

Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro

Tatiana Longo Borges,¹ Kathleen Mary Hegadoren²
e Adriana Inocenti Miasso¹

Como citar

Borges TL, Hegadoren KM, Miasso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(3):195–201

RESUMO

Objetivo. Investigar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em mulheres atendidas em unidades de atenção básica em um centro urbano brasileiro, assim como o impacto desses transtornos sobre a qualidade de vida (QV), a associação de fatores sociodemográficos a TMC e QV e a prevalência de uso e padrão de utilização de psicofármacos na amostra estudada.

Métodos. Nesta pesquisa quantitativa, transversal e correlacional-descritiva, uma amostra estratificada de 365 mulheres foi entrevistada entre maio de 2012 e janeiro de 2013 em cinco unidades básicas de saúde brasileiras. Foram utilizados questionários sociodemográfico e farmacoterapêutico; questionário de autorrelato SRQ-20 para estimar a prevalência de transtornos mentais comuns; e escala de qualidade de vida WHOQOL-bref. Para avaliar o impacto dos TMD na QV, foram utilizados o teste t e modelos de regressão linear. Utilizou-se o teste do qui-quadrado para verificar associações entre TMC e variáveis sociodemográficas. A análise do consumo de psicofármacos foi descritiva.

Resultados. A prevalência de TMC foi de 44,1% e a de consumo de psicofármacos de 27,1%. Apenas 5,6% das participantes do estudo tinham registro de diagnóstico psiquiátrico no prontuário. Os psicofármacos eram usados por 41,6% das entrevistadas positivas para TMC e 15,7% das negativas para TMC. Não houve associação entre TMC e variáveis sociodemográficas. Houve associação estatisticamente significativa entre TMC e QV. As mulheres positivas para TMC apresentaram pior QV. Não houve influência de fatores sociodemográficos sobre esse resultado.

Conclusões. Mais atenção é necessária ao padrão de uso e prescrição de psicofármacos na atenção básica. As pacientes com TMC apresentaram prejuízo funcional, evidenciado por escores de QV significativamente menores. A ausência de influência dos fatores sociodemográficos sobre os resultados parece corroborar a proposição de uma origem distinta para TMC em mulheres.

Palavras-chave

Atenção primária à saúde; saúde mental; transtornos mentais; psicotrópicos; qualidade de vida; mulheres; saúde da mulher; Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica, Ribeirão Preto (SP), Brasil. Correspondência: Tatiana Longo Borges, tatilborges@usp.br

² University of Alberta, Faculty of Nursing, Edmonton (AB), Canadá.

As atuais políticas públicas em saúde mental no Brasil preconizam que pessoas com transtornos mentais sejam acompanhadas concomitantemente na atenção básica de saúde e em unidades

especializadas. Entretanto, os transtornos mentais comuns (TMC), considerados menos severos, devem ser integralmente tratados na atenção básica à saúde, o que inclui os modelos de Estratégia Saúde

da Família (ESF) e unidades básicas de saúde (UBS). Portanto, a atenção básica em saúde é considerada a principal porta de entrada para pacientes com queixas psicológicas (1). Os TMC podem se apresentar por meio de múltiplos sintomas, tais como queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração e manifestações que poderiam caracterizar-se como depressivas, ansiosas ou somatoformes (2).

Estudos nacionais e internacionais evidenciam altas prevalências de TMC, variando de 15 a 50,3% (3, 4). Essas prevalências são encontradas tanto na população geral quanto em populações específicas, tais como profissões diversas ou grupos etários distintos (3–5). Em estudo realizado no Brasil, verificou-se prevalência de 24,5% de TMC em jovens residentes em zona urbana (5). Outro aspecto considerado consensual na literatura é a maior prevalência de TMC no sexo feminino (2, 6, 7). As causas dessa associação não são claras, embora haja indícios de uma predisposição sociobiológica pela qual o sistema neuroendócrino e o papel social juntos aumentam a suscetibilidade das mulheres a condições relacionadas ao psiquismo (8).

