

Trastornos Mentales Comunes: perfil sociodemográfico y farmacoterapéutico¹

Viviane Ferrari Gomes²

Tatiana Longo Borges Miguel³

Adriana Inocenti Miasso⁴

Objetivo: este estudio verificó la asociación entre Trastornos Mentales Comunes y factores sociodemográficos y farmacoterapéuticos en 106 pacientes atendidos en una Unidad Básica de Salud del interior del estado de Sao Paulo. **Método:** se trata de estudio transversal, descriptivo-exploratorio, con abordaje cuantitativo. Para la recolección de los datos se utilizó entrevista estructurada, fichas médicas e instrumentos validados y, para el análisis, el programa Statistical Package for the Social Science. **Resultados:** la prevalencia de Trastornos Mentales Comunes fue de 50%. Hubo asociación entre Trastornos Mentales Comunes y las variables: ocupación, renta familiar, número de medicamentos prescritos y de pastillas utilizadas diariamente. Hubo mayor prevalencia de no adhesión a los medicamentos entre pacientes positivos para Trastornos Mentales Comunes. **Conclusión:** los resultados de este estudio evidencian la importancia de que los profesionales de la salud, que actúan en la atención primaria, deben estar aptos para detectar necesidades del aspecto psíquico en su clientela y para ofrecer subsidios para la implementación de acciones para prevención de perjuicios en pacientes con Trastornos Mentales Comunes.

Descriptor: Trastornos Mentales; Atención Primaria de Salud; Cumplimiento de la Medicación; Salud Mental; Utilización de Medicamentos.

¹ Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) proceso nº 478814/2012-7.

² Alumna del curso de graduación en Enfermería, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Becario de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

⁴ PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Adriana Inocenti Miasso
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: amiasso@eerp.usp.br

Copyright © 2013 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

Algunas investigaciones han sido desarrolladas mundialmente con la finalidad de analizar la ocurrencia y el impacto de Trastornos Mentales Comunes (TMC) en la población. El concepto de TMC caracteriza casos que presentan síntomas no psicóticos, tales como insomnio, fatiga, nervosismo, cefalea, síntomas depresivos, irritabilidad, olvido, dificultad de concentración y quejas somáticas inespecíficas, que producen incapacidad funcional, pero que no llenan los requisitos de los diagnósticos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV)⁽¹⁾.

Sin embargo, no se encuadrar en categorías diagnósticas definidas no disminuye el grado de sufrimiento de los pacientes y puede llevar a gastos desnecesarios con encaminamientos y exámenes, ya que se observa por parte de los profesionales, un enfoque apenas en la queja inmediata⁽²⁾. Además de eso, se piensa que los TMC pueden generar alto costo social, económico e individual, ya que contribuyen con un tercio de los días perdidos por enfermedad en el trabajo y un quinto de todas las consultas de atención primaria⁽²⁾.

Así, ha sido demostrado que entre los factores relacionados a la ocurrencia de TMC están aquellos asociados a las peores condiciones socioeconómicas en diversos países⁽³⁾, inclusive en Brasil. En estudios brasileños, se destacan: baja escolaridad, género femenino, estado civil separado o viudo, baja renta, desempleo y clase social, regiones de gran desigualdad socioeconómica y eventos de vida productores de estrés⁽²⁾.

En el escenario brasileño, las investigaciones sobre TMC, muestran tasas de prevalencia que variaron de 17% a 35%⁽⁴⁾, pudiendo llegar a 50%⁽⁵⁾. Además de la alta prevalencia en la población y de los posibles costos relacionados a la presencia de TMC, algunos estudios han también asociado la presencia de TMC con el uso de medicamentos y enfermedades concomitantes crónicas, tales como hipertensión arterial, diabetes y enfermedades de la tiroidea^(4,6). Además, más relevante, un estudio demostró la asociación de los TMC con polifarmacia⁽⁷⁾. Es evidente la importancia de estudios que se preocupen en caracterizar el perfil farmacoterapéutico de esos pacientes objetivando su propia seguridad, ya que la utilización concomitante de varios medicamentos, por ejemplo, se configura como un factor que puede llevar a interacciones medicamentosas y a un mayor índice de efectos indeseables, lo que puede comprometer la salud del usuario⁽⁶⁾.

