

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Psicofármacos prescritos em uma unidade psiquiátrica hospitalar da
região Sul do Brasil e a cobertura prevista na REMUME**

Larissa Gallo Detanico

Porto Alegre, dezembro de 2018.

LARISSA GALLO DETANICO

**Psicofármacos prescritos em uma unidade psiquiátrica hospitalar da
região Sul do Brasil e a cobertura prevista na REMUME**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito
para obtenção de título de farmacêutico pelo Curso de Farmácia
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Bueno

Co-orientadora: Farm^a. Tatiana von Diemen

Porto Alegre, dezembro de 2018

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer à UFRGS, que me proporcionou um ensino de qualidade e instigou a vontade de nunca deixar de aprender. Graças a essa universidade, tive a oportunidade de participar do programa Vivências, no qual conheci o dia a dia de um farmacêutico clínico no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Sem esse programa, nunca teria conhecido a farmacêutica Tatiana, que transmitiu sua paixão pela Saúde Mental e compartilhou suas ideias para criar esse estudo. Agradeço à Profa. Dra. Denise por aceitar a orientação e me guiar ao êxito da melhor maneira possível. Agradeço ao Hospital de Clínicas por disponibilizar a coleta de dados para esse estudo, pois sem esse apoio, este trabalho final deixaria de existir. Gostaria de agradecer, também, aos meus amigos Patrícia e Leonardo, que acompanharam o “drama do TCC” de perto e me mantiveram firme e forte no caminho. Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer aos meus pais Herbeni e Diógenes, que me acompanharam nos altos e baixos desta longa jornada chamada “Faculdade de Farmácia”. Sem o apoio de vocês, não teria chegado até aqui.

Muito obrigada!

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho foi elaborado na forma de artigo científico de acordo com as normas da revista “Clinical & Biomedical Research”, conforme anexo 1, na qualidade de “Artigo Original”. Para a versão do TCC, as tabelas foram inseridas logo após o texto, para melhor leitura e compreensão.

Psicofármacos prescritos em uma unidade psiquiátrica hospitalar da região Sul do Brasil e a cobertura prevista na REMUME

Larissa Gallo Detanico ¹, Tatiana von Diemen, ², Denise Bueno³

¹ Acadêmica de Farmácia - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

² Farmacêutica Clínica da Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA – UFRGS, Porto Alegre/RS – Brasil

³ Professora Associada do Departamento de Produção e Controle de Medicamentos e do Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica – Faculdade de Farmácia e do Programa de Pós-graduação Ensino em Saúde – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço para correspondência:

Denise Bueno, Prof^a. Dr^a.

Departamento de Produção e Controle de Medicamentos

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Farmácia

Avenida Ipiranga, 2752

Porto Alegre, RS – Brasil

CEP: 90.610-000

Telefone: (51) 3308-5767

e-mail: denise.bueno@ufrgs.br

RESUMO

Introdução: O uso de medicamentos no tratamento de transtornos psiquiátricos vem em crescimento nos últimos anos, e a falta de acesso adequado aos medicamentos é um dos motivos pelo qual o paciente retorna ao serviço de saúde. Grande parte dos pacientes internados acabam alterando pelo menos um medicamento de uso prévio sujeito a controle especial da Relação Municipal de Medicamentos por um ou mais medicamentos não constantes nessa seleção. O objetivo deste estudo foi identificar os medicamentos não pertencentes a lista municipal de medicamentos prescritos aos pacientes internados na Unidade Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Método: Estudo descritivo com análise retrospectiva no período de junho de 2017 a junho de 2018 dos pacientes admitidos na internação psiquiátrica da rede pública e privada. Através do prontuário eletrônico, foi possível analisar 281 prontuários de pacientes internados na Unidade Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Resultados: Dos 281 prontuários analisados, 64 (22,8%) apresentavam prescrições de admissão hospitalar com todos os medicamentos presentes na lista REMUME, enquanto 217 (77,2%) utilizavam no mínimo um medicamento não presente na lista. Essa diferença foi ainda maior nas prescrições de alta hospitalar, com diferenças relevantes entre o setor público e o privado.

Conclusões: Torna-se importante a atualização periódica da lista municipal de medicamentos com uma maior integração das secretarias de saúde com os hospitais, gerando uma avaliação mais econômica e que contemple os diferentes tipos de tratamentos possíveis para os diferentes transtornos psiquiátricos.

Palavras chave: Psicotrópicos; Medicamentos Essenciais; Acesso a Medicamentos Essenciais e Tecnologias em Saúde

ABSTRACT

Introduction: The use of medicines in the treatment of psychiatric diseases has grown in the past decades, and the lack of appropriate access to them is one of the reasons why the patient returns to the health services. Most of the hospitalized patients end up changing at least one of their previous drugs under special control of the municipal list of medicines (REMUME) for one or more drugs not available on the list. The main goal of this study is to identify the prescribed drugs not available on REMUME of the hospitalized patients in the Psychiatric Ward of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Methodology: Descriptive and retrospective study with analysis between June of 2017 and June of 2018 of the hospitalized patients in the Psychiatric Ward of HCPA. 281 prescriptions were analyzed using electronic medical records of patients from the public health care and patients from the private health care.

Results: Within the 281 electronic medical records, 64 (22.8%) had prescriptions only with drugs present in the REMUME, while 217 (77.2%) had at least one drug not available on the list. The difference between prescriptions with REMUME drugs and not REMUME drugs was even higher at the time of the hospital discharges of the patients, with a relevant difference between the public and the private health care.

Conclusions: It is important to have a periodic update of the municipal list of medicines with more integration of the Health Departments and the hospitals to create an evaluation more economic that contemplates the different kinds of treatments available to the current psychiatric diseases.