Vários autores consideram que pacientes com TMC apresentam prejuízos e incapacidades funcionais comparáveis ou mais graves que transtornos crônicos (2, 9). Incapacidades ou prejuízos funcionais podem ser estimados por medidas de qualidade de vida (QV). A literatura internacional mostra que pacientes com TMC apresentam pior QV do que a população em geral (5, 9). Ainda, a presença de TMC associada a doenças clínicas – uma situação que pode ocorrer no cenário da atenção básica – piora os escores de QV (10, 11).

No contexto da atenção básica, o enfoque apenas na queixa imediata dos usuários, sem reconhecimento do mal-estar mais amplo, implica em gastos com encaminhamentos e exames desnecessários (3). Pessoas com TMC usualmente se apresentam com sintomas somáticos associados, que podem tornar-se erroneamente o principal foco do tratamento (9, 12). Por outro lado, o reconhecimento de sintomas somáticos pode levar à prescrição indiscriminada de psicofármacos, nem sempre utilizados para transtornos mentais específicos; algumas vezes, o próprio médico que prescreveu não consegue pontuar ao certo o motivo da

utilização dos psicofármacos por seus pacientes (13, 14).

Além da associação entre TMC e sexo feminino, evidências demonstram maior utilização de serviços de saúde pelas mulheres (3, 6). Assim, considerando a alta prevalência de mulheres na atenção básica, a associação entre sexo feminino e TMC, o risco para uso indiscriminado de psicofármacos em pacientes com TMC e a escassez de estudos realizados na atenção básica, torna-se relevante investigar e correlacionar tais dados.

Os objetivos deste estudo foram examinar a prevalência de TMC em mulheres atendidas em cinco UBS em um centro urbano brasileiro e examinar o impacto dos TMC sobre a QV. Ainda, investigaram-se a associação de fatores sociodemográficos associados a TMC e QV, a prevalência de uso de psicofármacos e seu padrão de utilização.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo quantitativo, epidemiológico, de corte transversal e caráter correlacional-descritivo foi desenvolvido em cinco UBS na cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo. A cidade é dividida em cinco setores de saúde. Em cada setor, a UBS com maior área de abrangência em termos do número de pessoas foi selecionada para o estudo. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (protocolo 1474/2011). Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde).

Plano amostral

A amostra foi constituída por 365 mulheres com consulta médica agendada no período de maio de 2012 a janeiro de 2013. A fórmula para o cálculo do tamanho amostral foi:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{\varepsilon^2},$$

onde P representa a prevalência do evento de interesse, $z_{\alpha/2}$ representa o nível de significância adotado e ε representa o erro tolerável de amostragem. O erro tolerável de amostragem foi de 5% e o nível de significância de 5%. Foi acrescentada taxa de não resposta de 15%. A prevalência de TMC tomada como base

para o cálculo amostral foi de 50% (6). Dessa forma, garantiu-se um tamanho amostral que abrangeria a estimação do uso de psicofármacos, visto que a prevalência observada na literatura é menor do que 50%.

Foram critérios de inclusão: ser mulher, ter idade igual ou superior a 18 anos, ser capaz de comunicação verbal em português e ter consulta agendada nas unidades no período do estudo. Os critérios de exclusão foram: comparecer à unidade para utilizar farmácia, sala de curativos ou sala de vacinas (sem consulta médica agendada), idade inferior a 18 anos e apresentar dificuldade de comunicação, por exemplo, impossibilidade de falar.

Coleta de dados

As pacientes foram abordadas enquanto esperavam pela consulta médica e as entrevistas foram realizadas na própria UBS, em local privativo. Utilizou-se uma entrevista estruturada, norteada por roteiro, para assegurar que as perguntas fossem feitas de forma padronizada. O roteiro continha questões relacionadas ao perfil sociodemográfico e farmacoterapêutico das pacientes. Para testar se por meio de seu conteúdo e forma a entrevista atingiria os objetivos propostos, foi realizado pré-teste com 30 mulheres. As participantes do pré-teste não compuseram a amostra.

Foram verificados os prontuários das participantes para identificar os fármacos prescritos, buscando minimizar a chance de falhas. A descrição dos mesmos foi realizada utilizando o primeiro nível do sistema de classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) (15).