Otra medida capaz de subsidiar la caracterización de aspectos relacionados a la seguridad del paciente

que está usando medicamentos se refiere a la adhesión a la terapia farmacológica. En ese sentido, la literatura ha demostrado que en condiciones crónicas, tales como las posibles enfermedades concomitantes que pueden ser encontradas con TMC, la no adhesión de los pacientes puede llegar a 75%. Las razones para tasas de no adhesión tan altas pueden estar relacionadas a la no comprensión por parte de los pacientes de que la adhesión puede influenciar futuramente su calidad de vida e independencia⁽⁸⁾. Se sabe también que la cantidad de pastillas ingeridas diariamente puede interferir negativamente sobre la adhesión por una mayor probabilidad de efectos colaterales. Un estudio reveló que para cada pastilla ingerida el riesgo de no adhesión aumenta 12%⁽⁹⁾.

Sin embargo, esos estudios no investigaron la relación entre las referidas variables y el TMC. Se observa de esta forma un vacío en la literatura en el sentido de caracterizar el perfil farmacoterapéutico y la adhesión al uso de medicamentos en pacientes con TMC. El conocimiento de esos aspectos puede ofrecer subsidios para la implementación de acciones de salud dirigidas para ese público de manera a fomentar su seguridad en el uso de medicamentos. Además de eso, esos datos pueden contribuir con la resolutivez en el ámbito del Sistema Único de Salud, al ofrecer informaciones para la comprensión de la necesidad de que los pacientes sean más asertivos.

Considerando el alto costo social, económico e individual que puede resultar de los TMC así como la posibilidad de uso indiscriminado de medicamentos por sus portadores, este estudio tuvo como objetivos identificar la prevalencia de Trastornos Mentales Comunes en usuarios de Unidad Básica de Salud de un municipio del interior del estado de Sao Paulo, así como su posible asociación con variables inherentes al perfil sociodemográfico y farmacoterapéutico.

Metodología

Se trata de estudio transversal, descriptivo-exploratorio, con abordaje cuantitativo, desarrollado en una Unidad Básica de Salud (UBS) de un municipio del interior del estado de Sao Paulo. El estudio fue desarrollado después de haber sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación (Protocolo número 1474/2011) y de haber solicitado a los participantes que firmasen el Término de Consentimiento Libre e Informado, de acuerdo con la Resolución 196/96 del Código Nacional de Salud. La muestra fue constituida por 106 pacientes con consulta médica programada en el referido servicio, en el período

de mayo a julio de 2012. La ecuación para el cálculo del tamaño de la muestra fue la siguiente.

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

En la ecuación arriba, P representa la prevalencia del evento de interés, $z_{\alpha/2}$ representa el nivel de significancia adoptado y ε es el error tolerable del muestreo. El error tolerable del muestreo fue de 5% y el nivel de significancia de 5%. Fue acrecentada la tasa de no respuesta equivalente a 15%. Fueron considerados criterios de inclusión tener edad igual o superior a 18 años, ser capaz de comunicarse verbalmente en portugués y tener consulta programada en las especialidades atendidas en la unidad (clínica médica o ginecología y obstetricia). Fueron establecidos como criterios de exclusión: comparecer al servicio únicamente con la finalidad de utilizar la farmacia, sala de curativos y/o la sala de vacunas (sin consulta médica programada), tener edad inferior a 18 años y presentar imposibilidad de comunicación verbal. Con la finalidad de comprobar si por medio de su contenido y forma el instrumento elaborado podría alcanzar los objetivos propuestos fue realizado un pretest en el local de la investigación. Los sujetos entrevistados en la fase de pretest no hicieron parte de la muestra.

Durante la recolección de datos los investigadores permanecieron en el local de la investigación todos los días, en horarios alternados, de manera que fuese posible abarcar todo el horario de funcionamiento de la unidad. Así, los pacientes fueron abordados en cuanto esperaban por su consulta médica y, si aceptaban participar del estudio las entrevistas eran realizadas en la propia unidad en local privativo designado por la misma, o si prefiriesen, tenían sus nombres, teléfonos y direcciones anotados para la programación de visita en su domicilio.

