pacientes psicóticos hospitalizados nos EUA diminuiu de 554.000 em 1954 para 77.000 em 1993, quase 40 anos depois (CRAIG *et al.*, 1997). No Brasil, com a reforma psiquiátrica e a Lei 10.216 de 2001, houve uma redução de leitos psiquiátricos de 50.805 em 2002, para 42.076 no ano de 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). No século XX o uso de psicotrópicos se tornou parte do cotidiano das pessoas (SNELDERS *et al.*, 2006; PIETERS e SNELDERS, 2007). Há relatos de que, desde 1977, as prescrições de antidepressivos já ultrapassavam o número de pacientes com sintomas de depressão (DIXON, 1981; MEYER, 1986), uma vez que os antidepressivos já eram utilizados também para problemas como ansiedade e tratamento da obesidade. O mesmo ocorreu com os ansiolíticos, onde os progressos foram muito rápidos (MEYER, 1986; PIETERS e SNELDERS, 2007).

As novas classes de psicofármacos, marcadas pelo surgimento dos inibidores de recepção da serotonina, representaram um avanço na terapêutica, constituindo-se, algumas vezes, como a melhor alternativa terapêutica, tanto pela eficácia e, mais ainda, pela redução dos efeitos colaterais nesses tratamentos (GIGANTE, 1988; MOJTABAI, 2008).

Ao mesmo tempo existem vários autores que advogam contra o uso desses medicamentos, em grande parte, integrando a corrente dos críticos da chamada medicalização da sociedade. Na condição de uma das principais tecnologias contemporâneas de cuidado, o consumo de psicofármacos se apresenta como uma forma de não enfrentamento da realidade; mas, em contrapartida, aparece associado à instalação de uma química eficaz no organismo (antidepressivos e ansiolíticos, principalmente) e emerge como um veículo de acesso à saúde (IGNÁCIO e NARDI,

2007). A propaganda, a disponibilidade ou as angústias da vida moderna são algumas das razões pelas quais as pessoas usam drogas psicoativas no cotidiano (BIRMAN, 2001; KRAVITZ *et al.*, 2005). Médicos e pacientes aprenderam a lidar com essa nova geração de psicotrópicos, preenchendo os desejos de conforto, conveniência e prazer (PIETERS e SNELDERS, 2007).

O uso considerável de psicofármacos pode ser uma das estratégias utilizadas pelas pessoas para serem mais felizes, afinal, o próprio conceito de saúde definido pela OMS dá a idéia de que saúde é sinônimo de felicidade (BERARDI *et al.*, 2005). O aumento de consumo de psicotrópicos pode estar mostrando que, algumas pessoas que não recebiam nenhuma assistência no passado, agora estão sendo tratadas. As altas prevalências de uso desses medicamentos também podem referir-se a transtornos mentais menores (CROGHAN, 2001; DRUSS, 2006). Em 2003, em uma cidade do sul do Brasil, os benzodiazepínicos representaram mais da metade dos psicotrópicos consumidos e o percentual receitado por clínicos gerais foi de 45%, seguido de 22% prescritos por psiquiatras e 33% por outros especialistas (RODRIGUES *et al.*, 2006). Segundo dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados, no Brasil, entre os anos de 2007 e 2010, os psicotrópicos mais vendidos foram os medicamentos utilizados para tratar distúrbios de ansiedade, em todos os anos o clonazepam liderou a lista, seguido do bromazepan e do alprazolam (BRASIL, 2011). Nesses anos, os brasileiros gastaram mais de R\$290 milhões na compra de ansiolíticos (BRASIL, 2011). O aumento significativo do consumo de antidepressivos nos últimos anos já foi observado em vários estudos (HEMELS *et al.*, 2002; RODRIGUES *et al.*, 2006; OLFSON e MARCUS, 2010), cuja tendência foi relacionada ao crescimento de diagnósticos e ao surgimento de

novos medicamentos (RODRIGUES *et al.*, 2006; OLFSON e MARCUS, 2010). Segundo PAGURA e colaboradores (2011), os antidepressivos são muito utilizados por indivíduos sem diagnóstico psiquiátrico nos Estados Unidos. A propaganda direcionada aos médicos e ao público, muitas vezes, está mais focada na eficiência mercadológica do que nos rigores científicos e éticos (GIGANTE, 1988; KRAVITZ *et al.*, 2005; HERXHEIMER e SANZ, 2008). Há quarenta anos atrás os pacientes recebiam pouca informação a respeito dos medicamentos prescritos; agora há muita informação disponível, o que os auxilia mas, também, dificulta o entendimento e a aplicação na prática (HERXHEIMER e SANZ, 2008).

### **3.2 Estimativas de Prevalência de Doenças Mentais e de Uso de Psicotrópicos no Mundo**

Nos anos 60 e 70, as críticas quanto ao uso de psicotrópicos eram bastante severas, baseadas mais em teorias do que nas prevalências e danos. No século XXI, com prevalências maiores de doenças e com os novos medicamentos, percebe-se que algumas morbidades mentais são incapacitantes, reduzem a qualidade de vida e levam ao sofrimento individual e familiar (WHO, 2003; ALONSO *et al.*, 2004; LICINIO e WONG, 2005; FRÖHLICH *et al.*, 2010; ARIAL *et al.*, 2011; GROVER e DUTT, 2011). Os distúrbios mentais afetam uma em cada quatro pessoas pelo menos uma vez na vida (WHO, 2010) e, segundo a OMS, quatro em cada seis causas de invalidez se devem a desordens neuropsiquiátricas, como depressão, abuso de álcool, esquizofrenia e desordens bipolares (WHO, 2003). O não reconhecimento de alguma desordem mental e a conseqüente falta de tratamento, são problemas que afetam o mundo todo (HANSEN *et al.*, 2001; WATTS *et al.*, 2002).

Ansiedade é a desordem psiquiátrica mais comum diagnosticada, isoladamente ou com outra morbidade (MYNATT, 2007). Dos pacientes com depressão, uma das desordens mentais mais frequentes, aproximadamente 50% também apresenta ansiedade (KESSLER *et al.*, 2003).

No início do século passado, as estimativas de prevalência de doenças mentais eram obtidas somente com pessoas institucionalizadas. Após a Segunda Guerra Mundial, os estudos comunitários realizados passaram a incluir a população de serviços de saúde e, então, estenderam-se para os de base populacional. Com essa evolução, foi possível um maior conhecimento dessas doenças (COUTINHO *et al.*, 1999).

O número de consultas com prescrição de psicotrópicos nos Estados Unidos aumentou de 32,73 milhões para 45,64 milhões entre 1988 e 1994, de acordo com estimativas nacionais e, o percentual desse crescimento, é observado no uso de Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) (PINCUS *et al.*, 1998). Essa tendência também foi verificada em outros países industrializados, como o Reino Unido (MARTIN *et al.*, 1997).

Entre 1992 e 2003 a prevalência de doenças mentais não mudou nos Estados Unidos, mas o número de pacientes tratados aumentou de 12,2% para 20,1% (KESSLER *et al.*, 2005). Esse crescimento no uso de psicotrópicos - especialmente dos antidepressivos - foi observado em muitos estudos (ISACSSON *et al.*, 1999; ROBERTS e NORRIS, 2001; ROSHOLM *et al.*, 2001; MIDDLETON *et al.*, 2001; OLDFSON *et al.*, 2002; HEMELS *et al.*, 2002; MANT *et al.*, 2004; GUAIANA *et al.*, 2005; MAMDANI *et al.*, 2005; RAYMOND *et al.*, 2007; MARCUS e OLDFSON,

2010; DESPLENTER *et al.*, 2011; AKINCIGIL *et al.*, 2011), e atribuído à expansão de indicações terapêuticas desses medicamentos, usados também como auxiliares no tratamento da ansiedade, dor neuropática, cessação do tabagismo, fibromialgia e para tratar a insônia (STEIN, 2003; STONE *et al.*, 2003; FRICCHIONE, 2004; HUGHES *et al.*, 2004; SINDRUP *et al.*, 2005). Um estudo de base populacional revelou que, um em cada quatro pacientes, que fizeram tratamento com medicamentos para obesidade, utilizaram psicotrópicos, especialmente as mulheres (AMUNDSEN *et al.*, 2010). Além das causas listadas, a propaganda dos novos psicotrópicos, o desenvolvimento de meios de diagnóstico, a expansão da atenção primária e as novas políticas que reduzem as barreiras ao acesso aos serviços de saúde também estão listados como responsáveis pelo aumento de uso de psicotrópicos (KESSLER *et al.*, 2003). Para os ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, antipsicóticos e antimaníacos, a prevalência de uso, nos Estados Unidos, permaneceu constante nos últimos anos (PAULOSE *et al.*, 2007).

Entre 1998 e 2007, o número de indivíduos norte-americanos, com problemas psiquiátricos e tratados somente com medicamentos, cresceu em comparação com a década passada – de 44,1% em 1998 para 57,4% em 2007 -, enquanto que a psicoterapia – sozinha ou combinada com psicotrópicos – declinou (OLFSON e MARCUS, 2010). As implicações dessa tendência, bem como as suas causas, não estão totalmente esclarecidas, de acordo com os pesquisadores, que sugerem que o atendimento a desordens mentais esteja se redefinindo nos Estados Unidos (OLFSON e MARCUS, 2010).

Estudos realizados na Europa, nos anos 2000, indicam que a prevalência de uso de psicotrópicos, por um período de 12 meses, foi de 19,2% na França, 15,5% na Espanha, 13,7% na Itália, 13,2% na Bélgica, 7,4% na Irlanda e 5,9% na Alemanha (ALONSO *et al.*, 2004). Na Inglaterra, no ano de 2007, uma em cada quatro pessoas apresentava alguma desordem psiquiátrica (NHS, 2007). Na Noruega, a prevalência de prescrição de psicotrópicos, durante o ano de 2005, foi de 15,3% (KJOSAVIK *et al.*, 2009). Na Finlândia, entre 2000 e 2001, 24% dos pacientes com algum transtorno mental, no último ano, utilizaram antidepressivos, 11% ansiolíticos, 16% sedativos e hipnóticos e 5% antipsicóticos (HÄMÄLÄINEM *et al.*, 2009). Um estudo realizado com pessoas não institucionalizadas na França, Alemanha, Itália e Reino Unido apontou que, 6,4% da população, fazia uso de algum psicotrópico durante o período de coleta de dados – final dos anos 90 (OHAYON e LADER, 2002). Na Argentina, em 2008, a prevalência de uso de tranquilizantes foi de 3,7% (INSITUO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS, 2008). Em Santiago, Chile, a prevalência de ansiedade e depressão foi de 52% (PATEL *et al.*, 1999). Na África do Sul, a prevalência de transtornos mentais comuns foi de 23,9% em uma comunidade rural (BHAGWANJEE *et al.*, 1998).

No Brasil existem somente estudos limitados geograficamente. Em Recife, um estudo populacional de 1993, encontrou uma prevalência total de transtornos mentais comuns de, aproximadamente, 35% (LUDERMIR e MELO FILHO, 2002). Em Porto Alegre e São Paulo, no ano de 1995, cerca de 50% dos pacientes que procuraram os serviços primários de saúde, foram considerados portadores de distúrbios mentais não psicóticos (COUTINHO *et al.*, 1999). Em Pelotas, nos anos 90, a prevalência de transtornos psiquiátricos menores foi de 22,7%, sendo 17,9%

entre os homens e 26,5% entre as mulheres (LIMA *et al.*, 1999). No Rio de Janeiro, em 1995, observou-se a presença desses quadros em cerca de um terço dos pacientes de um ambulatório geral universitário (COUTINHO *et al.*, 1999). No ano de 2003, a prevalência de consumo de psicotrópicos em Pelotas (RS) foi de 9,9% (IC: 8,9-10,9), e associou-se ao sexo feminino, aumento de idade e maior utilização de serviços médicos (RODRIGUES *et al.*, 2006). Esses mesmos autores observaram que o consumo não aumentou em comparação a 1994 (RODRIGUES *et al.*, 2006).

Em adolescentes, a prevalência de uso frequente de psicotrópico, mostrada em um estudo, foi de 43,0% (BAUMANN *et al.*, 2007). Um estudo feito com idosos revelou que, 46,8% utilizavam psicotrópicos, especialmente antidepressivos ISRS, e seu uso era maior entre as mulheres (LAKEY *et al.*, 2006).

O aumento na prescrição de antidepressivos nos Estados Unidos colocou esses medicamentos em terceiro lugar de medicamentos mais prescritos no país (MOJTABAI e OLFSON, 2011). Segundo um estudo, isso acontece, especialmente, devido ao grande número de prescrições elaboradas por profissionais não psiquiatras e sem um diagnóstico psiquiátrico (MOJTABAI e OLFSON, 2011). Outros estudos observaram que, muitas pessoas que fazem uso de psicotrópicos, não se enquadram nos critérios de doenças mentais (DRUSS *et al.*, 2007; PAGURA *et al.*, 2011).

Apesar das prevalências observadas, uma pesquisa demonstrou que os índices de tratamento de doenças mentais ainda são baixos na população em geral, sendo esse um motivo de preocupação (KESSLER *et al.*, 2005), especialmente em países onde há desigualdades sociais. Ainda há disparidades sócio-demográficas individuais no tratamento para saúde mental (SLEATH e SHIH, 2003; STEIN *et al.*,

2004; MOJTABAI, 2008). Segundo o Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2007 (WHO, 2007), é importante o desenvolvimento urgente de sistemas de informação em saúde mental, pois faltam fontes unificadas de dados para responder a muitas questões.

### **3.3 Gastos Familiares com Saúde e Medicamentos**

Em meados dos anos setenta, os gastos com saúde, nos países desenvolvidos, oscilavam em torno de 3 a 4% do PIB (ANDRADE e LISBOA, 2006). Já no início dos anos noventa, esses mesmos gastos estavam em torno de 10% do PIB, chegando a 14% no Canadá e Estados Unidos (ANDRADE e LISBOA, 2006). As despesas anuais com saúde, *per capita*, passaram de U\$1.363 em 1970, para U\$5.475 em 2002, nos Estados Unidos; de U\$211 para U\$1.770 na Espanha, no mesmo período (WHITE, 2007). No Canadá, os gastos anuais, com medicamentos, passaram de U\$147 *per capita*, em 1985, para U\$683, em 2004 (CIHI, 2007). Esse panorama internacional revela a preocupação dos governos com os custos em saúde e medicamentos, especialmente em países em que o acesso aos serviços de saúde é universal (VIEIRA e ZUCCHI, 2006).

Na Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) - que reúne as nações mais desenvolvidas do mundo -, os governos respondem, em média, por 72% dos gastos com a saúde e as famílias, com 28% (OECD, 2011). Na América Latina, a participação dos recursos públicos é inferior a 50% no financiamento da saúde (WHO, 2004c). O Brasil é considerado um país que obteve progressos no financiamento pelo governo e na cobertura da saúde (MACINKO *et al.*, 2006). Mesmo assim, a cada R\$100,00 gastos em saúde, as famílias são



responsáveis por R\$57,39, o poder público por R\$41,59 e os serviços sociais privados respondem pelo valor restante de R\$1,02 (IBGE, 2009a).

No Brasil, o volume de recursos financeiros da esfera federal, investido na compra e fornecimento gratuito de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) representou, em 2002, 9,7% do gasto em saúde financiado pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; MOTA *et al.*, 2008). Entre 2002 e 2007, houve um crescimento de 75% dos gastos do Ministério da Saúde com atenção básica, já com os medicamentos dos programas estratégicos, este aumento foi de 124%, o que reforça a importância da gestão eficiente da assistência farmacêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; VIEIRA, 2009).

A aquisição de medicamentos, nos países em desenvolvimento, contribui significativamente com o orçamento em saúde e, esse gasto, pode consumir entre 50 a 90% dos custos não pessoais (MENEZES *et al.*, 2006; BABAR *et al.*, 2007). Esse elevado percentual, para algumas famílias brasileiras, pode absorver parte significativa do orçamento, levando-a a abrir mão de consumir outros produtos e serviços ou, então, se endividar (MENEZES *et al.*, 2006).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 1998, cerca de 10% da renda familiar no Brasil foi alocada para gastos em saúde (ANDRADE e LISBOA, 2006). O principal componente desse gasto, para os indivíduos de baixa renda, foi o medicamento (ANDRADE e LISBOA, 2006). Da soma total de valores gastos com saúde, 50 a 75% eram destinados à compra de medicamentos, consumindo, em média, de 4 a 9% da renda das famílias de baixa renda (ANDRADE e LISBOA, 2006). Para as famílias com rendimentos mais altos,

1,5% da sua renda era destinado à compra de medicamentos (ANDRADE e LISBOA, 2006). Outro estudo, do ano de 2002, relata que, 9% dos gastos totais das famílias brasileiras eram destinadas à saúde e, desses, 37% era com a aquisição de medicamentos (SILVEIRA *et al.*, 2002). No ano de 2007, as despesas das famílias brasileiras, com medicamentos, foram de R\$44,8 bilhões, o equivalente a mais de um terço do valor total desembolsado, por elas, com saúde, que foi de R\$128,8 bilhões (IBGE, 2009a). Segundo o documento Conta-Satélite Saúde Brasil 2005-2007, as despesas com medicamentos, das famílias brasileiras, equivalem a 35% dos gastos com saúde (IBGE, 2009a). Considerando-se, também, as compras públicas, o total gasto com medicamentos em 2007 correspondeu a 1,9% do PIB, - levando em conta apenas os medicamentos comprados para uso em casa - os consumidos em hospitais e as vacinas foram contabilizados como gastos com serviços de saúde (IBGE, 2009a). Em 2007, as famílias gastaram quase dez vezes mais com medicamentos do que o governo (IBGE, 2009a). A administração pública gastou, de sua despesa total com saúde – R\$93,4 bilhões -, R\$4,7 bilhões em medicamentos para distribuição gratuita (IBGE, 2009a).

Entre as famílias brasileiras, nos anos de 2008 e 2009, 5,9% das suas despesas coube à assistência à saúde e 2,8% aos medicamentos. Para as famílias com renda até R\$830,00, os medicamentos representaram 4,2% das despesas; já os domicílios com renda superior a R\$10.375,00, este índice ficou reduzido para 1,9% de todas as despesas (IBGE, 2009b).

### 3.3.1 Gastos com Saúde Mental

No mundo todo, mais de 400 milhões de pessoas são afetadas por distúrbios mentais ou comportamentais (WHO, 2003). A depressão é a décima razão apontada, pela população norte-americana, para uso de medicamentos, segundo a Slone Survey de 2006 (SLONE EPIDEMIOLOGY CENTER, 2006).

O Brasil é um dos 62% dos países que possuem políticas de saúde mental (WHO, 2003) e, em 2010, o país destinou R\$1,4 bilhão para programas nessa área (WHO, 2010). Desde a aprovação da chamada Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), os investimentos estão sendo direcionados, principalmente, a medidas que visam substituir as internações em hospitais psiquiátricos pelos serviços abertos e de base comunitária, especialmente com a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; SANT´ANA *et al.*, 2011). Os CAPS são destinados ao tratamento, principalmente, dos transtornos mentais maiores, como, por exemplo, esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão maior. Muitos médicos generalistas da atenção primária parecem ter maiores dificuldades em manejar os pacientes com distúrbios mentais na atenção primária (BALLESTER *et al.*, 2005). Com isso, os transtornos mentais comuns, como episódios de depressão e ansiedade, quando não tratados pelos clínicos e encaminhados para os CAPS, tornam estes serviços insuficientes para a demanda total (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Os 1.513 CAPS existentes no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b) estão desigualmente distribuídos. No Amazonas, com aproximadamente três milhões de habitantes, existem apenas 10 CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). Dos estados brasileiros, apenas Paraíba, Rio Grande do Sul e Sergipe têm

capacidade para atender o parâmetro de uma unidade para cada 100 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Com as atuais políticas públicas brasileiras de saúde mental, a família torna-se a principal responsável pelo cuidado do doente, uma vez que, nessa modalidade de atendimento, os pacientes recebem o acompanhamento médico que necessitam, em regime ambulatorial, e permanecem com suas famílias (SANT'ANA *et al.*, 2011).

No Brasil, em 2007, 2,35% dos gastos do Ministério da Saúde com saúde foram alocados para a saúde mental (WHO, 2007). Deste valor, 49% foi destinado aos hospitais psiquiátricos – antigamente chegou a 95,5% -, enquanto os serviços para a comunidade obtiveram 15,0% - no passado era 0,8% (WHO, 2007).

Nos Estados Unidos foram desenvolvidas, em maior número, pesquisas abordando despesas com psicotrópicos, e o gasto, com medicamentos prescritos, cresceu de, U\$12 bilhões em 1980 para, U\$234 bilhões em 2008 (HARTMAN *et al.*, 2010). Nesse mesmo país, uma pesquisa de base populacional realizada em 48 estados, em 2005, observou que o uso de antidepressivos e de ansiolíticos declinou de 2,8% para 1,5% entre 2004 e 2005 (SLONE EPIDEMIOLOGY CENTER, 2005). Mesmo com o declínio, dados de 2009, nos Estados Unidos, mostram que as despesas com psicotrópicos excederam U\$380 milhões (GREENBLATT *et al.*, 2011).

No Brasil, o orçamento para os medicamentos psicotrópicos aumentou de 0,1% em 2002 para 15,5% em 2007 e, para outros tipos de serviços e cuidados com a saúde mental, o orçamento aumentou de 3,6% para 20,2% (WHO, 2007).