Keywords: Psychotropic Drugs; Drugs, Essential; Access to Essential Medicines and Health Technologies

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. METODOLOGIA.....	11
3. RESULTADOS.....	12
3.1 DADOS DO SETOR PRIVADO.....	15
3.2 DADOS DO SETOR PÚBLICO.....	16
4. DISCUSSÃO.....	18
REFERÊNCIAS.....	20
ANEXO 1 – Normas da revista.....	24
ANEXO 2 – Ficha de Conciliação de Medicamentos.....	34
ANEXO 3 – Parecer de aprovação do CEP.....	36

1 INTRODUÇÃO

Transtornos psiquiátricos são temas de repercussão mundial. Em torno de 14% das doenças no mundo têm sido atribuídas a distúrbios psiquiátricos, devido à, principalmente, depressão, psicose, uso indevido de álcool e drogas de abuso¹. De acordo com The Global Burden of Disease, uma avaliação abrangente de mortalidade e fatores de risco de Harvard, publicado em 1996, projeta uma transição epidemiológica mundial drástica até o ano de 2020. Das dez doenças mais incapacitantes no mundo, cinco são de origem psiquiátrica: depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo compulsivo². Conforme o relatório da World Health Organization, publicado em 2010, é estimado que uma a cada quatro pessoas no mundo irá passar por um distúrbio psiquiátrico na vida³. Problemas de saúde mental são responsáveis por elevada mortalidade e incapacidade, representando 8,8% e 16,6% da totalidade de doenças devido a condições de saúde em países de baixa e média renda, respectivamente, e até 2030, a depressão será a segunda doença mais incidente em países subdesenvolvidos⁴. Segundo estudo de Weich e Lewis⁵, doenças mentais são mais prevalentes em indivíduos com um baixo padrão de renda, independente da classe social ocupacional. Este é um aviso de alerta para se buscar alternativas no manejo e tratamento medicamentoso das pessoas que sofrem de qualquer tipo de transtorno psiquiátrico.

A Esquizofrenia é um transtorno mental e crônico que afeta a maneira de pensar e o comportamento de uma pessoa, incapacitando uma resposta emocional coerente e afetando sua vida num todo⁶. Transtornos mentais graves, como a esquizofrenia, atingem cerca de 5 milhões de brasileiros, e apesar de existir tratamento para os sintomas da esquizofrenia, é uma doença com quadro crônico e de difícil tratamento⁷.

A depressão é um problema de saúde pública evidenciada pelo comprometimento das atividades cotidianas do indivíduo, principalmente nos relacionamentos sociais⁸. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que hoje em dia, 350 milhões de pessoas convivam com depressão, sendo as mulheres mais afetadas⁹.

O Transtorno de Humor Bipolar (THB) é uma doença crônica grave que provoca alterações repentinas e recorrentes no comportamento. Essa doença envolve características da depressão e da esquizofrenia, motivo pelo qual era antes denominada Transtorno Maníaco Depressivo¹⁰. De acordo com a OMS, o THB é a sexta causa de incapacidade e a terceira entre as doenças mentais, logo após depressão e esquizofrenia².

O custo de doenças psiquiátricas é alto. Apenas em 2013, a esquizofrenia gerou um custo de R\$ 1,07 bilhão para o país, com um gasto médio de R\$ 12.108,00 por paciente⁶. Segundo Simas e Werlang¹¹, o uso de psicofármacos vem em crescimento nos últimos anos, o que demonstra um aumento de diagnóstico de transtornos psiquiátricos na população. O Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) Relações Municipais de Medicamentos (REMUME), as quais apresentam alternativas farmacológicas para atender as necessidades da população em questão¹². Os medicamentos designados a essas listas têm como modelo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais da OMS, chamada de RENAME, existente desde 1977, e são selecionados a partir da relevância à saúde pública, de evidências em eficácia e segurança e de custo-benefício, com a intenção de garantir qualidade, informação adequada e amplo acesso dos mesmos aos cidadãos¹³. Essa lista deve ser atualizada bianualmente¹⁴.

Os medicamentos oferecidos pelo Sistema Público são divididos em três categorias. A primeira é o Componente Básico, o qual apresenta medicamentos e insumos destinados ao tratamento precoce e adequado de doenças mais comuns e/ou prioritárias na população brasileira, que são passíveis de atendimento em nível básico. A segunda categoria é o Componente Estratégico, o qual é destinado à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e ao controle de doenças e agravos de perfil endêmico, de risco epidemiológico para a população, como por exemplo, HIV/AIDS, tuberculose, influenza, entre outros. A terceira e última categoria é o Componente Especializado, o qual é destinado ao tratamento de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico com alto custo unitário¹⁵.

Estudos que avaliaram a prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo, incluindo medicamentos para saúde mental, demonstraram que a falta de acesso ao medicamento é um dos motivos pelo qual o paciente acaba retornando aos serviços de saúde, levando ao aumento de gastos com a atenção secundária e terciária e ao agravamento do quadro clínico em que o paciente se encontra. Tendo em vista que a maioria da população atendida no serviço público de saúde é de baixa renda, a única alternativa de acesso aos medicamentos de uso próprio é através da obtenção gratuita¹⁶.

Muitas vezes o único acesso ao medicamento acaba se dando através de recursos próprios, acarretando em altos gastos, podendo comprometer necessidades básicas. Os medicamentos considerados essenciais pela OMS, deveriam estar disponíveis em quantidade suficiente para atender a população. Infelizmente, a disponibilidade de medicamentos ainda é limitada no setor público, fazendo com que um medicamento relevante para tratamento de doenças crônicas esteja indisponível por cerca de 3 meses do ano¹⁷. Isso acaba comprometendo o acesso regular a medicamentos de uso contínuo, especialmente para a população de menor poder aquisitivo, o que reforça a necessidade de um olhar cuidadoso nesse sentido¹⁶. Além disso, no cotidiano das internações psiquiátricas, grande parte dos pacientes necessitam suspender e/ou alterar pelo menos um dos medicamentos de uso prévio, sujeitos a controle especial da Relação Municipal de Medicamentos de Porto Alegre (REMUME-POA), por um ou mais medicamentos não constantes nesta seleção. Observando este contexto, o objetivo deste estudo foi identificar os medicamentos não pertencentes à REMUME de Porto Alegre que foram prescritos aos pacientes internados na Unidade Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