Fue utilizada la técnica de entrevista estructurada, orientada por un guión, que objetivó asegurar que las preguntas fuesen hechas de forma estandarizada a todos los sujetos. El guión se constituyó de asuntos relacionados al perfil sociodemográfico y farmacoterapéutico de los pacientes. Posteriormente, fueron verificadas las fichas médicas de los participantes del estudio con la finalidad de identificar correctamente los fármacos prescritos, buscando minimizar la probabilidad de fallas.

En lo que se refiere a los medicamentos, la descripción de los mismos fue realizada utilizando el primer nivel de la clasificación *Anatomical Therapeutical Chemical - ATC*⁽¹⁰⁾. Para identificar la prevalencia de

los TMC fue utilizada la versión brasileña validada del SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*), compuesta por 20 preguntas⁽¹¹⁾. Se trata de escala dicotómica en la cual cada respuesta afirmativa puntúa con el valor uno para componer el puntaje final. Son considerados como positivos los individuos que respondan "sí" a ocho o más preguntas del instrumento⁽¹¹⁻¹²⁾.

El grado de adhesión fue definido por la aplicación del Test de Medida de Adhesión (MAT)⁽¹³⁾. Este test es compuesto por siete preguntas. Por ejemplo, la primera de ellas es "¿Alguna vez usted olvidó de tomar los medicamentos?". A cada pregunta le siguen respuestas de tipo Likert, las cuales pueden ser puntuadas de 1 a 6. La puntuación 1 corresponde a "siempre" (indicando menor adhesión) y la puntuación 6 corresponde a "nunca" (indicando mayor adhesión). Después de la obtención de los datos, los valores referentes a las respuestas de cada pregunta del MAT son sumados y divididos por el número total de preguntas. Fueron considerados como no adherentes los pacientes que obtuvieron valores de 1 a 4, relacionados a las respuestas siempre, casi siempre, con frecuencia y a veces. Para aquellos adherentes al tratamiento fueron considerados los valores 5 y 6, referentes las respuestas raramente y nunca.

Para el análisis de los datos fue utilizado el abordaje cuantitativo. Los datos fueron analizados en el programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS, versión 17.0). Fueron investigadas asociaciones estadísticas entre las variables del estudio usando el test exacto de Fisher, siendo la hipótesis de asociación aceptada cuando el p encontrado fue menor o igual a 0,05.

Resultados

Caracterización de los sujetos del estudio y Trastornos Mentales Comunes

Participaron de la investigación 106 usuarios de una UBS del interior del estado de Sao Paulo. Se identificó que la muestra fue compuesta predominantemente por mujeres (88,7%), siendo la edad promedio de los pacientes de 40 años, variando de 18 a 68 años. Se observa, en la Tabla 1, que mitad de los pacientes entrevistados (50%) presentó resultado positivo para TMC. La presencia de TMC se mostró asociada a las variables ocupación ($p < 0,01$) y renta familiar ($p = 0,05$). Se nota que la prevalencia de TMC fue mayor en los individuos desempleados (64,7%) y jubilados (85,7%). Se observa una tendencia a la asociación de TMC en función de la escolaridad ($p = 0,06$).

Tabla 1 - Prevalencia de Trastornos Mentales Comunes según las variables sociodemográficas y económicas. Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2012

Variables	Presencia de Trastornos Mentales Comunes				Total		P-valor
	No		Si		N	%	
	n	%	n	%			
Género							0,36
Femenino	45	47,9	49	52,1	94	100	
Masculino	08	66,7	04	33,3	12	100	
Edad							0,68
20 a 30 años	14	60,9	09	39,1	23	100	
31 a 40 años	16	51,6	15	48,4	31	100	
41 a 50 años	14	45,2	17	54,8	31	100	
51 a 60 años	06	50,0	06	50,0	12	100	
Más de 60 años	03	33,3	06	66,7	09	100	
Escolaridad							0,06
Analfabeto	-	-	01	100	01	100	
Fundamental incompleto	15	46,9	17	53,1	32	100	
Fundamental completo	10	62,5	06	37,5	16	100	
Medio incompleto	06	27,3	16	72,7	22	100	
Medio completo	20	64,5	11	35,5	31	100	
Superior completo	01	100	-	-	01	100	
Sabe leer y escribir	01	33,3	02	66,7	03	100	
Estado civil							0,08
Soltero	12	52,2	11	47,8	23	100	
Casado	31	62,0	19	38,0	50	100	
Viudo	02	22,2	07	77,8	09	100	
Unión libre	05	35,7	09	64,3	14	100	
Divorciado	03	30,0	07	70,0	10	100	
Religión							0,42
No tiene	03	42,9	04	57,1	07	100	
Católica	37	51,4	35	48,6	72	100	
Evangélica	13	54,2	11	45,8	24	100	
Otra	-	-	03	100	03	100	
Ocupación							0,01*
Desempleado	06	35,3	11	64,7	17	100	
Hace trabajos eventuales	02	40,0	03	60,0	05	100	
Regular informal	11	40,7	16	59,3	27	100	
Regular registrado	33	67,3	16	32,7	49	100	
Apartado	-	-	01	100	01	100	
Jubilado	01	14,3	06	85,7	07	100	
Renta mensual familiar							0,05*
No tiene	05	71,4	02	28,6	07	100	
≤ 1	01	20,0	04	80,0	05	100	
1-3	22	40,0	33	60,0	55	100	
3-5	19	59,4	13	40,6	32	100	
≤ 5	06	85,7	01	14,3	07	100	