Para identificar a prevalência de TMC, utilizou-se a versão brasileira do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), composta por 20 questões. A mesma foi validada no Brasil e tem sido amplamente utilizada (16). Para estimar a QV utilizou-se a escala WHOQOL-bref, composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente (17).

Análise dos dados

Para análise dos dados utilizou-se abordagem quantitativa. Após a coleta, os dados foram digitados no programa Excel e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.5. Investigou-se a existência

de associação estatística entre a variável dependente (TMC) e as variáveis independentes (idade, escolaridade, estado civil, ocupação, renda mensal, número de moradores no domicílio) usando o teste do qui-quadrado (χ^2), sendo a hipótese de associação aceita quando o valor P era menor ou igual a 0,05. Quando a variável independente continha somente duas categorias, foi utilizada a correção de Yates. Em casos nos quais o número de indivíduos alocados em determinada categoria era menor do que cinco, o teste de Fisher foi utilizado.

Quanto à utilização de psicofármacos, foi realizada uma análise descritiva (frequência e porcentagem). Para verificar se havia diferença significativa entre a QV de mulheres positivas e negativas para TMC nos diversos domínios do WHOQOL-bref, utilizou-se o teste t de Student. Em seguida, desenvolveu-se um modelo de regressão linear múltipla para verificar o impacto das variáveis sociodemográficas e da TMC sobre a previsão de padrões de QV.

Foram seguidos todos os pressupostos para regressão linear, tais como

verificação de multicolinearidade, homocedasticidade e normalidade. A adequação dos modelos foi verificada por meio do teste de Hosmer-Lemeshow. Foram considerados significativos valores de $P < 0,05$.

A confiabilidade do instrumento WHOQOL-bref foi verificada através do coeficiente alfa de Cronbach. Tal coeficiente foi calculado para cada domínio, visto que cada um deles consiste em uma subescala: domínio físico, 0,80; domínio psicológico, 0,75; domínio relações sociais, 0,69; e domínio meio ambiente, 0,74. Tais valores são considerados satisfatórios e semelhantes aos encontrados em estudos de validação do instrumento, onde foram encontrados os seguintes escores: domínio físico, 0,80; domínio psicológico, 0,76; domínio relações sociais, 0,66; e domínio meio ambiente, 0,80 (17).

RESULTADOS

Foram coletados dados de 365 mulheres em cinco UBS. A média de idade foi de 45 anos (± 16 anos). Das participantes, 44,4% tinham entre 18 e 40 anos, 51,0%

tinham ensino fundamental completo ou incompleto, 58,9% eram casadas, 55,6% trabalhavam formalmente (carteira assinada) ou informalmente, 59,6% tinham renda de até de três salários mínimos e 81,1% viviam em domicílios com até quatro pessoas (tabela 1).

A prevalência de TMC foi de 44,1%. Não houve associação entre TMC e fatores sociodemográficos (tabela 1). A maioria das entrevistadas apresentou patologias clínicas na ocasião da entrevista (56,4%), sendo hipertensão a mais prevalente (28,5%). Juntas, diabetes e dislipidemias responderam por 29,3% das patologias encontradas. Nos prontuários, foi encontrada prevalência de 5,6% de diagnósticos psiquiátricos. Quanto ao uso de psicofármacos, a prevalência foi de 27,1%. Das usuárias de psicofármacos, 30,3% tinham prescrição para uso de dois ou mais psicofármacos (tabela 2).

Dentre as entrevistadas positivas para TMC, 41,6% faziam uso de psicofármacos na ocasião da entrevista. Entre as mulheres negativas para TMC, 15,7% usavam psicofármacos.