2 METODOLOGIA

Estudo descritivo, com análise retrospectiva no período de junho de 2017 a junho de 2018 de pacientes admitidos na internação psiquiátrica do HCPA encaminhados pela rede pública e privada. Dentro dos critérios utilizados pela farmácia clínica do HCPA para acompanhamento de pacientes internados na unidade psiquiátrica, é preconizado a conciliação de todos os pacientes admitidos. A média de internações mensais é de 25 internações. A partir do sistema informatizado AGHUse (Aplicativos para Gestão dos Hospitais Universitários), foram verificadas através da anamnese da equipe de enfermagem, os medicamentos utilizados e o número de medicamentos de uso contínuo sujeitos a controle especial em uso pelo paciente, para posterior transcrição para o formulário de conciliação de medicamentos (anexo 2) e comparação destes com a prescrição de alta hospitalar. Foi criado um banco de dados no excel, no qual constaram as seguintes variáveis sócio-demográficas não identificáveis: gênero, idade, escolaridade e ocupação. Através do prontuário eletrônico, foi verificado o percentual de pacientes advindos de forma pública e privada, e a análise de dados foi feita através do pacote estatístico SPSS versão 21.0.

Foram incluídos no estudo pacientes maiores de 18 anos admitidos na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com pelo menos uma comorbidade psiquiátrica constante no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5)¹⁸, residentes em Porto Alegre, e em uso de psicofármacos e com tempo mínimo de internação de 7 dias. Foram excluídos do estudo os pacientes que não faziam uso prévio de psicofármacos ou quando a condição clínica do paciente não permitiu a coleta de informações adequadas para a realização da anamnese devido a quadro delirante ou similar do paciente.

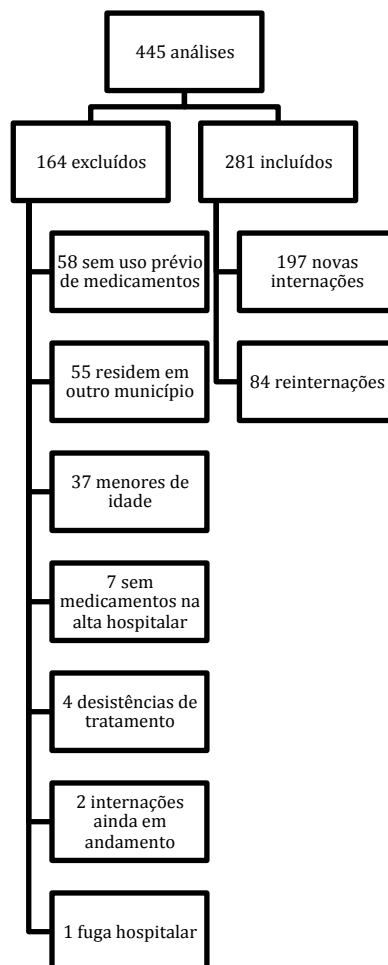
O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) do HCPA de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde com o parecer nº 2.921.289 (anexo 3).

3 RESULTADOS

Foram analisados os prontuários eletrônicos de junho de 2017 a junho de 2018 do serviço de psiquiatria de um hospital geral de Porto Alegre (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma dos prontuários analisados



Fonte: do autor.

Os transtornos psiquiátricos foram agrupados da seguinte forma: transtornos neurocognitivos, que incluem doença de Alzheimer, demência e

autismo; transtornos do neurodesenvolvimento, que incluem retardo mental e epilepsia; transtornos aditivos, que incluem abuso de opioides e substâncias psicoativas; e outros transtornos, que incluem psicose, anorexia e transtornos de personalidade (Tabela 1).

Tabela 1: Variáveis sócio-demográficas

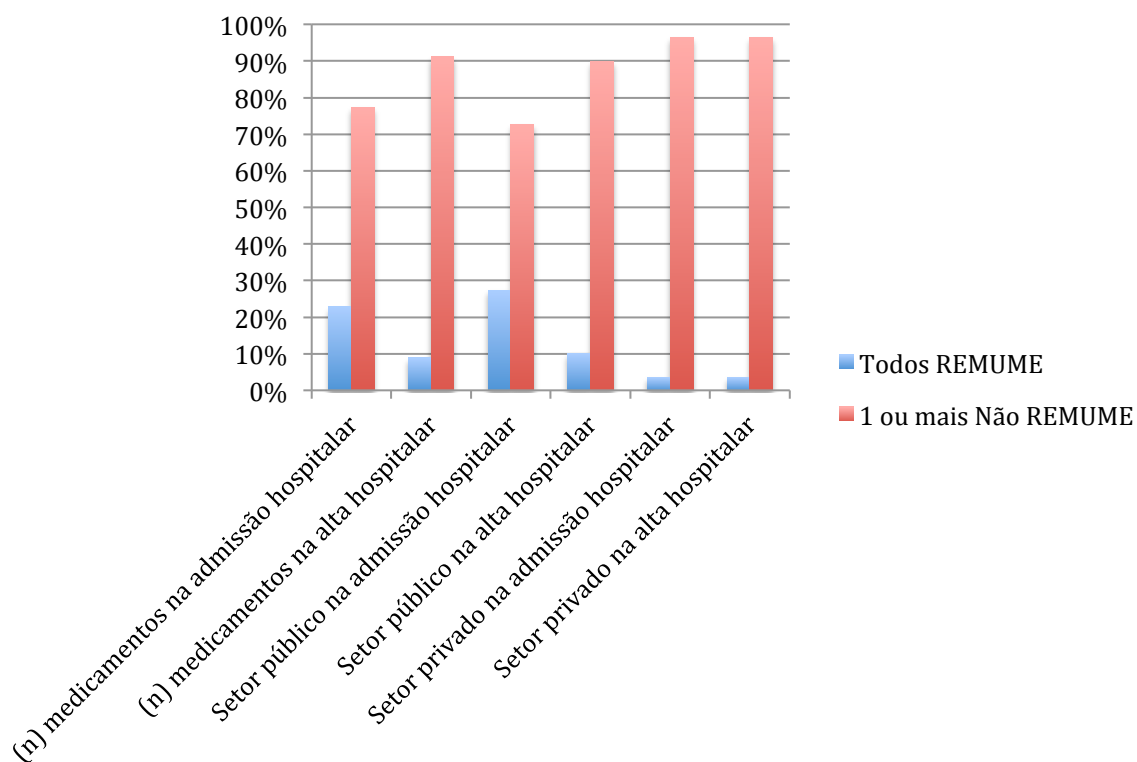
Prontuários Analisados	281	
Idade		
18 a 35 anos	75	26,7%
36 a 65 anos	159	56,6%
>65 anos	47	16,7%
Sexo		
feminino	155	55,2%
masculino	126	44,8%
Escolaridade		
nenhum	16	5,7%
1 grau incompleto	90	32%
1 grau completo	33	11,7%
2 grau incompleto	18	6,4%
2 grau completo	54	19,2%
Superior incompleto	27	9,6%
Superior completo	43	15,3%
Motivo de internação		
depressão	97	34,5%
transtorno de humor bipolar	77	27,4%
esquizofrenia	51	18,1%
outros transtornos	33	11,7%
transtorno neurocognitivo	18	6,4%
transtorno aditivo	5	1,8%
Setor		
público	226	80,4%
privado	55	19,6%