Se considera el salario mínimo de R\$ 545,00, referente al año base 2011

*P ≤ 0,05 (variables asociadas con Trastornos Mentales Comunes)

Perfil Farmacoterapéutico y Trastornos Mentales Comunes

En cuanto a las clases de medicamentos utilizadas por los sujetos (Tabla 2), según la *Anatomical Therapeutic Chemical Code* (ATC) adoptada por la Organización

Mundial de Salud (OMS), se destacan los medicamentos normalmente utilizados para la hipertensión arterial, tales como C09 (Agentes que actúan en el sistema renina-angiotensina), C03 (Diuréticos) y C07A (Betabloqueadores) que estuvieron presentes en 25% de las prescripciones. Se resalta que 12,9% de las

prescripciones son pertenecientes a la clasificación N06A (Antidepresivos) y N05B (Ansiolíticos), siendo que todos los ansiolíticos encontrados son benzodiazepínicos.

Además se evidenció, que los pacientes positivos para TMC configuran la mayor parte de las prescripciones en general. Además de eso, hubo asociación entre la utilización de psicofármacos y TMC ($p < 0,01$). En este caso, se constata que entre las prescripciones de

psicofármacos 90,9% de los Antidepresivos (N06A) y 83,3% de los Ansiolíticos (N05B) fueron para pacientes positivos para TMC.

Se verifica, en la Tabla 3, que hubo asociación entre la presencia de TMC y las variables farmacoterapéuticas "utilización de medicamentos" ($p = 0,05$), "número de medicamentos prescritos" ($p = 0,034$) y "número de pastillas utilizados por día" ($p = 0,036$).

Tabla 2 - Distribución de los medicamentos utilizados por los participantes del estudio de acuerdo con la Clasificación *Anatomical Therapeutic Chemical Code* y presencia de Trastornos Mentales Comunes. Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2012

Clasificación <i>Anatomical Therapeutic Chemical Code</i>	Presencia de Trastornos Mentales Comunes				Total	
	No		Si		N	%
	n	%	n	%		
Medicamentos para tratamiento de úlcera péptica (A02B)	06	14,0	11	12,4	17	12,9
Medicamentos usados en la diabetes (A10)	06	14,0	10	11,2	16	12,1
Agentes que actúan en el sistema renina angiotensina (C09)	05	11,6	08	9,0	13	9,8
Diuréticos (C03)	04	9,3	07	7,9	11	8,3
Antidepresivos (N06A)	01	2,3	10	11,2	11	8,3
Hipolipemiantes (C10A)	03	7,0	07	7,9	10	7,6
Betabloqueadores (C07A)	01	2,3	08	9,0	09	6,8
Ansiolíticos (N05B)	01	2,3	05	5,6	06	4,5
Terapéutica tiroidiana (H03)	02	4,7	03	3,4	05	3,8
Otros*	14	32,6	20	22,5	34	25,8
Total General	43	100	89	100	132	100

*insulina, medicamentos para enfermedades obstructivas de las vías respiratorias, antiinflamatorios y corticosteroides

Tabla 3 - Prevalencia de trastornos mentales comunes según las variables relacionadas al perfil farmacoterapéutico. Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2012