TABELA 1. Distribuição de 365 mulheres atendidas em cinco unidades básicas de saúde segundo variáveis sociodemográficas e econômicas e escore SRQ-20, Ribeirão Preto (SP), Brasil, 2012–2013

Variável	SRQ-20						P^a
	Positivo		Negativo		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Idade (anos)							
18 a 40	71	19,5	91	24,9	162	44,4	0,84
41 a 59	62	17,0	73	20,0	135	37,0	
Acima de 60	28	7,7	40	11,0	68	18,6	
Escolaridade							
Ensino fundamental completo/incompleto	86	23,6	100	27,4	186	51,0	0,92
Ensino médio completo/incompleto	66	18,1	89	24,4	155	42,5	
Ensino superior completo/incompleto	9	2,5	15	4,1	24	6,6	
Estado civil							
Solteira	31	8,5	45	12,3	76	20,8	0,09
Casada	90	24,7	125	34,2	215	58,9	
Viúva	14	3,8	22	6,0	36	9,9	
Divorciada	26	7,1	12	3,3	38	10,4	
Ocupação							
Desempregada	23	6,3	29	7,9	52	14,2	0,73
Trabalho informal	40	11,0	45	12,3	85	23,3	
Trabalho formal	48	13,2	70	19,2	118	32,3	
Licença médica	7	1,9	1	0,3	8	2,2	
Aposentada	17	4,7	23	6,3	40	11,0	
Dona de casa	26	7,1	36	9,9	62	17,0	
Renda mensal (salários-mínimos) ^b							
Mais que três	62	17,0	86	23,6	148	40,5	0,23
Até três salários	99	27,1	118	32,3	217	59,5	
Número de moradores							
Até quatro	126	34,5	170	46,6	296	81,1	0,59
Mais que quatro	35	9,6	34	9,3	69	18,9	
Total	161	44,1	204	55,9	365	100,0	

^a Os valores de P foram obtidos pelo teste do qui-quadrado, teste do qui-quadrado com correção de Yates ou teste de Fisher.

^b Salário mínimo brasileiro correspondente a R\$ 545,00 (2012).

TABELA 2. Distribuição de 99 mulheres em uso de psicofármacos atendidas em cinco unidades básicas de saúde segundo classificação de medicamentos conforme sistema *Anatomical Therapeutic Chemical*, Ribeirão Preto (SP), Brasil, 2012–2013

Psicofármaco	No.	%
Antidepressivos (N06A)	45	45,5
Ansiolíticos benzodiazepínicos (N05B)	22	22,2
Antidepressivos (N06A) e ansiolíticos benzodiazepínicos (N05B)	26	26,3
Outros (N03A, N04B, N05A) ^a	6	6,1
Total	99	100

^aAntiepiléticos (N03A), agentes dopaminérgicos (N04B) e antipsicóticos (N05A).

A análise dos dados referente à QV evidenciou que mulheres positivas para TMC apresentaram escores de QV significativamente menores que as negativas em todos os domínios: físico [$t_{(363)} = -11,63$, $P = 0,000$], psicológico [$t_{(363)} = -11,85$, $P = 0,018$], relações sociais [$t_{(363)} = -6,56$, $P = 0,000$] e meio-ambiente [$t_{(363)} = -7,94$, $P = 0,000$]. Além disso, foi encontrada diferença significativa nas duas questões concernentes à QV geral [primeira questão, $t_{(363)} = -6,9$, $P = 0,000$ e segunda questão, $t_{(363)} = -7,94$, $P = 0,000$]. Após aplicação do teste *t* de Student, criaram-se modelos de regressão múltipla linear padrão para prever os escores de QV em cada domínio. Considerando-se os objetivos do estudo e a literatura sobre QV e TMC, compuseram os modelos as variáveis TMC e renda.

No domínio físico, o modelo como um todo foi capaz de explicar 27,1% da variância ($F = 2,362$, $P < 0,001$). A única variável que contribuiu significativamente para o modelo foi TMC ($\beta = -0,43$, $P < 0,001$). Quanto ao domínio psicológico, o modelo como um todo explicou 27,9% da variância ($F = 2,643$, $P < 0,001$). TMC foi a única variável que contribuiu significativamente ($\beta = -0,48$, $P < 0,001$). Para o domínio relações sociais, o modelo explicou 10,6% da variância ($F = 2,362$, $P < 0,001$), sendo novamente TMC a única variável com contribuição relevante ($\beta = -0,30$, $P < 0,001$). Por fim, no domínio meio ambiente, o modelo explicou 14,8% da variância ($F = 2,365$, $P < 0,001$), e a única variável que contribuiu significativamente para o mesmo foi TMC ($\beta = -0,35$, $P < 0,001$). A variável renda não contribuiu com os modelos em nenhum dos domínios.