O SUS assegura acesso a medicamentos psicotrópicos básicos, mas há diversos problemas na sua distribuição (WHO, 2007), assim como para os outros tipos de medicamentos. Entretanto, as desigualdades no Brasil, em termos de acesso à saúde e aos medicamentos, ainda são muito grandes (IBGE, 2005; MENEZES *et al.*, 2006). Segundo o Ministério da Saúde, em 2001, 51% da população, com renda de até quatro salários mínimos, consumia 16% do mercado de medicamentos no Brasil, 34% da população – entre quatro a dez salários mínimos – consumia 36% do mercado, enquanto que 15% dos brasileiros, com rendimento superior a dez salários mínimos, ficavam com 48% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Segundo a OMS, 15% da população mundial consome mais de 90% da produção mundial de medicamentos (OPAS, 2005), resultado da desigualdade no acesso aos medicamentos, pela população. Além disso, a OMS estima que, cerca de dois bilhões de pessoas – um terço da população mundial –, não têm acesso regular aos medicamentos essenciais (OPAS, 2005) e essa falta de acesso, em países de alta renda, é inferior a 1%, nos de média renda, esse índice é de 24% e, em países de baixa renda, 39% (WHO, 2004b).

### **3.3.2 Pesquisas de Orçamentos Familiares**

A Pesquisa de Orçamentos Familiares no Brasil investiga a disposição de gastos (despesas) e de rendimentos das famílias, servindo como base para a estrutura de ponderação dos Índices de Preços ao Consumidor do IBGE, tais como o IPCA. Ao fornecer essas informações de modo bastante detalhado, permite inferências e análises quanto ao perfil das famílias, seus gastos, sua estrutura de recebimentos e de comportamento no consumo alimentar e na saúde, fundamentando, assim, estudos e

estimativas de indigência e de pobreza no país. Devido a sua abertura e detalhamento, possibilita discussões acerca das políticas públicas (SILVEIRA e DINIZ, 2005) e dos determinantes dos gastos das famílias com saúde, alimentação e a educação, entre outros (HOFFMANN, 2000; SILVEIRA *et al.*, 2002; REIS *et al.*, 2003; MENEZES *et al.*, 2006).

No Brasil, o IBGE já realizou cinco pesquisas sobre orçamentos familiares. A primeira foi feita em 1974-1975, chamada de Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), de âmbito territorial nacional, à exceção das áreas rurais das Regiões Norte e Centro-Oeste (IBGE, 2010). O ENDEF serviu como base para a realização da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 1987-1988 e a de 1995-1996, tendo como abrangência geográfica as áreas metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre, além do Distrito Federal e do município de Goiânia (IBGE, 2010). Essas pesquisas pretendiam, principalmente, a atualização das estruturas de consumo dos índices de preços ao consumidor produzidos pelo IBGE. Posteriormente, vieram a POF 2002-2003 e a POF 2008-2009, que incluíram a área rural e as aquisições não monetárias, com múltiplas aplicações, a fim de contribuir com informações para subsidiar políticas públicas nos campos da saúde, nutrição, moradia, entre outras (IBGE, 2010).

A terceira Pesquisa de Orçamentos Familiares (2002-2003) deu igual prioridade às utilizações das anteriores, além de atender a novas demandas, principalmente aquelas relacionadas a aspectos de nutrição e condições de vida (IBGE, 2010). A partir dessa edição, a abrangência geográfica foi ampliada para todo

território Nacional, cobrindo todas as áreas urbanas e rurais do país (SILVEIRA *et al.*, 2002; REIS *et al.*, 2003; MENEZES *et al.*, 2006).

Em 2008-2009 o IBGE realizou a quarta POF que, além de manter o objetivo principal - Orçamentos Familiares -, permitiu obter as estruturas de consumo das famílias e, também, o valor total da conta família, agregou o aprofundamento ao tema da nutrição (IBGE, 2010). O modelo metodológico da pesquisa também atendeu a diversas novas demandas, sendo incluídas variáveis relacionadas ao meio ambiente, turismo, assistência à saúde e fecundidade (IBGE, 2010). Nessa pesquisa, também foi incluída uma primeira experiência metodológica de investigação do consumo efetivo pessoal, através de um novo questionário - bloco de consumo pessoal individual -, o consumo efetivo de alimentos e bebidas no domicílio e fora dele foi investigado (IBGE, 2010).

Muitos outros países também demonstram preocupação em realizar pesquisas domiciliares. No Reino Unido, existe um sistema integrado de pesquisas domiciliares, em módulos temáticos, a *Integrated Household Survey* (IHS), que utiliza as pesquisas previamente harmonizadas dos seguintes instrumentos: *Labour Force Survey*, *General Household Survey*, *Expenditure and Food Survey* e *Omnibus Survey* (OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS. 2008). A mais recente aconteceu em 2009 e seus dados ainda não foram divulgados (OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS. 2008). Na Suíça, há o *Statistical System on Households and Persons* (SHAPE), que harmoniza as seguintes pesquisas: *Swiss Labour Force Survey*, *Household Budget Survey*, *Survey on Income and Living Conditions*, *Swiss Health Survey* e *Microcensus on Transport*, integrando informações de pessoas e domicílios

(BUSCHER, 2007). Na Nigéria, existe a *Nigeria Demographic and Health Survey*, mais voltada para as questões de saúde do país e com foco na família como um todo (NATIONAL POPULATION COMMISSION, 2009).

Outros exemplos de pesquisas domiciliares acontecem na Austrália, Indonésia, China e Paquistão. Na Austrália existe a *Household Expenditure Survey*, realizada de seis em seis anos pela *Australian Bureau Statistics* (AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS, 2006). A última realizada foi em 2003-2004 (AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS, 2006), onde os artigos publicados referem-se, especialmente, a dados sobre fumo; as informações sobre despesas com saúde foram vistas em pesquisas realizadas nas décadas de oitenta e noventa. Na Indonésia existe a *National Socio Economic Survey*, com módulos anuais de despesas em saúde, educação, fertilidade e planejamento familiar, renda e características do domicílio (FAMILY LIFE SURVEYS, 2011). *China Health and Nutrition Survey* é um projeto para avaliar os efeitos da saúde, nutrição e políticas de planejamento familiar, a fim de verificar as transformações econômicas da sociedade chinesa (CAROLINA POPULATION CENTER, 2010). No Paquistão, os gastos com saúde são medidos pelo *National Health Accounts for Pakistan* e, através da pesquisa de 2005-06, mostrou que, dos gastos com saúde, 32,2% são cobertos pelo governo (FEDERAL BUREAU OF STATISTICS NATIONAL ACCOUNTS, 2006).

A *Survey of Household Spending* é a pesquisa realizada anualmente em 10 províncias do Canadá, para obtenção de dados de renda, despesas – inclusive com saúde - e características das famílias (STATISTICS CANADA, 2000). Nos Estados Unidos acontece a *Medical Expenditure Panel Survey*, que é a maior pesquisa



realizada entre os indivíduos e as famílias dos Estados Unidos (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2010). Todas as pesquisas citadas possuem, praticamente, os mesmos objetivos e as mesmas características da POF realizada pelo IBGE no Brasil. Algumas são mais voltadas para saúde, outras mais para os gastos em outras áreas.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

- Descrever os gastos com medicamentos psicotrópicos, bem como avaliar as características das pessoas e das famílias que os adquirem e o seu impacto no orçamento familiar brasileiro nos anos de 2003 e 2009.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Analisar as associações entre a aquisição de psicotrópicos e os aspectos demográficos, socioeconômicos e de natureza da assistência médica.

- Estimar o custo dos psicotrópicos e o seu impacto no orçamento das famílias brasileiras nos anos de 2003 e 2009.

- Comparar as despesas com saúde dos domicílios brasileiros, entre as famílias que adquirem ou não medicamentos psicotrópicos.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. United States: Medical Expenditure Panel Survey; 2010. [Acesso em 25 Ago 2010]. Disponível em: <http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/>.
2. Akincigil A, Olfson M, Walkup JT, Siegel MJ, Kalay E, Amin S, Zurlo KA, Crystal S. Diagnosis and treatment of depression in older community-dwelling adults: 1992-2005. *J Am Geriatr Soc* 2011 Jun; 59(6):1042-51.
3. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004: 55-64.
4. Amundsen MO, Engdal B, Berg C, Nordeng H. Use of psychotropic drugs and analgesics among users of antiobesity drugs – a population based study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2010 Mar; 19(3): 273-9.
5. Andrade MV, Lisboa MB. Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil. In: Silveira FS, Menezes T, Piola SF (ORGS) (Ed.). *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. Brasília: IPEA; 2006. p.83-106.
6. ANVISA [Internet]. Brasil: Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial; 1998 [Acesso em 21 Mar 2012]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm)

7. Arial M, Wild P, Benoit D, Chouaniere D, Danuser B. Multi-level modeling of aspects associated with poor mental health in a sample of prehospital emergency professional. *Am J Med* 2011 Aug; 19.
8. Australian Bureau of Statistics [Internet]. Austrália: Household Expenditure Survey; 2006. [Acesso em 15 Ago 2010]. Disponível em <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/dossbytitle/5F1422F1AF472D80CA256BD00026AEE6?OpenDocument>.
9. Babar ZU, Ibrahim MI, Singh H, Bukahri NI, Creese A. Evaluating drug prices, availability, affordability, and price components: implications for access to drugs in Malaysia. *Plos Med* 2007 Mar; 4(3):466-75.
10. Ballester DA, Filipon AP, Braga C, et al. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Sao Paulo Med J* 2005; 123(2): 72-6.
11. Baumann M, Spitz E, Predine R, Choquet M, Chau N. Do male and female adolescents differ in the effect of individual and family characteristics on their use of psychotropic drugs? *Eur J Pediatr* 2007; 166: 29-35.
12. Berardi D, Menchetti M, Cevenini N, Scaini S, Versari M, De RD. Increased recognition of depression in primary care. Comparison between primary-care physician and ICD-10 diagnosis of depression. *Psychother Psychosom* 2005; 74(4):225-30.

13. Bhagwanjee A, Parekh A, Paruk Z, Petersen I, Subedar H. Prevalence of minor psychiatric dis-orders in an adult African rural community in South Africa. *Psychol Med* 1998; 28:1137-47.
14. Birman, J. Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001.
15. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC. v. 2, 2011.
16. Buscher M. New Statistical System on Households and Persons (SHAPE). 2007.
17. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Canadian Institute for Health Information: Expenditure in Canada – 1985 to 2006. Ottawa; 2007.
18. Carolina Population Center [Internet]. China: China health and Nutrition Survey; 2010. [Acesso em 03 Dez 2010]. Disponível em: <http://www.cpc.unc.edu/projects/china>.
19. 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; 16(5).
20. Craig CR, Stitzel RE, editors. Modern pharmacology with clinical applications. 5. ed. Boston: Little Brown; 1997.
21. Croghan TW. The controversy of increased spending for antidepressants. *Health Aff (Millwood)* 2001 Mar; 20(2):129-35.

22. Desplenter F, Caenen C, Meelberghs J, Hartikainen S, Sulkava R, Bell JS. Change in psychotropic drug use among community-dwelling people aged 75 years and older in Finland: repeated cross-sectional population studies. *Int Psychogeriatr* 2011 Apr; 19:1-7.
23. Dixon B. *Além das balas mágicas*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1981.
24. Druss BG. Rising mental health costs: what are we getting for our money? *Health Aff (Millwood)* 2006 May; 25(3):614-22.
25. Druss BG, Wang PS, Sampson NA, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Understanding Mental Health Treatment in Persons Without Mental Diagnoses: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007 Oct; 64(10): 1196-1203.
26. Family Life Surveys [Internet]. Indonésia: A rand labour and population program. National Sócio-Economic Household Survey; 2011 [Acesso em 10 Ago 2011]. Disponível em: <http://www.rand.org/labor/bps/susenans.html>.
27. Federal Bureau of Statistics National Accounts [Internet]. Paquistão: Expenditure on GNP at current prices, private consumption expenditure; 2006 [Acesso em 23 Out 2009]. Disponível em [http://www.statpak.gov.pk/depts/fbs/statistics/national\\_accounts.html](http://www.statpak.gov.pk/depts/fbs/statistics/national_accounts.html).
28. Fricchione G. Clinical practice: generalized anxiety disorder. *N Engl J Med* 2004 Aug; 351(7): 675-82.

29. Fröhlich SE, Zaccolo AV, Silva SL, Mengue SS. Association between drug prescribing and quality of life in primary care. *Pharm World Sci* 2010 Dec; 32(6): 744-51.
30. Gelder M, Mayou R, Cowen P. *Shorter Oxford testbook of Psychiatry*. 4. ed. New York: Oxford University Press; 2001. 1056 p.
31. Gigante AG. *O que é remédio*. São Paulo: Editora Brasiliense; 1988. p. 33-72.
32. Greenblatt DJ, Harmatz JS, Shader RI. Psychotropic drug prescribing in the United States: extent, costs, and expenditures. *J Clin Psychopharmacol* 2011 Feb; 31(1);1-3.
33. Grover S, Dutt A. Perceived burden and quality of life of caregivers in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011 Aug; 65(5): 416-22.
34. Guaiana G, Andretta M, Corbari L, Mirandola M, Sorio A, D'Avanzo B, Barbui C. Antidepressant drug consumption and public health indicators in Italy, 1955 to 2000. *J Clin Psychiatry* 2005 Jun; 66(6): 750-5.
35. Härmäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, Kiviruusu O, Pirkola S, Lönnqvist J. Treatment of major depressive disorder in the Finnish general population. *Depress Anxiety* 2009; 26(11): 1049-59.
36. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj M, Søndergaard L, Munk-Jørgensen P. Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection, and treatment status. *J Psychosom Res* 2001; 50: 199-204.

37. Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW, Gilman AG, editors.  
Goodman & Gilman's :the pharmacological basis of therapeutics. 9th. ed. New York: McGraw-Hill; 1996.
38. Hartman M, Martin A, Nuccio O, Catlin A, National Health Expenditure Accounts Team. Health spending growth at a historic low in 2008. Health Aff (Millwood) 2010 Jan-Feb; 29(1):147-55.
39. Hemels ME, Koren G, Einarson TR. Increased use of antidepressants in Canada: 1981-2000. Ann Pharmacother 2002 Sep; 36(9): 1375-9.
40. Herxheimer A, Sanz E. Social, cultural and ethical aspects of drug use – changes over 40 years: a personal look back. Eur J Pharmacol 2008; 64: 107-14.
41. Hoffmann R. Elasticidades-renda das despesas com consumo de alimentos em regiões metropolitanas do Brasil em 1995-1996. Inform Econon 2000 Fev; 30.
42. Hughes J, Stead L, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004 Oct; (4): CD000031.
43. Ignácio VTG, Nardi HC. Medicalization as a biopolitical strategy: a study about the consuming of psychoactive prescribed drugs in a small town in state of Rio Grande do Sul. Psicol Soc 2007; 19(3):88-95.
44. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acesso e utilização de serviços de saúde 2003. In: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003. Rio de Janeiro; 2005.



45. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Brasil: Conta-Satélite Saúde Brasil 2005-2007. Rio de Janeiro; 2009a. [Acesso em 12 Abr 2011]. Disponível em:  
[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia\\_saude/css\\_2005\\_2007/economia\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2005_2007/economia_saude.pdf).
46. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Brasil: Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2008-2009; 2009b. [Acesso em 18 Ago 2011]. Disponível em:  
[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1648&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1648&id_pagina=1).
47. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro; 2010.
48. Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. Argentina: Resultados preliminares de la encuesta nacional sobre prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas; 2008. [Acesso em 16 Ago 2011]. Disponível em:  
<http://www.indec.mecon.ar/>.
49. Isacson G, Boethius G, Henriksson S, Jones JK, Bergman U. Selective serotonin reuptake inhibitors have broadened the utilisation of antidepressant treatment in accordance with recommendations: findings from a Swedish prescription database. *J Affect Disord* 1999 Apr; 53(1): 15-22.

50. Johnson B. Psychological addiction, physical addiction, addictive character, and addictive personality disorder: a nosology of addictive disorders. *Can J Psychoanal* 2003; 11:135–60.
51. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang OS, National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depression disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289(23): 3095-3105.
52. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, Wang P, Wells KB, Zaslavsky AM. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Eng J Med* 2005 Jun; 352(24): 2515-23.
53. Kjosavik SR, Ruths S, Hunskaar S. Drug use in the Norwegian general population in 2005: data from the Norwegian Prescription Database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009 Jul; 18(7): 572-8.
54. Kravitz RL, Epstein RM, Feldman MD, Franz CE, Azari R, Wilkes MS, Hinton L, Franks P. Influence of patients' requests for direct-to-consumer advertised antidepressants: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293: 1995–2002.
55. Lakey SL, Gray SL, Sales AEB, Sullivan J, Hedrick SC. Psychotropic use in community residential care facilities: a prospective cohort study. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006 Sep; 4(3): 227-35.
56. Licinio J, Wong ML. Depression , antidepressants and suicidality: a critical appraisal. *Nat Ver Drug Discov* 2005; 4: 165-71.

57. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiq Clín* 1999; 26(5).
58. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saude Publica* 2002; 36:213-21.
59. Lüscher C, Ugless M. "The mechanistic classification of addictive drugs". *PLoS Med.* 2006; 3(11): 437.
60. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health* 2006 Sep; 60 (Suppl 2):13-9.
61. Mamdani M, Rapoport M, Shulman KI, Herrmann N, Rochon PA. Mental health-related drug utilization among older adults: prevalence, trends, and costs. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005 Oct; 13(10): 892-900.
62. Mant A, Rendle VA, Hall WD, Mitchell PB, Montgomery WS, McManus PR, Hickie IB. Making new choices about antidepressants in Australia: the long view 1975-2002. *Med J Aust* 2004 Oct; 181(7 Suppl): S21-4.
63. Marcus SC, Olfson M. National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(12):1265-73.
64. Martin RM, Hilton SR, Kerry SM, Richards NM. General practitioners' perceptions of the tolerability of antidepressant drugs: a comparison of selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants. *BMJ* 1997; 314: 646-51.

65. Menezes T, Campolina B, Silveira FG, Servo LM, Piola SF. O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF de 2002-2003. In: Silveira FS, Menezes LM, Piola SF (ORGS) (Ed.). Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Brasília: IPEA; 2006. p.313-344.
66. Meyer P. La revolución de los medicamentos. Madrid: Espasa Calpe; 1986.
67. Middleton N, Gunnell D, Whitley E, Dorling D, Frankel S. Secular trends in antidepressant prescribing in the UK, 1975-1998. J Public Health Med 2001 Dec; 23(4): 262-7.
68. Ministério da Saúde [Internet]. Brasil: Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes; 2010a. [Acesso em 18 Ago 2011] Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011\\_1\\_21caps\\_uf\\_dez.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_1_21caps_uf_dez.pdf).
69. Ministério da Saúde [Internet]. Brasil: Pacientes de saúde mental se recuperam melhor em convívio social; 2011. [Acesso em 05 Ago 2011]. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24128](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24128).
70. Ministério da Saúde [Internet]. Brasil: Política Nacional de Medicamentos. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25; 2001. [Acesso em 15 Jan 2011]. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf).
71. Ministério da Saúde [Internet]. Brasil: Release da IV conferência Nacional de Saúde Mental; 2010b. [Acesso em 18 Ago 2011]. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=34295](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34295).

72. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental – 1990 – 2004. 5th. ed. ampliada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004.
73. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva [Internet]. Brasil: Evolução dos Gastos do Ministério da Saúde com Medicamentos. Brasília; 2007. [Acesso em 22 Nov 2011]. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo\\_gasto\\_medicamentos.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo_gasto_medicamentos.pdf).
74. Mojtabai R. Increase in antidepressant medication in the US adult population between 1990 and 2003. *Psychother Psychosom* 2008;77(2):83-92.
75. Mojtabai R, Olfson M. Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing. *Health Aff (Millwood)* 2011 Aug; 30(8): 1434-42.
76. Mota DM, Silva MGC, Sudo EC, Ortún V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. *Ciênc Saúde Col* 2008 Abr; 13:589-601.
77. Murray RM, Kendler KS, McGuffin P, Wessely S, Castle DJ. *Essential Psychiatry*. 4. ed. New York: Cambridge University Press; 2008. 735 p.
78. Mynatt S, Cunningham P. Unraveling anxiety and depression. *Nurse Pract* 2007 Aug; 32(8): 28-36.
79. National Population Commission. Federal Republic of Nigeria. Nigeria Demographic and Health Survey. 2009.

80. NHS [Internet]. England: The Information Centre for Health and Social Care. Adult psychiatric Morbidity in England, 2007: results of a household survey; 2007 [Acesso em 04 Set 2010]. Disponível em:  
<http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/mental%20health/other%20mental%20health%20publications/Adult%20psychiatric%20morbidity%2007/APMS%207%20%28FINAL%29%20Standard.pdf>.
81. Office for National Statistics [Internet]. Reino Unido: Integrated Household Survey; 2008 [Acesso em 23 Out 2010] Disponível em:  
<http://www.statistics.gov.uk/statbase/Product.asp?vlnk=15381&More=Y>.
82. Ohayon MM, Lader MH. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(9): 817–25.
83. Olfson M, Marcus SC. National trends in outpatients psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2010 Dec; 167(12): 1456-63.
84. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Elinson L, Tanielian T, Pincus HA. National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA* 2002 Jan; 287(2): 203-9.
85. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS)/Ministério da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultado. Brasília; 2005.
86. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) [Internet]. France: Directorate for Employment, Labour and Social Affairs; 2011. [Acesso em 18 Ago 2011]. Disponível em:

[http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en\\_2649\\_34631\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html).