Variables	Presencia de Trastornos Mentales Comunes				Total		p-valor
	No		Si		N	%	
	n	%	n	%			
Utilización de medicamentos							0,05*
Si	16	37,2	27,0	62,8	43	100	
No	37	58,7	26,0	41,3	63	100	
Número de tipos de medicamentos							0,034*
Hasta 2	07	31,8	15,0	68,2	22	100	
3 o más	08	38,1	13,0	61,9	21	100	
Número de pastillas por día							0,036*
Hasta 2	05	33,3	10	66,7	15	100	
3 o más	10	35,7	18	64,3	28	100	

* $P \leq 0,05$ (variables asociadas con Trastornos Mentales Comunes)

La adhesión a la terapéutica medicamentosa

En relación a la adhesión a la terapéutica medicamentosa, se verificó que el número de pacientes que respondieron al MAT (48) es mayor que el número de pacientes analizados como usuarios de medicamentos descritos anteriormente en este trabajo (43). Esta discrepancia se debe al hecho de que cinco pacientes refirieron hacer uso de medicamentos continuos, habiendo entonces respondido al MAT, pero no fueron encontrados

medicamentos prescritos en sus fichas médicas. Optamos por utilizar los datos referentes a la ficha médica, buscando minimizar la probabilidad de fallas.

De esa manera, se constató que 27,1% de los pacientes fueron considerados no adherentes a la terapéutica medicamentosa mediante la aplicación del MAT. También, se observó en lo que se refiere al número de tipos de medicamentos, que pacientes con más de tres tipos de medicamentos prescritos tuvieron mayor porcentaje de adhesión (76,2%) comparados a aquellos

que poseían hasta dos tipos de medicamentos prescritos (54,5%). Lo mismo ocurrió con el número de pastillas administrados por día, siendo mayor el porcentaje de adhesión entre pacientes que utilizaban tres o más pastilla diarias (78,6%) en relación al porcentaje de aquellos que utilizaban hasta dos pastillas por día (40%). Sin embargo, esas diferencias no fueron significativas en el test de Fisher ($p=0,99$).

El análisis estadístico no mostró asociación entre TMC y adhesión a los medicamentos ($p=0,52$). Sin embargo, se observó que entre los pacientes con resultado positivo para TMC, 69% eran adherentes a los medicamentos y entre los negativos ese porcentaje era de 78,9%.

Discusión

El análisis del perfil sociodemográfico reveló que la mayoría de los sujetos era del género femenino. En esta investigación, uno de los criterios de inclusión de los sujetos era tener consulta médica programada en las especialidades médicas del local de estudio, incluyendo la clínica de ginecología y obstetricia. Ese aspecto puede, en parte, justificar este hallazgo. Además, se destaca que existen estudios que demuestran mayor utilización de servicios de salud por las mujeres, así como su asociación con TMC^(5,14-15). Las posibles causas de esta asociación con el género femenino todavía no fueron esclarecidas, a pesar de que existan indicios de una predisposición social y biológica para eso, en la cual el sistema neuroendocrino y el papel social juntos aumenten la susceptibilidad de las mujeres⁽¹⁶⁾. Por otro lado, en concordancia con los resultados de la presente investigación, existen estudios que no demostraron asociación entre género y TMC^(2,4). Los autores de los referidos estudios no apuntaron justificativas para ese hallazgo e indicaron la necesidad de realizar otras investigaciones con el objetivo de comprender mejor la relación entre esas variables.

Como en este estudio – que demostró la asociación entre TMC y las variables sociodemográficas ocupación y renta familiar – algunas investigaciones han atribuido alta prevalencia de TMC a esos indicadores de desventaja social^(15,17). En relación a la asociación entre TMC y ocupación la literatura revela que la inestabilidad del vínculo de trabajo, los bajos salarios, la ausencia de beneficios sociales y de protección de la legislación del trabajo propician el desarrollo de ansiedad y depresión entre trabajadores informales y desempleados^(14,17). Obviamente, la situación de trabajo de los sujetos influye en la renta familiar, siendo que trabajadores informales o desempleados y con menor renta familiar están más sujetos a la presencia de TMC⁽¹⁴⁾. Esos aspectos pueden,

en parte, explicar los resultados de esa investigación en lo que se refiere a la ocupación y renta.