DISCUSSÃO

A prevalência de TMC encontrada (44,1%) no presente estudo, embora alta, não é surpreendente, visto que estudos anteriores mostraram resultados semelhantes em amostras femininas no contexto da atenção básica à saúde no Brasil (2, 3, 6) e no mundo (12, 18). Além disso, as prevalências mundiais para TMC, que, de acordo com a literatura, variam de 15,0% a 50,3% (3, 7, 10, 18–21), são preocupantes, visto o grande impacto desses transtornos na atenção básica à saúde. A sintomatologia apresentada pelas pacientes é frequentemente identificada pelo sistema de saúde como sofrimento somático, em concordância com o modelo biológico ainda vigente. Nesse modelo, as queixas de doenças orgânicas ou alterações fisiológicas são mais aceitáveis por serem “objetivas” (22). Desse modo, pacientes com TMC podem não ter um tratamento efetivo, retornando várias vezes ao serviço, sobrecarregando o sistema e aumentando os gastos com exames e medicamentos desnecessários.

Diferentemente do presente estudo, na literatura as altas prevalências de TMC têm sido atribuídas a fatores sociodemográficos, ou seja, aos indicadores de desvantagem social (6, 19, 23). Diversos autores acreditam que tais desvantagens podem configurar-se como eventos produtores de estresse, aumentando a chance de TMC (24). No entanto, tais estudos foram conduzidos em amostras mistas, ou seja, contendo homens e mulheres. Os resultados aqui encontrados parecem corroborar a proposição de que em mulheres outros fatores além dos sociodemográficos podem interferir na predisposição a TMC.

Nesse sentido, cabe considerar que mulheres e homens podem apresentar padrões somáticos diferentes. Como exemplo, um estudo anterior (12) mostrou diferenças entre os gêneros em pessoas com TMC na atenção básica. As mulheres positivas para TMC procuraram atendimento para constipação, depressão e problemas de audição. Homens referiram palpitação, dor de estômago e problemas de audição como razão para procura de atendimento. Tais aspectos indicam a necessidade de novas formas de abordagem dessa problemática na atenção básica. É importante considerar as representações da TMC em grupos específicos, tais como homens e mulheres, assim como ampliar o foco da atenção para além da dicotomia corpo e mente, valorizando o acolhimento e a escuta (22).

Em relação ao uso de psicofármacos, a prevalência encontrada neste estudo (27,1%) é maior do que a observada em estudos anteriores na população em geral, estimada entre 9 e 13% (6, 25), e em pesquisas realizadas em atenção básica, que relatam prevalências entre 5,7% e 7,3% (26, 27). Entretanto, estudos mostram maior prevalência de uso de psicofármacos por mulheres tanto na população em geral como na atenção básica (6, 28, 29).

Os psicofármacos mais prescritos foram os da classe dos antidepressivos, seguidos pelos ansiolíticos benzodiazepínicos. Em concordância com os resultados deste trabalho, estudo em centro urbano brasileiro evidenciou que os antidepressivos foram os mais prescritos em uma amostra da ESF (27). Em uma área específica de Ribeirão Preto, cidade onde também foi desenvolvido o presente estudo, 55,0% dos entrevistados

usavam antidepressivos e 26,5% usavam ansiolíticos benzodiazepínicos (26).

Dentre as entrevistadas positivas para TMC, 41,6% usavam psicofármacos na ocasião da entrevista. Entretanto, destaca-se que entre as mulheres negativas para TMC, 15,7% usavam psicofármacos. Um estudo de base populacional na cidade de Botucatu, estado de São Paulo, relatou que 27,1% dos sujeitos com TMC usavam psicofármacos, assim como 9,7% dos sujeitos sem TMC (6). Nesse contexto, embora este não tenha sido um objetivo do presente estudo, cabe considerar duas suposições: ou há pacientes em uso de psicofármacos com ausência de sintomatologia ou os mesmos estão em remissão de sintomas. Assim, há indícios de que os psicofármacos não estejam sendo efetivos, indicando dissonâncias em relação ao seu uso e ao reconhecimento correto de TMC.