87. Pagura J, Katz LY, Motjabai R, Druss BG, Sareen J. Antidepressant use in the absence of common disorders in the general population. *J Clin Psychiatry* 2011 Abr; 72(4):494-501.
88. Patel V, Araya R, Lima M, Ludermir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 1999; 49: 1461-71.
89. Paulose-Ram R, Safran MA, Jonas BS, Gu Q, Orwig D. Trends in psychotropic medication use among U.S. adults. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007 May; 16(5): 560-70.
90. Pieters T, Snelders S. From King Kong Pills to Mother's Little Helpers – Career cycles of two Families of Psychotropic Drugs: the barbiturates and benzodiazepines. *CBMH/BCHM* 2007; 24(1): 9-47.
91. Pieters T, Snelders S. Psychotropic Drug Use: Between Healing and Enhancing the Mind. *Neuroethics* 2009; 2:63–73.
92. Pignare P. *O que é o medicamento?* São Paulo: Editora 34; 1999.
93. Pincus HA, Thompson J, Zito JM. Prescribing trends in psychotropic medications. *JAMA* 1998 Feb; 279(7): 526-31.
94. Raymond CB, Morgan SG, Caetano PA. Antidepressant utilization in British Columbia from 1996 to 2004: increasing prevalence but not incidence. *Psychiatr Serv* 2007 Jan; 58(1): 79-84.

95. Reis C, Silveira FG, Andreazzi MFS. Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde. RAP 2003;
96. Roberts E, Norris P. Growth and change in the prescribing of anti-depressants in New Zealand: 1993-1997. N Z Medi J 2001 Feb; 114(1125): 25-7.
97. Rodrigues MA, Facchini LA, Lima MS. Modifications in psychotropic drug use in a southern brazilian city. Rev Saude Publica 2006; 40(1): 107-14.
98. Rosholm JU, Andersen M, Gram LF. Are there differences in the use of selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants? A prescription database study. Eur J Clin Pharmacol 2001 Mar; 56(12): 923-9.
99. Sant'ana MM, Pereira VP, Borenstein MS, Silva AL. The meaning of giving mental health care to family. Texto contexto - enferm 2011; 20(1): 50-8.
100. Seligman, MEP. *Abnormal Psychology*. Nova York: W. W. Norton & Company; 1984.
101. Shorter, E. *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons; 1997.
102. Silveira FG, Diniz BPC. A incidência da tributação direta no país: o que dizem os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2002-2003). BIF 2005; 297.
103. Silveira FG, Osório RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. Cien Saude Col 2002; 7(4):719-31.



104. Silverman M, Lee PR. Píldoras, ganancias y política. 1st. ed. Madrid: Siglo Veintiuno Editores; 1983.
105. Sindrup SH, Otto M, Finnerup NB, Jensen TS. Antidepressants in the treatment of neuropathic pain. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2005 Jun; 96(6): 399-409.
106. Sleath B, Shih YC. Sociological influences on antidepressant prescribing. *Soc Sci Med* 2003 Mar; 56(6): 1335-44.
107. Slone Epidemiology Center [Internet]. United States: Patterns of medication use in the United States 2005. A Report from the Slone Survey. Boston; 2005. [Acesso em 23 set 2010]. Disponível em: <http://www.bu.edu/slone/SloneSurvey/AnnualRpt/SloneSurveyWebReport2005.pdf>.
108. Slone Epidemiology Center [Internet]. United States: Patterns of medication use in the United States 2006. A Report from the Slone Survey. Boston; 2006. [Acesso em 23 Set 2010]. Disponível em: <http://www.bu.edu/slone/SloneSurvey/AnnualRpt/SloneSurveyWebReport2006.pdf>.
109. Snelders S, Kaplan C, Pieters T. On cannabis, chloral hydrate, and career cycles of psychotropic drugs in medicine. *Bull Hist Med* 2006; 80:95–114.
110. Solomon A. O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão. Tradução M Campello. Rio de Janeiro: Objetiva; 2002.

111. Spadini LS, Souza MCB. Mental illness in the view of patients and their families. *Rev Esc Enferm USP* 2006 Mar; 40(1):123-7.
112. Statistics Canada [Internet]. Canadá: Labour market and income data guide; 2000. [Acesso em 02 Ago 2010]. Disponível em:  
<http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0010x/4060194-eng.htm>.
113. Stein MB. Advances in recognition and treatment of social anxiety disorder: a 10-year retrospective. *Psychopharmacol Bull* 2003; 37(Suppl 1):97-107.
114. Stein MB, Sherbourne CD, Craske MG, Means-Christensen A, Bystritsky A, Katon W, Sullivan G, Roy-Byrne PP. Quality of care for primary care patients with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2004 Dec; 161(12): 2230-7.
115. Stone KJ, Viera AJ, Parman CL. Off-label applications for SSRIs. *Am Fam Physician* 2003 Aug; 68(3): 498-504.
116. Valle LBS, DeLucia R, Oliveira-Filho RM, editors. *Farmacologia integrada*. Rio de Janeiro: Editora Ateneu; 1991. v.2, p.77-86.
117. Vieira FS. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. *Rev Saúde Pública* 2009 Jun; 43(4): 674-81.
118. Vieira FS, Zucchi P. Diferenças de preços entre medicamentos genéricos e de referência no Brasil. *Rev Saúde Publica* 2006 Jun; 40(3):444-49.
119. Watts SC, Bhutani GE, Stout IH, Ducker GM, Cleator PJ, McGarry J, Day M. Mental health in older adult recipients of primary care services: is depression

- the key issue? Identification, treatment and the general practitioner. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 427-37.
120. White C. Care spending growth: how different is the United states from the rest of the OECD? *Health Affair (Millwood)* 2007 Jan-Feb; 26(1):154-61.
121. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva: Investing in Mental Health; 2003 [Acesso em 16 Mar 2011]. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/en/investing\\_in\\_mnh\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf).
122. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva: Mental Health; 2010 [Acesso em 18 Out 2010]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health>.
123. World Health Organization (WHO). *Mental Health Atlas 2011*. Geneva: Who Health Organization; 2011.
124. World Health Organization (WHO). *Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options*. Geneva; 2004a.
125. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva: The Mental Health Context; 2003 [Acesso em 17 Jan 2011]. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/3\\_context\\_WEB\\_07.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/services/3_context_WEB_07.pdf).
126. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva: What are essential medicines?; 2004b. [Acesso em 19 Mai 2009]. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/>.

127. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva: World Health Report

2004: changing history; 2004c. [Acesso em 26 Jun 2009]. Disponível em:

[http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf).

128. World Health Organization (WHO) and Ministry of health [Internet]. Brazil:

WHO-AIMS Report on Mental Health System in Brazil. Brasília; 2007. [Acesso

em 22 Nov 2011]. Disponível em:

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/who\\_aims\\_report\\_brazil.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf).

## **6 ARTIGO 1**

Prevalência de aquisição de medicamentos psicotrópicos e sua associação com as características sócio-demográficas e de assistência médica no Brasil

Prevalence of psychotropic drugs acquisition and its association with socio-demographic and health care characteristics in Brazil

Samanta Etges Fröhlich, Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS;  
Sotero Serrate Mengue. Doutor em Ciências Farmacêuticas pela UFRGS.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

**A ser enviado ao Caderno de Saúde Pública.**

## **Prevalência de aquisição de psicotr3picos no Brasil**

### **Resumo**

O objetivo deste estudo 3 estimar a preval3ncia e os fatores associados 3 aquisi3o de psicotr3picos na popula3o brasileira. Foram analisados os dados da Pesquisa de Or3amento Familiar de 2008-2009. Modelos de regress3o de Poisson com vari3ncia robusta foram constru3dos atrav3s do SAS/SUDAAN 10.0.1. A preval3ncia de aquisi3o de psicotr3picos foi de 5,2% na amostra. Seu consumo foi associado ao sexo feminino (RP=1,88), cor branca (RP=1,21), idade acima de 65 anos (RP=10,09), alta escolaridade (RP=1,88) e alta renda (RP=1,96). Percebe-se que as desigualdades socioecon3micas encontradas no Brasil afetam tamb3m o tratamento de dist3rbios mentais. A falta de acesso ao diagn3stico e tratamento podem explicar essas desigualdades. Al3m disso, o elevado uso de psicotr3picos pelos idosos, reflete as dificuldades f3sicas, mentais e de car3ter psicossocial enfrentadas nessa fase da vida.

**Palavras-chave:** psicotr3picos; preval3ncia; Brasil; uso de medicamentos.

### **Abstract**

The aim of this study is to assess the prevalence and the factors associated to the acquisition of psychotropics on the Brazilian population. It was used data from Household Budget Survey from 2008-2009. Poisson regression models with robust variance were made by SAS/SUDAAN 10.0.1. The psychotropic acquisition prevalence in the studied sample was of 5.2%. The psychotropic consumption was associated to the female gender (PR=1.88), white color (PR=1.21), elderly

(PR=10.09), higher schooling (PR=1.88) and larger income (PR=1.96). It is clear that the socio-economic disparities found in Brazil also affect the treatment of mental disturbs. The lack of access to diagnose and treatment may explain the disparities. Besides, the high usage of psychotropics by older people reflects the physical, mental and psychosocial impairments faced by them.

**Key words:** psychotropic drugs; prevalence; Brazil; drug utilization.

### **Introdução**

Milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo; e este número vem aumentando, especialmente em países em desenvolvimento <sup>1</sup>. A presença de desordens mentais pode resultar em prejuízos físicos e problemas de ordem social, sendo fonte de preocupação e sofrimento para o indivíduo e para os que o cercam <sup>2,3</sup>. Somente uma pequena parte de pacientes, com transtorno mental, é identificada e recebe tratamento adequado <sup>4</sup>. Isso leva ao aumento das dificuldades individuais, eleva a demanda nos serviços de saúde e, também, possui implicações socioeconômicas - como dias de trabalho perdidos <sup>4</sup>. Além disso, sintomas ansiosos, depressivos ou somatoformes apresentam elevada prevalência na população adulta que, mesmo não caracterizando um diagnóstico de doença mental, leva ao uso de psicotrópicos <sup>5</sup>.

A literatura descreve que a maioria das pessoas, com desordens mentais, faz uso de medicamentos para tratá-las, ou utiliza a combinação de psicotrópicos com psicoterapia e, uma pequena parcela, utiliza a psicoterapia somente <sup>3</sup>. O elevado uso de medicamentos psicotrópicos pode representar um problema de saúde pública pois, entre suas potenciais consequências, estão morbidade, mortalidade, diminuição

na qualidade de vida, além do custo dos tratamentos <sup>6</sup>. Seu uso abusivo é comum e, além dos efeitos indesejados, leva à dependência, intrínsecos às suas propriedades farmacológicas <sup>6-8</sup>.

As estimativas de tratamento de desordens mentais – incluindo o uso de medicamentos – diferem grandemente entre grupos de diferentes características sócio-demográficas <sup>9,10</sup>. Além disso, privações materiais e sociais afetam muitas pessoas e podem estar relacionadas com desordens emocionais <sup>11</sup>. Estudos demonstraram que, características como o baixo nível educacional, baixa renda e viver sozinho, quando juntas, podem resultar em condições de vida muito difíceis, deteriorar a saúde e afetar o comportamento <sup>12,13</sup>. Desigualdades sociais, econômicas e de estilo de vida estão relacionadas a desigualdades em saúde <sup>13,14</sup>. Trabalhos dessa área focam populações de áreas geográficas específicas e definidas, por serem áreas de privações, quando, na verdade, elas afetam todas as partes dos países, e estudos epidemiológicos de base populacional precisam acontecer <sup>12,13,15</sup>.

Em vários países existem estimativas de uso de psicotrópicos <sup>16</sup>. No Brasil, um país de acentuadas desigualdades sociais, o número de estudos de base populacional, na área de saúde mental, ainda é escasso <sup>17,18</sup>.

Os objetivos deste estudo são estimar a prevalência de aquisição de psicotrópicos da população brasileira e avaliar a sua associação com características sócio-demográficas.



## **Métodos**

Este estudo foi conduzido utilizando dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2008-2009, realizada entre 19 de maio de 2008 e 18 de maio de 2009. Participaram 128.300 pessoas, acima de 10 anos de idade, de 55.970 domicílios, em todo o território nacional, nas áreas urbanas e rurais<sup>19</sup>. A POF é uma pesquisa que busca informações acerca dos rendimentos e despesas das famílias brasileiras<sup>19</sup>. A população alvo é constituída pelos domicílios particulares permanentes ocupados e seus moradores, na área da abrangência da pesquisa<sup>19</sup>.

A seleção da amostra utilizou um plano amostral conglomerado em dois estágios de seleção, com estratificação geográfica e estatística das unidades do primeiro estágio<sup>19</sup>.

As informações da POF foram obtidas por meio de entrevistas realizadas pelas Equipes Regionais do IBGE, junto aos moradores, durante um período de nove dias consecutivos, através da aplicação de entrevistas e de registros diários em equipamento eletrônico<sup>19</sup>. A captação das informações para a pesquisa foi realizada através de um computador portátil, que continha, entre outros: POF 1 - Questionário do Domicílio – para identificar o domicílio; POF 4 - Questionário de Aquisição Individual – contendo as despesas com bens e serviços, em geral, de utilização pessoal; POF 5 - Questionário de Trabalho e Rendimento Individual - com as informações sobre características do trabalho, assim como os rendimentos e outros recursos provenientes do trabalho remunerado ou não remunerado, além de movimentação do ativo financeiro<sup>19</sup>.

Os procedimentos metodológicos adotados para o tratamento das informações coletadas na POF foram: validação na entrada de dados, tratamento do efeito inflacionário sobre as informações de valores (deflacionamento ou inflacionamento), análise do valor das despesas e rendimentos, alocação das despesas informadas na forma agregada e tratamento da não resposta de valores de despesas e rendimentos <sup>19</sup>.

As despesas com medicamentos psicotrópicos foram obtidas através do Questionário de Despesas Individuais, somando as despesas de “remédios para depressão” e “remédios para o sistema nervoso”. Como os nomes dos medicamentos não foram especificados, optou-se pela soma das duas classes que constam no questionário. A classificação de pessoas que utilizam psicotrópicos - considerado o desfecho - foi realizada a partir das informações do gasto individual com quaisquer desses medicamentos, para cada pessoa do domicílio.

As covariáveis analisadas foram: sexo, cor da pele, faixa etária, vive ou não em companhia do cônjuge, anos de estudo, renda familiar *per capita*, mora sozinho ou não, região do Brasil, valor das despesas com plano de saúde e com consultas médicas. A renda familiar *per capita* corresponde à soma de todos os rendimentos dos moradores daquele domicílio, dividido pelo número de moradores. Os valores das despesas e rendimentos foram todos multiplicados pelo fator deflator e fator de anualização, fornecidos pelo IBGE <sup>19</sup>. Além disso, todas as despesas e rendimentos foram mensalizados, como forma de padronização – para ajustar os diferentes períodos de referência para cada grupo de despesas. Por exemplo, as despesas como consultas médicas se referem a 90 dias, pois, um mês, pode não ser suficiente para essa despesa aparecer.

As análises estatísticas foram feitas utilizando o SAS/SUDAAN 10.0.1<sup>20</sup>, onde as estimativas foram consideradas conforme o plano amostral complexo. Os conglomerados são os setores censitários e, os estratos, são os previamente definidos pelo IBGE (área urbana para o município da capital, restante da região metropolitana, resto do estado e área rural). A fim de contemplar todas as variáveis de interesse, foram realizados modelos multivariáveis de regressão de Poisson com variância robusta, usando o PROC LOGLINK do SUDAAN, método de Binder, onde o desfecho é a aquisição ou não de psicotrópicos. As variáveis preditoras incluídas foram características sócio-demográficas e as despesas com serviços de saúde citadas. A seleção das variáveis foi feita através do método *backward elimination*, utilizando o teste de Wald com nível de significância de 5%. Interações foram avaliadas através do teste de Wald. Foram criados dois modelos multivariáveis, um para toda a amostra e outro, somente para os indivíduos que vivem sozinhos. Esse último foi utilizado como uma avaliação do potencial viés de compra de um medicamento, não pelo usuário, mas por outro morador do domicílio. Nos casos onde existe somente um morador, este é o comprador e o usuário, uma vez que é possível identificar se o morador adquire algum medicamento para outro domicílio.

Por tratar-se de um estudo utilizando dados secundários de pesquisas previamente aprovadas pelos comitês de ética (em nível federal), e disponíveis para consulta pública em meio eletrônico, a análise posterior, pelos comitês de ética local, foi dispensada, sendo os autores responsáveis pelas conclusões de suas análises<sup>21</sup>.

## Resultados

A amostra foi composta de 128.300 pessoas, que, quando expandida pelo fator de expansão, representaram 133.619.635 brasileiros, acima de 10 anos de idade. Na amostra, 5,1% dos indivíduos viviam sozinhos. As características da população brasileira e dos indivíduos que viviam sozinhos encontram-se na tabela 1. Os indivíduos que viviam sozinhos, em geral, eram mais velhos, possuíam maior renda e mais anos de estudo que a população geral, além disso, se concentravam no Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

A prevalência da aquisição de medicamentos psicotrópicos foi de 5,2% (IC95%=5,0-5,5). Essa baixa prevalência pode estar relacionada a dificuldade no acesso aos serviços médicos e ao tratamento, além de uma não resposta dos indivíduos (pelo estigma que as doenças mentais ainda provocam). As prevalências relacionadas às características sócio-demográficas são apresentadas na tabela 2. Essas prevalências, na população brasileira e entre os indivíduos que moravam sozinhos apresentaram a mesma tendência em relação a faixa etária, anos de estudo e renda *per capita*. Em relação ao sexo, a prevalência de aquisição de psicotrópicos pouco mudou entre os homens, caso eles morem sozinhos ou não, enquanto que, entre as mulheres que moram sozinhas, a prevalência de aquisição foi o dobro. Em relação a faixa etária, a prevalência de aquisição, na faixa de indivíduos de até 25 anos, foi três vezes maior para os que moram sozinhos. Nas regiões Sudeste e Sul, a prevalência de aquisição praticamente dobrou entre os indivíduos que moram sozinhos em relação a população geral.

A tabela 3 mostra os dois modelos multivariáveis de regressão de Poisson com variância robusta, onde o desfecho foi a aquisição ou não de algum psicotrópico. Os modelos finais não apresentaram nenhuma interação. Os dois modelos apresentaram as mesmas tendências de resultados das diferentes características, com exceção da região Centro-Oeste, que perdeu significância no modelo dos que viviam sozinhos, talvez pelo baixo número de pessoas que viviam sozinhas.

### **Discussão**

Os achados desse estudo auxiliam na melhor compreensão das associações de aquisição de medicamentos psicotrópicos com as variáveis sócio-demográficas para, assim, potencialmente, orientar políticas públicas nesse setor. A aquisição de psicotrópicos ocorreu mais por mulheres, pessoas de cor branca, de idade avançada, que não vivia com o cônjuge ou companheiro, de escolaridade e renda altas. A aquisição desses medicamentos foi relacionado a gastos maiores com plano de saúde e com consultas médicas – expressão de acesso ao tratamento.

Uma limitação desse estudo, senão a principal, diz respeito à medida do desfecho - aquisição de psicotrópicos -, que não deixa saber se o medicamento foi usado pela própria pessoa que o adquiriu ou se foi utilizado por outro membro da sua família. Para contornar esse potencial viés, uma análise que apresenta somente as características das pessoas que moravam sozinhas – que adquirem os medicamentos para si próprios – foi feita, além de uma análise com toda a amostra. Nas das tabelas 2 e 3 podem ser observadas as diferenças para determinadas características entre os que vivem sozinhos e a população geral.

A prevalência de aquisições individuais de psicotrópicos em 2009, no Brasil, foi de 5,2% em um período de 30 dias. O uso de psicotrópicos resultou em estimativas de prevalência de 19,2% na França, 15,5% na Espanha, 13,7% na Itália, 13,2% na Bélgica, 7,4% na Irlanda e 5,9% na Alemanha, por um período de 12 meses<sup>16</sup>.

O uso de psicotrópicos, associado ao nível socioeconômico, apresenta situações diversas na literatura. Em países de economia desenvolvida, como a Suécia, a prevalência de uso de medicamentos psicotrópicos foi maior em indivíduos com renda mais baixa, o que pode ser um reflexo de maior morbidade em grupos considerados mais vulneráveis<sup>10</sup>. O aumento na aquisição de psicotrópicos, por pessoas de níveis socioeconômicos mais elevados, como observado neste estudo, já foi referido no Canadá no ano 2000<sup>22</sup>. Os indivíduos de baixo nível socioeconômico podem recorrer menos ao auxílio médico pelas diferenças em atitudes, pela dificuldade financeira, pela percepção do estigma associado em consultar com um especialista em saúde mental e, por acreditarem que não se beneficiarão com o tratamento<sup>22,23</sup>.