En cuanto a la escolaridad, los resultados del estudio refuerzan datos anteriores que demuestran la asociación entre la misma ser baja y los TMC. La escolaridad aumenta la posibilidad de mejores oportunidades en la vida, además de influenciar aspiraciones, autoestima y adquisición de nuevos conocimientos, los cuales pueden motivar aptitudes y comportamientos. La falta de estudio estaría relacionada a menor poder de decisión del individuo, generando una relativa incapacidad de influenciar el medio y, consecuentemente, producir daño a la salud psicológica^(2,14).

Delante del conocimiento del perfil sociodemográfico de desventaja social asociado fuertemente a la presencia de TMC en el ámbito de la atención primaria a la salud, objeto del presente estudio, se evidenció la necesidad de contar con estrategias adecuadas y de preparar a los profesionales orientándolos para ese público. La Política Nacional de Salud Mental vigente prevé la inserción de acciones de salud mental en este ámbito. Sugiere, también, algunas propuestas de implementación de estas acciones, tales como el Apoyo Matricial. Sin embargo, lo que se observa es la ausencia de esas acciones en gran parte de los servicios, considerando la alta prevalencia de TMC demostrada en la literatura⁽⁴⁻⁵⁾ y, también, en esta investigación. La falta de preparación de los profesionales es todavía un obstáculo, ya que muchos además de ser incapaces de detectar señales de trastornos mentales no atribuyen la indicación de acciones de salud mental como uno de sus papeles en la atención primaria⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. En ese contexto, el enfermero en la atención primaria ejerce un papel importante en el sentido de adecuar las acciones de salud mental a los usuarios con indicadores de desventaja social, ya que conoce la realidad de cada uno, haciendo efectiva, de esta manera, la atención integral.

Considerando los objetivos del estudio y la relevancia para la práctica clínica, llama la atención el hecho de que exactamente la mitad de los pacientes entrevistados presentaron TMC. A pesar de que ese porcentaje corrobore la literatura, en la cual las prevalencias mundiales para TMC varían de 22,7% a 50,3%^(4-6,17,20), es preocupante considerando su gran impacto en la asistencia en el ámbito de la atención primaria de la salud. En concordancia con la literatura, los resultados revelaron la asociación entre TMC y la utilización de psicofármacos. La tasa de utilización de psicofármacos observada (12,9%) fue semejante a la encontrada en la población en general, que se estima ser de 9 a 13%⁽¹⁵⁾. Sin embargo, si se considerara el porcentaje de pacientes positivos para TMC, es posible inferir que una gran parte de los mismos no recibe tratamiento relacionado

al aspecto psíquico que está presente en esta necesidad. Esos aspectos apuntan para la necesidad de nuevas formas de abordaje de esa problemática en los servicios, que consideren las representaciones de la enfermedad en grupos específicos, las cuales pueden ser diferentes de aquellas que contienen el conocimiento médico moderno, centrado en la dicotomía cuerpo y mente, así como valoricen el acogimiento y la escucha^(1,19,21).

Se destaca que la sintomatología presentada por estos pacientes frecuentemente es identificada por el sistema de salud como sufrimiento somático, en concordancia con el modelo biológico vigente, en el cual es más aceptable que las personas se quejen de enfermedades orgánicas o alteraciones fisiológicas, por ser "objetivas"⁽²¹⁾. De ese modo, esos pacientes por no temer su queja tratada efectivamente, pueden retornar varias veces al servicio, lo que sobrecarga el sistema y aumenta los gastos con exámenes y medicamentos desnecesarios.

Los resultados encontrados relativos a la utilización de medicamentos corroboran esa proposición, ya que datos referentes al perfil farmacoterapéutico de los usuarios demostró la asociación de TMC con el uso de medicamentos, el número de medicamentos prescritos y el número de pastillas administrados por día. Se verificó que el porcentaje de pacientes que utiliza más de dos tipos de medicamentos por día y más de dos pastillas por día es mayor entre los individuos positivos para TMC, en concordancia con un estudio anterior que verificó la asociación entre TMC y la polifarmacoterapia⁽⁴⁾. Tal aspecto es preocupante, ya que es un hecho que la polifarmacoterapia resulta en serios riesgos a la salud, ya que puede llevar a mayores probabilidades de interacciones medicamentosas y efectos adversos.

La asociación entre TMC y el uso de medicamentos fue encontrada también en un estudio⁽⁶⁾ en el cual individuos con TMC presentaron dos veces mayor probabilidad de hacer uso de medicamentos cuando comparados a personas sin TMC. El referido estudio también reveló asociación entre TMC y enfermedades concomitantes clínicas. A pesar de que esa variable no fue investigada en esa investigación, vale destacar el número elevado de medicamentos prescritos para patologías orgánicas. Según la clasificación ATC citada en la Tabla 2, la clase de medicamentos más prevalente fue la utilizada para la hipertensión arterial, seguida de medicamentos para úlcera péptica y diabetes.

En relación a la adhesión medicamentosa, se constató que 27,1% de los pacientes fueron identificados como no adherentes. Considerando los tipos de medicamentos más prescritos para la muestra en estudio, se observa que la tasa de adhesión encontrada está de acuerdo

con la literatura, en la cual la adhesión medicamentosa para diabetes e hipertensión arterial varía de 36 a 66%⁽²²⁻²³⁾.

A pesar de que no fue demostrada asociación estadística entre TMC y adhesión a la terapéutica farmacológica, hubo menor porcentaje de adhesión entre los pacientes con TMC. Como citado arriba, es conocido que factores como número de medicamentos y número de pastillas ingeridas por día pueden interferir en la adhesión a medicamentos^(9,15). A ese respecto, un estudio⁽²⁴⁾ reveló que la utilización de múltiples medicamentos exponen el paciente a un tratamiento más complejo, exigiendo mayor atención, memoria y organización delante de los horarios de administración de los fármacos.

Como observado en estudios anteriores y ya descrito arriba⁽⁵⁻⁶⁾, los resultados de esta investigación corroboran la proposición de que a pesar de ser muy prevalentes, los TMC no son identificados por los profesionales de salud, lo que es evidenciado por el gran número de medicamentos para pacientes con TMC y más relacionados a quejas orgánicas.

Se destaca que no se trata de estimular el uso de psicofármacos, pero de considerar que esos pacientes no están siendo asistidos en sus necesidades de manera integral. En esa perspectiva, es relevante considerar que las enfermedades concomitantes encontradas normalmente con TMC tienen estrecha relación con la esfera psíquica del individuo, y esta con la seguridad en el uso de medicamentos.

Considerando el impacto que los TMC pueden tener en la atención primaria de la salud, es necesaria la implementación de estrategias que puedan contemplar el aspecto psíquico en la asistencia en salud, ya que el presente estudio ofreció resultados que evidencian mayores riesgos relacionados al uso de medicamentos en pacientes positivos para TMC. La literatura sobre la temática menciona la Terapia Comunitaria en la atención básica como posibilidad de acogimiento de situaciones de sufrimiento viabilizando la escucha, el fortalecimiento de las redes de apoyo social y la problematización de intereses colectivos⁽¹⁾. Hay indicios de que tecnologías en el área de la salud tales como el uso del teléfono, puede viabilizar el fortalecimiento del vínculo entre profesionales y pacientes así como fomentar la adhesión al tratamiento medicamentoso⁽²⁵⁾. Otro abordaje que puede ser utilizado es la atención en grupos, utilizando técnicas como la psicoeducación o la terapia grupal⁽²⁶⁾.

Considerando que los estudios acerca de este tema indican que al contrario de una postura de medicalización, existe una fuerte relación entre los TMC y las raíces psicosociales, así las acciones de los profesionales de

salud deben además llevar en consideración los códigos culturales de los individuos que son atendidos en la atención primaria, a veces llamados de "poli-quejosos", "psicosomáticos", "histéricos"⁽¹⁾. Adicionalmente al desafío del acogimiento a esos pacientes, la competencia y preparación técnica de los profesionales debe ser considerada, ya que en la atención primaria se encuentran generalistas, lo que parece dificultar el reconocimiento de los TMC⁽²⁾.

Por tratarse de un estudio transversal no es posible establecer una relación de causalidad en las asociaciones observadas. Sin embargo, la teoría de los eventos productores de estrés, la teoría de los papeles sociales y la de soporte social se vienen estableciendo hace años como explicaciones para indicadores socioeconómicos y TMC⁽²⁷⁾. Otra limitación del estudio se refiere al uso de instrumento de rastreo para establecer la prevalencia de TMC y no por el estándar oro (entrevista psiquiátrica). Ese aspecto, además, es solucionado por estudios de validación del SRQ-20 comparándolo con el estándar oro, confirmando el punto de corte adoptado en este estudio⁽¹²⁾.