Fonte: do autor.

Na admissão hospitalar, foram observados um total de 855 medicamentos prescritos na unidade psiquiátrica. Destes, 481 (56,3%) fazem parte da relação Municipal de Medicamentos de Porto Alegre (REMUME), enquanto 374 (43,7%) não fazem parte. Na alta hospitalar, houve um total de 662 medicamentos prescritos, sendo que 279 (42,1%) fazem parte da lista, enquanto 383 (57,9%) não fazem parte.

Do total de 281 pacientes internados, 12,8% foram admitidos no hospital utilizando de 5 a 9 medicamentos de uso contínuo. Na alta hospitalar, apenas 3,5% dos pacientes utilizavam 5 medicamentos ou mais.

Dos 281 pacientes analisados, na admissão hospitalar, 64 (22,8%) tinham todos os medicamentos prescritos presentes na REMUME, enquanto 217 (77,2%) utilizavam no mínimo 1 medicamento não presente na lista. Na alta hospitalar, apenas 25 (8,9%) pacientes possuíam prescrições médicas somente com medicamentos REMUME, enquanto 256 (91,1%) saíram com no mínimo 1 medicamento não presente na lista. Dos 226 pacientes internados no setor público, somente 23 utilizavam medicamentos que estavam presentes na lista, e 203 utilizavam pelo menos 1 medicamento não presente na REMUME (Gráfico



1).

Gráfico 1: Medicamentos REMUME e Não REMUME na admissão e alta hospitalar

Fonte: do autor.

Dos medicamentos pertencentes à REMUME, entre os medicamentos

mais usados estão ácido valproico, carbonato de lítio, clonazepam, clorpromazina, diazepam, fluoxetina e haloperidol. Destes, houve uma diminuição significativa na prescrição de alta hospitalar da Clorpromazina e do Diazepam.

Dos medicamentos não pertencentes à REMUME, entre os mais utilizados estão aripiprazol, bupropiona, citalopram, clozapina, duloxetina, escitalopram, lamotrigina, mirtazapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, sertralina, trazodona, venlafaxina e zolpidem. Destes, houve um aumento na prescrição de alta hospitalar de clozapina, escitalopram, lamotrigina, mirtazapina, olanzapina, quetiapina, venlafaxina e zolpidem.

3.1 DADOS DO SETOR PRIVADO

Dos medicamentos pertencentes à REMUME, os que estiveram presentes em número maior de prescrições: Ácido Valproico, Diazepam e Haloperidol, e obtiveram um aumento de 10%, 1,1% e 2,1% respectivamente. O Biperideno esteve presente em 5,8% das prescrições de admissão hospitalar, porém não houve prescrições do mesmo na alta hospitalar. A clorpromazina não esteve presente tanto nas prescrições da admissão quanto nas de alta hospitalar dos pacientes oriundos do setor privado. Os seguintes medicamentos foram observados em menor número de prescrições no momento da alta: carbonato de lítio, clonazepam e fluoxetina, e obtiveram uma diminuição de 0,7%, 5,1% e 1,8% respectivamente.

A respeito dos medicamentos não pertencentes à REMUME, os seguintes estiveram presentes em número maior de prescrições: bupropiona, escitalopram, quetiapina, sertralina e venlafaxina, e obtiveram um aumento de 12,4%, 1,5%, 5,8%, 1,4% e 1,5% respectivamente. Aripiprazol e duloxetina não estiveram presentes nas prescrições de admissão e de alta hospitalar. Os medicamentos observados em menor número de prescrições no momento da alta foram: citalopram, clozapina, risperidona, trazodona e zolpidem, sendo que os dois primeiros obtiveram uma diminuição de 1%, seguidos de 0,4%, 1,8% e 0,6%

respectivamente.

3.2 DADOS DO SETOR PÚBLICO

Dos medicamentos pertencentes à REMUME, houve diminuição nas prescrições de alta hospitalar de clorpromazina e diazepam, enquanto nos medicamentos não pertencentes a lista da REMUME, houve aumento de prescrições dos seguintes fármacos: bupropiona, clozapina, duloxetina, escitalopram, lamotrigina, mirtazapina, quetiapina e zolpidem (Gráfico 2 e 3, respectivamente).