Pessoas que adquiriram medicamentos psicotrópicos tenderam a gastar mais com consultas médicas e com plano de saúde. É possível que, estes indivíduos, utilizem mais os serviços de saúde, além de faltarem mais ao trabalho e passarem mais tempo internados, como já observaram Fleck e colaboradores (2002)<sup>24</sup> e Katon e colaboradores (1990)<sup>25</sup>. Em um estudo realizado na Inglaterra, 39% da população, com alguma desordem psiquiátrica, utilizou serviços de saúde mental, enquanto que, no restante da população, apenas 6%<sup>3</sup>. Os indivíduos mais doentes procuram mais os

serviços médicos e, como consequência, recebem mais medicamentos que, pela sua natureza, os fazem retornar aos serviços; e o plano de saúde facilita o acesso a consultas com especialistas. Nas regiões Sul e Sudeste, os gastos com psicotrópicos e com consultas médicas foram maiores, o que pode ser decorrente, tanto da renda e de traços culturais, quanto da maior oferta de serviços expressos, como maior número de profissionais e de estabelecimentos farmacêuticos que comercializam medicamentos controlados, por região <sup>26</sup>. Nos Estados Unidos, o diagnóstico e tratamento de doenças mentais são maiores nas áreas metropolitanas, pela proximidade dos serviços de saúde <sup>27</sup>, uma vez que psicotrópicos são medicamentos que dependem de uma consulta para poderem ser adquiridos.

Com relação ao sexo, os resultados são consistentes com os diversos estudos realizados em várias partes do mundo onde, mulheres, apresentaram, praticamente, duas vezes mais chance de usar psicotrópicos do que os homens <sup>3,15,17,18,27-33</sup>. As mulheres são mais vulneráveis a desenvolver transtornos de ansiedade, depressão, distúrbios alimentares e desordens afetivas sazonais, além de variáveis como gestação, jornada de trabalho, estado marital, número de filhos, fatores genéticos e o fato de elas procurarem mais auxílio médico do que os homens <sup>6,16,18,34-36</sup>.

Neste estudo e em outros já realizados, percebeu-se que os grupos étnicos minoritários receberam menos tratamento para desordens mentais <sup>18,27,31,37,38</sup>. Disparidades raciais existem nos mais variados serviços de saúde, o que pode representar uma barreira clínica e social ao tratamento <sup>39</sup>. Outro estudo, ao avaliar pacientes que utilizavam psicotrópicos, demonstrou que, não brancos aderem menos ao tratamento do que os de cor branca <sup>40</sup>.

O aumento no uso de psicotrópicos, associado ao aumento da idade, tem sido descrito em vários estudos <sup>10,17,27,30,31,33</sup>. As justificativas para o aumento linear do uso de psicotrópicos com o aumento da idade são várias. Acredita-se que, indivíduos de faixa etária mais elevada, são mais vulneráveis a distúrbios psiquiátricos, prejuízos cognitivos, acúmulo de doenças crônicas preexistentes, dificuldades econômicas, isolamento social, desmerecimento social e a maior ocorrência de eventos de vida produtores de estresse <sup>5,11,16</sup>. A percepção de debilitação, a mudança para uma vida menos ativa, a morte ou problemas de saúde com amigos e parceiros predis põem a distúrbios mentais <sup>41</sup>.

A solução para testar o potencial erro de uma pessoa comprar um medicamento, para outras fazerem uso, é a análise dos indivíduos que vivem sozinhos. Nesses casos, todas as despesas individuais seriam as despesas da família. Ao mesmo tempo, existia para esse estudo, uma preocupação com essa análise, já que a literatura mostra que, pessoas que moram sozinhas, tendem a apresentar distúrbios emocionais com maior frequência, quando comparadas com aquelas que não moram sozinhas<sup>42</sup>. Tendo essas limitações presentes, foram desenvolvidas análises em separado, para os indivíduos que moram sozinhos e para toda a amostra. Apesar de descrito na literatura com alguma frequência, nenhuma associação foi encontrada entre morar sozinho e a aquisição de psicotrópicos. Além das variáveis descritas no modelo, também foi testado o tamanho das famílias (resultados não mostrados), que também não influenciou na aquisição de psicotrópicos. Isto não significa que a prevalência de distúrbios mentais seja igual entre quem vive sozinho ou não, mas a aquisição de medicamentos, para tratá-los, não mostrou diferenças significativas. Já o fato de viver com o cônjuge ou



companheiro, mostrou uma de proteção de 10% para a compra de psicotrópicos. Uma coorte, avaliando idosos, registrou que, o fato de ser viúvo(a) ou solteiro(a) aumenta o risco de consultas psiquiátricas e uso de psicotrópicos em relação a quem é casado <sup>43</sup>. Especialmente homens que não vivem com uma companheira, possuem uma autopercepção de saúde pior, inclusive de saúde mental <sup>44</sup>. Assim, nossos resultados mostram que o risco para o consumo de medicamentos psicotrópicos não está associado a morar sozinho como tal, e sim, com a condição de não ter companheiro. Ao mesmo tempo, a forte associação com idade sugere que, o senso comum que remete à associação de sozinho, com doenças emocionais, seja mais efeito do avanço da idade, ou, em algum momento, ao impacto da perda do cônjuge, do que da solidão propriamente dita. Entretanto, esses resultados tratam exclusivamente da prevalência de aquisição de psicofármacos e não da prevalência dessas doenças.

Com essas limitações presentes, assume-se que a prevalência de aquisições de medicamentos representa, para uma pessoa, a intenção de tratar alguma doença, sintoma ou desconforto.

### **Conclusões**

As desigualdades socioeconômicas encontradas no Brasil afetam também o consumo de medicamentos para tratar doenças mentais, uma vez que foi observada uma prevalência maior de aquisição de psicotrópicos em indivíduos com níveis socioeconômicos mais altos. A falta de acesso ao diagnóstico e ao tratamento, tanto pela população mais pobre, quanto pela localização geográfica, pode estar acontecendo no Brasil. Além disso, as minorias raciais também não são atendidas a

contento. O atendimento à saúde mental deve ser ampliado no Brasil, a fim de atender as necessidades de todas as classes sociais.

Na presença de outros fatores, a condição de morar sozinho não reflete aquisição maior de psicotrópicos. Viver sozinho é um fator de desconforto emocional, e pode estar associado à psicoterapia e às doenças mentais menores, que não necessitam de farmacoterapia, mas não reflete a intenção de tratar com medicamentos. Solidão e morar sozinho são características que podem estar refletidas nas idades mais avançadas. O alto índice de aquisição de psicotrópicos, pelos idosos, mostra as suas dificuldades físicas e mentais, além de condições de caráter psicossocial e de isolamento enfrentadas.

#### **Conflito de Interesses**

Os autores não têm a declarar qualquer conflito de interesse.

#### **Colaboradores**

Todos os autores contribuíram significativamente para o trabalho. Samanta Etges Fröhlich coordenou o estudo, trabalhou na metodologia de análise dos dados, interpretação dos dados e escrita do estudo. Sotero Serrate Mengue participou da análise e interpretação dos dados, além da revisão crítica do artigo. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do artigo.

## Referências

1. 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.
2. Jackson JL, Passamonti M, Kroenke K. Outcome and impact of mental disorders in primary care at 5 years. *Psychosom Med* 2007 Apr; 69(3): 270-6.
3. NHS. The Information Centre for Health and Social Care. Adult psychiatric Morbidity in England, 2007: results of a household survey.  
<http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/mental%20health/other%20mental%20health%20publications/Adult%20psychiatric%20morbidity%2007/APMS%2007%20%28FINAL%29%20Standard.pdf> (acesso em 04/Set/2010).
4. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Meltzer H. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain – initial findings from the household survey. *Psycho Med* 1997 Jul; 27(4): 775-89.
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; 16(5).
6. Baumann M, Spitz E, Predine R, Choquet M, Chau N. Do male and female adolescents differ in the effect of individual and family characteristics on their use of psychotropic drugs? *Eur J Pediatr* 2007; 166: 29-35.

7. Watkins KE, Paddock SM, Zhang L, Wells KB. Improving care for depression in patients with comorbid substance misuse. *Am J Psychiatry* 2006 Jan; 163(1):125-32.
8. Fiscella K, Franks P, Gold MR, Clancy CM. Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. *JAMA* 2000; 283(19): 2579-84.
9. Haider SI, Johnell K, Weitoft GR, Thorslund M, Fastbom J. The influence of educational level on polypharmacy and inappropriate drug use: A register-based study of more than 600,000 older people. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(1): 62-9.
10. Lesén E, Andersson K, Petzold M, Carlsten A. Socioeconomic determinants of psychotropic drug utilisation among elderly: a national population-based cross-sectional study. *BMC Public Health* 2010 Mar; 10:118.
11. Chau N, Ravaud JF, Otero-Sierra C, Legras B, Macho-Fernandez J, Guillemin F, Sanchez J, Mur JM. Prevalence of impairments and social inequalities. A community-based study in Lorraine. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2005; 53:614-28.
12. Niggebrugge A, Haynes R, Jones A, Lovett A, Harvey I. The index of multiple deprivation 2000 access domain: a useful indicator for public health? *Soc Sci Med* 2005; 60: 2743-53.
13. Regidor E. Social determinants of health: a veil that hides socioeconomic position and its relation with health. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 896-901.

14. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 647-652.
15. Baumann M, Spitz E, Guillemin F, Ravaud JF, Choquet M, Falissard B, Chau N and Lorthandicap group. Associations of social and material deprivation with tobacco, alcohol, and psychotropic drug use, and gender: a population-based study. *Int J Health Geogr* 2007 Nov; 6: 50-62.
16. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004: 55-64.
17. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, Cezar CLG. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica* 2006 Aug; 22(8): 1639-48.
18. Rodrigues MA, Facchini LA, Lima MS. Modifications in psychotropic drug use in a southern brazilian city. *Rev Saude Publica* 2006; 40(1): 107-14.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
20. Research Triangle Institute. SUDAAN (Release 10.0.1) [Computer Software]. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute 2009.

21. CONEP. Conselho Nacional de Saúde. Questões Gerais das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, em especial as Resoluções CNS n° 196/96 e n° 370/2007:  
[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/aquivos/documentos/08\\_set\\_perguntas\\_respostas.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/documentos/08_set_perguntas_respostas.pdf) (acesso em 15/Mai/2012).
22. Steele LS, Glazier RH, Lin E. Inequity in mental health care under Canadian universal health coverage. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 317-24.
23. Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D. Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002 Jan; 59(1): 77–84.
24. Fleck MP, Lima AF, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, Camey S. Associations of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil. *Rev Saude Publica* 2002 Aug; 36(4): 431-8.
25. Katon W, Von Korff M, Lin E, Lipsocomb P, Russo J, Wagner E, Polk E. Distressed high utilizers of medical care: DSM III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry* 1990 Nov; 12(6): 355-62.
26. Menezes T, Campolina B, Silveira FG, Servo LM, Piola SF. O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF de 2002-2003. In: Silveira FS, Menezes LM, Piola SF (ORGS) (Ed.) *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. Brasília: IPEA, 2006, p.313-344.

27. Akincigil A, Olfson M, Walkup JT, Siegel MJ, Kalay E, Amin S, Zurlo KA, Crystal S. Diagnosis and treatment of depression in older community-dwelling adults: 1992-2005. *J Am Geriatr Soc* 2011 Jun; 59(6):1042-51.
28. Empereur F, Baumann M. Factors associated with the consumption of psychotropic drugs in a cohort of men and women aged 50 and over. *J Clin Pharm Ther* 2003 Feb; 28(1): 61-8.
29. Chau N, Baumann M, Falissard B, Choquet M, the Lorthandicap group. Social inequalities and correlates of psychotropic drug use among young adults: a population-based questionnaire study. *Int J Equity Health* 2008 Jan; 7(10):3.
30. Fernández-Liz E, Modamio P, Catalán A, Lastra CF, Rodríguez T, Marino EL. Identifying how age and gender influence prescription drug use in primary health care environment in Catalonia, Spain. *Br J Clin Pharmacol* 2008 Mar; 65(3): 407-17.
31. Kjosavik SR, Ruths S, Hunskaar S. Drug use in the Norwegian general population in 2005: data from the Norwegian Prescription Database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009 Jul; 18(7): 572-8.
32. Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(1):26-36.
33. Pagura J, Katz LY, Mojtabai R, Druss BG, Sareen J. Antidepressant use in the absence of common disorders in the general population. *J Clin Psychiatry* 2011 Apr; 72(4):494-501.

34. Gorman JM. Gender differences in depression and response to psychotropic medication. *Gend Med* 2006 Jun; 3(2): 93-109.
35. World health Organization (WHO). Integrating mental health into primary care. A global perspective. Geneva: WHO; 2008.
36. Kinrys G, Wygant LE. Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment? *Rev Bras Psiquiatr* 2005 Oct; 27(2): s43-s50.
37. Stein MB, Sherbourne CD, Craske MG, Means-Christensen A, Bystrisky A, Katon W, Sullivan G, Roy-Byrne PP. Quality of care for primary care patients with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2230-37.
38. Weisberg RB, Dyck I, Culpepper L, Keller MB. Psychiatric treatment in primary care patients with anxiety disorders: a comparison of care received from primary care providers and psychiatrists. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 276-82.
39. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep* 2003;118(4):293-302.
40. Diaz E, Woods SW, Rosenheck RA. Effects of ethnicity on psychotropic medications adherence. *Community Ment Health J* 2005 Oct; 41(5): 521-37.
41. Lapid MI, Rummans TA. Evaluation and management of geriatric depression in primary care. *Mayo Clin Proc* 2003; 78: 1423-29.



42. Choi NG, Wyllie RJ, Ransom S. Risk factors and intervention programs for depression in nursing home residents: nursing home staff interview findings. *J Gerontol Soc Work* 2009; 52(7): 668-85.
43. Möller J, Björkenstam E, Ljung R, Ynqwe MA. Widow and the risk of psychiatric care, psychotropic medication and all-cause mortality: a cohort study of 658,022 elderly people in Sweden. *Aging Ment Health* 2011; 15(2): 259-66.
44. Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, Escriba-Agüir V, Cascant L. Social inequalities in the association between partner/marital status and health among workers in Spain. *Soc Sci Med* 2011; 72(4): 600-7.

Tabela 1. Descrição da população brasileira para a amostra expandida e para a amostra expandida de indivíduos que moram sozinhos (valores percentuais), segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009.

	População brasileira	Indivíduos que moram sozinhos	Proporção de indivíduos com a característica que moram sozinhos
Sexo	n=133.619.635	N= 6.774.736	
Masculino	48,2	48,8	5,1
Feminino	51,8	51,2	5,0
Cor			
Branca	48,9	53,2	5,5
Não branca	50,9	46,5	4,6
Não sabe	0,2	0,3	7,6
Faixa etária (em anos)			
Até 25	27,3	5,0	0,9
26 – 35	20,6	14,5	3,6
36 – 45	18,5	14,4	3,9
46 – 55	14,9	17,1	5,8
56 – 65	9,8	18,3	9,5
Acima de 65	8,9	30,7	17,5
Vive com o cônjuge			
Não	73,5	100,0	6,9
Sim	26,5	0,0	0,0
Anos de estudo em quartis			
0 a 3 (sem instrução ou primário incompleto)	20,7	33,4	8,2
4 a 7 (1° grau incompleto)	26,5	19,9	3,8
8 a 10 (2° grau incompleto)	16,2	9,4	2,9
11 ou mais (2° grau completo ou mais)	36,6	37,3	51,4
Renda <i>per capita</i> em quartis (em R\$)			
até 246,20	25,0	3,1	0,6
de 246,21 a 452,61	25,0	7,2	1,5
de 452,62 a 844,00	25,0	28,0	5,7
Acima de 844,00	25,0	61,7	12,5
Região			
Norte	6,8	5,0	3,8
Nordeste	27,0	20,6	3,7
Sudeste	44,4	50,5	5,8
Sul	14,5	15,5	5,4
Centro-Oeste	7,3	8,4	5,8
Despesa com plano de saúde			
Sim	13,2	23,0	8,8
Não	86,8	77,0	4,5
Despesa com consulta médica em tercis (R\$)			
0,00	93,6	91,0	4,9
De 0,01 a 80,00	3,3	4,0	6,1
Acima de 80,00	3,1	5,0	8,2
Aquisição de psicotrópico(s)			
Sim	5,2	9,6	9,4
Não	94,8	90,4	4,8

Tabela 2. Prevalência de aquisição mensal de psicotrópicos (percentual) para a população do Brasil e para os indivíduos que moram sozinhos segundo dados da POF 2008-2009.

		Prevalência de aquisição de psicotrópicos (percentual)	
		População brasileira (100% da amostra)	Indivíduos que moram sozinhos (5,1% da amostra)
Sexo			
	Masculino	3,5	4,0
	Feminino	6,8	14,9
Cor			
	Branca	9,6	12,5
	Não branca	3,9	6,1
Faixa etária (em anos)			
	Até 25	0,9	3,1
	26 – 35	2,9	3,2
	36 – 45	5,5	5,0
	46 – 55	8,1	9,4
	56 – 65	9,5	10,5
	Acima de 65	13,6	15,4
Vive com o cônjuge			
	Não	4,8	9,6
	Sim	6,5	0,0
Anos de estudo em quartis			
	0 a 3 (sem instrução ou primário incompleto)	7,7	11,1
	4 a 7 (1° grau incompleto)	4,9	9,3
	8 a 10 (2° grau incompleto)	7,0	11,4
	11 ou mais (2° grau completo ou mais)	8,6	10,5
Renda familiar <i>per capita</i> em quartis (em R\$)			
	até 246,20	3,0	9,7
	de 246,21 a 452,01	4,4	5,6
	de 452,62 a 844,00	5,5	7,9
	Acima de R\$ 844,00	6,9	10,8
Região			
	Norte	1,8	2,9
	Nordeste	3,7	6,9
	Sudeste	6,2	11,0
	Sul	7,6	12,8
	Centro-Oeste	3,6	5,9
Despesa com plano de saúde			
	Sim	9,1	14,3
	Não	4,7	8,2
Despesa com consulta médica em tercís (R\$)			
	0,00	4,6	9,0
	De 0,01 a 80,00	12,1	15,0
	Acima de 80,00	16,7	16,0

Tabela 3. Razões de prevalências ajustadas de aquisição de psicotrópicos segundo fatores sócio-demográficos e de despesas com saúde (estimadas por regressão de Poisson com variância robusta), segundo dados da POF 2008-2009.

Variável	População brasileira n=133.619.635		Indivíduos que moram sozinhos n= 6.774.736	
	Razão de Prevalência	IC 95%	Razão de Prevalência	IC 95%
Sexo				
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	1,88	1,77 - 1,99	2,24	1,82 - 2,74
Cor				
Não branca	1,00		1,00	
Branca	1,21	1,15 - 1,28	1,37	1,14 - 1,64
Idade (em anos)				
Até 25	1,00		1,00	
26 – 35	2,76	2,41 - 3,17	2,02	1,70 - 5,80
36 – 45	4,94	4,34 - 5,61	3,42	1,23 - 9,53
46 – 55	7,21	6,35 - 8,18	5,70	2,10 - 15,46
56 – 65	7,90	6,93 - 9,00	6,38	2,36 - 17,24
Acima de 65	10,09	8,84 - 11,51	6,84	2,53 - 18,51
Vive com o cônjuge				
Não	1,00			
Sim	0,90	0,85-0,96		
Anos de estudo em quartis				
0 a 3 (sem instrução ou primário incompleto)	1,00		1,00	
4 a 7 (1° grau incompleto)	1,75	1,68 - 0,82	1,66	1,44 - 1,88
8 a 10 (2° grau incompleto)	1,74	1,69 - 1,79	1,81	1,64 - 1,99
11 ou mais (2° grau completo ou mais)	1,88	1,82 - 1,94	1,92	1,74 - 2,01
Renda <i>per capita</i> em quartil				
até 246,20	1,00		1,00	
de 246,21 a 452,01	1,14	1,04 - 1,24	1,06	1,03 - 1,09
de 452,62 a 844,00	1,75	1,61 - 1,86	1,79	1,46 - 2,12
Acima de R\$ 844,00	1,96	1,80 - 2,12	1,94	1,57 - 2,30
Região				
Norte	1,00		1,00	
Nordeste	1,63	1,45 - 1,82	1,62	1,07 - 2,46
Sudeste	2,34	2,09 - 2,62	2,04	1,36 - 3,06
Sul	2,39	2,12 - 2,70	2,00	1,29 - 3,10
Centro-Oeste	1,50	1,32 - 1,70	1,33	0,85 - 2,09
Despesa com plano de saúde				
Não	1,00		1,00	
Sim	1,40	1,30 - 1,50	1,46	1,18 - 1,81
Despesa com consulta médica em tercis				
Não	1,00		1,00	
De 0,01 a R\$80,00	1,81	1,65 - 1,99	1,55	1,12 - 2,15
Acima de R\$80,00	2,51	2,32 - 2,71	1,56	1,17 - 2,07
Mora sozinho				
Não	1,00			
Sim	1,01	0,93 - 1,11		

## **7 ARTIGO 2**

O impacto do custo dos medicamentos psicotrópicos no orçamento das famílias brasileiras: uma análise das Pesquisas de Orçamentos Familiares de 2003 e 2009

The impact of the psychotropic drugs cost on the Brazilian families budget: an analysis of the Survey on Household Budgets from 2003 and 2009

Samanta Etges Fröhlich, Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS;

Sotero Serrate Mengue. Doutor em Ciências Farmacêuticas pela UFRGS.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

**A ser enviado ao Medical Care.**

## **Resumo**

**Introdução:** nos últimos anos o crescimento de despesas com psicotrópicos ocorreu de forma bastante acentuada. Essa tendência sugere mais um caminho para o aumento dos gastos em saúde da população.