Conclusiones

La asociación de los TMC con variables socioeconómicas reafirma que su presencia está fuertemente ligada a factores de desventaja social. También, los resultados de este estudio revelan una muestra de pacientes con alta prevalencia de TMC y alta utilización de medicamentos y, además, con menor seguridad en la utilización de los mismos, debido a la asociación entre TMC y las variables farmacoterapéuticas y la menor adhesión a la terapéutica medicamentosa entre los pacientes con TMC.

Se destaca que gran parte de los medicamentos prescritos es para enfermedades orgánicas, permaneciendo el paciente sin la asistencia adecuada para su perfil, que también incluye quejas relacionadas al aspecto psíquico. En esa perspectiva, los resultados de este estudio evidencian la importancia de que los profesionales de la salud que actúan en la atención primaria deben estar aptos para detectar quejas psíquicas en la población que asisten. Es necesaria, además, la reflexión acerca de la formación de los profesionales de la salud en psiquiatría, la cual normalmente está centrada en servicios especializados, pudiendo resultar en dificultad de adopción del concepto biopsicosocial de salud en la práctica clínica.

Son necesarios otros estudios, especialmente longitudinales de base poblacional, para comprender mejor las asociaciones encontradas y subsidiar propuestas que contribuyan para el fortalecimiento de la salud mental en la atención primaria.

Referencias

1. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev APS*. 2008;11(3):285-94.
2. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):32-7.
3. Marín-Léon L, Oliveira HB, Barros MB, Dalgalarondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(3):250-3.
4. Coelho FMC, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PVS, Garcias CMM, Silva CV. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(1):59-67.
5. Fortes S, Lopes CL, 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.
6. Aikens JE, Perkins DW, Lipton B, Piette JD. Longitudinal analysis of depressive symptoms and glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32:1177-81.
7. Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso CS, Scaloni JDS. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2011;60(3):221-6.
8. Araújo MFM, Freitas RWJ, Fragoso LVC, Araújo TM, Damasceno MMC, Zanetti ML. Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(1):135-43.
9. Colombrini MRC, Lopes MHB, Figueiredo RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/Aids. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):576-81.
10. World Health Organization. ATT/DDD Index 2009 [Internet] [acceso 27 abr 2011]; Disponível em: <http://www.whocc.no/atcddd/indexdatabase>.
11. Mari JJ, Williams PA. Validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148(1):23-6.
12. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):380-90.
13. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde & Doenças*. 2001;2(2):81-100.
14. Ludemir AB, Melo DA Filho. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(2):213-21.

15. Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros MBA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):717-23.
16. King SL, Hegadoren KM. An integrative science approach: value added in stress research. *Nurs Health Sci*. 2006;8(2):114-9.
17. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:73-9.
18. Silva MCF, Furegato ARF, Costa ML Júnior. Depression: viewpoints and knowledge of nurses from the basic health network. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2003;11(1):7-13.
19. Matumoto M, Vieira KCS, Pereira MJB, Santos CB, Fortuna CM, Mishima SM. Production of nursing care in primary health care services. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(4):710-7.
20. Gholoum 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.
21. Azevedo LFM. Um estudo sobre a "Doença dos Nervos" para além de um sofrimento incorporado. *Rev Interinst Psicol*. 2012;5(2):223-35.
22. Irvin MR, Shimbo D, Mann DM, Reynolds K, Krousel-Wood M, Limdi NA, et al. Prevalence and correlates of low medication adherence in apparent treatment-resistant hypertension. *J Clin Hypertens*. 2012;14(10):694-700.
23. Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Freitas MCF, Pace AE. Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(1):52-8.
24. Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Schtoeter G, Souza ACA et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(Sup):703-10.
25. Zanetti ML. Chronic non-communicable diseases and health technologies [Editorial]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. mai-jun 2011;19(3):449-50.
26. Souza AMA, Fraga MNO, Moraes LMP, Garcia MLP, Moura KDR, Almeida PC, Moura EMV. Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. *Texto Contexto Enferm*. 2004;13(4):625-32.
27. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Transtornos mentais comuns em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):380-90.