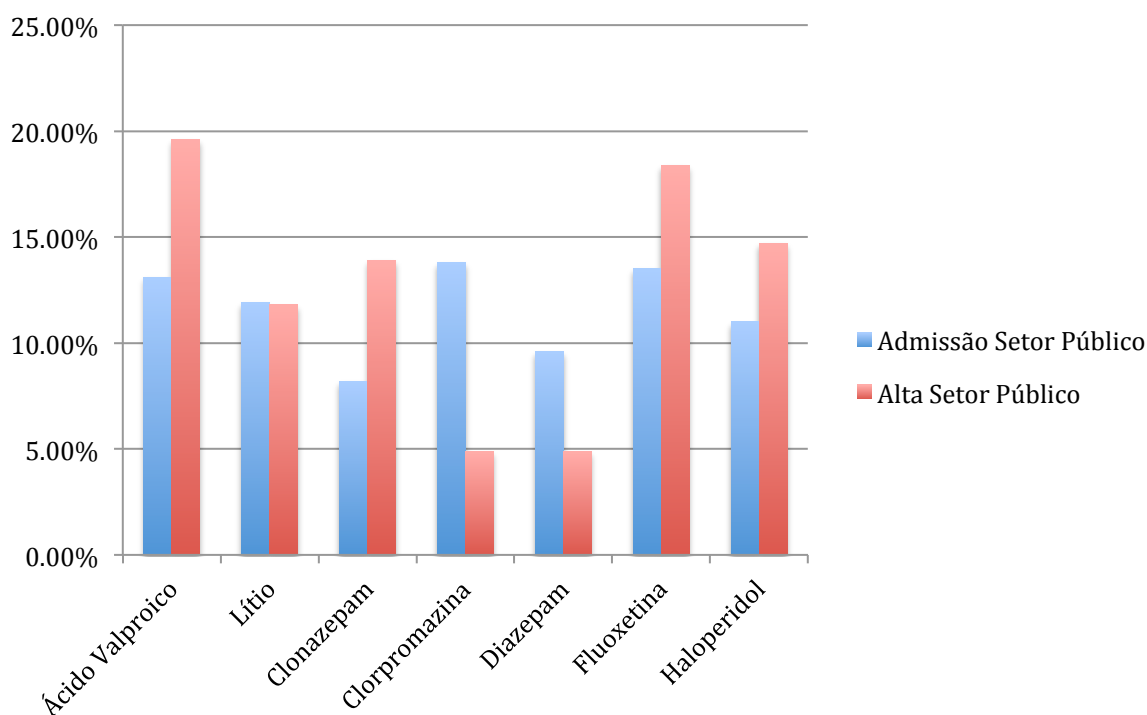


Gráfico 2: Medicamentos na admissão e na alta hospitalar do setor público presentes na lista REMUME.

Fonte: do autor.

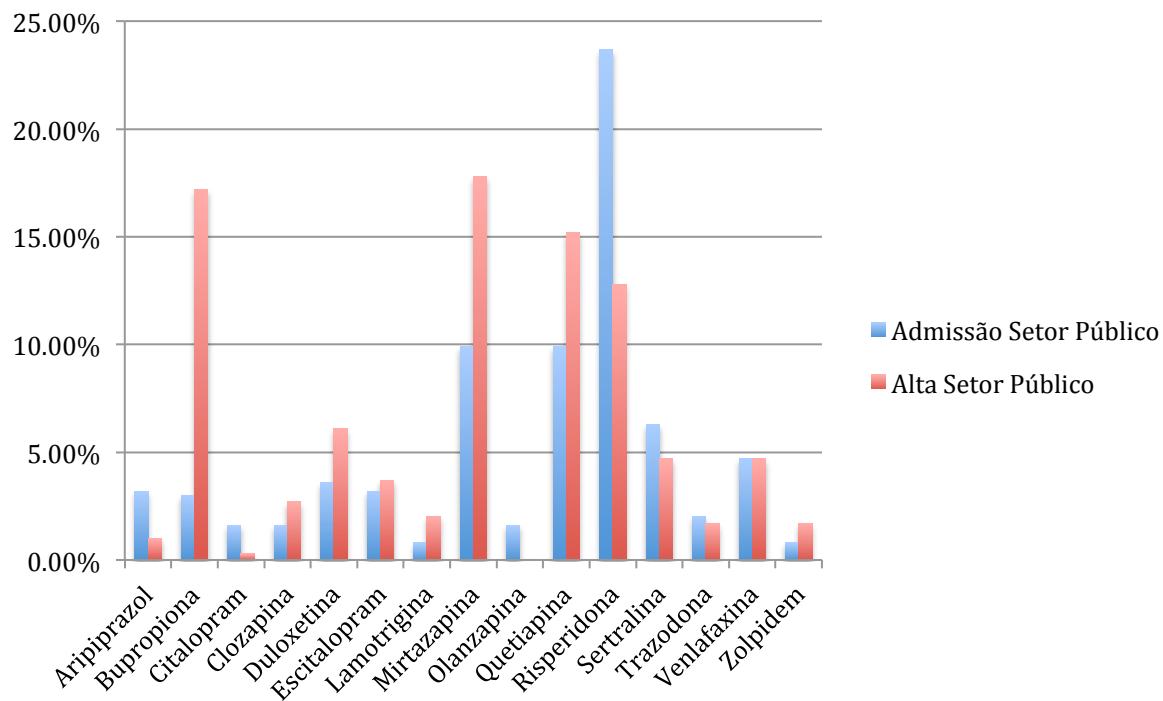


Gráfico 3: Medicamentos na admissão e na alta hospitalar do setor público não presentes na lista REMUME.

Fonte: do autor.

4 DISCUSSÃO

Observou-se no presente estudo uma diminuição no número de medicamentos prescritos na alta hospitalar. Entretanto, houve aumento no número de itens prescritos que não fazem parte da relação municipal de medicamentos de Porto Alegre (REMUME-POA). Estudos relatam que medicamentos utilizados como segunda linha de tratamento em transtornos psiquiátricos não estão disponíveis nas relações de medicamentos municipais, e mesmo assim acabam sendo prescritos pelos médicos¹¹.