O uso de psicofármacos para TMC é controverso na literatura. Há evidências de que, em pessoas com sintomas não severos de depressão e ansiedade, os psicofármacos não atuam de maneira eficaz (28). Os psicofármacos, especialmente a fluoxetina, constituem alternativas terapêuticas somente nos 2 primeiros meses de tratamento de TMC; em médio e longo prazo parecem não melhorar os sintomas. Embora alguns autores atribuam a perda da melhora inicial em parte à não adesão, que ocorre após os pacientes sentirem-se melhores, pontuam que se faz necessária a busca de outras abordagens, contemplando inclusive as questões sociodemográficas e econômicas, comuns em países em desenvolvimento e muito presentes em atenção básica (29). Por outro lado, no Reino Unido, o tratamento medicamentoso auxiliou pacientes com TMC sem remissão de sintomas após 8 meses de aconselhamento, demonstrando que a abordagem mista pode ser útil e apresenta-se viável em termos de custo-benefício (30).

Em contrapartida ao uso de psicofármacos por pacientes sem sintoma psicológico algum, há a probabilidade de pacientes com TMC estarem sendo desatendidos em suas necessidades, visto que no presente estudo 58,4% das entrevistadas positivas para TMC não recebiam tratamento algum, nem mesmo psicofármacos. Ressalva-se que não se trata de fomentar o uso de psicofármacos, mas simplesmente de concluir que boa parte dos pacientes

com TMC não é diagnosticada. Um estudo recente realizado no Rio de Janeiro parece corroborar tal suposição, embora tenha sido realizado na população em geral e não em atenção básica. Os autores verificaram que 84% dos entrevistados com algum transtorno mental não faziam uso de psicofármacos (31).

Há, ainda, outros fatores que podem influenciar a prescrição de psicofármacos na atenção básica. Embora não tenha sido objetivo deste estudo, cabe considerar o uso de psicofármacos para tratamento de outras patologias (26). Além disso, a literatura evidencia que a não detecção de TMC é mais comum em diagnósticos realizados por clínicos gerais, que são os responsáveis pelo atendimento em atenção básica no Brasil. Médicos com pós-graduação em psiquiatria detectam mais acuradamente sintomas de TMC (32).

Outro resultado relevante deste estudo refere-se à QV. Os resultados obtidos nas análises dos escores de QV desta amostra corroboram a hipótese de que, embora considerados não graves, os TMC trazem prejuízos funcionais para os portadores, além de sobrecarregarem os sistemas de saúde (9, 10, 21). No presente estudo, foram obtidas diferenças significativas entre pessoas com e sem TMC em todos os domínios, incluindo nas duas primeiras questões do WHOQOL-bref que abarcam qualidade de vida geral. Tais questões remetem à autoavaliação da QV. Assim, as pacientes positivas para TMC atribuíram valores menores à própria QV, em comparação àquelas negativas para TMC.

Não obstante, ressalta-se que TMC foi preditor de pior QV em todos os domínios. Tal resultado é corroborado pela literatura, a qual revela que pacientes com TMC, que comumente têm sintomas mistos de ansiedade e depressão, apresentam piores escores de QV que indivíduos da população em geral (5, 11).

Este estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas. Por seu desenho transversal, o estudo não foi capaz de avaliar os TMC ao longo do tempo, nem tecer relações de causa e efeito. O instrumento utilizado para detecção de TMC não foi o padrão-ouro, ou seja, a entrevista psiquiátrica. No entanto, o SRQ-20, utilizado para detecção de TMC neste estudo, tem padrões considerados confiáveis para estudos de prevalência.

Em conclusão, o presente estudo revelou alta prevalência de mulheres que reportaram sintomas de ansiedade e depressão, ou seja, TMC. Embora o uso de psicofármacos tenha sido altamente prevalente, não encontraram-se evidências documentadas que justificassem sua prescrição. Ainda, mais da metade das usuárias positivas para TMC não recebeu tratamento algum. As pacientes com TMC apresentaram prejuízo funcional, evidenciado por escores de QV significativamente menores do que os das negativas para TMC.

Verifica-se a necessidade de mudar o paradigma dos serviços de saúde para que comunidade, profissionais de saúde e gestores reconheçam que os TMC representam parte significativa da atenção primária. As unidades de atenção básica à saúde são um importante recurso para avaliar rotineiramente a saúde mental de seus usuários, e os profissionais da atenção primária devem ser preparados para conhecer e implementar intervenções que minimizem o impacto dos TMC na qualidade de vida de usuários.

Especificamente no caso das mulheres, as unidades de atenção básica à saúde precisam disponibilizar profissionais treinados que conheçam o papel que sexo e gênero exercem na saúde física e mental, a ampla possibilidade de intervenções necessárias para enfrentar TMC em mulheres e, principalmente, a efetividade de tais intervenções para essa população específica. Enquanto seria relativamente simples colocar em prática políticas que garantam avaliações padronizadas em todas as UBS, é um desafio maior, mas eticamente imperativo, que sejam viabilizadas todas as possibilidades de tratamento disponíveis para mulheres diagnosticadas com TMC.

Agradecimentos. Este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração de responsabilidade. A responsabilidade pelas opiniões expressas neste manuscrito é estritamente dos autores e não reflete necessariamente as opiniões ou políticas da RPSP/PAJPH nem da OPAS.

REFERÊNCIAS

- Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 2 488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acessado em 11 de agosto de 2015.
- Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1639-48.
- Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(2):150-6.
- Gomes VP, Miguel TLB, Miaso AI. Transtornos mentais comuns: perfil sociodemográfico e farmacoterapêutico. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;21(6):1203-11.
- Jansen K, Mondin TC, Ores LC, Souza LDM, Konradt CE, Pinheiro RT, et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(3):440-8.
- Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros MBA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):717-23.
- Lucchese R, Sousa K, Bonfim SP, Vera I, Santana FR. Prevalence of common mental disorders in primary health care. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(3):200-7.
- King SL, Hegadoren KM. An integrative science approach: value added in stress research. *Nurs Health Sci*. 2006;8(2):114-9.
- Walters K, Buszewicz M, Weich S, King M. Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: prospective cohort study in primary care. *Br J Psychiatry*. 2011;198(6):472-8.
- Kroenke K, Outcalt S, Krebs E, Bair MJ, Wu J, Chumber N, et al. Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(4):359-65.
- Lima AFBS, Fleck MPA. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2009;31(3 supl 0).
- Bener A, Dafeeah EE, Chatuvedi SK, Bhugra D. Somatic symptoms in primary care and psychological comorbidities in Qatar: neglected burden of disease. *Int Rev Psychiatry*. 2013;25(1):100-6.
- Hedenrud TM, Svensson SA, Wallerstedt SM. "Psychiatry is not a science like others" - a focus group study on psychotropic prescribing in primary care. *BMC Fam Pract*. 2013;14(1):115.
- Mark TL. For what diagnoses are psychotropic medications being prescribed?: a nationally representative survey of physicians. *CNS Drugs*. 2010;24(4):319-26.
- WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. *Norwegian Institute of Public Health. ATT/DDD Index 2013*. Oslo: WHO; 2013. Disponível em: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/ Acessado em 12 de fevereiro de 2014.
- Mari JJ, Williams P. Validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6.
- World Health Organization (WHO). Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. *WHOQOL User Manual*. Geneva: WHO; 1998. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf Acessado em 15 de abril de 2011.
- Aillon JL, Ndeti DM, Khasakhala L, Ngari WN, Achola HO, Akinyi S, et al. Prevalence, types and comorbidity of mental disorders in a Kenyan primary health centre. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(8):1257-68.
- Ghuloum S, Bener A, Abou-Saleh MT. Prevalence of mental disorders in adult population attending primary health care setting in Qatari population. *J Pak Med Assoc*. 2011;61(3):216-21.
- Kasckow JW, Karp JF, Whyte E, Butters M, Brown C, Begley A, et al. Subsyndromal depression and anxiety in older adults: health related, functional, cognitive and diagnostic implications. *J Psychiatr Res*. 2013;47(5):599-603.
- Yamamoto K, Shiota S, Ohno S, Kuroda A, Yoshiwa A, Abe K, et al. A diagnosis of depression should be considered in patients with multiple physical symptoms in primary health care clinics. *Tohoku J Exp Med*. 2013;229(4):279-85.
- Azevedo LFM. Um estudo sobre a "Doença dos Nervos" para além de um sofrimento incorporado. *Gerai, Rev Interinst Psicol*. 2012;5(2):223-35.
- Patel V, Eaton J. Principles to guide mental health policies in low- and middle-income countries. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(4):343-6.
- Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ*. 1998;317(7151):115-9.
- Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):107-14.
- Netto MUQ, Freitas O, Pereira LRL. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. *Rev Cienc Farm Basica Apl*. 2012;33(1):77-81.
- Rocha BS, Werlang MC. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(11):3291-300.
- Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2011;198(1):11-6, sup 1.
- Patel V, Chisholm D, Rabe-Hesketh S, Dias-Saxena F, Andrew G, Mann A. Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomised, controlled trial. *Lancet*. 2003;361(9351):33-9.
- Kendrick T, Chatwin J, Dowrick C, Tylee A, Morriss R, Peveler R, et al. Randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors plus supportive care, versus supportive care alone, for mild to moderate depression with somatic symptoms in primary care: the THREAD (THREshold for AntiDepressant response) study. *Health Technol Assess*. 2009;13(22):iii-iv, ix-xi, 1-159.
- Quintana MI, Andreoli SB, Moreira FG, Ribeiro WS, Feijo MM, Bressan RB, et al. Epidemiology of psychotropic drug use in Rio de Janeiro, Brazil: gaps in mental illness treatments. *PLoS One*. 2013;8(5):e62270.
- Kartal M, Coskun O, Dilbaz N. Recognizing and managing anxiety disorders in primary health care in Turkey. *BMC Fam Pract*. 2010;11:30.

Manuscrito recebido em 16 de agosto de 2014. Aceito para publicação em 28 de maio de 2015.

**Common mental disorders
and use of psychotropic
medications in women
consulting at primary
care units in a Brazilian
urban area**

ABSTRACT

Objective. To investigate the prevalence of common mental disorders (CMD) in women consulting at primary health care units in a Brazilian urban area, as well as to determine the impact of CMD on quality of life (QoL), the association of sociodemographic factors with CMD and QoL, and the prevalence and pattern of psychotropic medication use in the study sample.

Methods. In this quantitative, cross-sectional, correlational-descriptive study, a stratified sample of 365 women was interviewed between May 2012 and January 2013 in five primary health care units in Brazil. Data were collected using sociodemographic and drug use questionnaires. The self-reporting questionnaire (SRQ-20) was used to estimate the prevalence of CMD; and the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-bref instrument was used to assess quality of life. To evaluate the impact of CMD on QoL, the t test and linear regression models were employed. The chi-square test was used to verify associations between CMD and sociodemographic variables. Descriptive analysis was used for psychotropic drug use.

Results. The prevalence of CMD was 44.1%. The prevalence of psychotropic medication use was 27.1%. Only 5.6% of participants had a psychiatric diagnosis recorded in their medical chart. Psychotropic drugs were used by 41.6% of participants with CMD according to the SRQ-20 and by 15.7% of those without CMD. There was no association between CMD and sociodemographic variables, but CMD and QoL were significantly associated. Women with CMD had the worst QoL, without impact of sociodemographic variables.

Conclusions. Further attention should be given to the pattern of psychotropic medication use and prescription in primary care settings. Women with CMD had functional impairment, as shown by significantly lower QoL scores. The fact that sociodemographic factors did not impact the present results seems to support the notion of a different basis for CMD in women.

Key words

Primary health care; mental health; mental disorders; psychotropic drugs; quality of life; women; women's health; Brazil.