**Objetivos:** estimar o custo dos psicotrópicos e o seu impacto no orçamento das famílias brasileiras, comparativamente nos anos de 2003 e 2009.

**Métodos:** estudo transversal, com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares de 2003 e 2009, envolvendo entrevistas com 48.470 domicílios e 55.970 domicílios, respectivamente. Todos os rendimentos e despesas da pesquisa de 2003 foram corrigidos pela inflação.

**Resultados:** houve uma redução na prevalência de aquisição de psicotrópicos pelos domicílios brasileiros, de 13,0% em 2003, para 11,2% em 2009. Entretanto, a média mensal de despesas com psicotrópicos, por domicílio, aumentou de R\$54,38 em 2003 para R\$78,73 em 2009. O percentual de gastos com psicotrópicos sobre as despesas com saúde cresceram 27%.

**Conclusões:** o aumento das despesas com psicotrópicos pode ser devido a elevação dos seus preços, a aquisição de medicamentos mais modernos e mais caros ou pelo aumento no número de medicamentos utilizados. Proporcionalmente, as despesas com psicotrópicos cresceram mais do que as despesas com saúde para as famílias brasileiras.

**Palavras-chave:** análise de custo; Brasil; psicotrópicos; renda.

## **Abstract**

**Background:** over the last years the growth in the psychotropics spends occurred in an acute way. This trend suggests an additional way to the increase of the population's health care spends.

**Objectives:** to estimate the cost of psychotropics and its impact on the Brazilian families' budget, comparing the years of 2003 and 2009.

**Methods:** a cross-sectional study, with data from the Survey of Household Budget from 2003 and 2009, involving interviews in 48,470 homes and 55,970 homes, respectively. All incomes and spends from the 2003 survey were indexed by inflation.

**Results:** there was a reduction on the prevalence of psychotropics acquisition by Brazilian households from 13.0% in 2003 to 11.2% in 2009. However, the monthly average in psychotropics spends per household raised from R\$54.38 in 2003 to R\$78.73 in 2009. The percentage of expenditures with psychotropics over the spends with health increased 27%.

**Conclusions:** the increase of the expenditures with psychotropics can be due to an elevation of its prices, the acquisition of more modern or more expensive drugs or the increase of drugs used. Proportionally, spends with psychotropics grew more than the expenditures with health to the Brazilian families.

**Key words:** Brazil; cost analysis; income; psychotropic drugs.

## **Introdução**

Por muitas décadas existiram controvérsias na extensão da prescrição e do uso de psicotrópicos, incluindo o seu custo<sup>1-4</sup>. Nos Estados Unidos, nas duas últimas décadas, o crescimento de despesas com aquisição de psicotrópicos, ocorreu mais acentuadamente do que o crescimento dos gastos com outros medicamentos<sup>5,6</sup>. Também nos Estados Unidos, entre 1986 e 2003, houve um crescimento de U\$2,2 milhões, para U\$23,6 milhões nas despesas com psicotrópicos prescritos<sup>7</sup>. Nesse período, a indústria farmacêutica cresceu, lançou novos antidepressivos e antipsicóticos, aumentando a variedade de indicações dos medicamentos existentes<sup>8</sup>. Entre 1998 e 2007, as despesas com saúde mental, nos Estados Unidos, permaneceram relativamente estáveis – em 1998 era de U\$15,4 bilhões e, em 2007, de U\$16 bilhões -, mas, as despesas com psicoterapia diminuíram de U\$10,9 bilhões, em 1998, para U\$7,2 bilhões, em 2007<sup>9</sup>. Estes dados sugerem um aumento na proporção de gastos com saúde mental direcionada aos medicamentos<sup>9</sup>.

Nos Estados Unidos, desde 1998, as despesas pagas pelos pacientes no tratamento de distúrbios mentais, cresceu mais de 10% ao ano, ultrapassando o índice de crescimento dos gastos dos indivíduos na saúde como um todo<sup>7</sup>. No Brasil, as atuais políticas públicas de saúde mental, a desospitalização e a desinstitucionalização da assistência, tornam a família a principal co-responsável pelo cuidado do doente. Assim, os pacientes recebem o acompanhamento médico que necessitam, em regime ambulatorial, e permanecem com suas famílias<sup>10</sup>. Talvez por esse motivo, as despesas com o tratamento de doenças mentais são,



frequentemente, pagas pela família, pois, muitas vezes, não são cobertas pelo plano de saúde e nem pelo Estado <sup>11</sup>.

O Brasil é um país com grandes contrastes na distribuição geográfica e indicadores sociais. Todos os serviços de saúde providos pelos governos federais, estaduais e municipais são agregados no sistema público, chamado Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Brasileira de Saúde Mental é baseada, essencialmente, na Declaração de Caracas <sup>12</sup>. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde <sup>13</sup>, no Brasil, seriam alocados cerca de 7,6% do PIB na saúde, dos quais, 58,4% (ou 4,44% do PIB) seriam gastos privados, cuja maior parcela seria de gasto direto das famílias (algo em torno de 70%) <sup>13</sup>.

Aspectos econômicos dos psicotrópicos já foram estudados em países como o Canadá e os Estados Unidos <sup>9,14-17</sup>, mas, informações desse tipo ainda são pouco conhecidas no Brasil. Uma fonte de dados, para estudos com gastos em saúde no Brasil, é a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A POF investiga a estrutura das despesas e dos rendimentos das famílias, de modo detalhado, permitindo inferências e análises quanto aos perfil de gastos das famílias, entre outros itens, com a saúde <sup>18</sup>. Até o momento, foram realizadas cinco pesquisas desse porte no Brasil. Esse estudo analisou dados da POF de 2003 e 2009.

O objetivo é estimar o custo de aquisição dos psicotrópicos e o seu impacto no orçamento das famílias brasileiras, comparativamente nos anos de 2003 e 2009, de forma a verificar e entender as mudanças nas despesas com psicotrópicos.

## **Métodos**

Os dados para esse estudo foram obtidos da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) dos anos de 2002-2003 e de 2008-2009, feitas pelo IBGE. A POF de 2002-2003 foi realizada entre julho de 2002 e junho de 2003 <sup>19</sup>, e a de 2008-2009, aconteceu entre maio de 2008 e maio de 2009 <sup>18</sup>.

O delineamento do estudo é transversal. Para as duas pesquisas, um plano amostral com conglomerado em dois estágios foi utilizado, com estratificação geográfica e estatística das unidades primárias de amostragem – setores censitários -, que foram selecionados por amostragem aleatória simples, em cada estrato. As unidades secundárias de amostragem foram os domicílios particulares permanentes, selecionados por amostragem aleatória simples, sem reposição, dentro de cada setor censitário previamente selecionado <sup>18</sup>. Em 2003, foram selecionados 60.911 domicílios e, efetivamente pesquisados, 48.470 <sup>19</sup>. Em 2009, foram selecionados 68.373 e entrevistados 55.970 domicílios <sup>18</sup>

Cada domicílio pertencente à amostra da POF representa um determinado número de domicílios particulares permanentes da população de onde esta amostra foi selecionada. Com isso, a cada domicílio da amostra, está associado um peso que, atribuído às características investigadas pela pesquisa, permite a obtenção de estimativas das quantidades de interesse para o país <sup>18,19</sup>.

Os instrumentos de coleta utilizados são os questionários descritos nas publicações do IBGE <sup>18,19</sup>. A coleta de dados foi realizada através de entrevista, por nove dias consecutivos, nos domicílios selecionados. A POF investiga os domicílios particulares permanentes, onde, por sua vez, existe a unidade de consumo (um único

morador ou um conjunto de moradores, que compartilham da mesma fonte de alimentação ou compartilham as despesas com moradia) <sup>18,19</sup>.

As despesas com medicamentos psicotrópicos foram obtidas do Quadro de Aquisição de Produtos Farmacêuticos no período de referência de 30 dias, do Questionário de Despesas Individuais, somando-se as despesas com medicamentos “para depressão” e para o “sistema nervoso”. As despesas com medicamentos foram obtidas pela soma dos gastos com todas as classes de medicamentos do mesmo quadro. As despesas com saúde também foram obtidas do quadro descrito, acrescidas das despesas do Quadro de Serviços de Assistência à Saúde, no período de referência de 90 dias. As despesas totais dos domicílios foram obtidas através da soma de todas as despesas monetárias e não monetárias pesquisadas (tanto as do domicílio quanto os gastos individuais somados por domicílio). Todos os valores foram convertidos para despesas mensais. Tal padronização foi feita para ajustar os diferentes períodos de referência para cada grupo de despesas.

O rendimento médio mensal familiar estimado, na POF, é formado pelo rendimento monetário (rendimentos do trabalho, transferências, rendimentos de aluguel e demais rendimentos da família) e não monetário (estimado a partir da utilização e do consumo de produtos adquiridos através da produção própria, retirada do negócio, troca, doações, entre outros) <sup>18,19</sup>. Nas informações sobre despesas monetárias e não monetárias, a POF atribui diferentes períodos de referência: 7 dias, 30 dias, 90 dias e 12 meses - conforme o tipo de dispêndio -, que, posteriormente, são convertidos em despesas anuais, com a correção da inflação no período <sup>18,19</sup>. Nesse estudo, todas as despesas do domicílio foram calculadas como despesas

mensais, acompanhando os dados de despesas individuais e de renda. Além disso, todos os rendimentos e despesas da POF 2003 foram corrigidos pela inflação acumulada do período, até 2009. O índice utilizado foi o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), medido pelo IBGE, que é considerado o índice oficial de inflação do país pelo Banco Central <sup>20</sup>. Nominalmente, a inflação acumulada do período de janeiro de 2003 à janeiro de 2009 foi de 42,5%. Esse procedimento foi realizado para ajustar os efeitos da inflação e, assim, permitir uma comparação direta de valores entre os dois períodos analisados.

A análise foi realizada considerando o plano amostral complexo, onde os conglomerados são os setores censitários e, os estratos, são os previamente definidos pelo IBGE (área urbana para o município da capital, resto da região metropolitana, resto do estado e área rural) – nem todos os estados brasileiros possuem todos os estratos. Os intervalos de confiança 95% foram utilizados para fins de comparações entre as médias obtidas. Para a criação dos bancos de dados principais e para as análises estatísticas, foi utilizado o programa PASW, versão 18.

Por tratar-se de um estudo utilizando dados secundários de pesquisas previamente aprovadas pelos comitês de ética (em nível federal), e disponíveis para consulta pública em meio eletrônico, a análise posterior, pelos comitês de ética local, foi dispensada, sendo os autores responsáveis pelas conclusões de suas análises <sup>21</sup>.

## **Resultados**

Os 48.470 domicílios da POF 2003, quando expandidos, passaram a representar 48.394.067 domicílios. Já a amostra de 55.970 domicílios, da POF 2009, foi expandida para 57.691.781 domicílios.

A tabela 1 apresenta a descrição das populações estudadas nos anos de 2003 e de 2009.

A prevalência de aquisição de psicotrópicos, por domicílio, foi de 13,0% (IC95%: 12,4%-13,6%) em 2003 e 11,2% (IC95%: 10,7%-11,7%) em 2009, com uma redução de 14%. Em 2003, a soma de todas as despesas mensais com psicotrópicos, corrigida pela inflação, equivaleu a R\$341.893.509; deste valor, 83,4% foi comprado pelas famílias (despesas monetárias) e, o restante, corresponde a despesas não monetárias (recebimento sem dispêndio de dinheiro). A soma de todas as despesas mensais, com medicamentos psicotrópicos, foi de R\$507.446.626 no ano de 2009 onde, 66,6%, foi adquirido monetariamente pelas famílias brasileiras.

A tabela 2 apresenta as despesas mensais com psicotrópicos, entre os domicílios que adquiriram algum psicotrópico, por região e renda familiar, nos anos de 2003 e 2009. E a tabela 3 mostra o custo médio das aquisições contendo medicamentos psicotrópicos, por renda, dos domicílios do Brasil nos anos de 2003 e 2009. Através dessas tabelas, observa-se o aumento significativo da despesa com psicotrópicos em todas as faixas de renda e em todas as regiões brasileiras dos anos de 2003 para o ano de 2009. Nas regiões Norte e Sudeste foi onde o aumento da média das despesas mensais com psicotrópicos foi maior. Com relação ao valor de aquisição de psiotrópicos (tabela 3), observa-se que o aumento, entre os anos observados, é diretamente proporcional ao aumento de renda das famílias brasileiras.

Na tabela 4 estão os percentuais de despesas com psicotrópicos sobre a renda, as despesas totais mensais dos domicílios, as despesas mensais com saúde e sobre as despesas mensais com medicamentos para os anos de 2003 e de 2009. Pela tabela

vemos que, no Brasil, houve um aumento de 26,5% entre os anos de 2003 e 2009, no percentual de despesa com psicotrópicos sobre a renda mensal do domicílio; já entre o percentual sobre as despesas mensais do domicílio, o aumento foi de 19,0% entre os anos de 2003 e 2009. O percentual de despesas com psicotrópicos sobre as despesas mensais com saúde do domicílio aumentou em 27,0%, e, sobre os gastos com medicamentos aumentou, 26,7% entre os anos de 2003 e 2009.

### **Discussão**

Os resultados obtidos mostram que houve uma redução na prevalência de aquisição de psicotrópicos, pelos domicílios brasileiros, de 2003 para 2009, mas, a média mensal de despesas com psicotrópicos, por família, aumentou neste período. Além disso, os percentuais de despesa, com psicotrópicos, sobre a renda mensal do domicílio e sobre as despesas mensais do domicílio, são maiores em 2009 do que em 2003.

A principal limitação desse estudo é a ausência da definição dos nomes dos medicamentos e das classes as quais pertencem, o que não permite avaliar o custo direto das classes e nem a sua variação. Além disso, na POF 2009, não estão descritas as unidades de medicamentos como na POF 2003, não permitindo comparações por unidade farmacotécnica, sendo possível somente comparar por número de aquisições. Por outro lado, as amostras são representativas do país inteiro, com dados detalhados a respeito de todas as despesas e rendimentos da população, que é o enfoque desse estudo.

Os domicílios brasileiros estavam concentrados especialmente na região Sudeste e, na sua grande maioria, nas áreas urbanas. A maioria das famílias era

composta de duas a quatro pessoas. Aproximadamente, dois terços da população, possuía imóvel próprio já quitado, o que aumentou entre os anos de 2003 e 2009. As casas brasileiras eram constituídas, em sua maioria, de cinco a sete cômodos, onde dois serviam como dormitório. Pelos resultados da tabela 1, observa-se que não houveram mudanças marcantes nas características dos domicílios brasileiros entre 2003 e 2009. A renda mensal é a característica que mais mudou, pois, mesmo com a correção pela inflação, a de 2009 é superior à de 2003, mostrando, que os salários tiveram um aumento acima da inflação e, além disso, segundo o IBGE (2010)<sup>18</sup>, o número de pessoas no mercado de trabalho também aumentou em 3%.

A prevalência de aquisição de psicotrópicos teve uma redução de 14% entre os anos avaliados, passando de 13,0 para 11,2%. Nos anos 90 e início dos anos 2000, a prevalência no uso de psicotrópicos (especialmente antidepressivos) aumentou com o passar do tempo nas populações da América do Norte, Europa e Austrália<sup>22-28</sup>. A prevalência do consumo de ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, antipsicóticos e antimaniacos permaneceu constante Estados Unidos entre os anos de 1988-1994 e 1999-2002<sup>29</sup>. Pesquisadores observaram que o uso de antidepressivos e ansiolíticos declinou de 2,8% para 1,5% entre 2004 e 2005, em 48 estados dos Estados Unidos<sup>30</sup>. Nos últimos anos houve uma estabilização na prevalência de uso de psicotrópicos e, no caso dos antipsicóticos, uma pequena redução<sup>31</sup>. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) divulgou, em 2010, uma pesquisa onde o consumo, por pessoa, de medicamentos comprados na rede privada, diminuiu de 11,2 para 9,2 unidades entre 1990 e 2009, uma redução de 19,9%<sup>32</sup>.

Houve um crescimento do percentual de indivíduos que adquiriram o psicofármaco não monetariamente (por doação), sugerindo que já houve um aumento da equidade no acesso a psicotrópicos. Esse aumento pode ser um reflexo direto dos investimentos públicos para o acesso aos medicamentos no Brasil, que é um direito dos cidadãos.

Apesar da diminuição da prevalência de aquisição de psicotrópicos, o gasto das famílias brasileiras, com estes medicamentos, aumentou, mesmo corrigindo os valores pela inflação. Outros estudos também observam um aumento no custo dos psicotrópicos para os pacientes <sup>15,33</sup>. Dados de 2009, nos Estados Unidos, mostraram que as despesas com 0020 psicotrópicos excederam U\$380 milhões <sup>34</sup>.

O aumento do custo dos psicotrópicos pode ser explicado pela entrada de medicamentos mais caros no mercado, pela elevação do preço dos psicotrópicos e pelo aumento no número de medicamentos utilizados. Dos estudos que mostraram o aumento da prevalência e do custo dos antidepressivos, muitos relatam que uma das causas seria a substituição de medicamentos antigos por inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) e outros medicamentos novos – geralmente de maior custo - <sup>24,25,27,28</sup>. Nos Estados Unidos, entre 1998 e 2007, o gasto com medicamentos para tratar a depressão, aumentou de U\$4,59 bilhões para U\$6,60 bilhões, enquanto as despesas com psicoterapia diminuíram <sup>33</sup>. Nesse mesmo país, estima-se, que foi gasto, U\$1.41 bilhões com psicotrópicos prescritos para idosos, e mais da metade teria sido paga pelos pacientes <sup>15</sup>. No Canadá, a despesa *per capita*, com psicotrópicos, aumentou 106,0% (de U\$29 para U\$60), entre 1998 e 2004 <sup>17</sup>. Nos Estados Unidos, a prevalência do uso de medicamentos não mudou entre 1998 e



2006, e, no entanto, a polifarmácia cresceu<sup>30</sup>. Dados mostram que a porcentagem de prescrições de dois ou mais psicotrópicos aumentou de 42,6% para 59,8% nos Estados Unidos nos últimos anos<sup>34</sup>, devido a mudanças nas características dos pacientes e aumento na severidade dos sintomas<sup>34</sup>. Além disso, houve um aumento na detecção de comorbidades psiquiátricas<sup>35</sup>.

A média mensal de despesa com psicotrópicos foi maior nas regiões Sul e Sudeste e, entre as características que podem explicar essas diferenças estão o comércio farmacêutico nas diferentes regiões, os fatores culturais e o maior número de serviços de saúde nesses locais. As regiões Sudeste e Sul apresentam, respectivamente, 4,2 e 3,9 psiquiatras por 100 mil habitantes; no Centro-Oeste esse número é de 2,5 para 100 mil habitantes, valor que diminui para 1,5 no Nordeste e 0,7 no Norte<sup>36</sup>. Apesar dessas diferenças entre a distribuição de médicos psiquiatras, acredita-se que, grande parte desses medicamentos sejam prescritos por médicos de todas as especialidades. A distribuição das aquisições praticamente não mudaram entre 2003 e 2009, no Brasil. Os valores de aquisições aumentaram proporcionalmente ao aumento da faixa de renda - 29,4% para rendas mais baixas até 44,1% para rendas mais altas. Através das tabelas 2 e 3, observa-se que as famílias com maiores rendimentos mensais, gastaram mais com psicotrópicos. Os gastos com medicamentos, em valores absolutos, são sempre maiores entre os mais ricos, independente do tipo de medicamento. No caso dos psicotrópicos, isso poderia ser explicado pela falta de acesso ao diagnóstico e tratamento de pessoas mais pobres ou, mesmo, pelo uso abusivo pela população rica que, tendo recursos para tal, gasta com esses medicamentos mesmo sem um diagnóstico claro para tal<sup>37</sup>. Um inquérito populacional, realizado em cinco estados brasileiros, encontrou uma prevalência de

87% no acesso a medicamentos receitados na última consulta médica <sup>38</sup>. Uma das causas envolvidas na falta de acesso da população mais pobre, pode ser a dificuldade dos médicos generalistas em diagnosticar e manejar pacientes com distúrbios mentais e emocionais na atenção primária <sup>39</sup>. Segundo Steele e colaboradores (2010) <sup>40</sup>, o aumento do poder aquisitivo da população contribui para o incremento no consumo de medicamentos. No Canadá, apesar da cobertura universal em saúde, as pessoas com nível socioeconômico mais alto, também recebem mais tratamentos psiquiátricos do que os de baixo nível socioeconômico, considerando distúrbios mentais equivalentes <sup>40</sup>. Estima-se que, em países em desenvolvimento, aproximadamente 90% dos pacientes, com doenças mentais, não recebem tratamento <sup>41</sup> devido, especialmente, ao alto custo dos medicamentos prescritos <sup>33,42</sup>. Em Porto Alegre (Brasil), de uma amostra de 155 pessoas, 40% relataram que o custo do tratamento para depressão é uma barreira ao tratamento <sup>42</sup>. Em um estudo em uma amostra representativa de adultos, dos Estados Unidos, foi observado que 26,0% das pessoas que utilizaram antidepressivos não foram diagnosticadas com alguma morbidade psíquica <sup>43</sup>. Esses mesmos indivíduos obtiveram a prescrição, na maioria das vezes, de um médico de família ou de outros médicos que não psiquiatras <sup>43</sup>.

Entre 2003 e 2009 houve aumento na proporção de gastos com psicotrópicos sobre a renda. Segundo o Ministério da Saúde, 51% da população - com renda de até quatro salários mínimos - consome 16% do mercado de medicamentos no Brasil, 34% da população – entre quatro a dez salários mínimos – consome 36% e, 15% dos brasileiros – com mais de dez salários mínimos - consome 48% dos medicamentos <sup>44</sup>. Entre as famílias brasileiras mais ricas, o gasto com medicamentos representa 1,7% da renda, e as famílias mais pobres comprometem 12,0% da renda <sup>37</sup>. As despesas

com medicamentos, pelas famílias mais ricas, representam mais de nove vezes o gasto das famílias mais pobres <sup>37</sup>.

Os percentuais de gastos com psicotrópicos sobre as despesas mensais do domicílio aumentaram entre os anos avaliados, bem como sobre as despesas com saúde, para todas as faixas de renda. Isso evidencia que o acesso aos medicamentos fica comprometido na parcela mais pobre da população, já que o preço dos medicamentos é considerado um dos principais obstáculos para o acesso <sup>42</sup>. Segundo a POF 2002-2003, as despesas das famílias com medicamentos equivalem a quase 25% dos gastos com saúde <sup>44</sup>.

O percentual de gastos com psicotrópicos sobre as despesas com medicamentos aumentou 26,7%. Em todas as faixas de renda, foi observado um aumento significativo entre 2003 e 2009. As despesas com psicotrópicos cresceram mais do que as demais despesas, inclusive com saúde, nas famílias brasileiras. Isso pode representar uma maior utilização de medicamentos modernos - com vantagens potenciais na eficácia e segurança, especialmente para a população idosa <sup>45</sup> -, que são mais caros, ou um aumento na quantidade de psicotrópicos usados.

Uma das formas de manifestação da desigualdade que marca as sociedades, é o acesso desigual a bens e serviços de saúde. As famílias mais carentes são as que menos gastaram com psicotrópicos, comparadas as mais abastadas, em termos absolutos, sendo, também, aquelas que, proporcionalmente, comprometeram mais renda familiar na aquisição desses bens. O padrão desigual de gasto com psicotrópicos pelas famílias brasileiras, quando ordenadas por sua renda, não se alterou substancialmente nos últimos anos.

## Referências

1. Shepherd M. The use and abuses of drugs in psychiatry. *Lancet* 1970;1(7636):31-33.
2. Zorc JJ, Larson DB, Lyons JS, et al. Expenditures for psychotropic medications in the United States in 1985. *Am J Psychiatry* 1991;148(5):644-647.
3. Zetin M. Psychopharmacohazardology: major hazards of the new generation of psychotherapeutic drugs. *Int J Clin Pract* 2004;58(1):58-68.
4. Huskamp HA, Donohue JM, Koss C, et al. Generic entry, reformulations and promotion of SSRIs in the US. *Pharmacoeconomics* 2008;26(7):603-616.
5. Mark TL, Coffey RM, Vandivort-Warren R, et al. U.S. spending for mental and substance abuse treatment, 1991-2001. *Health Aff (Millwood)* 2005;W5-133-W5-142.
6. IMS Health. IMS Report 11.5% Dollar Growth in 03 US Prescription Sales.  
Disponível em:  
[http://imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6599\\_41382706\\_44771558\\_00.html](http://imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6599_41382706_44771558_00.html). Acesso em 20 Mar, 2008.
7. Mark TL, Levit KR, Buck JA, et al. Mental health treatment expenditures trends, 1986-2003. *Psychiatr Serv* 2007;58(8):1041-1048.
8. Lieberman JA, Golde R, Stroup S, et al. Drugs of the psychopharmacological revolution in clinical psychiatry. *Psychiatr Serv* 2000;51(10):12454-12458.

9. Olfson M, Marcus SC. National trends in outpatients psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2010;167(12):1456-1463.
10. Sant'ana MM, Pereira VP, Borenstein MS, et al. The meaning of giving mental health care to family. *Texto contexto – enferm* 2011;20(1):50-58.
11. World Health Organization (WHO). *The Mental Health Context*. Geneva: WHO; 2003.
12. Ministry of Health. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPAS; 2005.
13. World Health Organization (WHO). *World Health Report 2004: changing history*. Geneva: WHO; 2004.
14. Sarma S, Basu K, Gupta A. The influence of prescription drug insurance on psychotropic and non-psychotropis drug utilization in Canada. *Soc Sci Med* 2007;5(12):2553-2565.
15. Aparasu R, Mort J, Brandt H. Psychotropic Medication Expenditures for Community-Dwelling Elderly Persons. *Psychiatr Serv* 2003;54(5):739-742.
16. Greenblatt DJ, Harmatz JS, Shader RI. Psychotropic drug prescribing in the United States: extent, costs, and expenditures. *J Clin Psychopharmacol* 2011;31(1):1-3.

17. Morgan S, McMahon M, Mooney D, et al. The Canadian Rx atlas. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia; 2005.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sistema Nacional de Índices de preços ao Consumidor. 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc\\_ipca/defaulting.c.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/defaulting.c.shtm). Acesso em 20 Mar, 2011.
21. CONEP. Conselho Nacional de Saúde. Questões Gerais das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, em especial as Resoluções CNS n° 196/96 e n° 370/2007: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/aquivos/documentos/08\\_set\\_perguntas\\_respostas.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/documentos/08_set_perguntas_respostas.pdf) (acesso em 15/Mai/2012).
22. Middleton N, Gunnell D, Whitley E, et al. Secular trends in antidepressant prescribing in the UK, 1975-1998. *J Public Health Med* 2001;23(4):262-267.
23. Olfson M, Marcus SC, Druss B, et al. National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA* 2002;287(2):203-209.

24. Hemels ME, Koren G, Einarson TR. Increased use of antidepressants in Canada: 1981-2000. *Ann Pharmacother* 2002;36(9):1375-1379.
25. Mant A, Rendle VA, Hall WD, et al. Making new choices about antidepressants in Australia: the long view 1975-2002. *Med J Aust* 2004;181(7 Suppl):S21-S24.
26. Beck CA, Patten SB, Williams JV, et al. Antidepressant utilization in Canada. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(10):799-807.
27. Guaiana G, Andretta M, Corbari L, et al. Antidepressant drug consumption and public health indicators in Italy, 1955 to 2000. *J Clin Psychiatry* 2005;66(6):750-755.
28. Raymond CB, Morgan SG, Caetano PA. Antidepressant utilization in British Columbia from 1996 to 2004: increasing prevalence but not incidence. *Psychiatr Serv* 2007;58(1):79-84.
29. Paulose-Ram R, Safran MA, Jonas BS, et al. Trends in psychotropic medication use among U.S. adults. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007;16(5):560-70.
30. Slone Epidemiology Center. Patterns of medication use in the United States 2005. A Report from the Slone Survey. Boston; 2005. Disponível em: <http://www.bu.edu/slone/SloneSurvey/AnnualRpt/SloneSurveyWebReport2005.pdf>. Acesso em 23 de Set de 2010.
31. Desplenter F, Caenen C, Meelberghs J, et al. Change in psychotropic drug use among community-dwelling people aged 75 years and older in Finland: repeated cross-sectional population studies. *Int Psychogeriatr* 2011;23(8):1278-1284.

32. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Programas de Assistência Farmacêutica do Governo Federal: evolução recente das compras diretas de medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005 a 2008. Brasília: IPEA; 2010.
33. Marcus SC, Olfson M. National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(12):1265-1273.
34. Motjabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(1):26-36.
35. Rush AJ, Zimmerman M, Wisniewski SR, et al. Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: demographic and clinical features. *J Affect Disord* 2005;87(1):43-55.
36. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 11 de nov, 2010.
37. Druss BG, Wang PS, Sampson NA, et al. Understanding Mental Health Treatment in Persons Without Mental Diagnoses: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(10):1196-1203.
38. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultado. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Ministério da Saúde; 2005.



39. Ballester DA, Filipon AP, Braga C, et al. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Sao Paulo Med J* 2005; 123(2): 72-6.
40. Steele LS, Glazier RH, Lin E. Inequity in mental health care under Canadian universal health coverage. *Psychiatr Serv* 2006;57(3):317-324.
41. World Health Organization (WHO). *Investing in Mental Health*. Geneva: WHO; 2003.
42. Simon GE, Fleck M, Lucas R, et al. Prevalence and predictors of depression treatment in an International Primary Care Study. *Am J Psychiatry* 2004;161(9):1626-1634.
43. Pagura J, Katz LY, Motjabai R, et al. Antidepressant use in the absence of common disorders in the general population. *J Clin Psychiatry* 2011;72(4):494-501.
44. Menezes T, Campolina B, Silveira FG, et al. O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF de 2002-2003. In: Silveira FS, Menezes LM, Piola SF, orgs. *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. Brasília: IPEA; 2006:313-344.
45. Leucht S, Wahlbeck K, Hamann J. New generation antipsychotics versus low-potency conventional antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003;361(9393):1581-1589.

Tabela 1. Características dos domicílios das Pesquisas de Orçamentos Familiares.

	<b>POF 2003</b>	<b>POF 2009</b>
	n=48.394.067	n=57.691.781
<b>Região</b>		
Norte	6,5%	6,8%
Nordeste	25,2%	26,1%
Sudeste	45,1%	44,1%
Sul	16,0%	15,4%
Centro-Oeste	7,2%	7,6%
Total	100,0%	100,0%
<b>Área</b>		
Urbana	84,7%	84,4%
Rural	15,3%	15,6%
Total	100,0%	100,0%
<b>Quantidade de moradores</b>		
1	10,1%	11,9%
De 2 a 4	63,6%	68,6%
De 5 a 8	24,5%	18,5%
9 ou mais	1,8%	1,0%
Total	100,0%	100,0%
<b>Condição do imóvel</b>		
Próprio pago	65,9%	68,0%
Outra condição	34,1%	32,0%
Total	100,0%	100,0%
<b>Quantidade de cômodos</b>		
Até 4	26,5%	22,6%
De 5 a 7	55,9%	57,8%
8 ou mais	17,6%	19,6%
Total	100,0%	100,0%
<b>Quantidade de dormitórios</b>		
1	33,7%	34,4%
2	42,6%	43,3%
3 ou mais	23,7%	22,3%
Total	100,0%	100,0%
<b>Quantidade de banheiros</b>		
Nenhum ou 1	79,9%	75,4%
2 ou mais	20,1%	24,6%
Total	100,0%	100,0%
<b>Renda total do domicílio*</b>		
Quartil inferior	Até R\$ 647,54	Até R\$ 793,71
Quartil médio inferior	De R\$ 647,55 a R\$ 1.081,14	De R\$ 793,72 a R\$ 1.275,94
Quartil médio	De R\$ 1.081,15 a R\$ 1.780,18	De R\$ 1.275,95 a R\$ 2.014,53
Quartil médio superior	De R\$ 1.780,19 a R\$ 3.347,43	De R\$ 2.014,54 a R\$ 3.572,00
Quartil superior	De R\$ 3.347,44 a R\$ 548.985,32	De R\$ 3.572,01 a R\$ 117.219,20
<b>Despesa mensal com psicotrópicos (em R\$)</b>		
0,00	87,0%	88,8%
De 0,01 a 30,00	6,8%	4,7%
De 31,00 a 100,00	4,5%	4,4%
De 100,00 a 500,00	1,6%	2,0%
Acima de 500,00	0,1%	0,1%
Total	100,0%	100,0%

Tabela 2. Média de despesas mensais dos domicílios com psicotrópicos, de acordo com as regiões geográficas e renda no Brasil para os anos de 2003 e 2009.

	2003(n=6.286.832)*		2009 (n=6.445.106)*	
	Média mensal (R\$)**	IC 95%	Média mensal (R\$)	IC 95%
Brasil	54,38	50,74 - 58,02	78,73	65,81 - 91,66
Região				
Norte	30,74	27,01 - 34,47	58,98	49,01 - 68,94
Nordeste	35,87	32,49- 39,24	54,57	47,46 – 61,68
Sudeste	61,15	56,74 - 63,56	88,94	64,71 - 113,18
Sul	59,72	52,55 - 66,89	79,15	68,07 - 90,22
Centro-Oeste	60,12	54,78 - 64,47	75,00	65,27 - 84,73
Renda (em quartis)				
Quartil inferior	35,20	32,69 - 36,71	41,87	37,11 - 46,63
Quartil médio inferior	39,38	34,84 - 43,92	50,33	45,92 - 54,73
Quartil médio superior	43,99	39,88 – 48,10	58,94	53,66 - 64,22
Quartil superior	73,98	66,13 – 81,84	118,03	86,01 - 150,04

\*Número de domicílios que possuem alguma despesa com medicamentos psicotrópicos.

\*\* Os valores referentes ao ano de 2003 estão corrigidos pela inflação acumulada através do IPCA até 2009.

Tabela 3. Valores das aquisições de psicotrópicos por renda dos domicílios do Brasil nos anos de 2003 e 2009.

	2003 (n=6.286.832)			2009 (n=6.445.106)			Aumento do valor médio por aquisição de psicotrópicos
	Valor médio por aquisição de psicotrópicos (R\$)*	IC 95%	% aquisições	Valor médio por aquisição de psicotrópicos (R\$)	IC 95%	% aquisições	
Renda total do domicílio em quartis							
Q. inferior	22,79	21,31 - 24,27	12,8	29,48	26,94 - 32,02	12,0	29,4%
Q. médio inferior	26,65	24,80 - 28,51	19,7	35,52	32,41 - 38,62	19,9	33,3%
Q. médio superior	28,70	26,90 - 30,50	26,1	38,60	36,15 - 41,04	28,2	34,5%
Q. superior	40,43	37,65 - 43,21	41,4	58,25	50,93 - 65,58	39,9	44,1%
<b>Total</b>	<b>32,40</b>	<b>31,07 - 33,73</b>	<b>100,0</b>	<b>44,73</b>	<b>41,65 - 47,80</b>	<b>100,0</b>	<b>38,1%</b>

\* Os valores referentes ao ano de 2003 estão corrigidos pela inflação acumulada através do IPCA até 2009.

Tabela 4. Percentual de despesas com psicotrópicos sobre a renda e outras despesas nos anos de 2003 e 2009.

Percentual de despesas com psicotrópicos sobre:	Quartil inferior da renda mensal (%)	Quartil médio inferior da renda mensal (%)	Quartil médio superior da renda mensal (%)	Quartil superior da renda mensal (%)	Brasil (%)
<b>2003</b>					
renda mensal do domicílio*	0,49	0,29	0,32	0,24	0,34
despesas mensais do domicílio*	0,83	0,93	0,80	0,77	0,83
despesas mensais com saúde do domicílio*	3,02	3,03	2,89	2,91	2,96
despesas mensais com medicamentos do domicílio*	3,11	3,92	4,07	4,78	3,97
<b>2009</b>					
renda mensal do domicílio	0,63	0,47	0,40	0,31	0,43
despesas mensais do domicílio	1,01	1,17	0,98	0,81	0,99
despesas mensais com saúde do domicílio	3,13	3,81	3,90	4,20	3,76
despesas mensais com medicamentos do domicílio	3,77	4,83	5,64	5,89	5,03

\* Os valores referentes ao ano de 2003 estão corrigidos pela inflação acumulada através do IPCA até 2009.

## **8 ARTIGO 3**

A influência da aquisição de psicotrópicos nas despesas das famílias brasileiras

The influence of the psychotropics acquisition on the spendings of Brazilian families

Samanta Etges Fröhlich, Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS;

Sotero Serrate Mengue. Doutor em Ciências Farmacêuticas pela UFRGS.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

**A ser enviado ao Value in Health.**

## **Influência da aquisição de psicotrópicos nas despesas**

### **Resumo**

**Introdução:** os gastos em saúde são componentes importantes nas despesas das famílias do mundo inteiro. A média de custos anuais, gerada por doenças mentais, é aproximadamente quatro vezes maior do que para um indivíduo saudável. O objetivo desse estudo é avaliar as diferenças nas despesas familiares, como gastos com saúde, entre domicílios com despesa com medicamentos psicotrópicos e domicílios sem despesas com esses medicamentos, considerando a presença de idosos e a renda.

**Métodos:** estudo transversal, com dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009, composta por uma amostra de 55.970 domicílios brasileiros. As informações foram obtidas diretamente nos domicílios selecionados. Todos os rendimentos e despesas foram convertidos para valores mensais e corrigidos para a inflação do período.

**Resultados:** entre os domicílios que não apresentaram gastos com psicotrópicos, a renda média mensal, *per capita*, foi de R\$1.026,73 e os gastos mensais, *per capita*, somam, em média, R\$73,92 com saúde, R\$130,17 com alimentação e R\$12,77 com lazer. Entre os domicílios que apresentaram alguma aquisição de psicotrópicos, a renda média mensal, *per capita*, foi de R\$1.154,40 e suas despesas médias, *per capita*, foram de R\$210,38 com saúde, R\$162,08 com alimentação e R\$15,45 com lazer.

**Conclusões:** os domicílios que tiveram alguma despesa com medicamento psicotrópico, apresentaram renda e despesas maiores que demais famílias, sem gastos com psicotrópicos. As famílias brasileiras, na sua maior parte, não subtraem recursos de outros itens em função da compra de psicotrópicos.

**Palavras-chave:** Brasil; custos de medicamentos; economia farmacêutica; psicotrópicos.

### **Abstract**

**Introduction:** expenditures in health care are an important component of the family spends around the world. The average annual cost generated by mental diseases is approximately four times higher than the costs for a healthy typical being. The objective of this study is to assess the differences on the household spends, such as health related costs, between homes with psychotropic drugs acquisition and homes without this characteristic, considering the presence of older people and the income.

**Methods:** a cross-sectional study, with data from the Survey of Household Budget from 2008-2009, with a sample of 55,970 Brazilian homes. The data were collected directly from the selected homes. All income and spends were adjusted to a monthly basis and indexed by inflation.

**Results:** within the households that did not present spends with psychotropics, the average monthly per capita income was of R\$1,026.73 and the monthly per capita expenditures were, in average, of R\$73.92 with health, R\$130.17 with food and R\$ 12.77 with leisure. Among the homes that presented acquisition of



psychotropics, the average monthly per capita income was of R\$1,154.40 and their monthly per capita spends were, in average, of R\$210.38 with health, R\$162.08 with food and R\$ 15.45 with leisure.

**Conclusion:** the households that have any expenditure with psychotropic drugs, presented larger incomes and costs than the families that did not acquire this kind of medicine. The Brazilian families, in its majority, do not subtract financial resources from other items to allocate in the purchase of psychotropics drugs.

**Key words:** Brazil; drug costs; pharmaceutical economics; psychotropic drugs.

### **Introdução**

A média de custos anuais, incluindo serviços médicos, medicamentos e custos provenientes de incapacidade gerada por doenças mentais é, aproximadamente, quatro vezes maior do que para um indivíduo saudável <sup>1,2</sup>. O impacto econômico de uma doença mental afeta a renda familiar, visto que, muitas vezes, o Estado e o plano de saúde cobrem somente uma pequena parte desses gastos <sup>2</sup>.

Avaliar custos de doenças mental é um desafio, porque os serviços são descentralizados, divididos em médicos gerais e especialistas, serviço público e privado <sup>3</sup>. Em países como o Brasil, muitas pessoas tem que arcar com os custos financeiros do pagamento pelos cuidados <sup>4</sup>. Para algumas famílias brasileiras, o gasto com medicamentos pode absorver parte significativa de seu orçamento, levando-as, muitas vezes, a fazer uma escolha entre pagar pelo tratamento e outras necessidades básicas, como a alimentação, por exemplo <sup>4,5</sup>.

Muitos trabalhos no Brasil questionaram a alta desigualdade de rendimentos e despesas, em várias áreas, visto que faltam informações sobre os rendimentos e despesas não monetários<sup>6</sup>. A Pesquisa de Orçamentos Familiares, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), permite alguns avanços em relação a outras pesquisas, pois é de abrangência nacional e contabiliza os rendimentos e despesas não monetários, permitindo uma perspectiva mais abrangente dos gastos e rendimentos familiares<sup>4</sup>.

O objetivo deste estudo é avaliar as diferenças nas despesas familiares, como gastos com saúde, entre domicílios com despesa com medicamentos psicotrópicos e domicílios sem essa despesa, levando em consideração a presença de idosos e a renda das famílias. Além disso, avaliar se existe deslocamento de recursos de outras despesas para a aquisição de psicotrópicos nas famílias brasileiras, através da análise de gastos em outras áreas realizados pelas famílias brasileiras.

### **Métodos**

Foram utilizados dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que aconteceu entre maio de 2008 e maio de 2009. A amostra é composta por domicílios brasileiros de todas as regiões. O delineamento do estudo é transversal.

Um plano amostral com conglomerado em dois estágios foi utilizado, com estratificação geográfica e estatística das unidades primárias de amostragem – setores censitários -, que foram selecionados por amostragem aleatória simples em cada estrato. As unidades secundárias de amostragem foram os domicílios particulares permanentes, selecionados por amostragem aleatória simples, sem reposição, dentro

de cada setor censitário selecionado <sup>7</sup>. A distribuição dos setores censitários foi realizada (com os respectivos domicílios selecionados), ao longo de 12 meses, tempo de duração da pesquisa, garantindo, em todos os trimestres, a coleta em todos os estratos geográficos e socioeconômicos <sup>7</sup>. Foram selecionados 68.373 domicílios e entrevistados 55.970 <sup>7</sup>.

As informações da POF foram obtidas diretamente nos domicílios particulares permanentes selecionados, por meio de entrevistas realizadas pelas equipes regionais do IBGE, junto aos moradores, durante um período de nove dias consecutivos, através da aplicação de entrevistas e de registros diários pelos informantes <sup>7</sup>. Os instrumentos de coleta utilizados na POF 2008-2009 foram: Questionário de Características do Domicílio e dos Moradores, Questionário de Aquisição Coletiva, Caderneta de Aquisição Coletiva, Questionário de Aquisição Individual, Questionário de Trabalho e Rendimento Individual, Avaliação das Condições de Vida e Bloco de Consumo Alimentar Pessoal <sup>7</sup>.

Cada domicílio pertencente à amostra da POF representa um determinado número de domicílios particulares permanentes da população, de onde essa amostra foi selecionada. Com isso, a cada domicílio da amostra está associado um peso que, atribuído às características investigadas pela pesquisa, permite a obtenção de estimativas de quantidade de interesse para o universo da pesquisa <sup>7</sup>.

O rendimento médio mensal familiar estimado na POF é formado pelo rendimento monetário (rendimentos do trabalho, transferências, rendimentos de aluguel e outros rendimentos da família) e não monetário (estimado a partir da

utilização e do consumo de produtos adquiridos através da produção própria, retirada do negócio, troca, doações, entre outros) <sup>7</sup>.

As despesas com medicamentos psicotrópicos foram obtidas do Quadro de Aquisição de Produtos Farmacêuticos no período de referência de 30 dias, do Questionário de Despesas Individuais, somando-se as despesas com medicamentos “para depressão” e para o “sistema nervoso”. As despesas com medicamentos foram obtidas pela soma dos gastos com todas as classes de medicamentos do mesmo quadro. As despesas com saúde também foram obtidas do quadro descrito, acrescidas das despesas do Quadro de Serviços de Assistência à Saúde, no período de referência de 90 dias. As despesas totais dos domicílios foram obtidas através da soma de todas as despesas monetárias e não monetárias pesquisadas (tanto as do domicílio quanto os gastos individuais somados por domicílio). Todos os valores foram convertidos para despesas anuais, ajustadas pela inflação do período e, para este estudo, convertidas em despesas e rendimentos mensais <sup>7</sup>. Tal padronização foi feita para ajustar os diferentes períodos de referência para cada grupo de despesas. Por exemplo, despesas com consultas médicas são referentes a 90 dias, enquanto que as despesas com medicamentos são aferidas para os últimos 30 dias.

A análise foi realizada considerando o plano amostral complexo, onde os conglomerados são os setores censitários e os estratos são os previamente definidos pelo IBGE (área urbana para o município da capital, restante da região metropolitana, resto do estado e área rural) – nem todos os estados brasileiros possuem todos os estratos. O Teste-t de Student foi o método utilizado para comparar as médias obtidas. O programa PASW versão 18 foi utilizado para as análises estatísticas.

Por tratar-se de um estudo utilizando dados secundários de pesquisas previamente aprovadas pelos comitês de ética (em nível federal), e disponíveis para consulta pública em meio eletrônico, a análise posterior, pelos comitês de ética local, foi dispensada, sendo os autores responsáveis pelas conclusões de suas análises <sup>8</sup>.

## **Resultados**

De acordo com a POF 2008-2009, a prevalência de aquisição de medicamentos psicotrópicos, por domicílios, foi de 11,2% (IC 95%: 10,7%-11,7%), o que resulta em uma soma de R\$507.446.626,00 para todas as despesas mensais com medicamentos psicotrópicos das famílias brasileiras.

A amostra da POF 2009 é composta de 55.970 domicílios que, quando expandida, passa para 57.691.781 domicílios. A tabela 1 apresenta as características dos domicílios brasileiros, de acordo com a aquisição ou não de psicotrópicos. Observa-se que, os domicílios com despesas com medicamentos psicotrópicos, estão concentrados nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste; em geral, apresentam algum morador idoso e renda acima de R\$ 1.246,00.

As comparações das despesas mensais com itens de saúde, recreação e demais despesas das famílias, além da renda total dos domicílios com e sem aquisição de psicotrópicos são apresentadas nas tabelas 2 e 3. No geral, observa-se que, em domicílios com despesas com psicotrópicos, as famílias gastam mais em muitas das áreas avaliadas e possuem renda mensal maior do que os domicílios sem despesa com psicotrópicos. Domicílios onde residem somente idosos, gastam menos com psicoterapia do que os demais. Famílias mais pobres são as únicas onde não há diferença entre renda e soma de despesas *per capita* entre os domicílios com e sem

despesa com psicotrópico. Através da tabela 3, pode ser observado que, entre as famílias mais pobres, não houve diferença significativa entre renda, despesas totais e despesas como higiene, lazer e serviços pessoais nos domicílios comparados. Além disso, as famílias de menor poder aquisitivo, gastaram menos em alimentação nas casas onde houve aquisição de psicotrópicos. Já nas famílias de rendimento médio, não houve diferença significativa entre domicílios com e sem aquisição de psicotrópicos, em vestuário, lazer e serviços pessoais. Essas famílias que compraram algum psicotrópico gastaram menos com higiene do que as demais.

### **Discussão e Conclusões**

Os resultados mostraram que a aquisição de psicotrópicos tem impacto nos gastos com saúde em comparação as famílias que não utilizam esses medicamentos, independente da idade e da renda. Os domicílios que tiveram alguma despesa com medicamento psicotrópico, geralmente possuíam renda superior que as famílias que não gastaram com psicotrópicos. A mesma tendência foi observada com as outras despesas consideradas, como alimentação, vestuário e lazer, independente de o domicílio contar apenas com moradores idosos, sem a sua presença ou ambas. Observou-se, também que, que casas onde residem somente idosos, possuíam menos gastos com psicoterapia, vestuário, higiene e recreação. Casas sem a presença de idosos gastaram menos em saúde, no geral. Nos domicílios mais pobres, o orçamento para as despesas com alimentação e higiene era menor onde havia aquisição de psicotrópicos, em relação a outros, onde esses medicamentos não foram adquiridos.

A cada dez famílias brasileiras, uma apresentou gastos com medicamentos psicotrópicos, resultado compatível com a maioria dos estudos realizados em outros

países<sup>9-11</sup>. Apesar de, no Brasil, o orçamento para os medicamentos psicotrópicos ter aumentado de 0,1% em 2002 para 15,5% em 2007<sup>12</sup>, as famílias brasileiras gastaram muito com psicotrópicos, como acontece também nos Estados Unidos, onde os gastos públicos e privados, com psicotrópicos prescritos, ultrapassaram U\$380 milhões<sup>13</sup>.

A legislação brasileira assegura a todos os cidadãos o acesso a todos os medicamentos necessários, inclusive os psicotrópicos, através do Sistema Único de Saúde. Apesar disso, as dificuldades de acesso aos medicamentos ainda são grandes<sup>12</sup>, o que resulta em um importante gasto monetário das famílias brasileiras.

Tendo presente que a idade é um dos principais determinantes do consumo de medicamentos psicotrópicos – pelas piores condições clínicas e maior utilização de medicamentos<sup>14,15</sup> –, foram conduzidas análises considerando três grupos de domicílios. No primeiro, foram incluídos os domicílios habitados exclusivamente por idosos, no segundo, domicílios habitados exclusivamente por não idosos e, no terceiro, domicílios onde coabitam idosos e não idosos. Nos domicílios onde somente residem idosos, se observou um gasto bem maior com psicotrópicos. Alguns estudos mostraram que a prevalência de uso de psicotrópicos, entre idosos, pode variar de 12,3% a 15,1%, chegando a 75% para os que vivem em clínicas<sup>14,15</sup>. Com a mudança no perfil epidemiológico e o envelhecimento populacional, as doenças crônicas, entre elas a depressão, passaram a representar uma expressiva e crescente demanda de medicamentos e serviços de saúde<sup>16</sup>.

Todas as despesas com saúde analisadas, foram maiores para as famílias que adquiriram algum psicotrópico com relação às famílias que não apresentaram esta

característica, independente do grupo analisado. Segundo a OMS, o impacto econômico das doenças mentais afeta a renda e a produtividade do indivíduo, bem como aumenta os gastos em todas as esferas de serviços médicos - pois estas doenças estão associadas a comorbidades, aumento da incapacidade física e mortalidade <sup>1,2</sup>.

O gasto com medicamentos praticamente triplicou nas casas onde houve aquisição de psicotrópicos, talvez pelo custo dos psicotrópicos ou, ainda, devido ao tratamento de comorbidades relacionado às doenças mentais. O gasto com consultas médicas foram maiores também, como observado em outro estudo também <sup>17</sup>, uma vez que são tratamentos com medicamentos que requerem uma notificação de receita, com validade de 30 ou 60 dias que, obrigatoriamente está vinculada a uma consulta médica. Além disso, existe a tendência de pessoas com problemas psiquiátricos utilizarem mais os serviços de saúde e, dependendo da doença, de passarem mais tempo internados <sup>18</sup>. Nos domicílios habitados exclusivamente por idosos, as diferenças entre as despesas totais com medicamentos e com o total das despesas em saúde foram mais acentuadas. Pode-se dizer que os idosos não utilizaram psicoterapia, e os custos com medicamentos praticamente dobrou para eles, pois trata-se de pessoas com a saúde física mais deteriorada, prejuízos cognitivos e mais vulneráveis a distúrbios psiquiátricos e comorbidades relacionadas a eles <sup>19,20</sup>. Um estudo avaliando o custo de prescrições e a idade dos pacientes, na Espanha, mostrou que, até os 44 anos de idade, não há diferença no custo das prescrições, mas, a partir daí, esse custo aumenta significativamente, fato que os autores atribuem, entre outros fatores, ao surgimento de novos fármacos, que seriam mais dispendiosos <sup>21</sup>.



Com relação aos demais gastos realizados pelas famílias, observou-se que, nos domicílios onde residem somente idosos, as despesas com vestuário, higiene e lazer são menores se comparados àqueles habitados exclusivamente por não idosos. Isso pode representar limitação de opções de acesso aos equipamentos sociais, uma vez que demanda capacidade física e oportunidade para tal. Além disso, como os gastos com saúde foram altos pode ocorrer uma alocação desses recursos para os gastos em saúde em detrimento dos demais.

Pela tabela 3, observa-se que as famílias de poder aquisitivo menor gastaram menos com psicotrópicos, e, entre as que tiveram essa despesa, os gastos com saúde foram maiores e os recursos para tal podem ter sido retirados de outras áreas – como alimentação. As despesas com medicamentos no total dos gastos com saúde observadas foram proporcionalmente maiores entre a população mais pobre. Os gastos mensais dos mais ricos privilegiam investimentos no acompanhamento e monitoramento de suas condições de saúde. Famílias brasileiras mais ricas não subtraem recursos de outras áreas para a aquisição de psicotrópicos.

Existe a possibilidade de, a maioria das despesas com psicotrópicos, estarem relacionadas a tratamentos para transtornos mentais menores. Em um estudo realizado em 2003, em uma cidade do sul do Brasil, o percentual de psicotrópicos receitados por clínicos gerais foi de 45%, seguido de 22% prescritos por psiquiatras e 33% por outros especialistas <sup>17</sup>. Além disso, segundo dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados, os três princípios ativos em formulações industrializadas de maior consumo no Brasil, no período desta pesquisa, foram ansiolíticos <sup>22</sup>. Portanto, a disponibilidade de renda é fator determinante para as

despesas com psicotrópicos. Entre os motivos que podem estar relacionados a esse fato, estão a falta de recursos e de acesso ao diagnóstico e tratamento de doenças mentais.

Este estudo também mostra o forte impacto do envelhecimento da população, nos gastos com saúde. Se até o momento, a preocupação com o impacto da hipertensão e diabetes tem dominado as análises do cenário do envelhecimento da população – pelo alto custo dos tratamentos, pelas complicações e taxa de mortalidade a elas associadas - as doenças mentais ainda ocupam um lugar secundário nessa preocupação. Os distúrbios que exigem o uso de psicotrópicos, tem baixa letalidade e os custos de suas complicações parecem ser pequenos para os serviços de saúde. Entretanto, esses mesmos fatores passarão a somar um alto gasto para a sociedade, na medida em que essas doenças tendem a desenvolver, nas idades mais avançadas, quadros cada vez mais incapacitantes.

### **Referências**

1. World Health Organization (WHO). Investing in Mental Health. Geneva: 2003.  
Disponível em:  
[http://www.who.int/mental\\_health/en/investing\\_in\\_mnh\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf). Acesso em 16 mar 2011.
2. World Health Organization (WHO). The Mental Health Context. Geneva: World Health Organization; 2003. Disponível em:  
[http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/3\\_context\\_WEB\\_07.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/services/3_context_WEB_07.pdf).  
Acesso em: 17 Jan 2011.

3. Druss BG. Rising mental health costs: what are we getting for our money? *Health Aff (Millwood)* 2006; 25(3):614-22.
4. Menezes T, Campolina B, Silveira FG, et al. O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF de 2002-2003. In: Silveira FS, Menezes LM, Piola SF, eds., *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. Brasília: IPEA, 2006. p.313-344.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório Mundial da saúde. Financiamento dos Sistemas de Saúde. O caminho para a cobertura universal*. Geneva, 2010.
6. Schwartzman S. A agenda social brasileira. In: Reis EP, Zilberman R. *Retratos do Brasil*. Porto Alegre: Editora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2004.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida*. Rio de Janeiro, 2010.
8. CONEP. Conselho Nacional de Saúde. *Questões Gerais das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, em especial as Resoluções CNS n° 196/96 e n° 370/2007*:  
[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/aquivos/documentos/08\\_set\\_perguntas\\_respostas.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/documentos/08_set_perguntas_respostas.pdf) (acesso em 15/Mai/2012).
9. Koenig W, Ruther E, Filipiak B. Psychotropic drug utilization patterns in a metropolitan population. *Eur J Clin Pharmacol* 1987;32:43-51.

10. Ohayon MM, Lader MH. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. *J Clin Psychiatry* 2002;63 (9):817–25.
11. Percudani M, Barbui C, Fortino I, et al. Antidepressant drug use in Lombardy, Italy: a population-based study. *J Affect Disord.* 2004;83(2-3):169-75.
12. World Health Organization (WHO) and Ministry of health. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Brazil. Brasília, 2007.
13. Greenblatt DJ, Harmatz JS, Shader RI. Psychotropic drug prescribing in the United States: extent, costs, and expenditures. *J Clin Psychopharmacol* 2011;31(1):1-3.
14. Dealberto MJ, Seeman T, McAvay GJ, et al. Factors related to current and subsequent psychotropic drug use in an elderly cohort. *J Clin Epidemiol* 1997; 50(3):357-64.
15. Avorn J. Drug prescribing, drug taking, adverse reactions, and compliance in elderly patients, in *Clinical Geriatric Psychopharmacology*. Edited by Salzman C. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998.
16. Brasil. Política nacional de medicamentos: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
17. Rodrigues MA, Facchini LA, Lima MS. Modifications in psychotropic drug use in a southern Brazilian city. *Rev Saude Publica* 2006; 40(1): 107-14.

18. Fleck MP, Lima AF, Louzada S, et al. Associations of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil. *Rev Saude Publica* 2002; 36(4): 431-8.
19. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004: 55-64.
20. Chau N, Ravaud JF, Otero-Sierra C, et al. Prevalence of impairments and social inequalities. A community-based study in Lorraine. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2005; 53:614-28.
21. Fernández-Liz E, Modamio P, Catalán A, et al. Identifying how age and gender influence prescription drug use in primary health care environment in Catalonia, Spain. *Br J Clin Pharmacol* 2008; 65(3): 407-17.
22. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC. v. 2, 2011.

Tabela 1. Características dos domicílios de acordo com a aquisição ou não de psicotrópicos (em proporções).

	<b>Domicílios sem despesas com psicotrópicos</b>	<b>Domicílios com despesas com psicotrópicos</b>
	n=51.246.674	n=6.445.106
<b>Região</b>		
Norte	7,4	2,4
Nordeste	26,9	19,6
Sudeste	43,1	52,2
Sul	14,7	20,7
Centro-Oeste	7,9	5,1
Total	100,0	100,0
<b>Área</b>		
Urbana	84,2	85,9
Rural	15,8	14,1
Total	100,0	100,0
<b>Quantidade de moradores</b>		
1	12,2	10,1
de 2 a 4	68,4	70,1
de 5 a 8	18,4	18,9
9 ou mais	1,0	0,9
Total	100,0	100,0
<b>Idade dos moradores dos domicílios</b>		
Somente inferior a 60 anos	74,7	53,1
Somente 60 anos ou mais	8,6	13,7
Abaixo de 60 anos e com 60 anos ou mais	16,7	33,2
Total	100,0	100,0
<b>Renda total do domicílio (em R\$)</b>		
até 835,00	22,6	13,0
de 836,00 a 1.245	17,6	15,4
de 1.246,00 a 2.490,00	29,1	31,9
de 2.491,00 a 4.150,00	15,2	17,7
de 4.151,00 a 6.225,00	7,1	8,6
de 6.226,00 a 10.375,00	4,9	7,8
Acima de 10.375,00	3,5	5,6
Total	100,0	100,0

Tabela 2. Média de renda e de despesas mensais dos domicílios *per capita* entre famílias que não possuem e que possuem gastos com psicotrópicos para casas com moradores não idosos, idosos e contendo as duas faixas de idade.

	Domicílios somente com moradores com idade inferior a 60 anos		Domicílios somente com moradores com idade de 60 anos ou mais		Domicílios com moradores pertencentes as duas faixas de idade	
	Domicílios sem despesas com psicotrópicos (R\$)	Domicílios com despesas com psicotrópicos (R\$)	Domicílios sem despesas com psicotrópicos (R\$)	Domicílios com despesas com psicotrópicos (R\$)	Domicílios sem despesas com psicotrópicos (R\$)	Domicílios com despesas com psicotrópicos (R\$)
<b>Despesas mensais</b>						
Psicotrópicos	0,00 ‡	24,96 ‡	0,00 §	42,02 §	0,00 *	30,37 *
Medicamentos	15,62 ‡	57,15 ‡	69,43 §	144,59 §	29,06 *	83,73 *
Plano de saúde	12,54 ‡	21,12 ‡	51,37 §	62,64 §	20,14 *	32,97 *
Psicoterapeuta	0,42 ‡	1,81 ‡	0,30 §	0,33 §	0,31 *	0,92 *
Consultas médicas	1,59 ‡	5,57 ‡	5,97 §	8,86 §	2,28 *	4,09 *
Totais com saúde	53,27 ‡	157,32 ‡	222,16 §	394,39 §	90,10 *	219,68 *
Alimentação	134,75 ‡	145,98 ‡	181,48 §	208,37 §	119,41 *	148,71 *
Vestuário	42,05 ‡	56,41 ‡	33,33 §	37,85 §	30,88 *	44,10 *
Higiene e cuidados pessoais	18,34 ‡	21,04 ‡	21,89 §	27,70 §	19,44 *	26,12 *
Serviços pessoais	8,40 ‡	11,00 ‡	11,30 §	14,15 §	9,42 *	12,81 *
Recreação, cultura e esportes	13,95 ‡	17,93 ‡	7,52 §	10,71 §	8,84 *	13,26 *
Soma das despesas do domicílio	756,76 ‡	975,00 ‡	898,88 §	958,45 §	728,19 *	984,90 *
Renda total do domicílio	949,85 ‡	1144,53 ‡	830,35 §	971,21 §	957,06 *	1100,13 *

‡ p<0,001 através do Teste-t de Student.

§ p<0,001 através do Teste-t de Student.

\* p<0,001 através do Teste-t de Student.

Tabela 3. Média de renda e de despesas mensais dos domicílios *per capita* entre famílias que não possuem e que possuem gastos com psicotrópicos em diferentes faixas de renda em tercis.

	Brasil		Até R\$963,65		De R\$963,66 até R\$1.957,39		Acima de R\$1.957,39	
	Domicílios sem despesas com psicotrópicos (R\$)	Domicílios com despesas com psicotrópicos (R\$)	Domicílios sem despesas com psicotrópicos (R\$)	Domicílios com despesas com psicotrópicos (R\$)	Domicílios sem despesas com psicotrópicos (R\$)	Domicílios com despesas com psicotrópicos (R\$)	Domicílios sem despesas com psicotrópicos (R\$)	Domicílios com despesas com psicotrópicos (R\$)
<b>Despesas mensais</b>								
Psicotrópicos	0,00 ‡	42,08 ‡	0,00 §	20,56 §	0,00 φ	39,64 φ	0,00 *	69,13 *
Medicamentos	22,48 ‡	75,91 ‡	13,18 §	45,11 §	19,39 φ	66,07 φ	31,52 *	106,69 *
Plano de saúde	15,14 ‡	28,72 ‡	1,42 §	2,84 §	4,75 φ	11,80 φ	38,10 *	52,41 *
Psicoterapeuta	0,71 ‡	1,86 ‡	0,01 §	0,34 §	0,03 φ	0,73 φ	2,00 *	4,49 *
Consultas médicas	2,09 ‡	5,25 ‡	0,88 §	2,15 §	1,48 φ	5,64 φ	3,41 *	7,35 *
Totais com saúde	73,92 ‡	210,38 ‡	31,13 §	102,27 §	49,76 φ	158,54 φ	123,39 *	280,58 *
Alimentação	130,17 ‡	162,08 ‡	75,30 §	86,89 §	105,37 φ	117,19 φ	203,84 *	300,17 *
Vestuário	38,36 ‡	47,67 ‡	16,61	17,76	26,97	28,60	65,50 *	75,65 *
Higiene e cuidados pessoais	17,99 ‡	21,87 ‡	12,62	12,76	14,96 φ	10,91 φ	24,21 *	35,94 *
Serviços pessoais	8,48 ‡	12,70 ‡	2,51	2,99	4,91	5,25	15,56 *	26,87 *
Recreação, cultura e esportes	12,77 ‡	15,45 ‡	2,95	2,71	6,59	5,88	24,49 *	33,98 *
Soma das despesas do domicílio	723,44 ‡	943,67 ‡	234,38	241,58	397,35 φ	504,78 φ	1238,58 *	1604,65 *
Renda total do domicílio	1026,73 ‡	1154,40 ‡	278,37	296,31	545,50 φ	775,08 φ	1938,58 *	2091,80 *

‡ p<0,001 através do Teste-t de Student.

§ p<0,001 através do Teste-t de Student.

φ p<0,001 através do Teste-t de Student.

\* p<0,001 através do Teste-t de Student.



## 9 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo apresenta os resultados sobre a prevalência nacional de aquisição de medicamentos psicotrópicos, e engloba dados de indivíduos e de famílias, consolidando informações, tanto de usuários dos serviços públicos, como de usuários dos serviços privados. A aquisição foi a melhor aproximação que se obteve do consumo de psicotrópicos e, por consequência, das estimativas de prevalência desse uso. O gasto das famílias foi analisado, introduzindo os conceitos de rendimento e de despesas monetários e não monetários. Os rendimentos não monetários são, proporcionalmente, mais importantes para as famílias mais pobres, onde a presença da ação do Estado aparece mais fortemente, mas é frequentemente ignorada quando se trata de despesa e rendimento.

A aquisição de medicamentos psicotrópicos está fortemente associada ao aumento da idade e ao aumento da renda. A prevalência de aquisição de psicotrópicos estacionou nos últimos anos no Brasil, mas os recursos alocados para a compra desses medicamentos aumentaram muito. Também houve um aumento da aquisição não monetária de psicotrópicos (adquiridos por doações) entre o período analisado, para todas as regiões do Brasil. Esse aumento é um reflexo direto dos investimentos públicos no aumento do acesso aos medicamentos no Brasil. Essas análises deverão ser mais aprofundadas com a liberação das próximas edições de microdados da POF, pelo IBGE, quando outras variáveis sobre a origem dos medicamentos estarão disponíveis. Proporcionalmente, as despesas com psicotrópicos cresceram mais do que as outras despesas, inclusive com saúde, nos

domicílios brasileiros. Isso pode representar uma maior utilização de medicamentos modernos, que são mais caros, ou um aumento na polifarmácia de psicotrópicos.

Uma das formas de manifestação da desigualdade, que marca a sociedade brasileira, é o acesso desigual a bens e serviços de saúde. Justamente as famílias mais pobres, que gastam menos com psicotrópicos que as mais abastadas, em termos absolutos, são aquelas que, proporcionalmente, comprometem mais a renda familiar na aquisição desses bens. O padrão desigual de gasto com psicotrópicos, pelas famílias brasileiras, quando ordenadas por sua renda, não se alterou substancialmente nos últimos anos.

Os resultados também mostraram que a utilização de psicotrópicos tem impacto nos gastos com saúde, se comparadas com as famílias que não utilizam esses medicamentos, independente da idade e da renda. Os idosos praticamente não gastam com psicoterapia, seu gasto com medicamentos psicotrópicos é bem maior. Os brasileiros que adquirem psicotrópicos são os que apresentam gastos maiores em todas as áreas, inclusive em saúde. A avaliação das novas tecnologias na área da saúde, através de estudos de custo-efetividade, é um caminho a ser trilhado. O desafio é onde alocar os limitados recursos em face de novas tecnologias, cada vez mais caras. Esse estudo também mostra o forte impacto do envelhecimento da população nos gastos com saúde. Se até o momento a preocupação com o impacto da hipertensão e diabetes tem dominado as análises do cenário do envelhecimento da população, as doenças mentais ainda ocupam um lugar secundário nessa preocupação. Isso está fortemente associado aos danos causados pela hipertensão e diabetes e aos elevados custos do tratamento de suas complicações, bem como as

taxas de mortalidade a elas associadas. Por outro lado, as doenças que exigem o uso de psicotrópicos tem baixa letalidade e os custos de suas complicações parecem ser pequenos para os serviços de saúde. Entretanto, esses mesmos fatores passarão a somar um alto gasto para a sociedade, na medida em que essas doenças tendem a desenvolver, nas idades mais avançadas, quadros cada vez mais incapacitantes. Se a mudança epidemiológica, em sua primeira etapa, representou a transição das doenças infecciosas para as doenças crônicas não transmissíveis, o quadro que pode representar o futuro seriam as doenças neurodegenerativas, mantidas as tendências de aumento da expectativa de vida, para a qual deve ser garantido um mínimo de qualidade de vida.

## 10 ANEXOS

### a– Detalhes da Amostragem

#### Aspectos de amostragem

##### Planejamento da amostra

Em linhas gerais, o plano de amostragem adotado para a POF 2008-2009 é basicamente o mesmo que o implementado na POF 2002-2003, sendo, contudo, pertinente a inclusão de algumas explicações adicionais sobre a adoção da amostra mestra de setores censitários nas pesquisas domiciliares do IBGE e a influência desta no atual plano amostral da pesquisa.

Com o objetivo de facilitar ainda mais a integração entre as suas diferentes pesquisas domiciliares, o IBGE tem trabalhado no planejamento do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares, um amplo projeto que busca harmonizar conceitos e definições de variáveis comuns, procedimentos de coleta e listagem de setores censitários, dentre outros procedimentos fundamentais para a qualidade das pesquisas. Um ponto-chave para o sucesso desta integração se encontra na utilização de uma infraestrutura amostral comum, cadastro e amostra, definidos especialmente para atender a diferentes pesquisas ao mesmo tempo. A amostra comum, denominada amostra mestra, é um conjunto de setores censitários, que são considerados unidades primárias de amostragem no planejamento amostral de cada uma das pesquisas que utilizarão essa infraestrutura comum.

É importante explicar que para a realização dos Censos Demográficos, por questões operacionais, os municípios do Brasil são divididos em áreas, denominadas setores censitários. Assim, como em outras pesquisas por amostragem realizadas pelo IBGE, a POF também possui em seu planejamento amostral um estágio de seleção de setores censitários e, na edição de 2008-2009, utilizou como base de seleção a amostra mestra desenhada no âmbito do planejamento do referido sistema.

A amostra mestra permite então que várias subamostras possam ser selecionadas a partir de seu conjunto de setores censitários, conjunto este selecionado segundo metodologia estabelecida (FREITAS et al., 2007) a partir de um cadastro inicial contendo todos os setores censitários disponíveis à época do Censo Demográfico 2000. A amostra de setores censitários da POF 2008-2009 é uma das possíveis subamostras da amostra mestra.

Um dos aspectos específicos para a definição da amostra da POF refere-se principalmente à questão da estratificação dos setores censitários, não somente com relação à estratificação geográfica, mas também com relação à estratificação estatística. Para atender a essa característica historicamente presente nas amostras das POFs e expandi-las a outras pesquisas por amostra, a metodologia de estratificação definida para a seleção da amostra mestra levou em consideração esses aspectos em sua construção. Ademais, esse procedimento agrega ganhos importantes de eficiência das amostras *vis a vis* a precisão das estimativas produzidas a partir das pesquisas. A amostra mestra foi implementada levando-se em consideração o seguinte esquema de estratificação:

- 1 - Divisão administrativa: municípios das capitais, regiões metropolitanas e Regiões Integradas de Desenvolvimento - RIDES;
- 2 - Espacial/geográfica: áreas de ponderação, municípios;
- 3 - Situação dos setores censitários: urbana ou rural; e
- 4 - Estatística: a partir da variável renda do responsável, obtida no Censo Demográfico 2000.

Uma vez que a seleção dos setores censitários para formar o conjunto de setores da amostra mestra respeitou o esquema de estratificação apresentado, a condição da amostra da POF, como uma subamostra selecionada a partir deste conjunto, por um lado, implicou na subordinação ao sistema de estratificação predefinido para o conjunto das pesquisas amostrais, e, por outro, manteve a possibilidade de comparação com o esquema de estratificação adotado nas edições anteriores, especialmente na POF 2002-2003.

O esquema de estratificação da amostra mestra é bem detalhado, principalmente no que se refere à estratificação geográfica, e para atender a características próprias da POF alguns destes níveis puderam ser agrupados, sem perda das características fundamentais da estratificação original. Desde a implementação das POFs, é assegurada a obtenção de resultados da pesquisa para alguns domínios de estimação, isto é feito considerando estes domínios no esquema de estratificação. Apesar de a estratificação ser diferente nesta edição, é possível reproduzir a estratificação das edições anteriores agregando estratos, como dito anteriormente, desta forma pode-se comparar resultados obtidos para os mesmos domínios. Exemplos de domínios para os quais é possível gerar resultados são: municípios das capitais, situação urbana, e área urbana das regiões metropolitanas, estas últimas incluindo o município da capital. As regiões metropolitanas levadas em conta na estratificação das edições anteriores, desde a POF 1987-1988, foram mantidas na POF 2008-2009: Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre. Em relação à POF 2002-2003 há uma diferença, que é a não inclusão da Região Administrativa de Brasília, que não foi separada para compor um estrato geográfico.

Com relação ao último nível do esquema de estratificação da amostra mestra, dentro de cada estrato geográfico definido, foram então calculados um quantitativo de estratos estatísticos, cujo número total foi diferente para cada Unidade da Federação, considerando as respectivas particularidades. Para a construção dos estratos estatísticos (socioeconômicos), a variável renda total do responsável pelo domicílio, obtida a partir dos resultados do Censo Demográfico 2000, foi utilizada para efeito dos

cálculos. A estratificação estatística que é empregada na amostra da POF 2008-2009 é exatamente aquela proveniente da amostra mestra.

Com as explicações anteriores e considerando as definições das técnicas de amostragem, no âmbito da teoria estatística, é possível identificar que, para a POF 2008-2009, adotou-se um plano amostral denominado como conglomerado em dois estágios, com estratificações geográfica e estatística das unidades primárias de amostragem que correspondem aos setores da base geográfica do Censo Demográfico 2000, a partir da estrutura oferecida pela amostra mestra desenhada pelo IBGE para o Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares em construção. Os setores foram selecionados por amostragem com probabilidade proporcional ao número de domicílios existentes no setor, dentro de cada estrato final, compondo a amostra mestra. A subamostra de setores para a POF 2008-2009 foi selecionada por amostragem aleatória simples em cada estrato. No plano adotado, as unidades secundárias de amostragem foram os domicílios particulares permanentes, que foram selecionados por amostragem aleatória simples sem reposição, dentro de cada um dos setores selecionados. Em seguida ao processo de seleção de setores e domicílios, os setores são distribuídos ao longo dos quatro trimestres da pesquisa, garantindo que em todos os trimestres, os estratos geográfico e socioeconômico estejam representados através dos domicílios selecionados.

### **Dimensionamento da amostra**

O tamanho da amostra de setores foi determinado em função do tipo de estimador utilizado e do nível de precisão fixado para estimar o total dos rendimentos das pessoas moradoras responsáveis pelos domicílios, obtidos a partir dos dados do Censo Demográfico 2000, e, ainda, levando em consideração o número esperado de domicílios com entrevistas realizadas em cada setor, segundo cada domínio de estimação considerado. Foram identificados dois níveis geográficos de controle para o cálculo do tamanho da amostra, a saber: área urbana de cada Unidade da Federação e área rural de cada Grande Região.

Foram fixados diferentes coeficientes de variação para estimar com a precisão desejada o total da renda dos responsáveis pelos domicílios, segundo os diferentes domínios de estimação. Os níveis de precisão fixados foram estabelecidos a partir das análises realizadas com as precisões para a mesma variável e calculados a partir dos dados da POF 2002-2003. Para estimar o total nas Unidades da Federação da Região Norte, foram fixados coeficientes de variação que variaram de 10% a 15%. Para a Região Nordeste, os coeficientes fixados ficaram entre 5% e 10%. No caso das Regiões Sudeste e Sul, a variação dos coeficientes ficou entre 3% e 7%. Por último, na Região Centro-Oeste, os coeficientes de variação variaram entre 8% e 10%.

A alocação da amostra total de setores selecionados em cada estrato foi proporcional ao número total de domicílios particulares permanentes no estrato, com a condição de haver pelo menos três setores na amostra de cada estrato. Foi fixado o número de domicílios com entrevistas por setor de acordo com a área da pesquisa: 12 domicílios nos setores urbanos, 16 nos setores rurais. O tamanho efetivo da amostra foi de 4 696 setores, correspondendo a um número esperado de 59 548 domicílios com entrevista.



## Seleção da amostra

A seleção de setores para compor a amostra mestra ocorreu de forma independente em cada estrato proporcional ao número de domicílios do setor da malha setorial do Censo Demográfico 2000. Os setores da amostra da POF 2008-2009, por sua vez, foram selecionados a partir dos setores da amostra mestra, através de um procedimento de seleção definido como amostra aleatória simples.

Através do procedimento explicado, foram então selecionados os 4 696<sup>1</sup> setores para a amostra da pesquisa, de um total de 12 800 setores pertencentes à amostra mestra. Após o procedimento de seleção dos setores e a alocação desses setores nos quatro trimestres da pesquisa, deu-se início ao processo de atualização (operação de listagem) dos cadastros de endereços dos domicílios (cadastro de seleção). Nesta pesquisa, tal processo foi realizado em quatro etapas, contemplando cada um dos trimestres da pesquisa. A decisão por essa periodicidade trimestral para o processo de atualização foi tornar o cadastro o mais atualizado possível para a realização de cada etapa de seleção dos domicílios para compor a amostra a ser entrevistada a cada trimestre. O objetivo da atualização dos cadastros de seleção é o de minimizar a perda de entrevistas por motivos, tais como: domicílio que já deixou de existir, domicílio em ruínas, etc.

Mesmo com todos os cuidados com a atualização do cadastro de seleção, avaliou-se pela pertinência de se ampliar o número de entrevistas, prevenindo eventuais perdas ao longo da fase de coleta das informações, por recusa do morador ou por não conseguir abrir o domicílio, por exemplo. Sendo assim, para esta pesquisa, estimou-se uma perda média de 15% das entrevistas e acréscimo de igual proporção foi atribuído ao total de domicílios a serem selecionados por setor da amostra. Em termos práticos, para compensar as perdas futuras com entrevistas não realizadas, foi selecionado, em cada setor urbano, um total de 13 domicílios, enquanto para os setores de situação rural foram selecionados 18 domicílios.

Com base nas informações das listagens dos domicílios, foram identificados aqueles setores com altas taxas de crescimento em relação às informações do Censo Demográfico 2000 e com elevadas taxas de domicílios fechados. Nesses setores foram feitos acréscimos maiores, no momento da seleção, até o limite de 28 domicílios para os setores das áreas urbana e rural, com a finalidade de compensar eventuais perdas na precisão das estimativas.

De posse do total de domicílios listados e do número de domicílios a serem efetivamente selecionados por setor, realizou-se a seleção aleatória sem reposição dos domicílios, independente em cada setor. Na Tabela 1, estão apresentados, além do número de domicílios esperados e identificados no dimensionamento da amostra, os números de domicílios selecionados e de domicílios entrevistados por Unidade da Federação.

Visando garantir a distribuição dos estratos da amostra ao longo dos 12 meses de duração da pesquisa, os setores de cada estrato foram aleatoriamente alocados por trimestre e seus domicílios espalhados ao longo do mesmo. Este processo de alocação visa a observação para domicílios de todos os estratos, das naturais variações dos padrões de consumo conforme as épocas do ano.

<sup>1</sup> Dos 4 696 setores, dois apresentaram todas as entrevistas como não realizadas, sendo então seus fatores de expansão redistribuídos pelos outros setores do mesmo estrato.

## Expansão da amostra

Cada domicílio pertencente à amostra da POF representa um determinado número de domicílios particulares permanentes da população (universo) de onde esta amostra foi selecionada. Com isso, a cada domicílio da amostra está associado um peso amostral ou fator de expansão que, atribuído às características investigadas pela pesquisa, permite a obtenção de estimativas das quantidades de interesse para o universo da pesquisa.

**Tabela 1 - Número de setores selecionados e domicílios esperados, selecionados e entrevistados, segundo as Unidades da Federação - período 2008-2009**

Unidades da Federação	Número de setores selecionados	Número de domicílios na amostra		
		Esperados	Selecionados	Entrevistados
<b>Brasil</b>	<b>4 696</b>	<b>59 548</b>	<b>68 373</b>	<b>55 970</b>
Rondônia	73	952	1 090	907
Acre	66	848	975	863
Amazonas	105	1 356	1 531	1 344
Roraima	55	700	868	644
Pará	156	2 048	2 375	1 894
Amapá	44	568	704	689
Tocantins	102	1 308	1 489	1 270
Maranhão	209	2 656	3 072	2 562
Piauí	153	1 956	2 202	2 056
Ceará	143	1 876	2 178	1 861
Rio Grande do Norte	113	1 428	1 592	1 342
Paraíba	128	1 620	1 846	1 628
Pernambuco	193	2 440	2 823	2 367
Alagoas	246	3 032	3 345	2 712
Sergipe	141	1 716	1 956	1 654
Bahia	245	3 164	3 600	3 050
Minas Gerais	439	5 488	6 333	5 028
Espirito Santo	330	4 036	4 543	3 489
Rio de Janeiro	171	2 156	2 509	1 938
São Paulo	294	3 780	4 290	3 623
Paraná	231	2 904	3 272	2 477
Santa Catarina	182	2 304	2 602	2 029
Rio Grande do Sul	189	2 412	2 703	2 210
Mato Grosso do Sul	166	2 116	2 670	2 247
Mato Grosso	208	2 680	3 126	2 423
Goiás	197	2 532	2 976	2 686
Distrito Federal	117	1 472	1 703	977

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009.

Os pesos foram calculados, inicialmente, com base no plano de seleção efetivamente utilizado, incorporando ajustes para compensar a não resposta das unidades investigadas. Posteriormente, os pesos sofreram ajustes de pós-estratificação, procedimento que consistiu em obter para cada um dos pós-estratos definidos e segundo cada Unidade da Federação, estimativas para o total de pessoas que fossem equivalentes às respectivas projeções populacionais obtidas para 15 de janeiro de 2009<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Projeções fornecidas pela Coordenação de População e Indicadores Sociais, da Diretoria de Pesquisas do IBGE.



Os pós-estratos definidos para cada Unidade da Federação foram: municípios das capitais, regiões metropolitanas (menos o município da capital) e o restante da Unidade da Federação.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro; 2010.



29 AQUISIÇÃO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 30 DIAS (conclusão)				
TIPO	FORMA DE AQUISIÇÃO	VALOR	LOCAL DE AQUISIÇÃO	CARACTERÍSTICA
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>REMÉDIOS</b>				
PARA PROBLEMAS OCULARES (Ofthalmológicos) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CHÁS E REMÉDIOS ALTERNATIVOS .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>OUTROS PRODUTOS FARMACÊUTICOS</b>				
MATERIAL PARA CURATIVO .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ANTI-SÉPTICOS E DESINFETANTES TÓPICOS .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
MATERIAL PARA CUIDADO COM BEBÊ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
MATERIAL PARA AUTODIAGNÓSTICO .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
PRODUTOS PARA CUIDADOS BUCAIS E DENTAIS .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
MATERIAL PARA APOIO TERAPÊUTICO .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
PRESERVATIVO E LUBRIFICANTE ÍNTIMO .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
MATERIAIS PARA CUIDADOS COM IDOSOS .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

  

<b>CARACTERÍSTICA</b> 1 - de marca 2 - genérico 3 - plantas e ervas medicinais 4 - manipulado 9 - não sabe 5 - homeopático	<b>ATENÇÃO: RESTRIÇÃO ORÇAMENTÁRIA</b> — teve necessidade de algum medicamento no período de referência de 30 dias e não o adquiriu por falta de dinheiro? 1 <input type="checkbox"/> SIM      2 <input type="checkbox"/> NÃO      9 <input type="checkbox"/> NÃO SABE
--	--

c – Termo de Compromisso

### **TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**

Título do Projeto: Impacto do consumo de psicotrópicos nas despesas familiares no Brasil.

A autora do presente projeto de pesquisa se compromete a manter o anonimato dos participantes existentes na base de dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares dos anos de 2003 e 2009 realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Concorde, igualmente, que as informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, de maneira ética e responsável.

Porto Alegre, julho de 2009.

Samanta M. E. Fröhlich