Foi observado que 32,9% dos pacientes que reinternaram utilizaram ao menos um medicamento não constante na REMUME. No tratamento de transtorno de humor bipolar, por exemplo, é recomendado o uso de carbonato de lítio como primeira linha de tratamento. No entanto, a conduta terapêutica mais eficaz, é a associação de carbonato de lítio com risperidona, sendo este último um medicamento que não está contemplado na lista¹⁹. Já no tratamento da esquizofrenia, a primeira escolha de tratamento é haloperidol ou clorpromazina, medicamentos presentes na lista, mas a clozapina é considerada superior para o tratamento de pacientes não responsivos a outros antipsicóticos²⁰. Ou seja, no caso de pacientes que não respondam à primeira linha de tratamento, o próximo tratamento recomendado não se encontra na lista, exigindo que o paciente adquira o medicamento através de processo administrativo, ou, até mesmo, processo judicial. Esse procedimento pode dificultar o acesso ao medicamento, a adesão do paciente ao tratamento e até mesmo levar a reinternação hospitalar, uma vez que pacientes psiquiátricos apresentam maior vulnerabilidade devido à própria doença²¹.

Há um termo utilizado em hospitais psiquiátricos britânicos chamado de “revolving door” – ou em português, “porta giratória” – que se refere ao movimento contínuo de entradas e saídas de usuários, fazendo uma referência às repetidas reinternações dos pacientes nas instituições psiquiátricas²². Bezerra e Dimenstein²³ apontam o questionamento da existência de um significativo número de reinternações em hospitais psiquiátricos, dentre eles, o

tratamento e uso irregular de medicamentos. Uma das justificativas é o fato de o usuário não ter acesso ao serviço de tratamento psiquiátrico ou não aderir ao tratamento medicamentoso, uma vez que pesquisas apontaram a interrupção da medicação estar diretamente relacionada com a alta taxa de reinternação hospitalar²³.

Segundo Machado²⁴, o tempo médio de uma internação psiquiátrica conveniada ao Sistema Único de Saúde é de 30 dias, o que onera fortemente o Sistema Público de Saúde, especialmente quando se trata de reinternações de pacientes psiquiátricos.

Existem suposições a respeito das prescrições com medicamentos que não fazem parte da REMUME, como por exemplo, o desconhecimento pelo prescritor dos medicamentos disponíveis no município, a inadequação da lista por não contemplar adequadamente as necessidades terapêuticas dos pacientes, ou a restrição imposta pela lista, que disponibiliza um único representante para algumas classes terapêuticas²⁵.

É importante enfatizar o tratamento medicamentoso como um passo essencial para prevenir o ciclo das reinternações hospitalares. Para se obter um aumento da adesão à REMUME, é necessário que a atualização periódica da lista seja regulada com maior integração entre os hospitais e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. É necessário ter um olhar crítico e amplo para entender os motivos pelos quais existe o aumento do uso dos medicamentos que não estão presentes na REMUME, para posteriormente ter uma lista que contemple as necessidades dos pacientes. Gerando essa troca de informações, é possível complementar a revisão periódica da lista com uma avaliação econômica mais robusta, ou seja, que contemple tanto a comparação entre duas ou mais alternativas possíveis, como também a avaliação simultânea de custos e resultados de diferentes linhas de tratamento possíveis para a mesma doença. Desta forma, entende-se ser esta uma alternativa para evitar o fenômeno da “porta-giratória”.

REFERÊNCIAS

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR et al. No health without mental health. *The Lancet*, 2007; 370(9590):859-877.
2. Murray CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease*. 1st ed. Boston: Harvard School of Public Health; 1997.
3. World Health Organization. *World Health Statistics*. Geneva: WHO Statistical Information System (WHOSIS); 2010.
4. Rathod S, Pinninti N, Irfan M, Gorczynski P, Rathod P, Gega L. et al. Mental Health Service Provision in Low- and Middle-Income Countries. *Health Services Insights*, 2017; 10.
5. Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ* 1998; 317: 115-9.
6. Tay-Teo K, Pezzullo L, Violin BB, Dias T, Pititto L, Guarniero F. O custo da recaída do tratamento da esquizofrenia no Brasil. *J Bras Econ Saúde*, 2014; 6(2):102-105.
7. Bayer, Flores B. Hospitalizações por Esquizofrenia no Rio Grande do Sul, 2009-2011. Porto Alegre, 2014. Disponível em <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/106848/000944396.pdf?sequence=1>. Acessado em 18 de novembro de 2018.
8. Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, Lopes CS, Menezes PR, Kinoshita RT. Prevalência do Autorrelato de Depressão no Brasil: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2015; 18 (suppl 2):170-180.

9. Abelha L. Depressão, uma questão de saúde pública. Cad. Saúde Coletiva, 2014; 22(3):223.
10. Malta DL, Cafieiro GM. Transtorno Afetivo Bipolar. Revista Brasileira de Ciências da Vida, 2017; [S.I.], v. 6, n. 1.
11. Simas BR, Werlang MC. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. Ciências & Saúde Coletiva. 2013, 18(11):3291-3300.
12. Bonfim, JAA. Análise da prescrição de fármacos não constantes da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do Município de São Paulo [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
13. Kar SS, Pradahn HS, Mohanta GP. Concept of Essential Medicines and Rational Use in Public Health. Indian Journal of Community Medicine, 2010; 35(1): 10-13.
14. RENAME, 2010. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 7ª edição. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renome_2010.pdf. Acessado em 17 de novembro de 2018.
15. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumo Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2017. Brasília/DF:2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acessado em 27 de maio de 2018.
16. Paniz VMV, Fassa ACG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, 2008; 24(2):267-280.

17. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2): 149–56.
18. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª edição – DSM-5. Porto Alegre: Artmed 2014.
19. PORTARIA no 315, DE 30 DE MARÇO DE 2016. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I, Ministério da Saúde. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_TranstornoAfetivoBipolar_Tipol.pdf. Acessado em 17 de novembro de 2018.
20. PORTARIA SAS/MS no 364, de 9 de abril de 2013. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esquizofrenia. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-esquizofrenia-livro-2013.pdf>. Acessado em 17 de novembro de 2018.
21. Gama CAP, Campos RTO, Ferrer AL. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2014; vol 17, no.1.
22. Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL Jr, Davis JM, Lewis DA et al. Predicting the “Revolving Door” Phenomenon Among Patients With Schizophrenic, Schizoaffective, and Affective Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1995; 152(6), 856-961.
23. Bezerra CG, Dimenstein M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental* 2011; vol.9 no.16.
24. Machado V, Santos MA. Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2011

60(1):16-22.

25. Pizzol TSD, Trevisol DJ, Heineck I, Flores LM, Camargo AL, Koenig A et al. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. Caderno de Saúde Pública, 2010; 26(4):827-836.

ANEXO 1
Normas da Revista “Clinical & Biomedical Research”

Normas da Revista

Instructions for authors

AND POLICY

Clinical and Biomedical Research (CBR), formerly “Revista HCPA”, is a scientific publication from Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) and the School of Medicine of Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS). It is a free access scientific periodic that aims to publish papers from all relevant areas in the Health Sciences, including clinic and basic research. The selection criteria for publication include: originality, relevance of the theme, methodological quality, and adequacy to the journals’ editorial norms. CBR supports the policies for the registration of clinical trials of the World Health Organization (WHO) [<http://www.who.int/ictrp/en/>] and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) [<http://www.icmje.org/>]. Therefore, CBR will only accept clinical research articles that have received an identification number from the Brazilian Clinical Trials Registry (*Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos - ReBEC*) [<http://www.ensaioclinicos.gov.br>] or other official database dedicated to the registry of clinical trials.

All published articles are reviewed by peers in a double-blind fashion. Once the article is accepted for publication, its copyrights are automatically transferred to the journal. The content of manuscripts submitted for publication to CBR implies that it has not been published previously and that it has not been submitted to another journal. To be published elsewhere, even in part, articles published in CBR require written approval of the editors. The concepts and declarations contained in the papers are the authors’ full responsibility. The articles may be written in Portuguese, English, or Spanish. The submissions in English are strongly encouraged by the editors. The manuscript should fit into one of the different categories of articles published by the journal, as follows:

FORM AND PREPARATION OF ARTICLES

The following categories of contributions will be considered for publication

Editorial

Critical and thorough review, prepared at the invitation of the editors, and submitted by an author with renowned knowledge on the subject. Editorials can have up to 1,000 words. This section may include the Journal's editorial of presentation, signed by the editor, besides special editorials that comprise requested collaborations about current themes or about articles published on the Journal.

Review Articles

Articles that aim to synthesize and critically evaluate the present knowledge on a particular theme. They should contain no more than 6,000 words. These articles should present an unstructured abstract, with no more than 200 words (except for systematic reviews – see abstract structure in 'Original Articles') and a comprehensive list, but preferably with no more than 80 references. Tables should be included in the same manuscript file (after references) and the figures should be submitted as additional documents in individual files.

Special Articles

Manuscripts exclusively requested by the editors, on a subject of scientific relevance, to authors with recognized expertise in the area, and that do not meet the criteria for Editorials.

Original Articles

Articles with unpublished research results, including full-length studies that contain all relevant information so that the reader may evaluate its results and conclusions, as well as replicate the research. Its formal structure should present the following topics: Introduction, Methods, Results and Discussion. The conclusions should be in the last paragraph of the Discussion, not requiring a specific section. Clinical implications and limitations of the study should be mentioned. For original articles, a structured abstract should be presented (Introduction, Methods, Results, and Conclusions) in Portuguese

and English, in cases where the article is not written entirely in English. The Abstracts (Portuguese, Spanish, or English) should not exceed 250 words. Articles submitted in this category should not exceed 3,000 words. Tables should be included together in the same manuscript file (after references) and figures should be submitted as an additional document in individual files.

Case Reports

Articles based on peculiar cases and brief comments on the importance of the case in relation to the existing knowledge in the field. They should contain up to 1,000 words, with a total of no more than two tables or figures and 15 references, once presenting a literature review is not the purpose of the reports. Their structure should present the following topics: Introduction, explaining the relevance of the case; Presentation of the case (Case Report), and Discussion. Case reports should describe novel or unusual findings, or offer new insights into a given problem. The content should be limited to facts relevant to the case. The confidentiality regarding patient identification is critical, so authors should not report any precise dates, initials, or any other information irrelevant to the case, but that may possibly identify the patient. Case reports should have an unstructured abstract with no more than 150 words. Tables should be included in the same manuscript file (after references) and figures should be sent as additional documents in individual files.

Case Reports: Images in Medicine

Section devoted to the publication of informative images, which are unusual and/or of broad interest in clinical situations. It should contain no more than 500 words and a total of 5 references. Two to three images (at a resolution of at least 300 dpi).

Letters

Opinions and comments on an article published in the Journal, on subjects of scientific relevance, and/or preliminary clinical observations. The text should be concise, with no more than 500 words. Only one table and one figure are allowed, and a maximum of five references. They should not have an

abstract.

Brief Communication

Brief Communications are original but preliminary or more specific research results that contain all relevant information so that the reader may evaluate its results and conclusions, as well as replicate the research. The structure is similar to original articles; however, the Abstracts (Portuguese, Spanish or English) should not exceed 150 words and the text should not exceed 1,200 words. A maximum of two Tables/Figures are accepted.

Supplements

In addition to regular issues, CBR publishes the supplement of the HCPA Science Week.

CONFLICTS OF INTEREST

Conflicts of interest arise when the author has financial or personal relationships that could inappropriately influence their professional judgment. These relationships may create favorable or unfavorable tendencies towards a paper and impair the objectivity of the analysis. Authors must disclose possible conflicts of interest and should be done at the time of submission of the manuscript. It is at the editor's discretion to decide whether this information should be published or not and whether to use it for editorial decisions. A common form of conflict of interest is the funding of research by third parties who may be companies, government agencies, or others. This obligation to the funding entity may lead the researcher to obtain tendentious results, inappropriately influencing (bias) their work. Authors should describe the interference of the funding entity at any stage of the research, as well as the form of funding, and the type of relationship established between the sponsor and the author. The authors may choose to inform the peer reviewers' names for which their article should not be sent, justifying themselves.

PRIVACY AND CONFIDENTIALITY

Information and pictures of patients that allow their identification should only be published with formal written authorization of the patient, and only when necessary for the purpose of the study. For formal authorization, the patient must know the content of the article and be aware that this article may be made available on the Internet. If in doubt about the possibility of identifying a patient, such as in the case of photos with stripes over the eyes, a formal authorization should be obtained. In the case of distortion of data to prevent identification, authors and editors should ensure that such distortions do not compromise the results of the study.

EXPERIENCES WITH HUMANS AND ANIMALS

All content related to research with humans and animals must have previous approval by the Research Ethics Committee or the Animal Ethics Committee, respectively. The works should be in accordance with the recommendations of the Declaration of Helsinki (current or updated), the CNS Resolution n. 466/2012 and its complementary regulations, as well as the Law n. 11.794/2008 for studies in animals. It is important to indicate the number of the project's registration in the respective Committee or Ethics Committee, as well as in the National Committee for Research Ethics, if applicable.

PREPARATION OF THE ARTICLE

The registration on the system as author and subsequent access with login and password are mandatory to submit and verify the status of submissions.

Identification: must include: a) Title of the article, clear and concise. Do not use abbreviations. There should be a version of the reduced title to appear in the header as well as a title in the English language; b) Authors' full names; c) Institution and the sector or unit of the institution to which each author is affiliated (personal titles and positions held should not be mentioned); d) Indication of the corresponding author, accompanied by the electronic address; e) If it has been presented at a scientific meeting, the name of the event, the place, and the date of completion should be indicated.

THE NAMES OF ALL THE AUTHORS OF THE MANUSCRIPT SHOULD BE INDICATED IN

THE SYSTEM

Abstract and Keywords: The articles should have an abstract in English. Check the structure and the number of words described for each specific type of article (see above). The structured abstracts, required only for original articles, should present the name of the subdivisions that make up the formal structure of the article at the beginning of each paragraph (Introduction, Methods, Results and Conclusions). The keywords - expressions that represent the subject of the paper - should be in number from 3 to 10, provided by the author, based on the DeCS (Health Sciences Descriptors) published by Bireme, which is a translation from the MeSH (Medical Subject Headings) from the National Library of Medicine, available in the following electronic address: <http://decs.bvs.br>.

Manuscript: it must conform to the structure required for each category of article. Text citations and references cited in the legends of tables and figures should be numbered consecutively in the order they appear in the text, with Arabic numerals. References should be cited in the text as in the example: Reference¹.

Tables: they should be numbered consecutively, with Arabic numerals, in the order they were cited in the text, and headed by a suitable title. They should be cited in the text, but duplicated information should be avoided. The tables, with titles and footnotes, should be self-explanatory. The abbreviations should be specified as footnotes without numerical indication. The remaining footnotes should be numbered in Arabic numerals and written in superscript.

Figures and charts: Illustrations (photographs, charts, drawings, etc.) should be sent in separate articles, in JPG format (at a high resolution – at least, 300 dpi). They should be numbered consecutively with Arabic numerals, in the order they are cited in the text and should be clear enough for reproduction and in the same language as the text. Photocopies will not be accepted. If there are figures extracted from other previously published studies, the authors should provide a written permission for their reproduction. This

authorization shall accompany the manuscripts submitted for publication. The figures must have a title and subtitle (if necessary), which should both precede the figure itself.

Abbreviations: abbreviations must be explained at first mention. On the rest of the article, it is not necessary to repeat the full name.

Name of medications: the generic name should be used.

In case of citing appliances/equipment: all appliances/equipment cited should include model, manufacturer's name, state, and country of manufacture.

Acknowledgements: should include the collaboration of people, groups, or institutions that have contributed to the study, but whose contributions do not justify their inclusion as authors; this item should also include the acknowledgements for financial support, technical assistance, etc. This item should come before the references.

Conflicts of interest: If there is any conflict of interest (see above), it should be declared. In case there is not, place in this section: "The authors declare no conflicts of interest"

References: should be numbered consecutively, in the order in which they are mentioned in the text, and identified with Arabic numerals. The presentation must be based on a format called "Vancouver Style", as the examples below, and the titles of journals should be abbreviated according to the style presented by the List of Journal Indexed in Index Medicus, from the National Library of Medicine, available at: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>. The authors should ensure that the cited references in the text appear in the reference list with exact dates and authors' names correctly spelled. The accuracy of references is the authors' responsibility. Personal communications, unpublished or unfinished articles could be cited when absolutely necessary, but should not be included in the reference list and only cited in the text. The submission of the unpublished works mentioned in the manuscript may be requested at the

discretion of the editors.

Examples of citing references:

Journal articles (from one to six authors)

Almeida OP. A autoria de artigos científicos: o que fazem os tais autores? Rev Bras Psiquiatr. 1998;20:113-6.

Journal articles (more than six authors)

Slatopolsky E, Weerts C, Lopez-Hilker S, Norwood K, Zink M, Windus D, et al. Calcium carbonate as a phosphate binder in patients with chronic renal failure undergoing dialysis. N Engl J Med. 1986;315:157-61.

Articles without the author's name

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994;84:15.

Books

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Chapters from a book

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Books in which editors (organizers) are authors

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Theses

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Papers presented at conferences

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Electronic Journal Articles

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens]. Available from: [URL:http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm](http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm). Other types of reference should follow the document International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Sample References (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

Technical requirements

Microsoft Word document (.doc or .rtf), singled space, font size 12, 2-cm margins in each side, title page, abstract and descriptors, text, acknowledgements, references, tables and legends, and the figures should be sent in jpg or tiff at a resolution of at least 300 dpi.

ANEXO 2
Ficha de Conciliação de Medicamentos

ANEXO 3

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa