

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa De Pós-Graduação Em Saúde Pública

Natália Patrícia Batista Torres

**CONSUMO DE ANTIDEPRESSIVOS EM ADULTOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Belo Horizonte

2020

Natália Patrícia Batista Torres

**CONSUMO DE ANTIDEPRESSIVOS EM ADULTOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública nível mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Assis Acurcio
Co-orientadora: Prof. Dra. Juliana Alvares Teodoro

Área de concentração: Saúde Pública

Belo Horizonte

2020

T683c Torres, Natália Patricia Batista.
Consumo de antidepressivos em adultos usuários da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde [manuscrito]. / Natália Patricia Batista Torres. - Belo Horizonte: 2020.
123f.: il.
Orientador (a): Francisco de Assis Acurcio.
Coorientador (a): Juliana Alvares Teodoro.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Antidepressivos. 2. Depressão/Tratamento Farmacológico. 3. Estudos Transversais. 4. Farmacoepidemiologia. 5. Uso de Medicamentos. 6. Atenção Primária à Saúde. 7. Sistema Único de Saúde. 8. Fatores Socioeconômicos. 9. Dissertação Acadêmica. I. Acurcio, Francisco de Assis. II. Teodoro, Juliana Alvares. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: QV 77.5

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitora: Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Fábio Alves da Silva Júnior

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Mario Fernando Montenegro Campos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Profa. Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação: Profa. Eli Iola Gurgel Andrade

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública: Profa. Luana Giatti Gonçalves

Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública: Profa. Lidyane do Valle Camelo

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública:

Profa. Eli Iola Gurgel Andrade

Profa. Luana Giatti Gonçalves (Titular) – Profa. Lidyane do valle camelo (Suplente)

Profa. Sandhi Maria Barreto (Titular) – Prof. Antonio Luiz Pinho Ribeiro (Suplente)

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia (Titular) – Profa. Ilka Afonso Reis (Suplente)

Profa. Ada Ávila Assunção (Titular) – Profa. Adriane M. de Medeiros (Suplente)

Profa. Alaneir de Fátima dos Santos (Titular) – Prof. Rafael Moreira Claro (Suplente)

Thaís Cristina Marquezine Caldeira – (Representante discente Titular)

Cecília Nogueira Rezende (Representante discente Suplente)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

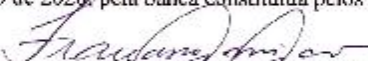
FOLHA DE APROVAÇÃO

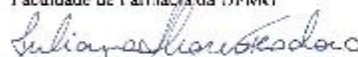
CONSUMO DE ANTIDEPRESSIVOS EM ADULTOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE


NATÁLIA PATRÍCIA BATISTA TORRES

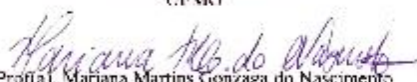
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 17 de fevereiro de 2020, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a) Francisco Es. Assis Azeiteiro - Orientador
Faculdade de Farmácia da UFMG


Prof(a) Juliana Alves Teodoro - Coorientadora
UFMG


Prof(a) Antônio Ignácio de Loyola Filho
UFMG


Prof(a) Mariana Martins Gonzaga do Nascimento
UFMG

Belo Horizonte, 17 de fevereiro de 2020.

AGRADECIMENTOS

A Deus, causa primária de todas as coisas, por me ter me proporcionado tantas oportunidades ao longo de minha existência e por sempre abrir minha mente para nunca desistir dos desafios e perseverança para percorrer os caminhos mais difíceis.

A minha família, principalmente minha mãe, Cláudia, pelo amor incondicional e incentivo sempre. Não chegaria a lugar algum sem sua luta e apoio. Agradeço a minha família do coração, Duda e Jonatas, por me aturarem e me apoiarem nos momentos de fragilidade.

A Jonatas, meu parceiro e suporte em todos os momentos. Obrigada por acreditar em mim mais que eu mesma e por toda a construção que temos feito lado a lado.

Aos meus orientadores, Chico e Juliana, por acreditarem em mim e me descortinarem um universo instigante, mas até então obscuro.

A Dra. Patrícia, por cuidar da minha saúde mental com o carinho da homeopatia nesses dois anos de aprendizado intenso.

Ao meu grande exemplo de fé e dedicação ao SUS, Carminha, por me mostrar todos os dias que nossa luta por assistência farmacêutica digna para todos vale a pena!

As minhas amigas e amigos, por estarem sempre ao meu lado e compreenderem minhas ausências. Especialmente Silvinha, Marina, Isabella, pela leitura do meu trabalho e pelos conselhos carinhosos!

A todos que caminham comigo na busca da consolidação de uma saúde pública e de qualidade chamada Sistema Único de Saúde. Seguiremos na luta!

*“The worst part about having a mental illness is
people expect you to behave as if you don’t.”
(JOKER, 2019)*

RESUMO

Este estudo teve por objetivo estimar a prevalência de uso de antidepressivos nos últimos 30 dias em adultos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde e fatores associados. Este trabalho integra a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil – Serviços, estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, realizado por meio de questionários aplicados em unidades básicas de saúde e nos locais de entrega de medicamentos. Foram realizadas 8.803 entrevistas, nas cinco regiões brasileiras, de julho a dezembro de 2014. A variável resposta foi o uso de antidepressivos. Foi realizada análise descritiva da população estudada e dos antidepressivos utilizados, assim como foi investigada a associação entre o uso de antidepressivos e variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e relacionadas ao estilo de vida, por meio de regressão logística. A prevalência de uso de antidepressivos foi de 6,8% (IC 95% 6,2 - 7,3). Entre os usuários que autorrelataram diagnóstico prévio de depressão e estar extremamente deprimido/ansioso, apenas 29,4 e 24,4%, respectivamente, relatou uso de antidepressivos, sugerindo uma provável subutilização. Os medicamentos mais utilizados foram fluoxetina (37,9%), amitriptilina (26,1%) e sertralina (10,1%). Após todos os ajustes, observou-se que a chance de uso de antidepressivos é maior em pessoas do sexo feminino, na faixa etária entre 18 e 44 anos, pertencentes às classes A e B, de cor/raça branca, que autorrelataram diagnóstico de depressão e estado deprimido/ansioso, em polifarmácia e uso de psicotrópicos, que não foram internadas no ano anterior e abstêmias. A prevalência de uso de antidepressivos encontrada é menor que nos Estados Unidos e Europa, mas está de acordo com outros estudos realizados no Brasil. Os fatores associados ao uso de antidepressivos encontrados em nosso estudo são consistentes com os reportados pela literatura. Os achados sugerem que pode haver iniquidade de acesso ao tratamento medicamentoso da depressão no Sistema Único de Saúde. Embora haja no Brasil um sistema de saúde de acesso universal, as iniquidades encontradas, principalmente para indivíduos não brancos e pertencentes às classes sociais menos favorecidas, apontam que é necessário aprimorar ações que assegurem acesso ao tratamento dos transtornos depressivos pelos usuários da atenção primária que dele necessitem.

DeCS: Antidepressivos; Depressão, tratamento farmacológico; Estudos transversais; Farmacoepidemiologia; Uso de medicamentos; Atenção primária à saúde; Sistema Único de Saúde; Fatores socioeconômicos.

ABSTRACT

The aim of this study was to estimate the prevalence of antidepressant use in the last 30 days in adult primary care users of the Brazilian National Health System. Additionally, we investigated the association between antidepressant use and selected characteristics. This work is part of the National Survey on Access, Use and Promotion of the Rational Use of Medicines in Brazil - Services, a cross-sectional, evaluative and exploratory study conducted through questionnaires applied to basic health units and medicine dispensing services. We conducted 8.803 interviews in the five Brazilian regions from July to December 2014. The response variable was the use of antidepressants. We performed a descriptive analysis of the population studied and the antidepressants. We measured the association between antidepressant use and demographic, socioeconomic, clinical and lifestyle-related variables through logistic regression. The prevalence of antidepressant use was 6.8% (95% CI 6.2 - 7.3). Among users who self-reported a previous diagnosis of depression and being extremely depressed / anxious, only 29.4 and 24.4%, respectively, reported using antidepressants, suggesting a probable underuse. The most used drugs were fluoxetine (37.9%), amitriptyline (26.1%) and sertraline (10.1%). After all adjustments, multivariate analysis found that the use of antidepressants is more likely in females, aged between 18 and 44 years, higher socioeconomic status, white ethnicity/race, who self-reported depression and anxiety / depressive status, polypharmacy and use of psychotropic, who were not hospitalized in the previous year and alcohol abstinent. The prevalence of antidepressant use observed is lower than in USA and some European countries but is consistent with other studies conducted in Brazil. The factors associated with its use are consistent with the literature. The findings suggest that there may be inequity in access to drug treatment for depression in the Brazilian National Health System. Although patients have a universal right to health in Brazil, the inequities found, especially for non-white individuals and those from lower social classes, show that it is necessary to improve actions to ensure access to treatment of depressive disorders by primary care users.

Key words: Antidepressants; Depression, Pharmacological treatment; Cross-sectional studies; Pharmacoepidemiology; Drug utilization research; Primary health care; Socioeconomic factors.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema de amostragem e sorteio dos grupos.....	48
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Antidepressivos de acordo com a classificação ATC 5º nível	34
Quadro 2 - Variáveis explicativas	50

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Antidepressivos estratificados conforme ATC 5. PNAUM, 2015.....	53
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Amostra de municípios segundo estrato e região	46
Tabela 2 - Amostra planejada de serviços segundo estrato e região	47
Tabela 3 - Amostra planejada de usuários segundo estrato e região	48
Tabela 4 - Cálculo da média de usuários a serem entrevistados por serviço.....	49
Tabela 5 – Comparação das variáveis demográficas e socioeconômicas de acordo com o uso de antidepressivos em pacientes que relatam depressão. PNAUM, 2015.....	54
Tabela 6 - Comparação das variáveis clínicas e de estilo de vida de acordo com o uso de antidepressivos em pacientes que relatam depressão. PNAUM, 2015.....	56
Tabela 7 - Resultados finais da análise multivariada das características associadas ao uso de antidepressivos*. PNAUM, 2015	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
APS	Atenção Primária À Saúde
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ELSA	Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
EPDS	<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>
ESF	Equipe de Saúde da Família
GDS	Geriatric Depression Scale
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scales</i>
IMAO	Inibidores da Monoamina Oxidase
ISRS	Inibidores Seletivos da Receptação De Serotonina
ISRN	Inibidores da Receptação de Serotonina e Noradrenalina
MAO	Monoamina Oxidase
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OR	<i>Odds ratio</i>
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional Sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RAPS	Redes de Atenção Psicossocial
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essencias
SUS	Sistema Único de Saúde
TDM	Transtorno Depressivo Maior

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	29
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	31
2.1 Transtornos depressivos	31
2.2 Tratamento dos transtornos depressivos.....	33
2.2.1 Antidepressivos tricíclicos (ADT).....	35
2.2.2 Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina.....	35
2.2.3 Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina	36
2.2.4 Outros antidepressivos.....	36
2.2.5 Inibidores da monoamina oxidase (IMAO).....	37
2.3 Uso de depressivos e fatores associados	37
2.4 Transtornos mentais e assistência farmacêutica na atenção primária à saúde.....	39
3 OBJETIVOS	43
3.1 Objetivo geral	43
3.2 Objetivos específicos	43
4 MÉTODOS.....	45
4.1 Desenho do estudo.....	45
4.2 Cálculo da amostra e processo de amostragem	45
4.3 Coleta de dados.....	49
4.4 Variável resposta e variáveis explicativas	49
4.5 Análise estatística	51
4.6 Questões éticas	52
5 RESULTADOS	53
5.1 Utilização de antidepressivos por usuários da atenção primária	53
5.2 Análise descritiva e fatores associados ao uso de antidepressivos	54
6 DISCUSSÃO	59
REFERÊNCIAS	65
ANEXO A – ARTIGO.....	75
ANEXO B – QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	99

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos atingem mais de 300 milhões de pessoas no mundo, sendo responsáveis por 9,3% dos anos de vida perdidos por incapacidade na região das Américas e a primeira causa de incapacidade na carga global de doenças no ano de 2015 (WHO, 2017). A prevalência de depressão no mundo aumentou 18,4% de 17,2% em 2005 para 19,5% em 2015 (VOS et al., 2016). No Brasil, a prevalência de depressão medida por instrumento validado em estudo de base populacional foi de 7,9% em 2013 (LOPES, C. et al., 2016a). Apenas uma minoria da população com depressão recebe tratamento adequado devido a fatores como baixas taxas de reconhecimento da doença tanto por profissionais de saúde quanto pelo próprio indivíduo e barreiras de acesso ao tratamento (THORNICROFT et al., 2017). Entre os transtornos depressivos, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) tem alto impacto socioeconômico por afetar a capacidade laboral, cognitiva e reduzir a qualidade de vida dos indivíduos afetados e de sua família (RITTBERG, 2016). A ampliação do acesso ao tratamento é determinante na redução desse impacto (ACIOLY LUIZ TAVARES DE LACERDA, LUCAS DE CASTRO QUARANTINI, ÂNGELA MIRANDA-SCIPPA, 2009).

Antidepressivos mostram-se eficazes para o tratamento de depressão na atenção primária à saúde (CIPRIANI et al., 2018; LINDE et al., 2015), preconizando-se o uso nos casos moderados e severos por pelo menos seis meses após a remissão dos sintomas (FLECK et al., 2009; NICE, 2009). No entanto, são escassos os estudos de utilização de antidepressivos na atenção primária, geralmente onde são tratados os casos leves a moderados, dificultando as conclusões a respeito da eficácia desses medicamentos nessa população (ARROLL et al., 2016)

Dados de estudo realizado em 49 países indicam insuficiência no diagnóstico da depressão e baixa frequência de tratamento entre os identificados, com grande variação nessas frequências de acordo com a renda do país (ARAYA et al., 2018). A prevalência de uso de antidepressivos em 27 países europeus, nos últimos 12 meses, apresentou grande variação, de 2,7% na Grécia a 15,7% em Portugal. Este uso foi associado a maiores escores em instrumento de identificação de depressão, sexo feminino, idade maior que 40 anos, desemprego, autopercepção de pertencimento a classe social menos favorecida e dificuldade de pagar contas. O mesmo estudo mostrou que nos países com maiores gastos em saúde os indivíduos possuíam maior chance de uso de antidepressivos (LEWER et al., 2015).

O estudo longitudinal de saúde do adulto (ELSA), realizado com servidores públicos brasileiros de instituições de ensino superior, obteve percentual de utilização de antidepressivos de 6,9%, referente ao uso nas últimas duas semanas, sendo os fatores associados ao uso: sexo

feminino, raça/cor branca, morar sozinho, ter plano de saúde, número de comorbidades, transtorno de ansiedade generalizada, alta escolaridade e utilização de benzodiazepínicos (BRUNONI et al., 2013). Outro estudo realizado com indivíduos com idade superior a 40 anos em município do sul do Brasil, encontrou prevalência de uso de antidepressivos de 9,3% medida na última quinzena, estando esse uso associado a sexo feminino, classes A e B e desemprego (GARCIAS et al., 2008).

O tratamento da depressão no Brasil faz parte da Política Nacional de Saúde Mental, cujas estratégias e diretrizes têm como objetivo organizar a assistência às pessoas com transtornos mentais. O atendimento dessa população deve ser integral, embasado em evidências científicas e organizado na forma de redes (Redes de Atenção Psicossocial- RAPS) com diversos pontos de atenção (BRASIL, 2011, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE., [s.d.]). Entretanto, a oferta de serviços de saúde mental na atenção primária à saúde (APS) brasileira ainda é considerada frágil (ANDRÉ et al., 2018), o que é evidenciado por condutas ainda pautadas pelo modelo médico-hegemônico e pela dificuldade da exploração dos recursos existentes nesse ponto de atenção (FRATESCHI; CARDOSO, 2014).

Estudos de utilização de medicamentos são úteis para avaliação do uso racional desse recurso e podem direcionar políticas de saúde (WHO INTERNATIONAL WORKING GROUP FOR DRUG STATISTICS METHODOLOGY, 2003), porém há uma escassez de estudos de utilização de antidepressivos em usuários da atenção primária. Os trabalhos encontrados foram realizados em amostras de populações específicas e/ou circunscritas a determinadas regiões, e não foi encontrado nenhum cuja abrangência fosse nacional. Portanto, o estudo do uso de antidepressivos em uma amostra representativa dos usuários da atenção primária, preenche essa lacuna no que diz respeito aos estudos de utilização de medicamentos no Brasil.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Transtornos depressivos

Segundo o Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM 5) há oito categorias de transtornos depressivos: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. A ocorrência de humor deprimido é comum a todas as categorias, que se diferenciam pela duração e etiologia (APA, 2014). Os transtornos depressivos podem ser de vários tipos e variam de leve a graves quanto à intensidade e possuem etiologia multifatorial, com interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (ROSENQUIST; FOWLER; CHRISTAKIS, 2011).

Entre os transtornos depressivos o mais comum é o TDM, cujo diagnóstico baseia-se principalmente na ocorrência de humor deprimido e/ou perda de interesse, associados a perda ou ganho significativo de peso que independa de dieta, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa, menor capacidade de concentração e raciocínio e pensamentos recorrentes de morte. Ressalta-se que para que haja diagnóstico, devem ocorrer pelo menos cinco dos sintomas acima, ao mesmo tempo, sendo um deles humor deprimido ou perda de interesse, durante pelo menos duas semanas (APA, 2014).

A ocorrência do TDM pode ser influenciada por fatores genéticos e ambientais, mas essas interações e seus impactos na compreensão da neurobiologia da doença ainda não estão totalmente esclarecidos. Mecanismos inflamatórios e níveis de cortisol podem estar relacionados a lapsos na neuroplasticidade cerebral e as intervenções farmacológicas e não farmacológicas têm demonstrado potencial em normalizar essa circunstância (RITTBERG, 2016). A principal teoria bioquímica que tenta explicar os transtornos depressivos é a das monoaminas, proposta em 1965, na qual um déficit dos neurotransmissores serotonina, dopamina e noradrenalina estariam relacionados aos sintomas depressivos (RANG, H.P., DALE, M.M., RITTER, J.M., FLOWER, 2007). (RITTBERG, 2016).

Estima-se que 4,4% da população mundial seja acometida por transtornos depressivos, variando de acordo com sexo e idade. Nos casos mais graves a depressão pode levar ao suicídio, cujos números chegam a 800 mil por ano (WHO, 2017). Possui alta prevalência, gera múltiplos

custos, referentes ao sofrimento individual e familiar, queda do rendimento no trabalho, suicídio e morbimortalidade (KESSLER, 2012; KOCSIS et al., 2008; TANNER et al., 2019).

A prevalência de transtorno depressivo maior (TDM), medida ao longo da vida, apresenta grande variabilidade no mundo, de 2,2% no Japão a 21,0% na França, apresentando valores maiores nos países de alta renda em relação aos de baixa e média renda. Mulheres têm o dobro da probabilidade de serem diagnosticadas com transtorno depressivo maior em relação a homens. Jovens e pessoas na idade adulta, que não são casadas possuem maior chance de ocorrência de TDM em relação a idosos e àqueles que vivem com os companheiros, respectivamente (BROMET et al., 2011). Insatisfação com o casamento também se mostra associada à presença de sintomas depressivos e pessoas com depressão tem menor renda pessoal e familiar (KESSLER; BROMET, 2013).

O TDM comumente ocorre simultaneamente a outras doenças como artrite, asma, câncer, doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, doenças respiratórias e dor crônica (KESSLER; BROMET, 2013). Pessoas deprimidas também apresentam maior mortalidade (CUIJPERS et al., 2014) e risco de desfechos cardiovasculares, doença de Alzheimer e câncer (PENNINX et al., 2013).

No Brasil há aproximadamente 5,5 milhões de pessoas em risco de adoecer por depressão, representando um desafio no planejamento e organização dos serviços de saúde mental. Há maior prevalência entre os residentes em áreas urbanas, variando entre 2,9% na região norte e 4,8% na região sudeste. Mulheres e pessoas na idade adulta são os mais acometidos, além daqueles com menor escolaridade, tabagistas e portadores de outras doenças crônicas (MUNHOZ et al., 2016).

Ferramentas de triagem para depressão são recomendadas na APS para detecção e intervenção precoces em pacientes em adultos pois podem aumentar as chances de resposta ao tratamento, desde que haja acompanhamento subsequente do paciente triado (RITTBERG, 2016; SIU et al., 2016). Exemplos dessas ferramentas são: *Patient Health Questionnaire* (PHQ), *Hospital Anxiety and Depression Scales* (HADS) para adultos, *Geriatric Depression Scale* (GDS) para idosos e *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) para grávidas ou puérperas (SIU et al., 2016).

O PHQ consiste em um instrumento composto por nove perguntas e mostrou-se válido no rastreamento de episódio depressivo maior na população urbana adulta no Brasil (SANTOS et al., 2013). A escala HADS compõe-se de quatorze itens divididos em duas sub-escalas (ansiedade e depressão) e mostrou-se válida em amostras não clínicas mas deve ser usada com cautela devido a elevada detecção de falsos positivos (FARO, 2015). Na população idosa a

GDS em sua versão brasileira, Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) mostrou-se válida para detecção dos transtornos do humor em ambulatório geral (CASTELO et al., 2010; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005). A Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo também é considerada um instrumento apropriado de triagem da depressão pós-parto em puérperas na rede pública de saúde no Brasil (FIGUEIRA et al., 2009).

2.2 Tratamento dos transtornos depressivos

O tratamento sempre objetiva o diagnóstico precoce, remissão completa dos sintomas, diminuindo assim a incapacidade funcional, melhorando a qualidade de vida, além de prevenir recaídas (FANG, 2019). O planejamento do tratamento antidepressivo compõe-se das fases aguda, de continuação e de manutenção. A fase aguda ocorre nos três primeiros meses e objetiva a diminuição dos sintomas depressivos. A fase de continuação ocorre nos quatro a seis meses subsequentes e objetiva manter a melhoria obtida e evitar recaídas. Para os pacientes com possibilidade de recorrências e sintomas residuais é recomendada também a fase de manutenção, que pode durar entre dois e três anos (FANG, 2019; FLECK et al., 2009). Ressaltam-se dados de revisão sistemática que comprovam que o tratamento psicológico combinado a terapia medicamentosa associa-se a melhores taxas de recuperação e melhora de adesão (PAMPALLONA et al., 2004) e melhora na qualidade de vida (KAMENOV et al., 2016).

Metade dos pacientes atinge a primeira recuperação com seis meses de tratamento, no entanto, até um quinto podem permanecer doentes cronicamente após o início dos sintomas, independente de tratamento, sendo menor a recuperação quanto maior o tempo de duração da doença (MUELLER; LEON, 1996; SPIJKER et al., 2002). Estratégias de tratamento de longo prazo, seja farmacológico ou não, podem ser efetivas na redução do impacto epidemiológico da depressão por evitarem recaídas (VOS et al., 2004)

Entre as intervenções não farmacológicas, uma das opções de tratamento mais usadas é a psicoterapia, cujas formas mais comuns são terapia de ativação comportamental, cognitivo-comportamental, psicodinâmica, interpessoal, baseada na atenção plena e terapia para solução de problemas. Os resultados obtidos são análogos aos da farmacoterapia. Podem haver adaptações custo-efetivas como provisão de serviços por telefone ou atendimentos em grupo. Outra opção viável são intervenções comportamentais que se utilizam de recursos tecnológicos, como computadores, *smartphones* e *tablets*, efetivas quando adequadamente empregadas. Em

casos de depressão grave ou refratária ou quando há necessidade de resposta mais rápida pode-se recorrer a eletroconvulsoterapia (RITTBERG, 2016).

Nos casos de depressão moderada a grave há indicação de tratamento farmacológico, porém não nos casos de depressões leves, nos quais as diretrizes de indicam ausência de vantagem dos medicamentos em relação a placebos. (FLECK et al., 2009; NICE, 2009). No entanto, metáanálise de dados individuais realizada a partir de seis estudos japoneses concluiu que houve benefício do uso de antidepressivos em todos os níveis de gravidade da doença (FURUKAWA et al., 2018)

De acordo com a classificação *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020) os antidepressivos são subdivididos em classes terapêuticas e os principais representantes estão exibidos no Quadro 1.

Quadro 1 – Antidepressivos de acordo com a classificação ATC 5º nível

Classe terapêutica	Medicamento	Classificação ATC 5º nível
Inibidores não seletivos da receptação de monoaminas (tricíclicos)	Amitriptilina	N06AA
	Clomipramina	
	Imipramina	
	Nortriptilina	
Inibidores seletivos da receptação de serotonina (ISRS)	Citalopram	N6AB
	Escitalopram	
	Fluoxetina	
	Fluvoxamina	
	Paroxetina	
	Sertralina	
Inibidores da receptação de serotonina e noradrenalina (IRSN)	Desvenlafaxina	N06AX
	Duloxetina	
	Venlafaxina	
Outros antidepressivos	Agomelatina	N06AX
	Bupropiona	
	Mirtazapina	
	Trazodona	
Inibidores da monoamina oxidase (IMAO)	Tranilcipromina	N06AF

Fonte: Elaborado pela autora com informações extraídas de BRATS (2012) e WORLD HEALTH ORGANIZATION COLLABORATING CENTRE FOR DRUG STATISTICS METHODOLOGY (2020)

2.2.1 Antidepressivos tricíclicos (ADT)

O principal efeito dos ADT consiste no bloqueio da receptação de serotonina e noradrenalina, conseqüentemente, esses neurotransmissores ficam disponíveis mais tempo na fenda sináptica e têm seu efeito potencializado. Amitriptilina, clomipramina e imipramina possuem maior ação serotoninérgica, enquanto a nortriptilina possui maior ação dopaminérgica (BRATS, 2012). O efeito sobre os receptores colinérgicos e muscarínicos causam efeitos adversos como sedação, visão embaçada, hipotensão postural, falta de coordenação motora, confusão, boca seca, constipação e retenção urinária. Em superdosagens podem causar arritmias ventriculares por prolongamento do intervalo QT (RANG, H.P., DALE, M.M., RITTER, J.M., FLOWER, 2007). Devido a esses efeitos a amitriptilina tem baixa adesão, embora possua elevada eficácia (CHENG et al., 2019). Podem ser uma boa opção em casos de depressão grave (FLECK et al., 2009).

O perfil de segurança dessa categoria é o principal fator para que seja considerada potencialmente inapropriada para idosos, segundo o Critério de Beers, lista feita pela Sociedade Americana de Geriatria com os medicamentos que devem ser evitados por essa faixa etária (AGS., 2019). No entanto, os antidepressivos tricíclicos ainda são utilizados por 21,5% dos idosos brasileiros, sendo a segunda classe mais usada entre as que deveriam ser utilizadas com cautela por idosos, de acordo com estudo realizado em Belo Horizonte (LOPES, L. et al., 2016b).

Relata-se uso *off-label*, principalmente da amitriptilina, para fibromialgia, incontinência urinária, dor crônica associada a artrite reumatoide, prevenção de enxaquecas e distúrbios do sono (SKÅNLAND; CIEŚLAR-POBUDA, 2019).

2.2.2 Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

É a classe terapêutica mais utilizada, por causar menos efeitos adversos e por inibir de forma mais seletiva a receptação de serotonina em relação a de noradrenalina e dopamina. Outra grande vantagem é que podem ser administrados em dose única diária, devido a maior meia vida de eliminação. Inclui a fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, entre outros. (BRATS, 2012).

Os principais efeitos adversos são náuseas, anorexia, insônia, perda de libido, disfunção sexual. (RANG, H.P., DALE, M.M., RITTER, J.M., FLOWER, 2007). É considerada a primeira escolha de tratamento farmacológico devido ao melhor perfil de segurança (FLECK

et al., 2009; NICE, 2009). Em crianças e adolescentes devem ser usados com extrema cautela devido ao risco aumentado de suicídio (HETRICK et al., 2012). A fluoxetina deve ser a primeira escolha nessa faixa etária no manejo de casos mais graves em que os benefícios superem os riscos (NICE, 2019) Devem ser evitados em pacientes idosos com histórico de quedas ou fraturas e nesse grupo há também probabilidade de ocorrência de hiponatremia (AGS, 2019). Apesar dessa recomendação, ainda são amplamente usados por idosos no Brasil (LOPES, L. et al., 2016b).

Pode também ser utilizada para tratamento de outras condições além de depressão (uso *off-label*): dor crônica associada a artrite reumatoide, transtornos alimentares, ejaculação precoce, transtorno disfórico pré-menstrual e ondas de calor na menopausa (SKÅNLAND; CIEŚLAR-POBUDA, 2019).

2.2.3 Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina

Atuam inibindo a receptação de serotonina e de noradrenalina. Os principais representantes são a duloxetina e a venlafaxina. Os efeitos adversos mais frequentes são náusea, vômitos, constipação, xerostomia, disfunção sexual, insônia, vertigem e cefaleia, e em altas doses podem gerar aumento da pressão arterial (BRATS, 2012). Os usos *off-label* incluem tratamento de fibromialgia, incontinência urinária, transtornos alimentares e prevenção de enxaqueca (SKÅNLAND; CIEŚLAR-POBUDA, 2019)

2.2.4 Outros antidepressivos

Agrupa medicamentos que podem diferir entre si quanto à estrutura molecular ou ação farmacológica (BRATS, 2012). A bupropiona inibe a receptação de noradrenalina e dopamina e pode ser melhor tolerada por pacientes com ansiedade. É também utilizada como auxiliar na remissão do tabagismo (GELENBERG, A.J., FREEMAN, M.P., MARKOWITZ, J.C., ROSENBAUM, J.F., THASE, M.E.,... TRIVEDI, 2010). Os efeitos adversos são redução do limiar convulsivo, cefaleia, insônia, ansiedade, irritabilidade, distúrbios visuais, xerostomia, constipação, náuseas e perda moderada de apetite. Possui como vantagem em relação aos demais o fato de não causar disfunção sexual (BRATS, 2012). A mirtazapina bloqueia os autorreceptores alfa-2 adrenérgicos e, por isso, estimula a neurotransmissão de noradrenalina. Tem ação também sobre a serotonina, estimulando sua neurotransmissão tanto direta quanto

indiretamente. Os principais efeitos adversos são alterações nos padrões de sono, xerostomia, aumento do apetite e ganho de peso (BRATS, 2012). Outro representante é a trazodona, que inibe a receptação de serotonina por meio do antagonismo aos receptores de serotonina, alfa 1-adrenérgicos e histaminérgicos. Tem efeito sedativo e recomenda-se o uso noturno em baixas doses. Os principais efeitos adversos são hipotensão ortostática, náusea, arritmias cardíacas, e priapismo (raro) (BRATS, 2012). É mais comum ser utilizada como sedativo que como antidepressivo (GELENBERG, A.J., FREEMAN, M.P., MARKOWITZ, J.C., ROSENBAUM, J.F., THASE, M.E.,... TRIVEDI, 2010).

2.2.5 Inibidores da monoamina oxidase (IMAO)

Os fármacos pertencentes a essa categoria foram os primeiros antidepressivos utilizados. O efeito terapêutico deve-se a inibição irreversível das duas principais formas da enzima monoamina oxidase (MAOa e MAOb), responsáveis pela degradação da serotonina, dopamina e noradrenalina.

O principal motivo para esta classe terapêutica não ser amplamente utilizada na clínica é o perfil de segurança. Os efeitos adversos são hipotensão postural, ganho de peso, agitação, insônia. Outro problema são as interações com outros fármacos e alimentos: a interação com outras aminas, como descongestionantes nasais, clomipramina e outros tricíclicos pode ser fatal; e a resposta hipertensiva conhecida como “reação do queijo”, que ocorre quando há ingestão de alimentos contendo tiramina (queijo, cerveja, vinho, entre outros), podendo inclusive gerar hemorragia intracraniana (RANG, H.P., DALE, M.M., RITTER, J.M., FLOWER, 2007). Portanto, devem ter o uso mais restrito a pacientes refratários a outras tentativas de tratamento (GELENBERG, A.J., FREEMAN, M.P., MARKOWITZ, J.C., ROSENBAUM, J.F., THASE, M.E.,... TRIVEDI, 2010).

2.3 Uso de depressivos e fatores associados

Há um provável hiato entre o diagnóstico e o tratamento da depressão. Análise de dados da Pesquisa Mundial de Saúde em 49 países revelou que 66% dos indivíduos identificados com depressão relataram já ter recebido algum tratamento. Fatores relacionados ao país (renda nacional bruta ajustada pelo poder de paridade de compra) explicaram 24,1% do acesso ao tratamento, que aumentou com a renda do país, apesar de fatores individuais serem os determinantes mais importantes (ARAYA et al., 2018). Em Nova Iorque, estudo transversal

realizado com adultos com mais de 20 anos identificou que 59% dos que foram rastreados com depressão não recebiam tratamento (KEPLER et al., 2018). Foi também verificado em participantes de ensaio clínico que apenas um terço dos pacientes com depressão recebiam tratamento adequado e os com maiores chances de receberem o tratamento eram casados, brancos, mais velhos e com curso mais longo da doença (KOCISIS et al., 2008).

No Brasil também ocorre este hiato, conforme demonstrado por estudo de utilização de medicamentos psicotrópicos realizado em adultos com mais de quinze anos, no Rio de Janeiro, que mostrou que apenas 16,7% das pessoas identificadas com depressão por meio do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) recebiam antidepressivos (QUINTANA et al., 2013). Investigação realizada com dados da Pesquisa Nacional de Saúde, inquérito domiciliar de base nacional, revelou que quase 80% dos brasileiros com depressão identificada por meio do PHQ-9 não recebem tratamento algum e apenas 14,1% usam antidepressivos. O acesso ao tratamento foi associado ao sexo feminino, raça/cor da pele branca, idade entre 30 e 69 anos, ensino superior, múltiplas comorbidades e viver em uma macrorregião diferente da Norte, ou seja, o tratamento é menos acessível quanto mais vulnerável é o indivíduo (LOPES, C. et al., 2016a).

A prevalência de uso de antidepressivos encontrada na literatura varia de acordo com a faixa etária, sexo e estrato socioeconômico. Ademais, os valores encontrados são influenciados pelas estratégias metodológicas utilizadas em cada estudo. Estatísticas de saúde publicadas nos Estados Unidos exibem que as mulheres apresentaram o dobro de chance de uso de antidepressivos e que 27,2% das que utilizaram no último mês fazem uso desses medicamentos há mais de dez anos. Além disso, indivíduos brancos não-hispânicos tiveram maior probabilidade de uso quando comparados a outras raças (PRATT; BRODY; GU, 2011). Na Columbia Britânica, província canadense, evidenciou-se que a prevalência de uso de antidepressivos dobrou entre 1996 e 2004, chegando a 7,2%. O crescimento foi mais expressivo entre pessoas com idade entre 45 e 64 anos e grupos de pior status socioeconômico. Houve também aumento no uso de ISRS, decréscimo no uso de IMAO, enquanto o uso de tricíclicos permaneceu constante (RAYMOND; MORGAN; CAETANO, 2007). Já em província espanhola, a prevalência média de antidepressivos foi 8,5%, também com tendência de crescimento entre 2002 e 2007. O uso foi maior entre mulheres e houve aumento da prevalência quanto maior a faixa etária, chegando a 23,5% para indivíduos com mais de 84 anos. Os medicamentos mais utilizados foram paroxetina, citalopram e venlafaxina (SERNA et al., 2010).

Não foram encontrados estudos brasileiros de base nacional que avaliem a prevalência de uso de antidepressivos, mas alguns estudos baseados em inquéritos regionais ou municipais. Pesquisa realizada com adultos entre 18 e 65 anos no município de São Paulo evidenciou que 1,8% utilizou antidepressivos nos últimos doze meses, sendo os tricíclicos os mais utilizados seguidos dos ISRS. O uso esteve associado ao sexo feminino, alta renda, idade e ocorrência de desordem psiquiátrica (BLAY et al., 2014). Na cidade de Pelotas, a prevalência de uso de antidepressivos avaliada em relação aos últimos quinze dias foi de 9,3%, associando-se ao sexo feminino, níveis socioeconômicos A e B e desemprego e com predominância de uso de ISRS (GARCIAS et al., 2008). Em idosos, a prevalência de uso é 8,4% e associa-se a sexo feminino, viver sozinho e pior autoavaliação de saúde (VICENTE et al., 2015), com tendências de crescimento no uso por esse subgrupo etário (DE LOYOLA FILHO et al., 2014).

Revisão sistemática publicada em 2003 avaliou a relação entre desigualdades sociais e transtornos mentais comuns, entre eles depressão. Dos nove estudos avaliados, oito evidenciaram associação entre pelo menos um marcador de posição social menos privilegiada e maior prevalência de transtornos mentais. As associações mais consistentes foram desemprego, menor nível educacional e menor renda (FRYERS; MELZER; JENKINS, 2003). Não se pode deixar de levar em consideração que a estigmatização dos transtornos mentais combinados à falta de conhecimento podem favorecer o subtratamento e a eficiência das políticas de saúde mental (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

2.4 Transtornos mentais e assistência farmacêutica na atenção primária à saúde

O funcionamento dos serviços de saúde mental no Brasil alterou-se nas últimas décadas com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e atualmente ocorre na forma de rede, devendo oferecer atenção humanizada e com respeito aos direitos das pessoas e a autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2011). A atenção primária constitui um dos pontos de atenção das RAPS e deve garantir a oferta de serviços preventivos, promoção da saúde mental além do cuidado multiprofissional e redução de danos aos indivíduos com transtornos mentais (ANDRÉ et al., 2018). Nesse contexto, fez-se necessária uma reorganização da assistência farmacêutica de modo a ofertar assistência terapêutica integral a esses pacientes, conforme preconizado pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2004). O aprimoramento da assistência farmacêutica na saúde mental mostra-se como um desafio ao farmacêutico que deve agregar as atividades clínicas, ainda incipientes, às técnico-

gerenciais (ALENCAR; CAVALCANTE; ALENCAR, 2012; ZANELLA; AGUIAR; STORPIRTIS, 2015).

No contexto da atenção primária, a Equipe de Saúde da Família (ESF) é potencial produtora de cuidados em saúde mental, devido à proximidade e construção de vínculos com as famílias adscritas, podendo utilizar-se da lógica comprovadamente efetiva do apoio matricial por meio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) (CAMPOS et al., 2011; SOUZA et al., 2012). Entretanto, dados de pesquisa qualitativa a respeito da atuação dos psicólogos da atenção básica em pessoas com depressão revelam que o tratamento ainda é pautado na visão biomédica e centrado na psicoterapia individual em detrimento de recursos psicossociais (DA MOTTA; MORÉ; NUNES, 2017).

Para redução das iniquidades no tratamento dos transtornos mentais, faz-se necessário assegurar o acesso a serviços de saúde de qualidade, que incluam populações desfavorecidas (RIZZATO et al., 2015). No Brasil, o subtratamento pode estar relacionado à distribuição desigual de serviços de saúde e de especialistas em saúde mental (LOPES, C. et al., 2016a). Dados da Pesquisa Demográfica Médica de 2018 demonstram que enquanto o sudeste possui 2,81 médicos por mil habitantes, as regiões Norte e Nordeste possuem a metade: 1,16 e 1,41, respectivamente (MÁRIO SCHEFFER, ALEX CASSENOTE, ALINE GIL ALVES GUILLOUX; MAINARDI, 2018).

No que se refere ao tratamento farmacológico dos transtornos depressivos, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), dispõe dos medicamentos amitriptilina e clomipramina, pertencentes à classe dos tricíclicos e fluoxetina e nortriptilina, pertencentes à classe dos inibidores seletivos da receptação de serotonina, no componente básico da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2020). Essa lista é omissa principalmente para atendimento à população idosa. Diretriz canadense para tratamento de depressão em idosos institucionalizados, indica como primeiras escolhas para o tratamento de depressão: citalopram, escitalopram, sertralina, venlafaxina, mirtazapina, bupropiona e duloxetina, nenhum deles presente na relação brasileira (CONN D, GIBSON M, 2014).

Apesar de o rastreamento de sintomas depressivos ser uma estratégia importante não garante o acesso ao tratamento, que depende de outros fatores, como delegação de tarefas e saberes aos níveis menos especializados (LOPES, C. et al., 2016a), e o aprimoramento da atenção primária pode ser a melhor estratégia para superar esta barreira. Moise et al. (2018), a partir de revisão sistemática realizada com quatorze estudos, aponta algumas estratégias simples para aumentar a iniciação ao tratamento de depressão na APS, como o cuidado

colaborativo integrado à longo prazo, gerenciamento de casos e perguntas sobre a preferência de tratamento do paciente.

A promoção da saúde mental está assegurada nos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), por meio da garantia de vida saudável e bem-estar em todas as idades. Segundo Patel *et al.* (2018), faz-se necessária uma reformulação dos serviços de saúde mental para que haja ampliação da detecção, tratamento e suporte a recuperação de pessoas com transtornos mentais, entre os quais inclui-se a depressão. Para alcançar este objetivo são necessárias ações intersetoriais e que possam intervir sobre os determinantes sociais da saúde mental (LUND *et al.*, 2018; PATHARE; BRAZINOVA; LEVAV, 2018).

Embora haja a perspectiva de subtratamento apontada pela literatura, deve-se levar em consideração também a possibilidade da medicalização, em que problemas não médicos passam a serem tratados como doenças (CONRAD; MACKIE; MEHROTRA, 2010). Há evidências de uso de antidepressivos em pessoas que não possuem diagnóstico de transtornos, principalmente em mulheres que se autodeclaram brancas, casadas, na idade adulta (OLIVEIRA, 2018), podendo-se inferir que há uma demanda de aprimoramento dos mecanismos de referência, instrução aos profissionais da APS e possibilidade de uso de ferramentas de triagem (TAKAYANAGI *et al.*, 2015). Não se deve deixar de levar em consideração que a procura pelo médico da atenção primária também pode ocorrer para falar a respeito de problemas não médicos. Nessas situações a medicalização pode ser uma promessa de cura para um problema que se origina no domínio social. Nesses casos, apenas o uso de antidepressivos subestima a complexidade da situação, sendo necessário um modelo de assistência que leve em consideração também a autonomia das pessoas (KOKANOVIC; BENDELOW; PHILIP, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar o perfil de uso de antidepressivos entre adultos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) e fatores associados.

3.2 Objetivos específicos

Estimar a prevalência de uso de antidepressivos nos últimos 30 dias entre esses usuários do SUS.

Investigar a associação entre uso de antidepressivos e características demográficas, socioeconômicas, clínicas e estilo de vida.

Caracterizar os antidepressivos utilizados.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Este trabalho integra a Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM,) primeiro estudo brasileiro de abrangência nacional a avaliar a utilização de medicamentos, acesso e organização da assistência farmacêutica na atenção primária do SUS. Compõe-se de dois inquéritos: populacional e serviços.

A PNAUM - Serviços é um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, realizado por meio de questionários aplicados em unidades básicas de saúde e nos locais de entrega de medicamentos. Neste estudo, foram utilizados apenas os dados do componente serviços provenientes das entrevistas presenciais com os usuários que se encontravam nas unidades básicas de saúde no momento da pesquisa.

4.2 Cálculo da amostra e processo de amostragem

Considerando-se a necessidade de estimar diversas proporções, o tamanho da amostra foi calculado por meio de uma expressão algébrica¹. Optou-se pela utilização de vários estágios de seleção, em cada estágio uma ou duas dessas populações foram amostradas e as estimativas referentes a elas foram feitas independentemente. Nos municípios sorteados, foram entrevistados o secretário de saúde e o responsável pela assistência farmacêutica (duas pessoas em cada município se não houvesse acúmulo de funções) e nos serviços de saúde, os responsáveis pela dispensação (uma pessoa por serviço), médicos e usuários.

Sendo assim, foram sorteadas três amostras: de municípios, de serviços e de usuários. Inicialmente, são os municípios as unidades de sorteio, pois há apenas um secretário e um representante da assistência farmacêutica em cada um. Posteriormente, cada município foi considerado uma unidade de amostragem e foram sorteados os serviços. Por último, em cada serviço, foram sorteados os usuários.

¹ $n_0 = \frac{P(1-P)}{\left(\frac{d}{z}\right)^2} \cdot deff$, em que: P = ,50 – proporção de indivíduos a ser estimada, que leva ao maior tamanho de amostra; z = 1,96 – valor na curva normal reduzida para o nível de confiança de 95% dos intervalos de confiança; deff é o efeito do delineamento; d é o erro de amostragem em pontos percentuais. Em relação à amostra de usuários, foi considerada a necessidade de obter estimativas com a precisão desejada para subgrupos populacionais menores, considerando-se que tais grupos correspondem a 30% da população total (n= n0/0,30).

Os tamanhos de amostra calculados para cada região foram: 112 secretários de saúde/responsáveis pela assistência farmacêutica; 300 responsáveis pela entrega de medicamentos nos serviços de saúde; 534 usuários, cujos valores arredondados foram 120, 300 e 540. No que se refere à amostra de usuários, calculou-se 1800 usuários ($n=540/0,30$) por região, pois foi considerado que os subgrupos populacionais menores e que correspondessem a 30% da população total ainda poderiam ser objetos de análise sem perder a precisão do cálculo. Quanto aos médicos, planejou-se incluir aqueles que estivessem presentes nos dias das entrevistas com os usuários pois inferiu-se que o número de médicos no serviço é proporcional ao de usuários.

Foram sorteados 120 municípios em cada região, tendo sido incluídas todas as capitais, 0,5% dos municípios maiores e municípios menores. Os dois primeiros foram considerados estratos certos, não havendo sorteio. No estrato de municípios menores, a seleção se deu por meio de sorteio sistemático, com os municípios ordenados pelo tamanho da população². As quantidades de municípios por região e estrato estão listadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Amostra de municípios segundo estrato e região

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios menores	Total
Norte	7	2	111	120
Nordeste	9	9	102	120
Sudeste	4	8	108	120
Sul	3	6	111	120
Centro-Oeste	4	2	114	120
Total	27	27	546	600

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016

Para a amostra de serviços de saúde, houve dois estágios de sorteio: municípios e serviços. No primeiro estágio foram sorteados 60 dos 120 municípios previamente selecionados, sendo tomada a totalidade das capitais e municípios maiores. Posteriormente, a

² A fração de amostragem correspondente ao sorteio de municípios em cada estrato foi $f = a/A$, sendo a o número de municípios na amostra e A o número de municípios existentes. O número de municípios na amostra corresponde a 120 subtraído do número de capitais e municípios maiores.

quantidade necessária para completar 60 foi sorteada entre os municípios menores. No segundo estágio, sorteou-se em cada município serviços de saúde de atenção básica, cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): postos de saúde, centros de saúde ou unidade básica de saúde e unidade mista. As unidades móveis fluviais e terrestres foram excluídas. O sorteio de serviços nos municípios pequenos só ocorreu naqueles que possuíam três ou mais serviços de saúde, nos que possuíam menos que três não houve sorteio e todos os serviços foram incluídos. Para as capitais, considerou-se um mínimo de 100 serviços. Considerou-se uma possibilidade de 20% de perdas em decorrência de cadastros desatualizados e recusas, incluindo-se esse percentual adicional ao cálculo de amostra. As quantidades de serviços por região e estrato estão listadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Amostra planejada de serviços segundo estrato e região

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios menores		Total
			1 ou 2 serviços	3 ou mais serviços	
Norte	100	25	27	142	295
Nordeste	100	29	13	172	315
Sudeste	100	27	24	161	312
Sul	100	27	34	152	313
Centro-Oeste	100	22	32	152	306

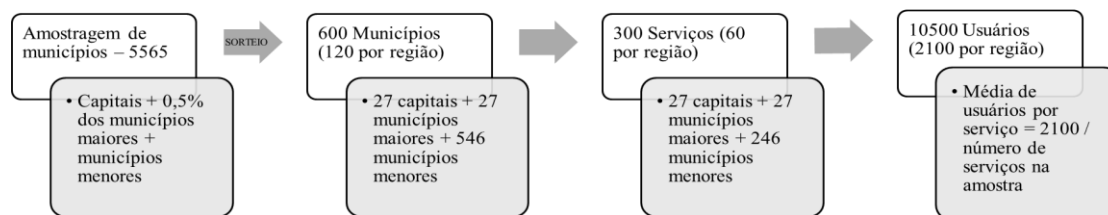
Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016

Quanto ao sorteio de médicos e usuários, foram utilizados três estágios de amostragem: município, serviço de saúde e médico ou usuário. Considerando o cálculo amostral de 1800 usuários por região e um percentual de 15% de não resposta, foram calculados 2100 usuários por região, o que totalizou 10500 em todo Brasil, conforme Tabela 3. Esse número de usuários foi distribuído proporcionalmente em cada região, segundo a frequência de serviços amostrados. O esquema geral de amostragem está ilustrado na Figura 1.

Tabela 3 - Amostra planejada de usuários segundo estrato e região

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios menores		Total
			1 ou 2 serviços	3 ou mais serviços	
Norte	712	181	192	1013	2100
Nordeste	667	195	87	1150	2100
Sudeste	673	185	162	1083	2100
Sul	671	180	228	1018	2100
Centro-Oeste	686	150	220	1044	2100

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016

Figura 1 – Esquema de amostragem e sorteio dos grupos

Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos de MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016 (p.21 a 30)

A fração de amostragem utilizada para o sorteio de usuários nos serviços foi feita a partir do cálculo da razão entre a média de usuários sorteados por serviço e a média diária de usuários atendidos em consultas médicas nos serviços³ Os dados desse cálculo foram embasados nas consultas médicas realizadas por serviço nos períodos de julho a dezembro de 2013 e no mês de maio de 2014, em pessoas maiores de 17 anos, segundo relação fornecida pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

O sorteio de usuários em cada serviço não pôde ser realizado por amostragem probabilística, a partir de listagens de usuários. Sendo assim, foram estabelecidos critérios para

³ A média de usuários dos serviços foi calculada dividindo-se o total de usuários pelo número de serviços da amostra. A média diária de usuários atendidos foi estimada a partir do total de consultas mensais nos serviços de saúde da amostra dividido pelo número de serviços.

a seleção dos usuários para que o entrevistador não tivesse liberdade de escolha, de forma a aproximar a seleção da amostra de um sorteio aleatório. Os entrevistadores foram orientados a verificar o número de entrevistas a serem realizadas em cada serviço, conforme Tabela 4, e a partir deste dado, calcular o número de dias necessários. Após a obtenção do consentimento do gestor do serviço para a coleta de dados, foram levantados os nomes de todos os médicos que estariam em atendimento nos dias em que os entrevistadores estivessem no serviço. Os nomes dos médicos foram listados numa planilha, em ordem alfabética e, a partir dessa lista, o paciente a ser entrevistado corresponderia ao último paciente a ser atendido entre os que já estivessem presentes na unidade.

Maiores detalhes metodológicos e sobre o processo amostral podem ser obtidos em Álvares et al. (2017).

Tabela 4 - Cálculo da média de usuários a serem entrevistados por serviço

Região	Total usuários	Total de serviços	Média de usuários por serviço
Norte	2100	295	7,1186
Nordeste	2100	315	6,6667
Sudeste	2100	312	6,7308
Sul	2100	313	6,7093
Centro-Oeste	2100	306	6,8627

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016

4.3 Coleta de dados

Foram realizadas 8.803 entrevistas, o que representa uma taxa de resposta de 83,8%.

Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2014. O instrumento de coleta de dados foi um questionário (Anexo B), estruturado específico, previamente testado, para os usuários e as entrevistas foram conduzidas por pessoas treinadas.

4.4 Variável resposta e variáveis explicativas

A variável resposta foi o uso de antidepressivos, verificada por meio da pergunta: “Nos últimos 30 dias você utilizou algum remédio? ”. Os antidepressivos foram definidos por meio da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) (WORLD HEALTH

ORGANIZATION, 2020) correspondente ao quarto nível, antidepressivos (N06A). A partir dessa classificação, os entrevistados foram comparados quanto ao uso ou não de medicamentos dessa classe terapêutica.

Foi realizada análise descritiva dos antidepressivos utilizados, na qual a unidade de análise foram os medicamentos. Foi verificado o percentual de uso de cada medicamento, pertencimento à RENAME (BRASIL, 2020), percentual de uso de genéricos, fontes de obtenção, autorrelato de efetividade e de segurança.

Na sequência, foi realizada análise descritiva da população estudada e investigada a associação entre o uso de antidepressivos e variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e relacionadas ao estilo de vida. Ressalta-se que os indivíduos foram a unidade para esta análise. As variáveis selecionadas foram assim categorizadas: a) demográficas e socioeconômicas: sexo (masculino e feminino), estado civil (casado/união estável e outros), faixa etária (18-44, 45-64, ≥ 65 anos), raça/cor da pele (branca, não branca), escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, ensino médio, superior), classe econômica (A e B, C, D e E) e gastos em saúde (deixou de comprar algo importante para gastar com saúde? – sim ou não); b) clínicas e estilo de vida: número de medicamentos utilizados (0 ou 1, 2 - 4, ≥ 5), número de doenças crônicas, exceto depressão (0 ou 1, ≥ 2), autorrelato de depressão (sim ou não), estado deprimido/ansioso no dia da entrevista (não, moderadamente, extremamente), uso de psicotrópicos (sim ou não), internação nos últimos doze meses (sim ou não), autopercepção de saúde (boa/muito boa, nem ruim nem boa, ruim/muito ruim), consumo de álcool (sim ou não), tabagismo (sim ou não), prática de atividade física nos últimos 90 dias (sim ou não).

As variáveis explicativas analisadas estão consolidadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Variáveis explicativas

(continua)

Demográficas	Sexo (masculino e feminino)
	Estado civil (casado/união estável e outros)
	Faixa etária (18 a 44, 45 a 64 e ≥ 65)
	Cor/Raça (Branca e não branca)
Socioeconômicas	Escolaridade (Analfabeto, fundamental*, médio* e superior*)
	Classe econômica (A e B, C, D e E)
	Gastos em saúde (Deixou de comprar algo importante para gastar com saúde? Sim ou não)

(conclusão)

Clínicas	Número de medicamentos (0 ou 1, 2 a 4, ≥ 5)
	Número de doenças crônicas (0 ou 1, ≥ 2)
	Autorrelato de depressão (Sim ou não)
	Estado deprimido/ansioso (Não, moderadamente, extremamente)
	Uso de psicotrópicos** (Sim ou não)
	Internação nos últimos 12 meses (Sim ou não)
Estilo de vida	Autopercepção de saúde (Boa/muito, nem ruim/nem boa, ruim/muito ruim)
	Uso de álcool (Dicotomizada em sim e não a partir da pergunta: com que frequência você costuma ingerir bebida alcoólica?)
	Tabagismo (Você fuma atualmente? Sim ou não)
	Atividade física (Nos últimos três meses você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? Sim ou não)
Antidepressivos	Pertencimento à RENAME (Sim ou não)
	Onde adquiriu (SUS, farmácia comercial, outros)
	Autorrelato de efetividade (Funciona bem, regular, não funciona)
	Autorrelato de segurança (Causa problema, não causa problema)
	Medicamento genérico (Sim ou não)

Fonte: elaborado pela autora

NOTAS: * Completo e incompleto; **Classificação ATC: N03AE (clonazepam) e todos da categoria N05 e da categoria N06, exceto os antidepressivos.

A classe econômica foi categorizada com base na classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), discriminando-se o estrato socioeconômico a partir da renda média domiciliar (ABEP, 2018).

4.5 Análise estatística

A análise descritiva foi realizada por meio de distribuição de frequências. Foi conduzida análise bivariada por meio do teste qui-quadrado para verificar a existência de associação entre o uso de antidepressivos e as variáveis selecionadas. As variáveis associadas ao uso de antidepressivos ao nível de significância 0,20 na análise bivariada foram selecionadas para análise multivariada. Foi utilizada regressão logística binária, com método *backward*, retirando-se as variáveis com valor não significativo, até a obtenção do modelo final. A qualidade do

ajuste foi verificada pelo teste de *Hosmer-Lemeshow*. Em todas as análises foi adotado nível de significância de 0,05. O *odds ratio* (OR) e seu respectivo intervalo de confiança 95% foi a medida de associação utilizada. As análises foram feitas nos softwares IBM SPSS Statistics, versão 20 e Microsoft Excel 2016.

4.6 Questões éticas

A PNAUM foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, mediante Parecer nº 398.131/2013. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

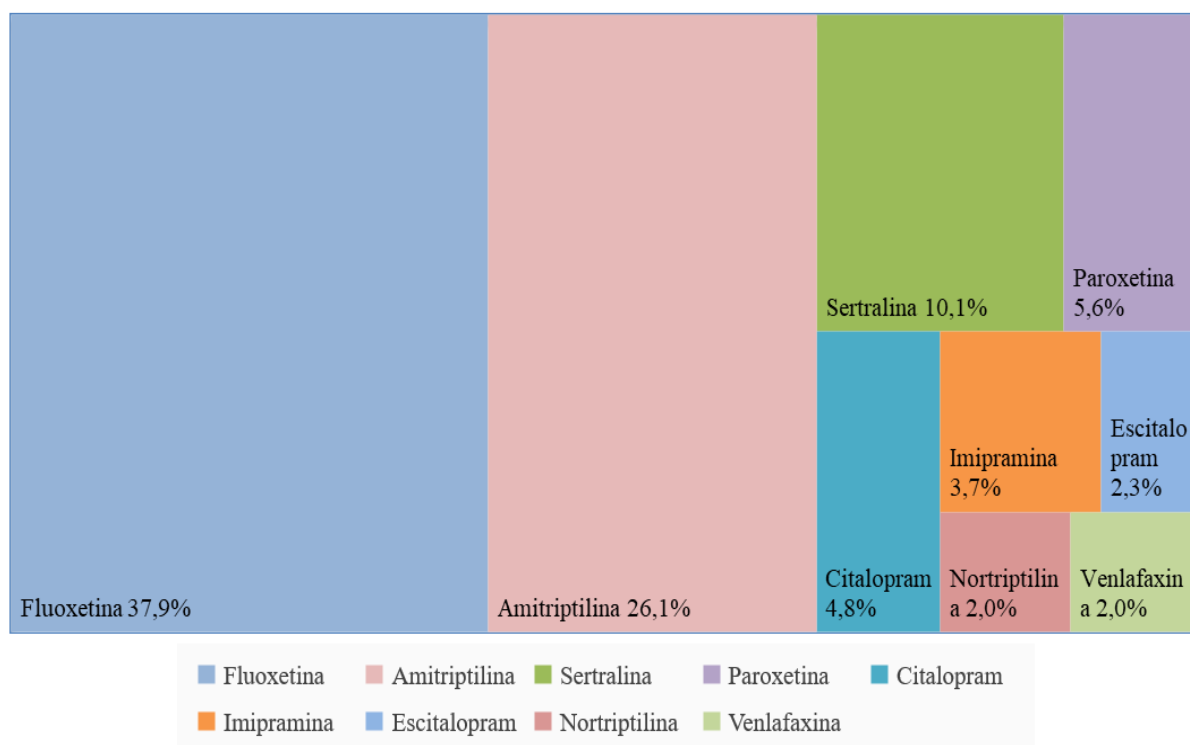
5 RESULTADOS

5.1 Utilização de antidepressivos por usuários da atenção primária

Do total de 8.803 entrevistados, 6511 (74,0%) afirmaram ter utilizado algum medicamento nos últimos trinta dias e a prevalência de uso de antidepressivos foi de 6,8 %. (IC 95% 6,2 – 7,3). Quanto aos psicotrópicos, exceto antidepressivos, 5,9% dos usuários relataram uso.

Dos 644 antidepressivos utilizados, 32,9% não está presente na RENAME (BRASIL, 2020), 60,7% pertencia a classe dos ISRS, 32,9% aos tricíclicos e 6,4% outros antidepressivos. Os medicamentos mais utilizados foram fluoxetina (37,9%; n=644), amitriptilina (26,1%; n=644) e sertralina (10,1%; n=644). A estratificação por medicamento está representada no Gráfico 1. Os medicamentos que representavam menos de 2% de uso foram suprimidos do gráfico. Dos antidepressivos, 57,3% era genérico, 63,0% foi obtido no SUS e 29,5% na farmácia comercial. Dos usuários, 90,1% relatou que o medicamento funcionava bem para a doença, 4,5% que funcionava de forma regular e 3,1% que não funcionava. Quanto à segurança, 90,2% relatou que o medicamento não causava nenhum problema.

Gráfico 1 - Antidepressivos estratificados conforme ATC 5. PNAUM, 2015.



5.2 Análise descritiva e fatores associados ao uso de antidepressivos

Segundo a Tabela 5, a amostra compôs-se predominantemente de pessoas do sexo feminino (76,7%), que vivem com os (as) companheiros (as) (61,1%), na faixa etária de 18 a 44 anos (51,8%) e que se autodeclararam como não brancos (preto, pardo, amarelo ou indígena) (64,3%). A maior parte concluiu apenas o ensino fundamental ou médio (84,1%). A classe econômica C foi a predominante (58,7%) e 10,9% declarou ter deixado de comprar algo importante para cobrir gastos com saúde. Em relação aos que afirmaram gastos em saúde, 41,5% relataram que este gasto foi para comprar de medicamentos e 41,3% lidaram com esses gastos deixando de pagar contas, 18,6% realizando empréstimos com bancos e 14,4% deixando de comprar alimentos (dados não mostrados). Na análise bivariada, observa-se que o uso de antidepressivos associou-se de forma estatisticamente significativa ($p < 0,05$) ao sexo feminino, faixa etária de 45 a 64 anos, cor/raça branca, pertencer as classes econômicas A e B ou C e ter gastos em saúde.

Tabela 5 – Comparação das variáveis demográficas e socioeconômicas de acordo com o uso de antidepressivos em pacientes que relatam depressão. PNAUM, 2015.

(continua)

Variável	Antidepressivos				Total**		OR Bruto	IC 95%	p*
	Sim (n= 595) n (%)		Não (n= 8208) n (%)		(n= 8.803) n (%)				
Sexo									< 0,001
Masculino	80	13,4	1971	24,0	2051	23,3	Ref.		
Feminino	515	86,6	6237	76,0	6752	76,7	2,03	1,60-2,59	
Estado civil									0,144
Casado/União Estável	342	57,5	5041	61,4	5383	61,1	Ref.		
Outros	253	42,5	3164	38,5	3417	38,8	1,18	1,00-1,40	
Faixa etária									< 0,001
≥ 65 anos	83	13,9	1101	13,6	1184	13,6	Ref.		
45 a 64 anos	300	50,4	2699	33,4	2999	34,6	1,47	1,15-1,90	
18 a 44 anos	212	35,6	4281	53,0	4493	51,8	0,66	0,51-0,85	
Cor/Raça									< 0,001
Não branca	285	47,9	5372	65,4	5657	64,3	Ref.		
Branca	310	52,1	2799	34,1	3109	35,3	2,09	1,78-2,47	

(conclusão)

Variável	Antidepressivos				Total**		OR Bruto	IC 95%	p*
	Sim		Não		(n= 8.803)				
	(n= 595)	n (%)	(n= 8208)	n (%)	(n= 8.803)	n (%)			
Escolaridade									0,297
Analfabeto	54	9,1	726	8,8	780	8,9	Ref.		
Fundamental	319	53,6	4124	50,2	4443	50,5	1,04	0,77-1,40	
Ensino médio	179	30,1	2781	33,9	2960	33,6	0,87	0,63-1,19	
Ensino superior	43	7,2	577	7,0	620	7,0	1,00	0,66-1,52	
Classe econômica									0,001
D e E	113	19,0	2042	25,5	2155	25,1	Ref.		
C	371	62,5	4676	58,5	5047	58,7	1,43	1,15-1,78	
A e B	110	18,5	1279	16,0	1389	16,2	1,55	1,18-2,04	
Deixou de comprar algo para gastar com saúde									<0,001
Não	469	79,1	7177	89,8	7646	89,1	Ref.		
Sim	124	20,9	813	10,2	937	10,9	2,33	1,89-2,88	

Fonte: Pesquisa Nacional de Utilização de Medicamentos, 2015

Ref. - Referência

* Teste qui-quadrado de Pearson

** As somas que não completam 100% devem-se a dados perdidos

Conforme Tabela 6, a utilização de antidepressivos é significativamente maior nos usuários em polifarmácia, que autorrelatam depressão e sentiam-se deprimidos/ansiosos no momento da entrevista. O uso de antidepressivos também se associou de forma estatisticamente significativa ($p < 0,05$) ao uso de psicotrópicos, pior auto percepção de saúde, ter sido internado no último ano, tabagismo e não consumo de álcool. Dos 1491 usuários entrevistados neste estudo que autorreferiram diagnóstico de depressão ao longo da vida, 29,4% utilizavam antidepressivos. Quando consideramos o estado deprimido/ansioso, dos 3338 que referiram estar moderada ou extremamente deprimidos/ansiosos no momento da entrevista, 15,0% utilizavam antidepressivos.

Tabela 6 - Comparação das variáveis clínicas e de estilo de vida de acordo com o uso de antidepressivos em pacientes que relatam depressão. PNAUM, 2015.

(continua)

Variável	Antidepressivos				Total**		OR Bruto	IC 95%	p*
	Sim (n= 595) n (%)		Não (n= 8208) n (%)		(n= 8.803) n (%)				
Nº medicamentos***									< 0,001
0 ou 1	73	12,3	4780	58,2	4853	55,1	Ref.		
2 a 4	366	61,5	2974	36,2	3340	37,9	8,06	6,24-10,40	
≥ 5	156	26,2	454	5,5	610	6,9	22,50	16,77-30,19	
Nº doenças crônicas (exceto depressão)									0,07
≥ 2	194	33,6	2971	37,3	3165	37,1	Ref.		
0 ou 1	384	66,4	4988	62,7	5372	62,9	1,18	0,99-1,41	
Autorrelato de depressão									< 0,001
Não	156	26,2	6928	86,8	7084	82,6	Ref.		
Sim	439	73,8	1052	13,2	1491	17,4	18,53	15,27-22,50	
Estado de saúde deprimido/ansioso									< 0,001
Não	93	15,7	5159	64,5	5252	61,1	Ref.		
Moderado	303	51,0	2225	27,8	2528	29,4	7,55	5,96-9,58	
Extremamente	198	33,3	612	7,7	810	9,4	17,95	13,84-23,28	
Uso de psicotrópicos*									< 0,001
Não	388	65,2	7893	96,2	8281	94,1	Ref.		
Sim	207	34,8	315	3,8	522	5,9	13,37	10,91-16,37	
Internação últimos 12 meses									0,037
Não	522	87,9	7237	90,5	7759	90,3	Ref.		
Sim	72		760	9,5	832	9,7	1,31	1,02-1,70	
Auto percepção de saúde									< 0,001
Boa/Muito boa	234	39,4	4728	54,2	4962	57,8	Ref.		
Nem ruim, nem boa	252	42,4	2705	33,9	2957	34,5	1,88	1,57-2,26	
Ruim/Muito ruim	108	18,2	556	7,0	664	7,7	3,93	3,07-5,01	
Consumo de álcool									< 0,001
Sim	88	14,8	2045	25,6	2133	24,8	Ref.		
Não	506	85,2	5952	74,4	6458	75,2	1,98	1,57-2,49	

(conclusão)

Variável	Antidepressivos		Total**		OR Bruto	IC 95%	p*
	Sim (n= 595) n (%)	Não (n= 8208) n (%)	(n= 8.803) n (%)				
Tabagismo							< 0,001
Não	489 82,3	7019 87,8	7508 87,4	Ref.			
Sim	105 17,7	979 12,2	1084 12,6	1,54	1,23-1,92		
Prática de atividade física							0,067
Não	415 69,9	5864 73,3	6279 73,1	Ref.			
Sim	179 30,1	2134 26,7	2313 26,9	1,19	0,9-1,42		

Fonte: Pesquisa Nacional de Utilização de Medicamentos, 2015

Ref. = Referência

* Teste qui-quadrado de Pearson

** As somas que não completam 100% devem-se a dados perdidos

*** Exceto antidepressivos.

Como pode ser observado na Tabela 7, as variáveis mais fortemente associadas ao uso de antidepressivos no modelo final foram autorrelato de depressão e utilização de mais que cinco medicamentos: ambas aumentaram em mais de seis vezes a chance de utilização de antidepressivos, sendo que para esta última observa-se um gradiente dose-resposta. Estar deprimido/ansioso no momento da entrevista também aumentou cerca de três a quatro vezes a chance de utilização de antidepressivos em relação a quem não se sentia assim. Utilizar psicotrópicos aumentou em 2,5 vezes a chance de ocorrência do desfecho. As chances de mulheres utilizarem antidepressivos foram 42% maiores que as de homens. Pessoas pertencentes às classes A e B têm chances 80% maiores de utilizarem antidepressivos em relação às das classes D e E bem como ser branco aumenta em 53% a chance de utilização em relação aos não brancos. Internação nos últimos 12 meses também se associou ao uso de antidepressivos, com um efeito protetor.

Tabela 7 - Resultados finais da análise multivariada das características associadas ao uso de antidepressivos*. PNAUM, 2015

Variável	OR ajustado**	(IC 95%)
Sexo		
Masculino	Ref.	***
Feminino	1,42	(1,07 – 1,88)
Faixa etária		
≥ 65 anos	Ref.	
45 a 64 anos	1,44	(1,06 – 1,94)
18 a 44 anos	1,59	(1,15 - 2,20)
Cor/Raça		
Não branca	Ref.	
Branca	1,53	(1,25 – 1,87)
Classe econômica		
D e E	Ref.	
C	1,57	(1,21 – 2,03)
A e B	1,80	(1,30 – 2,51)
Autorrelato de depressão		
Não	Ref.	
Sim	6,23	(4,96 – 7,82)
Estado deprimido/ansioso		
Não	Ref.	
Moderado	2,80	(2,14 – 3,65)
Extremamente	4,05	(2,97 – 5,51)
Nº medicamentos		
0 ou 1	Ref.	
2 a 4	4,24	(3,20 – 5,60)
≥5	6,55	(4,58 – 9,36)
Internação		
Não	Ref.	
Sim	0,68	(0,50 – 0,93)
Uso de psicotrópicos****		
Não	Ref.	
Sim	2,56	(2,00 – 3,28)
Consumo de álcool		
Sim	Ref.	
Não	1,39	(1,06 – 1,82)

*Modelo final obtido por meio de regressão logística binária, ajustado por todas as variáveis (sexo, faixa etária, cor/raça, classe econômica, gastos em saúde, número de medicamentos, número de doenças crônicas, autorrelato de depressão, estado deprimido/ansioso, uso de psicotrópicos, autopercepção de saúde, consumo de álcool, tabagismo, internação nos últimos 12 meses e prática de atividade física). Exibidas apenas as que se mantiveram significativas no modelo final.

**Nagelkerke R Square = 0,405; Teste de Hosmer and Lemeshow p = 0,086

***Referência

****Exceto antidepressivos.

6 DISCUSSÃO

Este estudo investigou a prevalência de uso de antidepressivos em amostra representativa de usuários da atenção primária à saúde, cujo valor foi de 6,8%. Os medicamentos mais utilizados foram fluoxetina e amitriptilina, que corresponderam a mais da metade (64,0%) dos antidepressivos usados. Entre os usuários que autorrelataram diagnóstico prévio de depressão e estar extremamente deprimido/ansioso, apenas 29,4 e 24,4%, respectivamente, relatou uso de antidepressivos, sugerindo uma provável subutilização. Após todos os ajustes, encontramos que a utilização de antidepressivos é mais provável em pessoas do sexo feminino, adultos jovens, de cor/raça branca, pertencentes às classes A e B, que autorrelatam diagnóstico de depressão e estado deprimido/ansioso, em polifarmácia e uso de psicotrópicos, que não foram internadas no ano anterior e abstêmias. Os achados sugerem que podem haver iniquidades de acesso ao tratamento medicamentoso da depressão no Sistema Único de Saúde e/ou ocorrência mais frequente de uso de antidepressivos nas classes de maior poder econômico.

Nossos resultados apontam que menos de um terço dos usuários que autorreferem diagnóstico de depressão por algum profissional de saúde em algum momento da vida e estado deprimido/ansioso moderado ou extremo no dia da entrevista recebem tratamento com antidepressivos, em conformidade com as tendências de subutilização observadas em outros países de média/alta renda. Dados de 21 países participantes da *World Mental Health* mostram diferenças importantes tanto nas prevalências de transtorno depressivo maior quanto na possibilidade de receber tratamento, de acordo com a renda do país. Nos países de alta renda, 77,9% dos casos de transtorno depressivo maior, identificados por instrumento de detecção, receberam algum tratamento, enquanto em países de renda média/alta apenas 59,6% (THORNICROFT et al., 2017). No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) também apontou para uma subutilização de antidepressivos: cerca de 80% dos portadores de depressão não recebem tratamento e apenas 14% recebem antidepressivos, com associação com sexo feminino, cor/raça branca, possuir ensino superior e ter outras doenças crônicas. (LOPES, C. et al., 2016a)

A prevalência de uso de antidepressivos verificada em nossos resultados mostra-se próxima a de estudos realizados no Canadá (RAYMOND; MORGAN; CAETANO, 2007) e Europa (LEWER et al., 2015), mas menor que no Reino Unido (HAFFERTY et al., 2019) e Estados Unidos (MOJTABAI; OLFSON, 2014). No Canadá, observou-se tendência de crescimento na prevalência para todas as faixas etárias e estratos socioeconômicos, mas

principalmente para os de 45 a 64 anos e piores estratos (RAYMOND; MORGAN; CAETANO, 2007), ao contrário do apontado por nossos dados, cujos maiores utilizadores foram adultos de 18 a 44 anos dos melhores estratos econômicos. A maior utilização de antidepressivos nos piores estratos socioeconômicos pode indicar maior prevalência de depressão neste grupo, mas também que o sistema de saúde canadense tem sido mais bem-sucedido que o brasileiro na oferta equânime de serviços de saúde mental. Na Europa, amplo estudo populacional realizado em 27 países, evidenciou que o uso de antidepressivos associa-se ao sexo feminino, pior avaliação de saúde mental, pertencer a classe social mais baixa, idade superior a 40 anos, estar desempregado e ter dificuldade em pagar contas (LEWER et al., 2015), mostrando achados coincidentes aos de nosso estudo exceto pelos fatores desemprego e dificuldade em pagar contas, que não foram objetos de nossas análises e pela faixa etária.

A classe dos ISRS, principalmente representada pela fluoxetina, foi a mais utilizada em nosso estudo, conforme tendências mundiais (FORNS et al., 2019; LUO et al., 2020; STEPHENSON; KARANGES; MCGREGOR, 2013). Porém, ao contrário das evidências de declínio no uso dos tricíclicos ao redor do mundo (ABBING-KARAHAGOPIAN et al., 2014; LUO et al., 2020) nossos resultados apontam ainda um extenso uso dessa classe terapêutica,

Estudo transversal realizado com adultos maiores de 40 anos em município no sul do Brasil observou 9,3% de prevalência de uso de antidepressivos nos últimos 15 dias, estando o seu uso associado ao sexo feminino e classe A e B (GARCIAS et al., 2008), conforme o observado em nossa pesquisa. Outro estudo realizado apenas com idosos, encontrou prevalências de 8,4% nos últimos 90 dias, com associação do uso de antidepressivo com sexo feminino e autoavaliação de saúde ruim/muito ruim, enquanto viver sozinho e dano cognitivo estiveram associados a um menor consumo (VICENTE et al., 2015).

É recorrente a associação entre sexo feminino e maior utilização de antidepressivos em estudos de utilização de medicamentos (BLAY et al., 2014; BRUNONI et al., 2013; FORNS et al., 2019; GARCIAS et al., 2008; LOPES, C. et al., 2016a; VICENTE et al., 2015). Neste estudo, a amostra foi predominantemente composta por mulheres, refletindo uma provável maior procura de mulheres por serviços de saúde, o que levaria a maior detecção de depressão e, conseqüentemente, aumentaria as chances de uso de antidepressivos. Os transtornos depressivos podem ser mais prevalentes em mulheres devido ao estresse crônico gerado pelas desigualdades de gênero e exigências sociais no desempenho de papéis supostamente femininos, desencadeando a medicalização das emoções neste gênero (SERNA et al., 2010). É possível que as mulheres tenham também maior aceitação social para falarem sobre seu próprio

sofrimento, o que levaria a uma maior frequência de reconhecimento e tratamento dos transtornos depressivos (DE ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

A polifarmácia foi um dos fatores mais fortemente associados ao uso de antidepressivos neste estudo (OR 6,55; 4,58 – 9,36), assim como mostra a literatura (NASCIMENTO et al., 2017; THUNANDER SUNDBOM; HEDBORG, 2019). Pacientes psiquiátricos comumente utilizam mais de dois psicotrópicos, sendo os mais usados concomitantemente aos antidepressivos: antipsicóticos, antiepilépticos, ansiolíticos e benzodiazepínicos (BRUNONI et al., 2013; COSTA et al., 2017). Pessoas que utilizam mais de cinco medicamentos, geralmente idosos, apresentam múltiplas comorbidades e realizam mais visitas ao médico, com melhor aceitação para uso de mais de uma droga e, por isso, possivelmente são menos subtratadas para depressão (BOEHLEN et al., 2019; TAKAYANAGI et al., 2015). Porém, a população idosa constituiu minoria na população de nosso estudo (13,6%), talvez pelo fato de nossos dados terem sido coletados na própria unidade, podendo ter excluído os idosos com dificuldades de locomoção. Além disso, constatamos que mais da metade dos usuários em polifarmácia possuíam de 45 a 64 anos (dados não mostrados), e é escassa a literatura que aborda o uso de múltiplos medicamentos na população não idosa. Visto que uma população com múltiplas morbidades é uma realidade mundial crescente, será necessário desenvolver métodos que permitam gerenciar com mais segurança a farmacoterapia desses pacientes, evitando-se desfechos desfavoráveis (DOOS et al., 2014). A revisão e otimização da farmacoterapia deve ser uma tarefa recorrente para médicos generalistas e farmacêuticos de modo a minimizar danos aos pacientes e interações medicamentosas indesejadas (GUTHRIE et al., 2015).

Dados da PNS indicam que 47% das pessoas relatam obtenção do medicamento em farmácias públicas (LOPES, C. et al., 2016a), enquanto o presente inquérito encontrou que uma proporção de 63% adquiriu por esta via, provavelmente pelo fato de nossas entrevistas terem sido realizadas na unidade de saúde e não no domicílio. Destaca-se que a PNS avaliou a obtenção de medicamentos em geral, enquanto que neste estudo avaliamos apenas antidepressivos. Cabe ressaltar que 32,9% dos usuários entrevistados utilizavam medicamentos que não constam na RENAME e, portanto, possivelmente eram adquiridos em farmácias privadas. A lista de antidepressivos contemplada na relação de medicamentos essenciais brasileira é limitada (BRASIL, 2020) e não inclui medicamentos mais apropriados para população idosa (CONN D, GIBSON M, 2014). Para indivíduos dos piores estratos socioeconômicos ter que comprar seus medicamentos pode levar ao abandono do tratamento, conforme demonstrado em estudo realizado na França (BOCQUIER et al., 2014). Ademais, a subutilização de medicamentos por motivos financeiros foi associada ao diagnóstico médico de

depressão, entre idosos brasileiros (LOYOLA FILHO et al., 2018). Apesar de a variável “deixou de comprar algo para gastar em saúde” não ter permanecido no modelo final, ela é um indicador de provável ocorrência de gastos catastróficos em saúde. A maioria dos entrevistados que declarou esse gasto deixou de pagar contas ou comprar alimentos e necessitou fazer empréstimos devido principalmente, a gastos com medicamentos, sugerindo que pode haver desencontros entre os medicamentos prescritos e as relações de medicamentos disponibilizadas pelo SUS. Esses achados são corroborados por Luiza e colaboradores (2016), que encontraram que os gastos com medicamentos de um em cada 17 domicílios brasileiros geram encargos, especialmente para as famílias das classes D e E.

Nossos resultados suportam uma associação entre uso de antidepressivos e raça/cor da pele branca, assim como o estudo de Presley e colaboradores (2019) realizado com indivíduos diabéticos, cujos resultados indicam a raça/cor da pele como um preditor de qualquer tipo de tratamento para depressão: indivíduos brancos usam três vezes mais antidepressivos em relação a negros e hispânicos. Outro estudo norte-americano, realizado apenas com indivíduos cobertos por seguro de saúde privado, também observou que as chances de tratamento medicamentoso da depressão eram maiores em indivíduos brancos do que em afro-americanos, latinos e asiáticos (SATRE et al., 2010). Observamos em nossas análises que 75,6% dos indivíduos pertencentes à classe D/E declararam-se como não brancos (dados não mostrados) e que pessoas pertencentes às classes A e B têm quase o dobro de chance de utilizarem antidepressivos em relação aos usuários das classes mais pobres, a despeito das proporções de autorrelato de depressão serem muito similares em todos os estratos. Esse efeito está alinhado com os achados de estudo transversal conduzido em município paulista, em que sujeitos com renda inferior a um salário mínimo tiveram menores chances de usarem psicofármacos, ainda que tivessem maiores chances de apresentarem transtornos mentais (LIMA et al., 2008). Uma provável explicação é que os indivíduos brancos das classes A e B estejam utilizando-se de serviços especializados de saúde mental via plano de saúde e comprando seus medicamentos predominantemente em farmácias privadas. Apesar de a depressão estar associada a menor renda, raça/cor da pele negra, ter plano de saúde e escolaridade menor que nível superior (OLFSON; BLANCO; MARCUS, 2016; SMOLEN; ARAÚJO, 2017), o uso de antidepressivos associa-se a cor branca, nível superior e presença de plano de saúde (BRUNONI et al., 2013; LOPES, C. et al., 2016a), mostrando que possivelmente os grupos com maior necessidade sejam os menos tratados (BOCQUIER et al., 2014; GONZÁLEZ et al., 2010). Essa iniquidade remete ao conceito de *inverse care law*, em que a disponibilidade de cuidados em saúde é inversamente proporcional às necessidades da população (TUDOR HART, 1971).

Em nosso estudo, pacientes que não foram internados no ano anterior tiveram maior chance de utilização de antidepressivos. Há carência de evidências científicas quanto ao uso de antidepressivos influenciar na frequência de admissão hospitalar, embora este seja um efeito esperado em pessoas com depressão (TANNER et al., 2019) e no tratamento de transtorno depressivo maior (BRATS, 2012). Entretanto, essa é uma explicação pouco provável para o resultado observado nesse estudo, que se mostra em desacordo com a literatura, ao menos entre idosos, pois nessa faixa etária o consumo de antidepressivos está associado a quedas recorrentes (MING; ZECEVIC, 2018) e pode aumentar a probabilidade de fraturas (BRÄNNSTRÖM et al., 2019) e, conseqüentemente, hospitalização (NOIA et al., 2012). Observamos que a chance de usar antidepressivos foi maior em pessoas abstêmias, provavelmente devido à orientação de não consumo de álcool concomitante ao uso de medicamentos psicotrópicos. Este resultado concorda parcialmente com dados de estudo canadense, em que o uso de antidepressivos foi associado a um menor consumo de álcool entre homens, mas não entre mulheres (GRAHAM; MASSAK, 2007).

As aparentes iniquidades no tratamento da depressão observadas em nossos resultados, apontam que são necessárias melhorias nos serviços de saúde mental ofertados pela atenção primária do SUS. Manuais como o “MI-GAP”, da OMS indicam intervenções farmacológicas e não-farmacológicas exequíveis (OMS, 2010). As intervenções relacionadas à melhoria da saúde mental da população devem levar em consideração determinantes sociais e não devem limitar-se ao nível individual, pois políticas públicas que melhorem o nível educacional, segurança alimentar e sanitária e o bem-estar social, parecem ser mais efetivas em proteger a saúde mental dos indivíduos (LUND et al., 2010, 2018). Recursos baseados nos cuidados colaborativos como triagem para identificação de sintomas depressivos, treinamento de profissionais da APS para abordagens psicossociais e interdisciplinares mostram-se efetivos (CABASSA; HANSEN, 2007). O SUS já avançou nesse quesito, por meio da incorporação de equipes multidisciplinares em estruturas como o NASF em apoio às ESF, além da utilização do matriciamento de casos como recurso norteador de práticas em saúde mental. No entanto, esses recursos encontram-se ameaçados no atual cenário de cortes econômicos em políticas que visam à proteção e ao bem-estar social.

Limitações e pontos fortes do estudo

Uma das principais limitações é o desenho transversal, que não nos permite inferir se os fatores associados antecedem ou se são consequência do uso de antidepressivos. Em relação à

variável resposta, pode ter havido subestimação, uma vez que o uso de medicamentos foi medido apenas por meio de autorrelato e sem conferência dos medicamentos utilizados. Outro aspecto a ser considerado refere-se à indicação de uso dos antidepressivos, não investigada neste estudo, uma vez que há possibilidade de tais medicamentos serem usados para tratamento de outras doenças que não depressão. Houve também uma baixa representação da população idosa, dificultando a extrapolação dos resultados para esta população.

Por outro lado, este é o primeiro estudo de abrangência nacional de que temos conhecimento a avaliar a prevalência de uso de antidepressivos em amostra representativa dos usuários da atenção primária do SUS. O processo de amostragem foi bem elaborado e permitiu obter uma população que fosse representativa dos usuários da APS em todo Brasil, ademais uma alta taxa de resposta foi obtida pelo inquérito. Outrossim, a prevalência medida foi em relação ao uso nos últimos trinta dias, o que pode ter minimizado um possível viés de memória.

Conclusões

A prevalência de uso de antidepressivos no Brasil é semelhante à do Canadá, mas menor que dos Estados Unidos e alguns países europeus. Os fatores associados ao uso de antidepressivos encontrados em nosso estudo são consistentes com os reportados pela literatura.

Embora haja um sistema nacional de saúde no Brasil, cujos princípios são a universalidade, integralidade e equidade, as iniquidades encontradas indicam que é necessário aprimorar o acesso equânime ao tratamento dos transtornos depressivos, enfocando principalmente os fatores classe econômica e raça/cor da pele. A adequada organização deste sistema deveria agir como um fator protetor na saúde mental dos indivíduos mais vulneráveis, o que parece não estar ocorrendo. Os resultados obtidos podem fomentar a discussão sobre políticas de saúde mental que atinjam os usuários da APS de forma eficiente e equânime tanto nos aspectos de prevenção e promoção quanto no acesso ao tratamento. Devem ser desenvolvidas políticas de saúde mental com maior foco na atenção primária à saúde de forma que a depressão não seja subdiagnosticada e subtratada em indivíduos não brancos e de menor renda. Estudos futuros podem avaliar a associação entre o tratamento da depressão e a desigualdade social por meio de indicadores mais específicos. Sugere-se que sejam fortalecidas estratégias de capacitação de profissionais da atenção primária para reconhecimento de sintomas depressivos e abordagens psicossociais adequadas, mais baseadas na clínica ampliada e nos determinantes sociais da saúde mental e menos no modelo biomédico.

REFERÊNCIAS

- ABBING-KARAHAGOPIAN, V. et al. Antidepressant prescribing in five European countries: Application of common definitions to assess the prevalence, clinical observations, and methodological implications. **European Journal of Clinical Pharmacology**, [s. l.], v. 70, n. 7, p. 849–857, 2014.
- ABEP, Associação Brasileira de empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. **Abep**, [s. l.], v. 1, p. 1–5, 2018.
- ACIOLY LUIZ TAVARES DE LACERDA, LUCAS DE CASTRO QUARANTINI, ÂNGELA MIRANDA-SCIPPA, José Alberto Del Porto e colaboradores. **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. 1ª ed. Porto Alegre.
- ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; CAVALCANTE, Elaine Alane Batista; ALENCAR, Bruno Rodrigues. Assistência farmacêutica e saúde mental no sistema único de saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 489–495, 2012.
- ÁLVARES, Juliana et al. National survey on access, use and promotion of rational use of medicines: Methods. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 51, p. 1s-9s, 2017.
- ANDRÉ, Hugo et al. Saúde mental na atenção básica : uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], n. Saúde Mental na Atenção Básica, p. 1–12, 2018.
- APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM - 5**. 5ª ed. Porto Alegre: American Psychiatric Association, 2014.
- ARAYA, Ricardo et al. Determinants of access to health care for depression in 49 countries: A multilevel analysis. **Journal of Affective Disorders**, [s. l.], v. 234, p. 80–88, 2018.
- ARROLL, Bruce et al. Antidepressants for treatment of depression in primary care: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Primary Health Care**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 325–334, 2016.
- BLAY, Sergio L. et al. Factors associated with antidepressant, anxiolytic, and other psychotropic medication use to treat psychiatric symptoms in the city of São Paulo, Brazil. **International Clinical Psychopharmacology**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 157–165, 2014.
- BOCQUIER, Aurélie et al. Social inequalities in early antidepressant discontinuation. **Psychiatric Services**, [s. l.], v. 65, n. 5, p. 618–625, 2014.
- BOEHLEN, Friederike H. et al. Evidence for underuse and overuse of antidepressants in older adults: Results of a large population-based study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 539–547, 2019.
- BRÄNNSTRÖM, Jon et al. Association between Antidepressant Drug Use and Hip Fracture in Older People before and after Treatment Initiation. **JAMA Psychiatry**, [s. l.], v. 76, n. 2, p. 172–179, 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 338, DE 06 DE MAIO DE 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 17 maio. 2020.
- BRASIL. PORTARIA Nº- 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Brasília, 2011. Disponível em:

<<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139572/PortariaN3.088RededeAtencaoPsicossocial.pdf>>

BRASIL. Nota técnica nº 11/2019Brasil, 2019. p. 1–32. Disponível em:

<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Técnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanças_da_Política_de_Saúde_Mental.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2020**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/medicamentos-rename>>. Acesso em: 13 jun. 2020.

BRATS. Antidepressivos no Transtorno Depressivo Maior em Adultos. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologia em Saúde**, [s. l.], n. 18, p. 1–35, 2012.

BROMET et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode.:

EBSCOhost. **BMC Medicine**, [s. l.], v. 9, n. 90, 2011. Disponível em:

<<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/9030e793%40sessionmgr4006>>

BRUNONI, Andre R. et al. Patterns of benzodiazepine and antidepressant use among middle-aged adults. the Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **Journal of Affective Disorders**, [s. l.], v. 151, n. 1, p. 71–77, 2013.

CABASSA, Leopoldo J.; HANSEN, Marissa C. A Systematic Review of Depression Treatments in Primary Care for Latino Adults. **Research on Social Work Practice**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 494–503, 2007.

CAMPOS, Rosana Onocko et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: Estudo avaliativo em uma grande cidade Brasileira. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 16, n. 12, p. 4643–4652, 2011.

CASTELO, Milena Sampaio et al. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. **International Psychogeriatrics**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 109–113, 2010.

CHENG, Qingqing et al. Analysis of time-course, dose-effect, and influencing factors of antidepressants in the treatment of acute adult patients with major depression. **International Journal of Neuropsychopharmacology**, [s. l.], v. 513, n. 2010, p. 91–96, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jallcom.2011.09.092>>

CIPRIANI, Andrea et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. **The Lancet**, [s. l.], v. 391, n. 10128, p. 1357–1366, 2018.

CONN D, GIBSON M, & McCabe D. **2014 CCSMH Guideline Update -The Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long Term Care Homes: (Focus on Mood and Behaviour Symptoms)**. Toronto: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH). Disponível em: <<https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/2014-ccsmh-Guideline-Update-LTC.pdf>>. Acesso em: 17 maio. 2020.

CONRAD, Peter; MACKIE, Thomas; MEHROTRA, Ateev. Estimating the costs of medicalization. **Social Science and Medicine**, [s. l.], v. 70, n. 12, p. 1943–1947, 2010.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.019>>

COSTA, Juliana de Oliveira et al. Gender differences and psychotropic polypharmacy in psychiatric patients in Brazil: a cross-sectional analysis of the PESSOAS Project. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 33, n. 4, 2017.

- CUIJPERS, Pim et al. Comprehensive Meta-Analysis of Excess Mortality in Depression in the General Community Versus Patients With Specific Illnesses. **American Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 171, n. 4, p. 453–462, 2014. Disponível em: <<http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2013.13030325>>
- DA MOTTA, Cibele Cunha Lima; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo; NUNES, Carlos Henrique Sancineto da Silva. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na atenção Básica. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 911–920, 2017.
- DE ANDRADE, Laura Helena S. G.; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clinica**, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 43–54, 2006.
- DE LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio de Loyola et al. Trends in the use of antidepressants among older adults: Bambuí Project. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 48, n. 6, p. 857–865, 2014.
- DOOS, Lucy et al. Multi-drug therapy in chronic condition multimorbidity: a systematic review. [s. l.], 2014.
- FANG, Yiru. **Depressive Disorders: Mechanisms, Measurement and Management**. Singapore: Springer Singapore, 2019. v. 1180 Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/978-981-32-9271-0>>
- FARO, André. Análise fatorial confirmatória e normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 349–353, 2015.
- FICK, Donna M. et al. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s. l.], v. 67, n. 4, p. 674–694, 2019. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/jgs.15767>>
- FIGUEIRA, Patrícia et al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 43, n. suppl 1, p. 79–84, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800012&lng=pt&tlng=pt>
- FLECK, Marcelo P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral) Revision of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Complete version). **Rev Bras Psiquiatr**, [s. l.], v. 31, n. Supl I, p. 7–17, 2009.
- FORNS, Joan et al. Antidepressant use in Denmark, Germany, Spain, and Sweden between 2009 and 2014: Incidence and comorbidities of antidepressant initiators. **Journal of Affective Disorders**, [s. l.], v. 249, p. 242–252, 2019.
- FRATESCHI, Mara Soares; CARDOSO, Cármen Lúcia. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 545–565, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000200545&lng=pt&tlng=pt>
- FRYERS, Tom; MELZER, David; JENKINS, Rachel. Social inequalities and the common mental disorders - A systematic review of the evidence. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, [s. l.], v. 38, n. 5, p. 229–237, 2003.
- FURUKAWA, T. A. et al. Initial severity of major depression and efficacy of new generation antidepressants: individual participant data meta-analysis. **Acta Psychiatrica Scandinavica**,

[s. l.], v. 137, n. 6, p. 450–458, 2018.

GARCÍAS, Carla Maria Maia et al. Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 24, n. 7, p. 1565–1571, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700011&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 12 jun. 2019.

GELENBERG, A.J., FREEMAN, M.P., MARKOWITZ, J.C., ROSENBAUM, J.F., THASE, M.E.,... TRIVEDI, M. H. **Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder**. [s.l.: s.n.]. Disponível em:

<http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_7.aspx>. Acesso em: 26 ago. 2019.

GONZÁLEZ, Hector M. et al. Depression care in the United States: Too little for too few. **Archives of General Psychiatry**, [s. l.], v. 67, n. 1, p. 37–46, 2010.

GRAHAM, Kathryn; MASSAK, Agnes. Alcohol consumption and the use of antidepressants. **Canadian Medical Association Journal**, [s. l.], v. 176, n. 5, p. 633–637, 2007. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/cgi/doi/10.1503/cmaj.060446>>. Acesso em: 24 nov. 2019.

GUTHRIE, Bruce et al. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: Population database analysis 1995–2010. **BMC Medicine**, [s. l.], v. 13, n. 1, 2015.

HAFFERTY, Jonathan D. et al. Pharmaco-epidemiology of antidepressant exposure in a UK cohort record-linkage study. **Journal of Psychopharmacology**, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 482–493, 2019.

HETRICK, Sarah E. et al. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 74–74, 2012. Disponível em:

<https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2056467800002358/type/journal_article>

KAMENOV, K. et al. The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: A meta-analysis. **Psychological Medicine**, [s. l.], v. 47, n. 3, p. 414–425, 2016.

KEPLER, Kelsey L. et al. The Burden of Depression in New York City Adults: Results from the 2013–14 NYC Health and Nutrition Examination Survey. **Journal of Urban Health**, [s. l.], v. 95, n. 6, p. 832–836, 2018.

KESSLER, Ronald C. The Costs of Depression. **Psychiatr Clin North Am**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. 1–14, 2012. Disponível em: <<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

KESSLER, Ronald C.; BROMET, Evelyn J. The Epidemiology of Depression Across Cultures. **Annual Review of Public Health**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 119–138, 2013. Disponível em: <<http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>>. Acesso em: 14 dez. 2019.

KOCSIS, James H. et al. Chronic forms of major depression are still undertreated in the 21st century: Systematic assessment of 801 patients presenting for treatment. **Journal of Affective Disorders**, [s. l.], v. 110, n. 1–2, p. 55–61, 2008.

KOKANOVIĆ, Renata; BENDELOW, Gillian; PHILIP, Brigid. Depression: The ambivalence of diagnosis. **Sociology of Health and Illness**, [s. l.], v. 35, n. 3, p. 377–390, 2013.

- LEWER, Dan et al. Antidepressant use in 27 European countries: Associations with sociodemographic, cultural and economic factors. **British Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 207, n. 3, p. 221–226, 2015.
- LIMA, Maria Cristina Pereira et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 42, n. 4, p. 717–723, 2008.
- LINDE, Klaus et al. Efficacy and Acceptability of Pharmacological Treatments for Depressive Disorders in Primary Care: Systematic Review and Network Meta-Analysis. **The Annals of Family Medicine**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 69–79, 2015. Disponível em: <<http://www.annfammed.org/cgi/doi/10.1370/afm.1687>>
- LOPES, Claudia Souza et al. Inequities in access to depression treatment: Results of the Brazilian National Health Survey - PNS. **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 1–8, 2016. a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0446-1>>
- LOPES, Lázara Montezano et al. Use of potentially inappropriate medications by the elderly at home. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 11, p. 3429–3438, 2016. b.
- LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio De et al. Subutilização de medicamentos por motivos financeiros em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 52, p. 1–11, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000300505&lng=pt&nrm=iso&tlng=>
- LUIZA, Vera Lucia et al. Catastrophic expenditure on medicines in Brazil. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 50, n. suppl 2, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300302&lng=en&tlng=en>
- LUND, Crick et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review ☆ Europe PMC Funders Group. **Soc Sci Med**, [s. l.], v. 71, n. 3, p. 517–528, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4991761/pdf/emss-47744.pdf>>
- LUND, Crick et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. **The Lancet Psychiatry**, [s. l.], v. 5, n. 4, p. 357–369, 2018.
- LUO, Yan et al. National Prescription Patterns of Antidepressants in the Treatment of Adults With Major Depression in the US Between 1996 and 2015: A Population Representative Survey Based Analysis. **Frontiers in Psychiatry**, [s. l.], v. 11, n. February, p. 1–11, 2020.
- MÁRIO SCHEFFER, ALEX CASSENOTE, ALINE GIL ALVES GUILLOUX, Bruno Alonso; MAINARDI, Miotto e Giulia Marcelino. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-97e48472142cfdd1cd5d5b5ca6831cf4.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2019.
- MING, Yu; ZECEVIC, Aleksandra. **Medications & polypharmacy influence on recurrent fallers in community: A systematic review** *Canadian Geriatrics Journal* Canadian Geriatrics Society, , 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental: álcool e outras drogas, depressão, ansiedade**. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em: 1 nov. 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica : introdução, método e instrumentos**. 1ª edição ed. Brasília. v. 140 Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente_avaliacao_assistencia_pnaum_caderno2.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2018. p. 218.

Disponível em:

<<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/17/170407M2018final.pdf>>

. Acesso em: 11 out. 2019.

MITCHELL, Alex J.; VAZE, Amol; RAO, Sanjay. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. **The Lancet**, [s. l.], v. 374, n. 9690, p. 609–619, 2009.

Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60879-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5)>

MOISE, Nathalie et al. Interventions to Increase Depression Treatment Initiation in Primary Care Patients: a Systematic Review. **Journal of General Internal Medicine**, [s. l.], v. 33, n. 11, p. 1978–1989, 2018.

MOJTABAI, Ramin; OLFSON, Mark. National Trends in Long-Term Use of Antidepressant Medications. **The Journal of Clinical Psychiatry**, [s. l.], v. 75, n. 02, p. 169–177, 2014.

Disponível em: <<http://article.psychiatrist.com/?ContentType=START&ID=10008493>>.

Acesso em: 4 jul. 2020.

MUELLER, T. I.; LEON, A. C. Recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. **Psychiatric Clinics of North America**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 85–102, 1996.

MUNHOZ, Tiago N. et al. A nationwide population-based study of depression in Brazil.

Journal of Affective Disorders, [s. l.], v. 192, p. 226–233, 2016. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.038>>

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo Do et al. Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**,

[s. l.], v. 51, n. suppl.2, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007136>>.

Acesso em: 24 nov. 2019.

NICE. **Depression in adults: recognition and management. Clinical guideline**. [s.l.: s.n.].

Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-and-management-pdf-975742638037>>.

NICE. **Depression in children and young people: Identification and management**. [s.l.: s.n.]. Disponível em:

<<https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/chapter/Recommendations#care-of-all-children-and-young-people-with-depression>>.

NOËL, Polly Hitchcock et al. Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. **Annals of family medicine**,

[s. l.], v. 2, n. 6, p. 555–62, 2004. Disponível em:

<<http://www.annfammed.org/cgi/doi/10.1370/afm.143>>. Acesso em: 3 dez. 2019.

NOIA, Aparecida Santos et al. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 46, n. spe, p. 38–43, 2012.

OLFSON, Mark; BLANCO, Carlos; MARCUS, Steven C. Treatment of adult depression in the United States. **JAMA Internal Medicine**, [s. l.], v. 176, n. 10, p. 1482–1491, 2016.

OLIVEIRA, MARINA MARIA DE. **O USO DE ANTIDEPRESSIVOS POR INDIVÍDUOS SEM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL NA POPULAÇÃO GERAL**. 2018. Universidade Católica de Santos, [s. l.], 2018.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **MI-GAP Manual de Intervenções para transtornos**

mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde, 2010. Disponível em:

<http://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf>

PAMPALLONA, Sandro et al. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: A systematic review. **Archives of General Psychiatry**, [s. l.], v. 61, n. 7, p. 714–719, 2004.

PARADELA, Emylucy Martins Paiva; LOURENÇO, Roberto Alves; VERAS, Renato Peixoto. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 39, n. 6, p. 918–923, 2005.

PATEL, Vikram et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. **The Lancet**, [s. l.], v. 392, p. 1553–1598, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

PATHARE, S.; BRAZINOVA, A.; LEVAV, I. Care gap: a comprehensive measure to quantify unmet needs in mental health. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, [s. l.], v. 27, n. 5, p. 463–467, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S2045796018000100>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

PAULOSE-RAM, Ryne et al. Trends in psychotropic medication use among U.S. adults. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, [s. l.], v. 16, n. 5, p. 560–570, 2007. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/pds.1367>>

PENNINX, Brenda W. J. H. et al. Understanding the somatic consequences of depression: Biological mechanisms and the role of depression symptom profile. **BMC Medicine**, [s. l.], v. 11, n. 1, 2013.

PRATT, Laura A.; BRODY, Debra J.; GU, Qiuping. **Antidepressant Use Among Persons Aged 12 and Over: United States, 2011–2014**. Hyattsville, MD: Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db283_table.pdf#2>. Acesso em: 28 nov. 2019.

PRESLEY, Caroline A. et al. Factors associated with antidepressant use among low-income racially and ethnically diverse patients with type 2 diabetes. **Journal of Diabetes and its Complications**, [s. l.], v. 33, n. 10, p. 107405, 2019. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1056872719302387>>. Acesso em: 8 out. 2019.

QUINTANA, Maria Ines et al. Epidemiology of Psychotropic Drug Use in Rio de Janeiro, Brazil: Gaps in Mental Illness Treatments. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 8, n. 5, 2013.

RANG, H.P., DALE, M.M., RITTER, J.M., FLOWER, R. J. [Tradução de Raimundo Rodrigues Santos e outros]. **Farmacologia**. 6ª ed. Rio de Janeiro.

RAYMOND, Colette B.; MORGAN, Steven G.; CAETANO, Patricia A. Antidepressant utilization in British Columbia from 1996 to 2004: Increasing prevalence but not incidence. **Psychiatric Services**, [s. l.], v. 58, n. 1, p. 79–84, 2007.

RITTBERG, Barry R. Major depressive disorder. **The Medical Basis of Psychiatry: Fourth Edition**, [s. l.], v. 2, n. Mdd, p. 79–90, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>>

RIZZATO, Sheila et al. Prevalence of self-reported depression in Brazil: 2013 National Health Survey results Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **REV BRAS EPIDEMIOL DEC**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 170–180, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/en_1980-5497-rbepid-18-s2-00170.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2019.

RODRIGUES, Maria Cristina Soares; OLIVEIRA, Cesar De. Drug-drug interactions and

- adverse drug reactions in polypharmacy among older adults: an integrative review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 24, p. 17, 2016. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 3 dez. 2019.
- ROSENQUIST, J. N.; FOWLER, J. H.; CHRISTAKIS, N. A. Social network determinants of depression. **Molecular Psychiatry**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 273–281, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/mp.2010.13>>
- SANTOS, Élem Guimarães Dos; SIQUEIRA, Marluce Miguel De. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s. l.], v. 59, n. 3, p. 238–246, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 18 jun. 2019.
- SANTOS, Iná S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 29, n. 8, p. 1533–1543, 2013.
- SATRE, Derek D. et al. Ethnic Disparities in Accessing Treatment for Depression and Substance Use Disorders in an Integrated Health Plan. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, [s. l.], v. 40, n. 1, p. 57–76, 2010. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/PM.40.1.e>>
- SERNA, Catalina et al. Evolution of the prevalence and incidence of consumption of antidepressants in a Spanish region (2002-2007). **Mental Health in Family Medicine**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 9–15, 2010.
- SIU, Albert L. et al. Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, [s. l.], v. 315, n. 4, p. 380–387, 2016.
- SKÅNLAND, Sigrid S.; CIEŚLAR-POBUDA, Artur. Off-label uses of drugs for depression. **European Journal of Pharmacology**, [s. l.], v. 865, n. July, p. 172732, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2019.172732>>
- SMOLEN, Jenny Rose; ARAÚJO, Edna Maria De. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 12, p. 4021–4030, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021204021&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 25 jun. 2019.
- SOUZA, Luiz Gustavo Silva et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: Revisão da literatura Brasileira. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 1022–1034, 2012.
- SPIJKER, Jan et al. Duration of major depressive episodes in the general population: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). **British Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 181, n. 3, p. 208–213, 2002. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000027173/type/journal_article>
- STEPHENSON, Chris P.; KARANGES, Emily; MCGREGOR, Iain S. Trends in the utilisation of psychotropic medications in Australia from 2000 to 2011. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 47, n. 1, p. 74–87, 2013.
- TAKAYANAGI, Yoichiro et al. Antidepressant Use and Lifetime History of Mental Disorders in a Community Sample. **The Journal of Clinical Psychiatry**, [s. l.], v. 76, n. 01, p. 40–44, 2015. Disponível em: <<http://www.psychiatrist.com/jcp/article/pages/2015/v76n01/v76n0106.aspx>>
- TANNER, Julie-anne et al. Economic Burden of Depression and Associated Resource Use in Manitoba, Canada. **The Canadian Journal of Psychiatry**, [s. l.], p. 070674371989534, 2019.

Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743719895342>>

THORNICROFT, Graham et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. **British Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 210, n. 2, p. 119–124, 2017.

Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/3160B8E5C90376FA0644A5B0DAFA308B/S0007125000279671a.pdf/undertreatment_of_people_with_major_depressive_disorder_in_21_countries.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2019.

THUNANDER SUNDBOM, Lena; HEDBORG, Kerstin. **Association between prescribed antidepressants and other prescribed drugs differ by gender: a nationwide register-based study in Sweden** *Nordic Journal of Psychiatry* Taylor and Francis Ltd, , 2019.

Disponível em:

<<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/08039488.2018.1536766?needAccess=true>>

TUDOR HART, Julian. THE INVERSE CARE LAW. **The Lancet**, [s. l.], 1971.

VICENTE, Adriano Roberto Tarifa et al. Antidepressant use and associated factors among the elderly: the Bambuí Project. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 12, p. 3797–3804, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203797&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 12 jun. 2019.

VOS, T. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, [s. l.], v. 388, n. 10053, p. 1545–1602, 2016.

VOS, Theo et al. The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. **Archives of General Psychiatry**, [s. l.], v. 61, n. 11, p. 1097–1103, 2004.

WHO. **Depression and other common mental disorders: global health estimates** *World Health Organization*. Geneva, Switzerland. Disponível em:

<<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=D5A4AB9CA19C8494BD12AEE04C312F26?sequence=1>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

WHO INTERNATIONAL WORKING GROUP FOR DRUG STATISTICS METHODOLOGY. **Introduction to Drug Utilization Research**. Oslo: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Introduction, 2003. v. 58 Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4876e/>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOC - ATC/DDD Index**. 2020. Disponível em: <https://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=N06A&showdescription=no>. Acesso em: 9 set. 2019.

ZANELLA, Carolina Gomes; AGUIAR, Patricia Melo; STORPIRTIS, Sílvia. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 325–332, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200325&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 17 maio. 2020.

ANEXO A – ARTIGO

Consumo de antidepressivos em adultos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde

RESUMO

Este estudo teve por objetivo estimar a prevalência de uso de antidepressivos nos últimos 30 dias em adultos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde e fatores associados. Este trabalho integra a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil – Serviços, estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, realizado por meio de questionários aplicados em unidades básicas de saúde e nos locais de entrega de medicamentos. Foram realizadas 8.803 entrevistas, nas cinco regiões brasileiras, de julho a dezembro de 2014. A variável resposta foi o uso de antidepressivos. Foi realizada análise descritiva da população estudada e dos antidepressivos utilizados, assim como foi investigada a associação entre o uso de antidepressivos e variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e relacionadas ao estilo de vida, por meio de regressão logística. A prevalência de uso de antidepressivos foi de 6,8% (IC 95% 6,2 - 7,3). Entre os usuários que autorrelataram diagnóstico prévio de depressão e estar extremamente deprimido/ansioso, apenas 29,4 e 24,4%, respectivamente, relatou uso de antidepressivos, sugerindo uma provável subutilização. Os medicamentos mais utilizados foram fluoxetina (37,9%), amitriptilina (26,1%) e sertralina (10,1%). Após todos os ajustes, observou-se que a chance de uso de antidepressivos é maior em pessoas do sexo feminino, na faixa etária entre 18 e 44 anos, pertencentes às classes A e B, de cor/raça branca, que autorrelataram diagnóstico de depressão e estado deprimido/ansioso, em polifarmácia e uso de psicotrópicos, que não foram internadas no ano anterior e abstêmias. A prevalência de uso de antidepressivos encontrada é menor que nos Estados Unidos e Europa, mas está de acordo com outros estudos realizados no Brasil. Os fatores associados ao uso de antidepressivos encontrados em nosso estudo são consistentes com os reportados pela literatura. Os achados sugerem que pode haver iniquidade de acesso ao tratamento medicamentoso da depressão no Sistema Único de Saúde. Embora haja no Brasil um sistema de saúde de acesso universal, as iniquidades encontradas, principalmente para indivíduos não brancos e pertencentes às classes sociais menos favorecidas, apontam que é necessário aprimorar ações que assegurem acesso ao tratamento dos transtornos depressivos pelos usuários da atenção primária que dele necessitem.

DeCS: Antidepressivos; Depressão, tratamento farmacológico; Estudos transversais; Farmacoepidemiologia; Uso de medicamentos; Atenção primária à saúde; Sistema Único de Saúde; Fatores socioeconômicos.

ABSTRACT

The aim of this study was to estimate the prevalence of antidepressant use in the last 30 days in adult primary care users of the Brazilian National Health System. Additionally, we investigated the association between antidepressant use and selected characteristics. This work is part of the National Survey on Access, Use and Promotion of the Rational Use of Medicines in Brazil - Services, a cross-sectional, evaluative and exploratory study conducted through questionnaires applied to basic health units and medicine dispensing services. We conducted 8.803 interviews in the five Brazilian regions from July to December 2014. The response variable was the use of antidepressants. We performed a descriptive analysis of the population studied and the antidepressants. We measured the association between antidepressant use and demographic, socioeconomic, clinical and lifestyle-related variables through logistic regression. The prevalence of antidepressant use was 6.8% (95% CI 6.2 - 7.3). Among users who self-reported a previous diagnosis of depression and being extremely depressed / anxious, only 29.4 and 24.4%, respectively, reported using antidepressants, suggesting a probable underuse. The most used drugs were fluoxetine (37.9%), amitriptyline (26.1%) and sertraline (10.1%). After all adjustments, multivariate analysis found that the use of antidepressants is more likely in females, aged between 18 and 44 years, higher socioeconomic status, white ethnicity/race, who self-reported depression and anxiety / depressive status, polypharmacy and use of psychotropic, who were not hospitalized in the previous year and alcohol abstinent. The prevalence of antidepressant use observed is lower than in USA and some European countries but is consistent with other studies conducted in Brazil. The factors associated with its use are consistent with the literature. The findings suggest that there may be inequity in access to drug treatment for depression in the Brazilian National Health System. Although patients have a universal right to health in Brazil, the inequities found, especially for non-white individuals and those from lower social classes, show that it is necessary to improve actions to ensure access to treatment of depressive disorders by primary care users.

Key words: Depression, Pharmacological treatment; Cross-sectional studies; Pharmacoepidemiology; Drug utilization research; Primary health care; Socioeconomic factors.

INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos atingem mais de 300 milhões de pessoas no mundo, sendo responsáveis por 9,3% dos anos de vida perdidos por incapacidade na região das Américas e a primeira causa de incapacidade na carga global de doenças no ano de 2015 ¹. A prevalência de depressão no mundo aumentou 18,4% de 17,2% em 2005 para 19,5% em 2015 ². No Brasil, a prevalência de depressão medida por instrumento validado em estudo de base populacional foi de 7,9% em 2013 ³. Apenas uma minoria da população com depressão recebe tratamento adequado devido a fatores como baixas taxas de reconhecimento da doença tanto por profissionais de saúde quanto pelo próprio indivíduo e barreiras de acesso ao tratamento ⁴. Entre os transtornos depressivos, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) tem alto impacto socioeconômico por afetar a capacidade laboral, cognitiva e reduzir a qualidade de vida dos indivíduos afetados e de sua família ⁵. A ampliação do acesso ao tratamento é determinante na redução desse impacto ⁶.

Antidepressivos mostram-se eficazes para o tratamento de depressão na atenção primária à saúde ^{7,8}, preconizando-se o uso nos casos moderados e severos por pelo menos seis meses após a remissão dos sintomas ^{9,10}. No entanto, são escassos os estudos de utilização de antidepressivos na atenção primária, geralmente onde são tratados os casos leves a moderados, dificultando as conclusões a respeito da eficácia desses medicamentos nessa população ¹¹

Dados de estudo realizado em 49 países indicam insuficiência no diagnóstico da depressão e baixa frequência de tratamento entre os identificados, com grande variação nessas frequências de acordo com a renda do país ¹². A prevalência de uso de antidepressivos em 27 países europeus, nos últimos 12 meses, apresentou grande variação, de 2,7% na Grécia a 15,7% em Portugal. Este uso foi associado a maiores escores em instrumento de identificação de depressão, sexo feminino, idade maior que 40 anos, desemprego, autopercepção de pertencimento a classe social menos favorecida e dificuldade de pagar contas. O mesmo estudo mostrou que nos países com maiores gastos em saúde os indivíduos possuíam maior chance de uso de antidepressivos ¹³.

O estudo longitudinal de saúde do adulto (ELSA), realizado com servidores públicos brasileiros de instituições de ensino superior, obteve percentual de utilização de antidepressivos de 6,9%, referente ao uso nas últimas duas semanas, sendo os fatores associados ao uso: sexo feminino, raça/cor branca, morar sozinho, ter plano de saúde, número de comorbidades, transtorno de ansiedade generalizada, alta escolaridade e utilização de benzodiazepínicos ¹⁴. Outro estudo realizado com indivíduos com idade superior a 40 anos em município do sul do

Brasil, encontrou prevalência de uso de antidepressivos de 9,3% medida na última quinzena, estando esse uso associado a sexo feminino, classes A e B e desemprego ¹⁵.

O tratamento da depressão no Brasil faz parte da Política Nacional de Saúde Mental, cujas estratégias e diretrizes têm como objetivo organizar a assistência às pessoas com transtornos mentais. O atendimento dessa população deve ser integral, embasado em evidências científicas e organizado na forma de redes (Redes de Atenção Psicossocial- RAPS) com diversos pontos de atenção ¹⁶⁻¹⁸. Entretanto, a oferta de serviços de saúde mental na atenção primária à saúde (APS) brasileira ainda é considerada frágil ¹⁹, o que é evidenciado por condutas ainda pautadas pelo modelo médico-hegemônico e pela dificuldade da exploração dos recursos existentes nesse ponto de atenção ²⁰.

Estudos de utilização de medicamentos são úteis para avaliação do uso racional desse recurso e podem direcionar políticas de saúde ²¹, porém há uma escassez de estudos de utilização de antidepressivos em usuários da atenção primária. Os trabalhos encontrados foram realizados em amostras de populações específicas e/ou circunscritas a determinadas regiões, e não foi encontrado nenhum cuja abrangência fosse nacional. Portanto, o estudo do uso de antidepressivos em uma amostra representativa dos usuários da atenção primária, preenche essa lacuna no que diz respeito aos estudos de utilização de medicamentos no Brasil. Dessa forma, este estudo teve por objetivo investigar o perfil de uso de antidepressivos em adultos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) e fatores associados a essa utilização. Adicionalmente foi estimada a prevalência de uso de antidepressivos nos últimos 30 dias.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Este trabalho integra a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), primeiro estudo brasileiro de extensão nacional a avaliar a utilização de medicamentos, acesso e organização da assistência farmacêutica na atenção primária do SUS. Compõe-se de dois inquéritos: populacional e serviços.

A PNAUM - Serviços é um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, realizado por meio de questionários aplicados em unidades básicas de saúde e nos locais de entrega de medicamentos. Neste estudo foram utilizados apenas os dados do componente

serviços provenientes das entrevistas presenciais com os usuários que se encontravam nas unidades básicas de saúde no momento da pesquisa.

Seleção da população do estudo e cálculo amostral

Foram realizadas entrevistas com gestores municipais, coordenadores de assistência farmacêutica, médicos, responsáveis pela entrega de medicamentos e usuários. Foram sorteadas três amostras: de municípios, de serviços e de usuários. Inicialmente são os municípios as unidades de sorteio, posteriormente, cada município foi considerado uma unidade de amostragem e foram sorteados os serviços. Por último, em cada serviço, foram sorteados os usuários. Este trabalho baseou suas análises apenas nas respostas dos usuários.

Calculou-se uma amostra de 1.800 usuários ($n=540/0,30$) por região, pois foi considerado que os subgrupos populacionais menores e que correspondessem a 30% da população total ainda poderiam ser objetos de análise sem perder a precisão do cálculo. Considerando a amostra total de 9.000 usuários, estimou-se um percentual de 15% de não resposta, totalizando 10.500 usuários em todo Brasil.

O sorteio de usuários em cada serviço não pôde ser realizado por amostragem probabilística, a partir de listagens de usuários. Sendo assim, foram estabelecidos critérios para a seleção dos usuários para que o entrevistador não tivesse liberdade de escolha, de forma a aproximar a seleção da amostra de um sorteio aleatório. Foram levantados os nomes de todos os médicos que estariam em atendimento nos dias em que os entrevistadores estivessem no serviço. Os nomes dos médicos foram listados numa planilha, em ordem alfabética e, a partir dessa lista, o paciente a ser entrevistado corresponderia ao último paciente a ser atendido entre os que já estivessem presentes na unidade. O único critério de inclusão adotado foi ter idade superior a dezessete anos.

Maiores detalhes metodológicos e sobre o processo amostral e podem ser obtidos em Alvares *et al*²².

Coleta de dados

Foram realizadas 8.803 entrevistas, o que representa uma taxa de resposta de 83,8%.

Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2014. O instrumento de coleta de dados foi um questionário, previamente testado, estruturado específico para os usuários e as entrevistas foram conduzidas por pessoas treinadas.

Variável resposta e variáveis explicativas

A variável resposta foi o uso de antidepressivos, verificada por meio da pergunta: “Nos últimos 30 dias você utilizou algum remédio?”. Os antidepressivos foram definidos por meio da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) ²³ correspondente ao quarto nível, antidepressivos (N06A). A partir dessa classificação, os entrevistados foram comparados quanto ao uso ou não de medicamentos dessa classe terapêutica.

Foi realizada análise descritiva dos antidepressivos utilizados, na qual a unidade de análise foram os medicamentos. Foi verificado o percentual de uso de cada medicamento, pertencimento do medicamento à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) ²⁴ (sim ou não), percentual de uso de genéricos, fontes de obtenção (SUS, farmácia comercial ou outros), autorrelato de efetividade (medicamento funciona bem, regular ou não funciona) e de segurança (medicamento causa problema ou não causa problema).

Na sequência, foi realizada análise descritiva da população estudada e investigada a associação entre o uso de antidepressivos e variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e relacionadas ao estilo de vida. Ressalta-se que os indivíduos foram a unidade para esta análise. As variáveis selecionadas foram assim categorizadas: a) demográficas e socioeconômicas: sexo (masculino e feminino), estado civil (casado/união estável e outros), faixa etária (18-44, 45-64, ≥ 65 anos), raça/cor da pele (branca, não branca), escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, ensino médio, superior), classe econômica (A e B, C, D e E) e gastos em saúde (deixou de comprar algo importante para gastar com saúde? Sim ou não); b) clínicas e estilo de vida: número de medicamentos utilizados (0 ou 1, 2-4, ≥ 5), número de doenças crônicas, exceto depressão (0 ou 1, ≥ 2), autorrelato de depressão (sim ou não), estado deprimido/ansioso no dia da entrevista (não, moderadamente, extremamente), uso de psicotrópicos (sim ou não), internação nos últimos doze meses (sim ou não), autopercepção de saúde (boa/muito boa, nem ruim nem boa, ruim/muito ruim), consumo de álcool (sim ou não), tabagismo (sim ou não), prática de atividade física nos últimos 90 dias (sim ou não).

Foram considerados psicotrópicos os medicamentos pertencentes à classificação ATC N03AE (clonazepam) e todos das categorias N05 e N06 (exceto antidepressivos). A classe econômica foi categorizada com base na classificação da Associação Brasileira de Empresas de

Pesquisa (ABEP), discriminando-se o estrato socioeconômico a partir da renda média domiciliar²⁵.

Análise estatística

A análise descritiva foi realizada por meio de distribuição de frequências. Foi conduzida análise bivariada por meio do teste qui-quadrado para verificar a existência de associação entre o uso de antidepressivos e as variáveis selecionadas. As variáveis associadas ao uso de antidepressivos ao nível de significância 0,20 na análise bivariada foram selecionadas para análise multivariada. Foi utilizada regressão logística binária, com método *backward*, retirando-se as variáveis com valor não significativo, até a obtenção do modelo final. A qualidade do ajuste foi verificada pelo teste de *Hosmer-Lemeshow*. Em todas as análises foi adotado nível de significância de 0,05. O *odds ratio* (OR) e seu respectivo intervalo de confiança 95% foi a medida de associação utilizada. As análises foram feitas nos softwares IBM SPSS Statistics, versão 20 e Microsoft Excel 2016.

A PNAUM foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, mediante Parecer nº 398.131/2013. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Utilização de antidepressivos por usuários da atenção primária

Do total de 8.803 entrevistados, 6511 (74,0%) afirmaram ter utilizado algum medicamento nos últimos trinta dias e entre esses, a prevalência de uso de antidepressivos foi de 6,8 %. (IC 95% 6,2 – 7,3). Quanto aos psicotrópicos, exceto antidepressivos, 5,9% dos usuários relataram uso.

Dos 644 antidepressivos utilizados, 32,9% não estão presentes na RENAME²⁴, 60,7% pertenciam a classe dos ISRS, 32,9% aos tricíclicos e 6,4% outros antidepressivos. Os medicamentos mais utilizados foram fluoxetina (37,9%; n=644), amitriptilina (26,1%; n=644) e sertralina (10,1%; n=644). A estratificação por medicamento está representada no Gráfico 1. Dos antidepressivos, 57,3% eram genéricos, 63,0% foram obtidos no SUS e 29,5% na farmácia comercial. Dos usuários, 90,1% relatou que o medicamento funcionava bem para a doença,

4,5% que funcionava de forma regular e 3,1% que não funcionava. Quanto à segurança, 90,2% relatou que o medicamento não causava nenhum problema.

Análise descritiva e fatores associados ao uso de antidepressivos

Segundo a Tabela 1, a amostra compôs-se predominantemente de pessoas do sexo feminino (76,7%), que vivem com os (as) companheiros (as) (61,1%), na faixa etária de 18 a 44 anos (51,8%) e que se autodeclararam como não brancos (preto, pardo, amarelo ou indígena) (64,3%). A maior parte concluiu apenas o ensino fundamental ou médio. A classe econômica C foi a predominante (58,7%) e 10,9% declarou ter deixado de comprar algo importante para cobrir gastos com saúde. Em relação aos que afirmaram gastos em saúde, 41,5% relataram que este gasto foi para comprar de medicamentos e 41,3% lidaram com esses gastos deixando de pagar contas, 18,6% realizando empréstimos com bancos e 14,4% deixando de comprar alimentos (dados não mostrados). Na análise bivariada observa-se que o uso de antidepressivos associou-se de forma estatisticamente significativa ($p < 0,05$) ao sexo feminino, faixa etária de 45 a 64 anos, cor/raça branca, pertencer as classes econômicas A e B ou C, ter plano de saúde e ter gastos em saúde.

Conforme Tabela 2, a utilização de antidepressivos é significativamente maior nos usuários em polifarmácia, que autorrelatam depressão e sentiam-se deprimidos/ansiosos no momento da entrevista. O uso de antidepressivos também se associou de forma estatisticamente significativa ($p < 0,05$) ao uso de psicotrópicos, pior auto percepção de saúde, ter sido internado no último ano, tabagismo e não consumo de álcool. Dos 1491 usuários entrevistados neste estudo que autorreferiram diagnóstico de depressão ao longo da vida, 29,4% utilizavam antidepressivos. Quando consideramos o estado deprimido/ansioso, dos 3338 que referiram estar moderada ou extremamente deprimidos/ansiosos no momento da entrevista, 15,0% utilizavam antidepressivos.

Como pode ser observado na Tabela 3, as variáveis mais fortemente associadas ao uso de antidepressivos no modelo final foram autorrelato de depressão e utilização de mais que cinco medicamentos: ambas aumentaram em mais de seis vezes a chance de utilização de antidepressivos, sendo que para esta última observa-se um gradiente dose-resposta. Estar deprimido/ansioso no momento da entrevista também aumentou cerca de três a quatro vezes a chance de utilização de antidepressivos em relação a quem não se sentia assim. Utilizar psicotrópicos aumentou em 2,5 vezes a chance de ocorrência do desfecho. As chances de

mulheres utilizarem antidepressivos foram 42% maiores que as de homens. Pessoas pertencentes às classes A e B têm chances 80% maiores de utilizarem antidepressivos em relação às das classes D e E bem como ser branco aumenta em 53% a chance de utilização em relação aos não brancos. Internação nos últimos 12 meses também se associou ao uso de antidepressivos, com um efeito protetor.

DISCUSSÃO

Este estudo investigou o uso de antidepressivos em amostra representativa de usuários da atenção primária à saúde, cuja prevalência foi de 6,8%. Os medicamentos mais utilizados foram fluoxetina e amitriptilina, que corresponderam a mais da metade (64,0%) dos antidepressivos usados. Entre os usuários que autorrelataram diagnóstico prévio de depressão e estar extremamente deprimido/ansioso, apenas 29,4 e 24,4%, respectivamente, relatou uso de antidepressivos, sugerindo uma provável subutilização. Após todos os ajustes, encontramos que a utilização de antidepressivos é mais provável em pessoas do sexo feminino, adultos jovens, de cor/raça branca, pertencentes às classes A e B, que autorrelatam diagnóstico de depressão e estado deprimido/ansioso, em polifarmácia e uso de psicotrópicos, que não foram internadas no ano anterior e abstêmias. Os achados sugerem que podem haver iniquidades de acesso ao tratamento medicamentoso da depressão no Sistema Único de Saúde e/ou ocorrência mais frequente de uso de antidepressivos nas classes de maior poder econômico.

Nossos resultados apontam que menos de um terço dos usuários que autorreferem diagnóstico de depressão por algum profissional de saúde em algum momento da vida e estado deprimido/ansioso moderado ou extremo no dia da entrevista recebem tratamento com antidepressivos, em conformidade com as tendências de subutilização observadas em outros países de média/alta renda. Dados de 21 países participantes da *World Mental Health* mostram diferenças importantes tanto nas prevalências de transtorno depressivo maior quanto na possibilidade de receber tratamento, de acordo com a renda do país. Nos países de alta renda, 77,9% dos casos de transtorno depressivo maior, identificados por instrumento de detecção, receberam algum tratamento, enquanto em países de renda média/alta apenas 59,6%⁴. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) também apontou para uma subutilização de antidepressivos: cerca de 80% dos portadores de depressão não recebem tratamento e apenas 14% recebem antidepressivos, com associação com sexo feminino, cor/raça branca, possuir ensino superior e ter outras doenças crônicas³

A prevalência de uso de antidepressivos verificada em nossos resultados mostra-se próxima a de estudos realizados no Canadá²⁶ e Europa¹³, mas menor que no Reino Unido²⁷ e Estados Unidos²⁸. No Canadá, observou-se tendência de crescimento na prevalência para todas as faixas etárias e estratos socioeconômicos, mas principalmente para os de 45 a 64 anos e piores estratos²⁶, ao contrário do apontado por nossos dados, cujos maiores utilizadores foram adultos de 18 a 44 anos dos melhores estratos econômicos. A maior utilização de antidepressivos nos piores estratos socioeconômicos pode indicar maior prevalência de depressão neste grupo, mas também que o sistema de saúde canadense tem sido mais bem-sucedido que o brasileiro na oferta equânime de serviços de saúde mental. Na Europa, amplo estudo populacional realizado em 27 países, evidenciou que o uso de antidepressivos associa-se ao sexo feminino, pior avaliação de saúde mental, pertencer a classe social mais baixa, idade superior a 40 anos, estar desempregado e ter dificuldade em pagar contas¹³, mostrando achados coincidentes aos de nosso estudo exceto pelos fatores desemprego e dificuldade em pagar contas, que não foram objetos de nossas análises e pela faixa etária.

A classe dos ISRS, principalmente representada pela fluoxetina, foi a mais utilizada em nosso estudo, conforme tendências mundiais²⁹⁻³¹. Porém, ao contrário das evidências de declínio no uso dos tricíclicos ao redor do mundo^{31,32} nossos resultados apontam ainda um extenso uso dessa classe terapêutica,

Estudo transversal realizado com adultos maiores de 40 anos em município no sul do Brasil observou 9,3% de prevalência de uso de antidepressivos nos últimos 15 dias, estando o seu uso associado ao sexo feminino e classe A e B¹⁵, conforme o observado em nossa pesquisa. Outro estudo realizado apenas com idosos, encontrou prevalências de 8,4% nos últimos 90 dias, com associação do uso de antidepressivo com sexo feminino e autoavaliação de saúde ruim/muito ruim, enquanto viver sozinho e dano cognitivo estiveram associados a um menor consumo³³.

É recorrente a associação entre sexo feminino e maior utilização de antidepressivos em estudos de utilização de medicamentos^{3,14,15,29,33,34}. Neste estudo, a amostra foi predominantemente composta por mulheres, refletindo uma provável maior procura de mulheres por serviços de saúde, o que levaria a maior detecção de depressão e, conseqüentemente, aumentaria as chances de uso de antidepressivos. Os transtornos depressivos podem ser mais prevalentes em mulheres devido ao estresse crônico gerado pelas desigualdades de gênero e exigências sociais no desempenho de papéis supostamente femininos, desencadeando a medicalização das emoções neste gênero³⁵. É possível que as mulheres tenham também maior aceitação social para falarem sobre seu próprio sofrimento, o

que levaria a uma maior frequência de reconhecimento e tratamento dos transtornos depressivos³⁶.

A polifarmácia foi um dos fatores mais fortemente associados ao uso de antidepressivos neste estudo (OR 6,55; 4,58 – 9,36), assim como mostra a literatura^{37,38}. Pacientes psiquiátricos comumente utilizam mais de dois psicotrópicos, sendo os mais usados concomitantemente aos antidepressivos: antipsicóticos, antiepilépticos, ansiolíticos e benzodiazepínicos^{14,39}. Pessoas que utilizam mais de cinco medicamentos, geralmente idosos, apresentam múltiplas comorbidades e realizam mais visitas ao médico, com melhor aceitação para uso de mais de uma droga e, por isso, possivelmente são menos subtratadas para depressão^{40,41}. Porém, a população idosa constituiu minoria na população de nosso estudo (13,6%), talvez pelo fato de nossos dados terem sido coletados na própria unidade, podendo ter excluído os idosos com dificuldades de locomoção. Além disso, constatamos que mais da metade dos usuários em polifarmácia possuíam de 45 a 64 anos (dados não mostrados), e é escassa a literatura que aborda o uso de múltiplos medicamentos na população não idosa. Visto que uma população com múltiplas morbidades é uma realidade mundial crescente, será necessário desenvolver métodos que permitam gerenciar com mais segurança a farmacoterapia desses pacientes, evitando-se desfechos desfavoráveis⁴². A revisão e otimização da farmacoterapia deve ser uma tarefa recorrente para médicos generalistas e farmacêuticos de modo a minimizar danos aos pacientes e interações medicamentosas indesejadas⁴³.

Dados da PNS indicam que 47% das pessoas relatam obtenção do medicamento em farmácias públicas³, enquanto o presente inquérito encontrou que uma proporção de 63% adquiriu por esta via, provavelmente pelo fato de nossas entrevistas terem sido realizadas na unidade de saúde e não no domicílio. Destaca-se que a PNS avaliou a obtenção de medicamentos em geral, enquanto que neste estudo avaliamos apenas antidepressivos. Cabe ressaltar que 32,9% dos usuários entrevistados utilizavam medicamentos que não constam na RENAME e, portanto, possivelmente eram adquiridos em farmácias privadas. A lista de antidepressivos contemplada na relação de medicamentos essenciais brasileira é limitada²⁴ e não inclui medicamentos mais apropriados para população idosa⁴⁴. Para indivíduos dos piores estratos socioeconômicos ter que comprar seus medicamentos pode levar ao abandono do tratamento, conforme demonstrado em estudo realizado na França⁴⁵. Ademais, a subutilização de medicamentos por motivos financeiros foi associada ao diagnóstico médico de depressão, entre idosos brasileiros⁴⁶. Apesar de a variável “deixou de comprar algo para gastar em saúde” não ter permanecido no modelo final, ela é um indicador de provável ocorrência de gastos catastróficos em saúde. A maioria dos entrevistados que declarou esse gasto deixou de pagar

contas ou comprar alimentos e necessitou fazer empréstimos devido principalmente, a gastos com medicamentos, sugerindo que pode haver desencontros entre os medicamentos prescritos e as relações de medicamentos disponibilizadas pelo SUS. Esses achados são corroborados por Luiza e colaboradores (2016), que encontraram que os gastos com medicamentos de um em cada 17 domicílios brasileiros geram encargos, especialmente para as famílias das classes D e E.

Nossos resultados suportam uma associação entre uso de antidepressivos e raça/cor da pele branca, assim como o estudo de Presley e colaboradores (2019) realizado com indivíduos diabéticos, cujos resultados indicam a raça/cor da pele como um preditor de qualquer tipo de tratamento para depressão: indivíduos brancos usam três vezes mais antidepressivos em relação a negros e hispânicos. Outro estudo norte-americano, realizado apenas com indivíduos cobertos por seguro de saúde privado, também observou que as chances de tratamento medicamentoso da depressão eram maiores em indivíduos brancos do que em afro-americanos, latinos e asiáticos⁴⁹. Observamos em nossas análises que 75,6% dos indivíduos pertencentes à classe D/E declararam-se como não brancos (dados não mostrados) e que pessoas pertencentes às classes A e B têm quase o dobro de chance de utilizarem antidepressivos em relação aos usuários das classes mais pobres, a despeito das proporções de autorrelato de depressão serem muito similares em todos os estratos. Esse efeito está alinhado com os achados de estudo transversal conduzido em município paulista, em que sujeitos com renda inferior a um salário mínimo tiveram menores chances de usarem psicofármacos, ainda que tivessem maiores chances de apresentarem transtornos mentais⁵⁰. Uma provável explicação é que os indivíduos brancos das classes A e B estejam utilizando-se de serviços especializados de saúde mental via plano de saúde e comprando seus medicamentos predominantemente em farmácias privadas. Apesar de a depressão estar associada a menor renda, raça/cor da pele negra, ter plano de saúde e escolaridade menor que nível superior^{51,52}, o uso de antidepressivos associa-se a cor branca, nível superior e presença de plano de saúde^{3,14}, mostrando que possivelmente os grupos com maior necessidade sejam os menos tratados^{45,53}. Essa iniquidade remete ao conceito de *inverse care law*, em que a disponibilidade de cuidados em saúde é inversamente proporcional às necessidades da população⁵⁴.

Em nosso estudo, pacientes que não foram internados no ano anterior tiveram maior chance de utilização de antidepressivos. Há carência de evidências científicas quanto ao uso de antidepressivos influenciar na frequência de admissão hospitalar, embora este seja um efeito esperado em pessoas com depressão⁵⁵ e no tratamento de transtorno depressivo maior⁵⁶. Entretanto, essa é uma explicação pouco provável para o resultado observado nesse estudo, que

se mostra em desacordo com a literatura, ao menos entre idosos, pois nessa faixa etária o consumo de antidepressivos está associado a quedas recorrentes ⁵⁷ e pode aumentar a probabilidade de fraturas ⁵⁸ e, conseqüentemente, hospitalização ⁵⁹. Observamos que a chance de usar antidepressivos foi maior em pessoas abstêmias, provavelmente devido à orientação de não consumo de álcool concomitante ao uso de medicamentos psicotrópicos. Este resultado concorda parcialmente com dados de estudo canadense, em que o uso de antidepressivos foi associado a um menor consumo de álcool entre homens, mas não entre mulheres ⁶⁰.

As aparentes iniquidades no tratamento da depressão observadas em nossos resultados, apontam que são necessárias melhorias nos serviços de saúde mental ofertados pela atenção primária do SUS. Manuais como o “MI-GAP”, da OMS indicam intervenções farmacológicas e não-farmacológicas exequíveis ⁶¹. As intervenções relacionadas à melhoria da saúde mental da população devem levar em consideração determinantes sociais e não devem limitar-se ao nível individual, pois políticas públicas que melhorem o nível educacional, segurança alimentar e sanitária e o bem-estar social, parecem ser mais efetivas em proteger a saúde mental dos indivíduos ^{62,63}. Recursos baseados nos cuidados colaborativos como triagem para identificação de sintomas depressivos, treinamento de profissionais da APS para abordagens psicossociais e interdisciplinares mostram-se efetivos ⁶⁴. O SUS já avançou nesse quesito, por meio da incorporação de equipes multidisciplinares em estruturas como o NASF em apoio às ESF, além da utilização do matriciamento de casos como recurso norteador de práticas em saúde mental. No entanto, esses recursos encontram-se ameaçados no atual cenário de cortes econômicos em políticas que visam à proteção e ao bem-estar social.

Limitações e pontos fortes do estudo

Uma das principais limitações é o desenho transversal, que não nos permite inferir se os fatores associados antecedem ou se são consequência do uso de antidepressivos. Em relação à variável resposta, pode ter havido subestimação, uma vez que o uso de medicamentos foi medido apenas por meio de autorrelato e sem conferência dos medicamentos utilizados. Outro aspecto a ser considerado refere-se à indicação de uso dos antidepressivos, não investigada neste estudo, uma vez que há possibilidade de tais medicamentos serem usados para tratamento de outras doenças que não depressão. Houve também uma baixa representação da população idosa, dificultando a extrapolação dos resultados para esta população.

Por outro lado, este é o primeiro estudo de abrangência nacional de que temos conhecimento a avaliar a prevalência de uso de antidepressivos em amostra representativa dos

usuários da atenção primária do SUS. O processo de amostragem foi bem elaborado e permitiu obter uma população que fosse representativa dos usuários da APS em todo Brasil, ademais uma alta taxa de resposta foi obtida pelo inquérito. Outrossim, a prevalência medida foi em relação ao uso nos últimos trinta dias, o que pode ter minimizado um possível viés de memória.

Conclusões

A prevalência de uso de antidepressivos no Brasil é semelhante à do Canadá, mas menor que dos Estados Unidos e alguns países europeus. Os fatores associados ao uso de antidepressivos encontrados em nosso estudo são consistentes com os reportados pela literatura.

Embora haja um sistema nacional de saúde no Brasil, cujos princípios são a universalidade, integralidade e equidade, as iniquidades encontradas indicam que é necessário aprimorar o acesso equânime ao tratamento dos transtornos depressivos, enfocando principalmente os fatores classe econômica e raça/cor da pele. A adequada organização deste sistema deveria agir como um fator protetor na saúde mental dos indivíduos mais vulneráveis, o que parece não estar ocorrendo. Os resultados obtidos podem fomentar a discussão sobre políticas de saúde mental que atinjam os usuários da APS de forma eficiente e equânime tanto nos aspectos de prevenção e promoção quanto no acesso ao tratamento. Devem ser desenvolvidas políticas de saúde mental com maior foco na atenção primária à saúde de forma que a depressão não seja subdiagnosticada e subtratada em indivíduos não brancos e de menor renda. Estudos futuros podem avaliar a associação entre o tratamento da depressão e a desigualdade social por meio de indicadores mais específicos. Sugere-se que sejam fortalecidas estratégias de capacitação de profissionais da atenção primária para reconhecimento de sintomas depressivos e abordagens psicossociais adequadas, mais baseadas na clínica ampliada e nos determinantes sociais da saúde mental e menos no modelo biomédico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva, Switzerland; 2017. doi:CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. Vos T, Allen C, Arora M, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545-1602. doi:10.1016/S0140-6736(16)31678-6
3. Lopes CS, Hellwig N, E Silva GDA, Menezes PR. Inequities in access to depression treatment: Results of the Brazilian National Health Survey - PNS. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):1-8. doi:10.1186/s12939-016-0446-1
4. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br J Psychiatry*. 2017;210(2):119-124. doi:10.1192/bjp.bp.116.188078
5. Rittberg BR. Major depressive disorder. *Med Basis Psychiatry Fourth Ed*. 2016;2(Mdd):79-90. doi:10.1007/978-1-4939-2528-5_5
6. Acioly Luiz Tavares de Lacerda, Lucas de Castro Quarantini, Ângela Miranda-Scippa JADP e colaboradores. *Depressão: Do Neurônio Ao Funcionamento Social*. 1ª. (Artmed, ed.). Porto Alegre; 2009.
7. Linde K, Kriston L, Rucker G, et al. Efficacy and Acceptability of Pharmacological Treatments for Depressive Disorders in Primary Care: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Ann Fam Med*. 2015;13(1):69-79. doi:10.1370/afm.1687
8. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018;391(10128):1357-1366. doi:10.1016/S0140-6736(17)32802-7
9. NICE. *Depression in Adults: Recognition and Management. Clinical Guideline*.; 2009. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-and-management-pdf-975742638037>.
10. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral) Revision of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Complete version). *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(Supl I):7-17.
11. Arroll B, Chin WY, Martis W, et al. Antidepressants for treatment of depression in primary care: A systematic review and meta-analysis. *J Prim Health Care*. 2016;8(4):325-334. doi:10.1071/HC16008
12. Araya R, Zitko P, Markkula N, Rai D, Jones K. Determinants of access to health care for depression in 49 countries: A multilevel analysis. *J Affect Disord*. 2018;234:80-88. doi:10.1016/j.jad.2018.02.092
13. Lewer D, O'Reilly C, Mojtabai R, Evans-Lacko S. Antidepressant use in 27 European countries: Associations with sociodemographic, cultural and economic factors. *Br J Psychiatry*. 2015;207(3):221-226. doi:10.1192/bjp.bp.114.156786
14. Brunoni AR, Nunes MA, Figueiredo R, et al. Patterns of benzodiazepine and antidepressant use among middle-aged adults. the Brazilian longitudinal study of adult

- health (ELSA-Brasil). *J Affect Disord.* 2013;151(1):71-77. doi:10.1016/j.jad.2013.05.054
15. Garcias CMM, Pinheiro RT, Garcias G de L, Horta BL, Brum CB. Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006. *Cad Saude Publica.* 2008;24(7):1565-1571. doi:10.1590/S0102-311X2008000700011
 16. BRASIL. *PORTARIA Nº- 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.* Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2011. <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139572/PortariaN3.088RededeAtencaoPsicossocial.pdf>.
 17. Ministério da Saúde. Saúde mental: álcool e outras drogas, depressão, ansiedade. Portal do Governo Brasileiro. <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>. Accessed November 1, 2019.
 18. Brasil. *Nota Técnica Nº 11/2019.* Vol 11. Brasil: Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas.; 2019:1-32. https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Tecnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_Politica_de_Saude_Mental.pdf. Accessed June 21, 2019.
 19. André H, Fátima A De, Afonso I, Iii R, Antônio M. Saúde mental na atenção básica : uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. *Rev Saude Publica.* 2018;(Saúde Mental na Atenção Básica):1-12.
 20. Frateschi MS, Cardoso CL. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2014;24(2):545-565. doi:10.1590/S0103-73312014000200012
 21. WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology. *Introduction to Drug Utilization Research.* Vol 58. Oslo: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Introduction; 2003. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4876e/>.
 22. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, et al. National survey on access, use and promotion of rational use of medicines: Methods. *Rev Saude Publica.* 2017;51:1s-9s. doi:10.11606/S1518-8787.2017051007027
 23. World Health Organization. WHOCC - ATC/DDD Index. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. https://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=N06A&showdescription=no. Published 2020. Accessed September 9, 2019.
 24. BRASIL. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2020.* 1ª. (Saúde E do M da, ed.). Brasília: Ministério da Saúde; 2020. <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmacologica/medicamentos-rename>. Accessed June 13, 2020.
 25. ABEP AB de empresas de P. Critério de classificação econômica Brasil. *Abep.* 2018;1:1-5.
 26. Raymond CB, Morgan SG, Caetano PA. Antidepressant utilization in British Columbia from 1996 to 2004: Increasing prevalence but not incidence. *Psychiatr Serv.* 2007;58(1):79-84. doi:10.1176/ps.2007.58.1.79
 27. Hafferty JD, Wigmore EM, Howard DM, et al. Pharmaco-epidemiology of antidepressant exposure in a UK cohort record-linkage study. *J Psychopharmacol.* 2019;33(4):482-493. doi:10.1177/0269881119827888

28. Mojtabai R, Olfson M. National Trends in Long-Term Use of Antidepressant Medications. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(02):169-177. doi:10.4088/JCP.13m08443
29. Forns J, Pottegård A, Reinders T, et al. Antidepressant use in Denmark, Germany, Spain, and Sweden between 2009 and 2014: Incidence and comorbidities of antidepressant initiators. *J Affect Disord*. 2019;249:242-252. doi:10.1016/j.jad.2019.02.010
30. Stephenson CP, Karanges E, McGregor IS. Trends in the utilisation of psychotropic medications in Australia from 2000 to 2011. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47(1):74-87. doi:10.1177/0004867412466595
31. Luo Y, Kataoka Y, Ostinelli EG, Cipriani A, Furukawa TA. National Prescription Patterns of Antidepressants in the Treatment of Adults With Major Depression in the US Between 1996 and 2015: A Population Representative Survey Based Analysis. *Front Psychiatry*. 2020;11(February):1-11. doi:10.3389/fpsy.2020.00035
32. Abbing-Karahagopian V, Huerta C, Souverein PC, et al. Antidepressant prescribing in five European countries: Application of common definitions to assess the prevalence, clinical observations, and methodological implications. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014;70(7):849-857. doi:10.1007/s00228-014-1676-z
33. Vicente ART, Castro-Costa É, Diniz BS, et al. Antidepressant use and associated factors among the elderly: the Bambuí Project. *Cien Saude Colet*. 2015;20(12):3797-3804. doi:10.1590/1413-812320152012.09662015
34. Blay SL, Fillenbaum GG, Pitta JC, Peluso ET. Factors associated with antidepressant, anxiolytic, and other psychotropic medication use to treat psychiatric symptoms in the city of São Paulo, Brazil. *Int Clin Psychopharmacol*. 2014;29(3):157-165. doi:10.1097/YIC.0000000000000008
35. Serna C, Cruz I, Galv??n L, Real J, Gasc?? E, Soler-Gonz??lez J. Evolution of the prevalence and incidence of consumption of antidepressants in a Spanish region (2002-2007). *Ment Health Fam Med*. 2010;7(1):9-15. doi:10.2307/23042756
36. De Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clin*. 2006;33(2):43-54. doi:10.1016/j.cancergencyto.2005.08.017
37. Nascimento RCRM do, Álvares J, Guerra Junior AA, et al. Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Publica*. 2017;51(suppl.2). doi:10.11606/S1518-8787.2017051007136
38. Thunander Sundbom L, Hedborg K. Association between prescribed antidepressants and other prescribed drugs differ by gender: a nationwide register-based study in Sweden. *Nord J Psychiatry*. 2019;73(1):73-79. doi:10.1080/08039488.2018.1536766
39. Costa J de O, Ceccato M das GB, Melo APS, Acurcio F de A, Guimarães MDC. Gender differences and psychotropic polypharmacy in psychiatric patients in Brazil: a cross-sectional analysis of the PESSOAS Project. *Cad Saude Publica*. 2017;33(4). doi:10.1590/0102-311x00168915
40. Boehlen FH, Freigofas J, Herzog W, et al. Evidence for underuse and overuse of antidepressants in older adults: Results of a large population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(4):539-547. doi:10.1002/gps.5047
41. Takayanagi Y, Spira AP, Bienvenu OJ, et al. Antidepressant Use and Lifetime History of Mental Disorders in a Community Sample. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(01):40-44. doi:10.4088/JCP.13m08824

42. Doos L, Roberts EO, Corp N, Kadam UT. Multi-drug therapy in chronic condition multimorbidity: a systematic review. 2014. doi:10.1093/fampra/cmu056
43. Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, Dreischulte T. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: Population database analysis 1995-2010. *BMC Med.* 2015;13(1). doi:10.1186/s12916-015-0322-7
44. Conn D, Gibson M & MD. *2014 CCSMH Guideline Update -The Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long Term Care Homes: (Focus on Mood and Behaviour Symptoms)*. Toronto: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH); 2014. <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/2014-ccsmh-Guideline-Update-LTC.pdf>. Accessed May 17, 2020.
45. Bocquier A, Cortaredona S, Verdoux H, et al. Social inequalities in early antidepressant discontinuation. *Psychiatr Serv.* 2014;65(5):618-625. doi:10.1176/appi.ps.201300184
46. Loyola Filho AI de, Firmo JOA, Mambrini JV de M, et al. Subutilização de medicamentos por motivos financeiros em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. *Rev Saude Publica.* 2018;52:1-11. doi:10.11606/s1518-8787.2018052000622
47. Luiza VL, Tavares NUL, Oliveira MA, et al. Catastrophic expenditure on medicines in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2016;50(suppl 2). doi:10.1590/S1518-8787.2016050006172
48. Presley CA, White RO, Bian A, Schildcrout JS, Rothman RL. Factors associated with antidepressant use among low-income racially and ethnically diverse patients with type 2 diabetes. *J Diabetes Complications.* 2019;33(10):107405. doi:10.1016/j.jdiacomp.2019.07.002
49. Satre DD, Campbell CI, Gordon NP, Weisner C. Ethnic Disparities in Accessing Treatment for Depression and Substance Use Disorders in an Integrated Health Plan. *Int J Psychiatry Med.* 2010;40(1):57-76. doi:10.2190/PM.40.1.e
50. Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros MB de A, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev Saude Publica.* 2008;42(4):717-723. doi:10.1590/s0034-89102008005000034
51. Olfson M, Blanco C, Marcus SC. Treatment of adult depression in the United States. *JAMA Intern Med.* 2016;176(10):1482-1491. doi:10.1001/jamainternmed.2016.5057
52. Smolen JR, Araújo EM de. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet.* 2017;22(12):4021-4030. doi:10.1590/1413-812320172212.19782016
53. González HM, Vega WA, Williams DR, Tarraf W, West BT, Neighbors HW. Depression care in the United States: Too little for too few. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(1):37-46. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.168
54. Tudor Hart J. THE INVERSE CARE LAW. *Lancet.* 1971. doi:10.1016/S0140-6736(71)92410-X
55. Tanner J, Hensel J, Davies PE, Brown LC, Dechairo BM, Mulsant BH. Economic Burden of Depression and Associated Resource Use in Manitoba, Canada. *Can J Psychiatry.* December 2019:070674371989534. doi:10.1177/0706743719895342
56. BRATS. Antidepressivos no Transtorno Depressivo Maior em Adultos. *Bol Bras Avaliação Tecnol em Saúde.* 2012;(18):1-35.
57. Ming Y, Zecevic A. Medications & polypharmacy influence on recurrent fallers in

- community: A systematic review. *Can Geriatr J.* 2018;21(1):14-25.
doi:10.5770/cgj.21.268
58. Brännström J, Lövheim H, Gustafson Y, Nordström P. Association between Antidepressant Drug Use and Hip Fracture in Older People before and after Treatment Initiation. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(2):172-179.
doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.3679
59. Noia AS, Secoli SR, Duarte YA de O, Lebrão ML, Lieber NSR. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2012;46(spe):38-43. doi:10.1590/s0080-62342012000700006
60. Graham K, Massak A. Alcohol consumption and the use of antidepressants. *Can Med Assoc J.* 2007;176(5):633-637. doi:10.1503/cmaj.060446
61. OMS OM da S. MI-GAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. 2010:120. http://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf.
62. Lund C, Breen A, Flisher AJ, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review☆ Europe PMC Funders Group. *Soc Sci Med.* 2010;71(3):517-528. doi:10.1016/j.socscimed.2010.04.027
63. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry.* 2018;5(4):357-369. doi:10.1016/S2215-0366(18)30060-9
64. Cabassa LJ, Hansen MC. A Systematic Review of Depression Treatments in Primary Care for Latino Adults. *Res Soc Work Pract.* 2007;17(4):494-503.
doi:10.1177/1049731506297058

Gráfico 1 – Utilização de antidepressivos. PNAUM, 2015

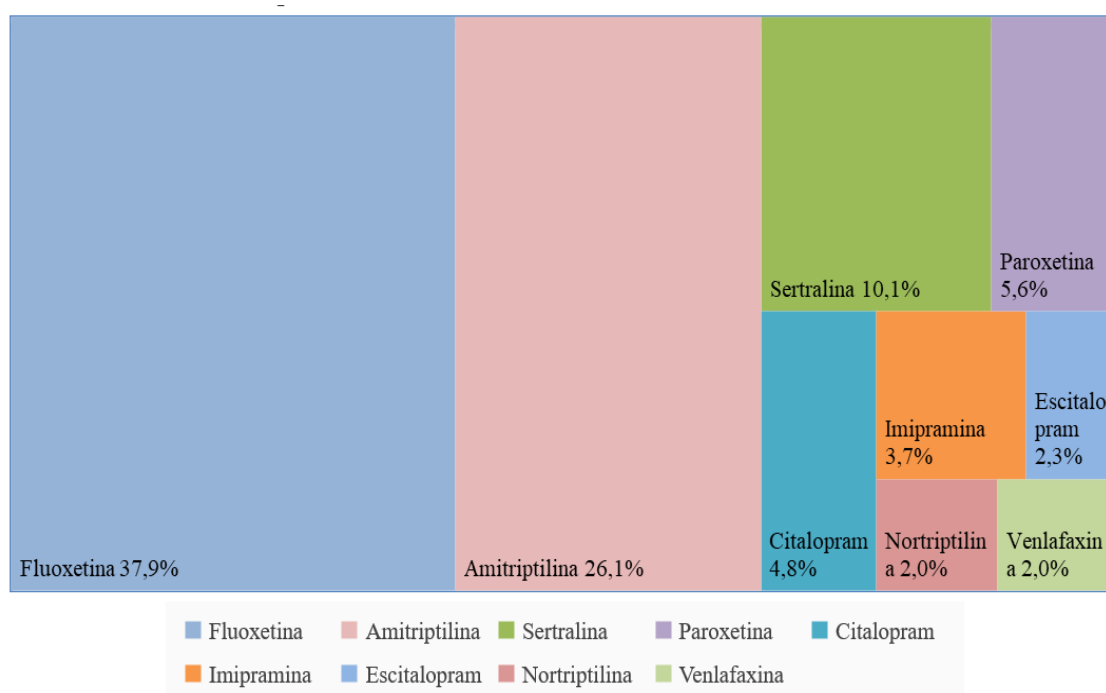


Tabela 1 – Comparação das variáveis demográficas e socioeconômicas de acordo com o uso de antidepressivos em pacientes que relatam depressão. PNAUM, 2015.

Variável	Antidepressivos		Total**		OR Bruto	IC 95%	p*
	Sim (n= 595) n (%)	Não (n= 8208) n (%)	(n= 8.803) n (%)				
Sexo							< 0,001
Masculino	80 13,4	1971 24,0	2051 23,3		Ref.		
Feminino	515 86,6	6237 76,0	6752 76,7		2,03	1,60-2,59	
Estado civil							0,144
Casado/União Estável	342 57,5	5041 61,4	5383 61,1		Ref.		
Outros	253 42,5	3164 38,5	3417 38,8		1,18	1,00-1,40	
Faixa etária							< 0,001
≥ 65 anos	83 13,9	1101 13,6	1184 13,6		Ref.		
45 a 64 anos	300 50,4	2699 33,4	2999 34,6		1,47	1,15-1,90	
18 a 44 anos	212 35,6	4281 53,0	4493 51,8		0,66	0,51-0,85	
Cor/Raça							< 0,001
Não branca	285 47,9	5372 65,4	5657 64,3		Ref.		
Branca	310 52,1	2799 34,1	3109 35,3		2,09	1,78-2,47	
Escolaridade							0,297
Analfabeto	54 9,1	726 8,8	780 8,9		Ref.		
Fundamental	319 53,6	4124 50,2	4443 50,5		1,04	0,77-1,40	

Ensino médio	179	30,1	2781	33,9	2960	33,6	0,87	0,63-1,19
Ensino superior	43	7,2	577	7,0	620	7,0	1,00	0,66-1,52
Classe econômica								0,001
D e E	113	19,0	2042	25,5	2155	25,1	Ref.	
C	371	62,5	4676	58,5	5047	58,7	1,43	1,15-1,78
A e B	110	18,5	1279	16,0	1389	16,2	1,55	1,18-2,04
Deixou de comprar algo para gastar com saúde								<0,001
Não	469	79,1	7177	89,8	7646	89,1	Ref.	
Sim	124	20,9	813	10,2	937	10,9	2,33	1,89-2,88

Fonte: Pesquisa Nacional de Utilização de Medicamentos, 2015

Ref. - Referência

* Teste qui-quadrado de Pearson

** As somas que não completam 100% devem-se a dados perdidos

Tabela 2 - Comparação das variáveis clínicas e de estilo de vida de acordo com o uso de antidepressivos em pacientes que relatam depressão. PNAUM, 2015.

Variável	Antidepressivos		Total**		OR Bruto	IC 95%	p*	
	Sim (n= 595) n (%)	Não (n= 8208) n (%)	(n= 8.803) n (%)					
Nº medicamentos***							< 0,001	
0 ou 1	73	12,3	4780	58,2	4853	55,1	Ref.	
2 a 4	366	61,5	2974	36,2	3340	37,9	8,06	6,24-10,40
≥ 5	156	26,2	454	5,5	610	6,9	22,50	16,77-30,19
Nº doenças crônicas (exceto depressão)							0,07	
≥ 2	194	33,6	2971	37,3	3165	37,1	Ref.	
0 ou 1	384	66,4	4988	62,7	5372	62,9	1,18	0,99-1,41
Autorrelato de depressão							< 0,001	
Não	156	26,2	6928	86,8	7084	82,6	Ref.	
Sim	439	73,8	1052	13,2	1491	17,4	18,53	15,27-22,50
Estado de saúde deprimido/ansioso							< 0,001	
Não	93	15,7	5159	64,5	5252	61,1	Ref.	
Moderado	303	51,0	2225	27,8	2528	29,4	7,55	5,96-9,58
Extremamente	198	33,3	612	7,7	810	9,4	17,95	13,84-23,28

Uso de psicotrópicos*								< 0,001	
Não	388	65,2	7893	96,2	8281	94,1	Ref.		
Sim	207	34,8	315	3,8	522	5,9	13,37	10,91-16,37	
Internação últimos 12 meses								0,037	
Não	522	87,9	7237	90,5	7759	90,3	Ref.		
Sim	72		760	9,5	832	9,7	1,31	1,02-1,70	
Auto percepção de saúde								< 0,001	
Boa/Muito boa	234	39,4	4728	54,2	4962	57,8	Ref.		
Nem ruim, nem boa	252	42,4	2705	33,9	2957	34,5	1,88	1,57-2,26	
Ruim/Muito ruim	108	18,2	556	7,0	664	7,7	3,93	3,07-5,01	
Consumo de álcool								< 0,001	
Sim	88	14,8	2045	25,6	2133	24,8	Ref.		
Não	506	85,2	5952	74,4	6458	75,2	1,98	1,57-2,49	
Tabagismo								< 0,001	
Não	489	82,3	7019	87,8	7508	87,4	Ref.		
Sim	105	17,7	979	12,2	1084	12,6	1,54	1,23-1,92	
Prática de atividade física								0,067	
Não	415	69,9	5864	73,3	6279	73,1	Ref.		
Sim	179	30,1	2134	26,7	2313	26,9	1,19	0,9-1,42	

Fonte: Pesquisa Nacional de Utilização de Medicamentos, 2015

Ref. = Referência

* Teste qui-quadrado de Pearson

** As somas que não completam 100% devem-se a dados perdidos

*** Exceto antidepressivos.

Tabela 3– Resultados finais da análise multivariada das características associadas ao uso de antidepressivos*. PNAUM, 2015.

Variável	OR ajustado**	(IC 95%)
Sexo		
Masculino	Ref.	***
Feminino	1,42	(1,07 – 1,88)
Faixa etária		
≥ 65 anos	Ref.	
45 a 64 anos	1,44	(1,06 – 1,94)
18 a 44 anos	1,59	(1,15 - 2,20)
Cor/Raça		
Não branca	Ref.	
Branca	1,53	(1,25 – 1,87)

Classe econômica

D e E	Ref.
C	1,57 (1,21 – 2,03)
A e B	1,80 (1,30 – 2,51)

Autorrelato de depressão

Não	Ref.
Sim	6,23 (4,96 – 7,82)

Estado deprimido/ansioso

Não	Ref.
Moderado	2,80 (2,14 – 3,65)
Extremamente	4,05 (2,97 – 5,51)

Nº medicamentos

0 ou 1	Ref.
2 a 4	4,24 (3,20 – 5,60)
≥5	6,55 (4,58 – 9,36)

Internação

Não	Ref.
Sim	0,68 (0,50 – 0,93)

Uso de psicotrópicos****

Não	Ref.
Sim	2,56 (2,00 – 3,28)

Consumo de álcool

Sim	Ref.
Não	1,39 (1,06 – 1,82)

*Modelo final obtido por meio de regressão logística binária, ajustado por todas as variáveis (sexo, faixa etária, cor/raça, classe econômica, gastos em saúde, número de medicamentos, número de doenças crônicas, autorrelato de depressão, estado deprimido/ansioso, uso de psicotrópicos, autopercepção de saúde, consumo de álcool, tabagismo, internação nos últimos 12 meses e prática de atividade física). Exibidas apenas as que se mantiveram significativas no modelo final.

**Nagelkerke R Square = 0,405; Teste de Hosmer and Lemeshow p = 0,086

***Referência

****Exceto antidepressivos.

23. Outra(s) doença(s) com **MAIS DE SEIS MESES** de duração

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

USO DE REMÉDIOS

Nas próximas perguntas, queremos saber algumas informações sobre o uso de Remédios por você.

24. Nos últimos 30 dias você usou algum Remédio?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 285) 99. Não Sei (Vá p/ 285) [][]

Responder as perguntas de 25 a 283 preferencialmente de acordo com as informações obtidas na(s) prescrição (es) médica e na(s) caixa(s) do(s) Remédio(s) que o paciente estiver em uso. Perguntar diretamente ao paciente somente na ausência destas. Mesmo assim, caso não consiga acesso às informações marcar a opção (99) Não sei.

REMÉDIO 1

Qual o nome completo do Remédio, sua dosagem, sua forma farmacêutica e o nome do laboratório fabricante?
(copie estas informações preferencialmente da embalagem e receita médica)

25. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

26. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

27. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

28. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [][]

29. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

30. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar [][]

31. Você teve algum problema para conseguir este Remédio na última vez?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 32)
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/ 32)
3. Sim. Outro problema:
4. Não teve problema (Vá p/ 32)
99. Não Sei (Vá p/ 32) 999. NA (Vá p/ 32) [][]

31A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
B. _____ [][]
C. _____ [][]
D. _____ [][]
E. _____ [][]
999. NA

32. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 34)
99. Não Sei (Vá p/ 34) 999. NA [][]

32A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

33. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

34. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [][]

35. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 37)
99. Não Sei (Vá p/ 37) 999. NA [][]

36. Qual (is) são os problema(s)? **(ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)**

- A _____ [][]
B _____ [][]
C _____ [][]
D _____ [][]
E _____ [][]
999. NA

- 37.** Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?
 1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 2

- 38.** Nome Comercial / Princípio Ativo:
 _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

- 39.** Forma Farmacêutica:
 1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
 99. Não Sei 999. NA [][]

- 40.** Remédio Genérico?
 1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

- 41.** Há quanto tempo você usa esse Remédio?
 1. Menos de um ano 99. Não Sei
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

- 42.** Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?
 1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
 99. Não Sei 999. NA [][]

- 43.** Onde conseguiu este Remédio pela última vez?
 1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar [][]

- 44.** Você teve algum problema para conseguir este Remédio?
 1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 45)
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/ 45)
 3. Sim. Outro problema:
 4. Não teve problema (Vá p/ 45)
 99. Não Sei (Vá p/ 45) 999. NA [][]

- 44A.** Especifique outro (s) problema (s)
 A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

- 45.** Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 47)
 99. Não Sei (Vá p/ 47) 999. NA [][]

- 45.A** Se sim, especifique quantas vezes?
 _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

- 46.** Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

- 47.** Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]

- 48.** Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 50)
 99. Não Sei (Vá p/ 50) 999. NA [][]

- 49.** Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

- 50.** Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 3

- 51.** Nome Comercial / Princípio Ativo:
 _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

- 52.** Forma Farmacêutica:
 1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
 99. Não Sei 999. NA [][]

- 53.** Remédio Genérico?
 1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

- 54.** Há quanto tempo você usa esse Remédio?
 1. Menos de um ano 99. Não Sei
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]



55. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos

99. Não Sei 999. NA [][]

56. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar

[][]

57. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 58)
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/58)
3. Sim. Outro problema:
4. Não teve problema (Vá p/ 58)

99. Não Sei (Vá p/ 58) 999. NA [][]

57A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
- B. _____ [][]
- C. _____ [][]
- D. _____ [][]
- E. _____ [][]

999. NA

58. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 60)

99. Não Sei (Vá p/ 60) 999. NA [][]

58A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]

99. Não Sei 999. NA

59. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

_____ [][]

99. Não Sei 999. NA

60. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem

[][]

61. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 63)

99. Não Sei (Vá p/ 63) 999. NA [][]

62. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? **(ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)**

A _____ [][]

B _____ [][]

C _____ [][]

D _____ [][]

E _____ [][]

999 NA

63. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 284)

99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 4

64. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]

99. Não Sei 999. NA

65. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [][]

66. Remédio Genérico?

1. Sim
2. Não
99. Não Sei
999. NA [][]

67. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano
99. Não Sei

2. Um ano ou mais 999. NA [][]

68. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos

99. Não Sei 999. NA [][]

69. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar

[][]

70. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 71)
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/ 71)
3. Sim. Outro problema:
4. Não teve problema (Vá p/ 71)

99. Não Sei (Vá p/ 71) 999. NA [][]

70A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

71. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 73)
 99. Não Sei (Vá p/ 73) 999. NA [][]

71A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

72. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

_____ [][]
 _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

73. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]

74. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 76)
 99. Não Sei (Vá p/ 76) 999. NA [][]

75. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A _____ [][]
 B _____ [][]
 C _____ [][]
 D _____ [][]
 E _____ [][]
 999. NA

76. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 5

77. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

78. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme

6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [][]

79. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

80. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

81. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
 99. Não Sei 999. NA [][]

82. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar [][]

83. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 84)
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/ 84)
 3. Sim. Outro problema:
 4. Não teve problema (Vá p/ 84)
 99. Não Sei (Vá p/ 84) 999. NA [][]

83A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

84. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 86)
 99. Não Sei (Vá p/ 86) 999. NA [][]

84A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

85. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

_____ [][]
 _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA



86. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [][]

87. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 89)
99. Não Sei (Vá p/ 89) 999. NA [][]

88. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A _____ [][]
B _____ [][]
C _____ [][]
D _____ [][]
E _____ [][]
999. NA

89. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 6

90. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

91. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

92. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

93. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [][]

94. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

95. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar [][]

96. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 97)
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/ 97)
3. Sim. Outro problema:
4. Não teve problema (Vá p/ 97)
99. Não Sei (Vá p/ 97) 999. NA [][]

96A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
B. _____ [][]
C. _____ [][]
D. _____ [][]
E. _____ [][]
999. NA

97. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 99)
99. Não Sei (Vá p/ 99) 999. NA [][]

97A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

98. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

99. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [][]

100. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 102)
99. Não Sei (Vá p/ 102) 999. NA [][]

101. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A _____ [][]
B _____ [][]
C _____ [][]
D _____ [][]
E _____ [][]
999. NA



- 102.** Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?
 1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 7

- 103.** Nome Comercial / Princípio Ativo:
 _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

- 104.** Forma Farmacêutica:
 1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
 99. Não Sei 999. NA [][]

- 105.** Remédio Genérico?
 1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

- 106.** Há quanto tempo você usa esse Remédio?
 1. Menos de um ano 99. Não Sei
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

- 107.** Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?
 1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
 99. Não Sei 999. NA [][]

- 108.** Onde conseguiu este Remédio pela última vez?
 1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar [][]

- 109.** Você teve algum problema para conseguir este Remédio?
 1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 109A**
 4. Não teve problema
 99. Não Sei 999. NA [][]

- 109A.** Especifique outro (s) problema (s)
 A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

- 110.** Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 112)
 99. Não Sei (Vá p/ 112) 999. NA [][]

- 110A** Se sim, especifique quantas vezes?
 _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

- 111.** Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

- 112.** Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]

- 113.** Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 115)
 99. Não Sei (Vá p/ 115) 999. NA [][]

- 114.** Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (**ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO**)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

- 115.** Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 8

- 116.** Nome Comercial / Princípio Ativo:
 _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

- 117.** Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
 99. Não Sei 999. NA [][]

- 118.** Remédio Genérico?

- 1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]



119. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [][]

120. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

121. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar [][]

122. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 122A**
4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA [][]

122A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
B. _____ [][]
C. _____ [][]
D. _____ [][]
E. _____ [][]
999. NA

123. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 125)
99. Não Sei (Vá p/ 125) 999. NA [][]

123A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

124. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

125. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [][]

126. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 128)
99. Não Sei (Vá p/ 128) 999. NA [][]

127. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (**ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO**)

- A _____ [][]
B _____ [][]
C _____ [][]
D _____ [][]
E _____ [][]
999. NA

128. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 9

129. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

130. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

131. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

132. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [][]

133. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

134. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar [][]

135. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 135A**
4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA [][]



135A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

136. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 138)
 99. Não Sei (Vá p/ 138) 999. NA [][]

136A Se sim, especifique quantas vezes?

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

137. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

- _____ [][]
 _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

138. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]

139. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 141)
 99. Não Sei (Vá p/ 141) 999. NA [][]

140. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (**ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO**)

- A _____ [][]
 B _____ [][]
 C _____ [][]
 D _____ [][]
 E _____ [][]
 999. NA

141. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 10

142. Nome Comercial / Princípio Ativo:

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

143. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerosol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [][]

144. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

145. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

146. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
 99. Não Sei 999. NA [][]

147. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar [][]

148. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 148A**
 4. Não teve problema
 99. Não Sei 999. NA [][]

148A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
 999. NA

149. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 151)
 99. Não Sei (Vá p/ 151) 999. NA [][]

149A Se sim, especifique quantas vezes?

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

150. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

- _____ [][]
 _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

151. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]



152. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 154)
 99. Não Sei (Vá p/ 154) 999. NA [][]

153. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A _____ [][]
 B _____ [][]
 C _____ [][]
 D _____ [][]
 E _____ [][]
999. NA

154. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 11

155. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

156. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
 99. Não Sei 999. NA [][]

157. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

158. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

159. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
 99. Não Sei 999. NA [][]

160. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar [][]

161. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 161A**
 4. Não teve problema
 99. Não Sei 999. NA [][]

161A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
999. NA

162. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 164)
 99. Não Sei (Vá p/ 164) 999. NA [][]

162A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

163. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

164. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]

165. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 167)
 99. Não Sei (Vá p/ 167) 999. NA [][]

166. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A _____ [][]
 B _____ [][]
 C _____ [][]
 D _____ [][]
 E _____ [][]
999. NA

167. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]



REMÉDIO 12**168. Nome Comercial / Princípio Ativo:**

_____ [] []
99. Não Sei 999. NA

169. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [] []

170. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [] []

171. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [] []

172. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [] []

173. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar [] []

174. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 174a**
 4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA [] []

174A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [] []
 B. _____ [] []
 C. _____ [] []
 D. _____ [] []
 E. _____ [] []
 999. NA

175. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 177)
99. Não Sei (Vá p/ 177) 999. NA [] []

175A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [] []
99. Não Sei 999. NA

176. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos ÚLTIMOS 7 DIAS?

_____ [] []
99. Não Sei 999. NA

177. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [] []

178. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 180)
99. Não Sei (Vá p/ 180) 999. NA [] []

179. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A. _____ [] []
 B. _____ [] []
 C. _____ [] []
 D. _____ [] []
 E. _____ [] []
 999. NA

180. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [] []

REMÉDIO 13**181. Nome Comercial / Princípio Ativo:**

_____ [] []
99. Não Sei 999. NA

182. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [] []

183. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [] []

184. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [] []



185. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

186. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar
- [][]

187. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 187A**
 4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA [][]

187A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
- B. _____ [][]
- C. _____ [][]
- D. _____ [][]
- E. _____ [][]
999. NA

188. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

1. Sim
 2. Não (Vá p/ 190)
99. Não Sei (Vá p/ 190) 999. NA [][]

188A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]

99. Não Sei 999. NA

189. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

_____ [][]

99. Não Sei 999. NA

190. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem
 2. Regular
 3. Não funciona bem
99. Não Sei 999. NA [][]

191. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim
 2. Não (Vá p/ 193)
99. Não Sei (Vá p/ 193) 999. NA [][]

192. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (**ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO**)

- A _____ [][]
- B _____ [][]
- C _____ [][]
- D _____ [][]
- E _____ [][]
999. NA

193. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim
 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 14

194. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]

99. Não Sei 999. NA

195. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

196. Remédio Genérico?

1. Sim
 2. Não
99. Não Sei 999. NA [][]

197. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano
 2. Um ano ou mais
99. Não Sei 999. NA [][]

198. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

199. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar
- [][]

200. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 200A**
 4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA [][]



200A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]

999. NA

201. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 203)
 99. Não Sei (Vá p/ 203) 999. NA [][]

201A Se sim, especifique quantas vezes?

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

202. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

203. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]

204. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 206)
 99. Não Sei (Vá p/ 206) 999. NA [][]

205. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (**ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO**)

- A _____ [][]
 B _____ [][]
 C _____ [][]
 D _____ [][]
 E _____ [][]

999 NA

206. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 15

207. Nome Comercial / Princípio Ativo:

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

208. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [][]

209. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

210. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

211. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
 99. Não Sei 999. NA [][]

212. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar [][]

213. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 213A**
 4. Não teve problema
 99. Não Sei 999. NA [][]

213A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]

999. NA

214. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 216)
 99. Não Sei (Vá p/ 216) 999. NA [][]

214A Se sim, especifique quantas vezes?

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

215. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

- _____ [][]
 99. Não Sei 999. NA

216. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]



217. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 219)
 99. Não Sei (Vá p/ 219) 999. NA [][]

218. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? **(ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)**

- A _____ [][]
 B _____ [][]
 C _____ [][]
 D _____ [][]
 E _____ [][]

999. NA

219. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 16

220. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

221. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
 99. Não Sei 999. NA [][]

222. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

223. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
 2. Um ano ou mais 999. NA [][]

224. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
 99. Não Sei 999. NA [][]

225. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
 2. Na Farmácia Comercial
 3. No programa Farmácia Popular
 4. Na igreja ou sindicato
 5. Em outro lugar [][]

226. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 226A**
 4. Não teve problema
 99. Não Sei 999. NA [][]

226A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]
 D. _____ [][]
 E. _____ [][]
999. NA

227. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 229)
 99. Não Sei (Vá p/ 229) 999. NA [][]

227A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

228. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

229. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
 2. Regular 999. NA
 3. Não funciona bem [][]

230. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 232)
 99. Não Sei (Vá p/ 232) 999. NA [][]

231. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? **(ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)**

- A _____ [][]
 B _____ [][]
 C _____ [][]
 D _____ [][]
 E _____ [][]

999. NA

232. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 17

233. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA



234. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [] []

235. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [] []

236. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [] []

237. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos

99. Não Sei 999. NA [] []

238. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar

[] []

239. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 239A**
4. Não teve problema

99. Não Sei 999. NA [] []

239A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [] []
 B. _____ [] []
 C. _____ [] []
 D. _____ [] []
 E. _____ [] []

999. NA

240. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 242)
99. Não Sei (Vá p/ 242) 999. NA [] []

240A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [] []
 99. Não Sei 999. NA

241. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

_____ [] []
 _____ [] []
 99. Não Sei 999. NA

242. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [] []

243. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 245)
99. Não Sei (Vá p/ 245) 999. NA [] []

244. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (**ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO**)

- A. _____ [] []
 B. _____ [] []
 C. _____ [] []
 D. _____ [] []
 E. _____ [] []

999. NA

245. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [] []

REMÉDIO 18**246.** Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [] []
 _____ [] []
 99. Não Sei 999. NA

247. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)

99. Não Sei 999. NA [] []

248. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [] []

249. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [] []

250. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos

99. Não Sei 999. NA [] []



251. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar

252. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 252A**
 4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA

252A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____
 B. _____
 C. _____
 D. _____
 E. _____
 999. NA

253. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 255)
99. Não Sei (Vá p/ 255) 999. NA

253A Se sim, especifique quantas vezes?

 99. Não Sei 999. NA

254. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

 99. Não Sei 999. NA

255. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem

256. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 258)
99. Não Sei (Vá p/ 258) 999. NA

257. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (**ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO**)

- A _____
 B _____
 C _____
 D _____
 E _____
 999. NA

258. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA

REMÉDIO 19

259. Nome Comercial / Princípio Ativo:

 99. Não Sei 999. NA

260. Forma Farmacéutica:

1. Comprimido ou capsula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerossol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA

261. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

262. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA

263. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA

264. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar

265. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 265A**
 4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA

265A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____
 B. _____
 C. _____
 D. _____
 E. _____
 999. NA



266. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 268)
99. Não Sei (Vá p/ 268) 999. NA [][]

266A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

267. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

268. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [][]

269. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 271)
99. Não Sei (Vá p/ 271) 999. NA [][]

270. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (**ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO**)

- A _____ [][]
B _____ [][]
C _____ [][]
D _____ [][]
E _____ [][]
999. NA

271. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]

REMÉDIO 20

272. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

273. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou capsula
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
3. Injeção
4. Aerossol ou spray
5. Pomada ou creme
6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

274. Remédio Genérico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA [][]

275. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei

2. Um ano ou mais 999. NA [][]

276. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
2. Na consulta com o dentista
3. Na farmácia
4. No rádio/TV/jornal
5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

277. Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

1. Na Farmácia do SUS
2. Na Farmácia Comercial
3. No programa Farmácia Popular
4. Na igreja ou sindicato
5. Em outro lugar [][]

278. Você teve algum problema para conseguir este Remédio?

1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar
3. Sim. Outro problema: => **FAÇA A 278A**
4. Não teve problema
99. Não Sei 999. NA [][]

278A. Especifique outro (s) problema (s)

- A. _____ [][]
B. _____ [][]
C. _____ [][]
D. _____ [][]
E. _____ [][]
999. NA

279. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 281)
99. Não Sei (Vá p/ 281) 999. NA [][]

279A Se sim, especifique quantas vezes?

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

280. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS?**

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

281. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem 99. Não Sei
2. Regular 999. NA
3. Não funciona bem [][]

282. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 284)
99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA [][]



283. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

- A _____ [] []
 B _____ [] []
 C _____ [] []
 D _____ [] []
 E _____ [] []
 999 NA

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE REMÉDIOS

284. Você precisa da ajuda de outra pessoa para tomar os seus Remédios

1. Sim, sempre 3. Não
 2. Sim, às vezes 99. Não Sei [] []

ATENDIMENTOS EM EMERGÊNCIA E INTERNAÇÕES

285. Nos últimos 12 meses, você precisou ser atendido (a) em ALGUMA EMERGÊNCIA?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 288) 99. Não Sei (Vá p/ 288) [] []

286. Quantas vezes?

1. Uma única vez 4. Quatro ou mais vezes
 2. Duas vezes 99. Não sei
 3. Três vezes 999. NA [] []

287. Qual (is) foi(ram) o(s) motivos(s) deste(s) atendimento(s)?

- A _____ [] []
 B _____ [] []
 C _____ [] []
 D _____ [] []
 E _____ [] []
 999. NA

288. Nos últimos 12 meses, você precisou ser INTERNADO (A) EM HOSPITAL?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 291) 99. Não Sei (Vá p/ 291) [] []

289. Quantas vezes?

1. Uma única vez 2. Duas vezes
 3. Três vezes 4. Quatro ou mais vezes
 99. Não Sei 999. NA [] []

290. Qual(is) foi(ram) o(s) motivos(s) desta(s) internação(ões)?

- A. _____ [] []
 B. _____ [] []
 C. _____ [] []
 D. _____ [] []
 E. _____ [] []
 999. NA

SERVIÇO DE SAÚDE E FARMÁCIA

Agora vamos falar sobre o local onde você trata estas doenças e busca seus Remédios.

291. Você utiliza o SUS: (Ler as alternativas)

1. Sempre 4. Raramente
 2. Repetidamente 5. Nunca
 3. Às vezes 99. Não Sei [] []

292. Você procura atendimento NESTA Unidade de Saúde: (Ler as alternativas)

1. Sempre
 2. Repetidamente
 3. Às vezes
 4. Raramente
 5. Nunca
 6. Primeira vez na Unidade de Saúde [] []

293. Você é cadastrado nesta Unidade de Saúde?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [] []

294. Como você chega até aqui? (Pode assinalar mais de uma opção)

1. Caminha
 2. Ônibus/transporte coletivo
 3. Carro, moto
 4. Barco
 Outro. _____
 99. Não Sei [] []

295. Este lugar é longe da sua casa?

1. Sim 3. Não
 2. Mais ou menos 99. Não Sei [] []

296. Chegar aqui é: (Ler as alternativas)

1. Muito fácil 4. Difícil
 2. Fácil 5. Muito difícil
 3. Nem fácil/nem difícil 99 Não Sei [] []

297. O horário de funcionamento desta Unidade de Saúde é: (Ler as alternativas)

1. Muito Bom 4. Ruim
 2. Bom 5. Muito ruim
 3. Nem ruim/nem bom 99 Não Sei [] []

298. Por que você veio até a Unidade de Saúde hoje? (Pode assinalar mais de uma opção)

1. Consulta médica agendada
 2. Agendar uma consulta/exame
 3. Participar de uma reunião de grupo
 4. Retirar Remédios
 Outros _____ [] []



299. Nos últimos 3 meses você PROCUROU por algum remédio em FARMÁCIAS PÚBLICAS DO SUS? (ler as opções)

1. Apenas na farmácia Pública desta UBS
2. Apenas em outras farmácias Públicas do SUS
3. Em ambas
4. Não procurei por nenhum Remédio em Farmácias Públicas do SUS (Vá p/ 317)
5. Não utilizei nenhuma Farmácia Pública do SUS nos últimos 3 meses (Vá p/ 317)
99. Não Sei

300. Normalmente quanto tempo você espera para retirar os Remédios nas Farmácias Públicas do SUS?

1. Não espera (Vá p/ 302)
2. Um pouco
3. Muito tempo
5. Primeira vez na UBS (Vá p/ 302)
99. Não Sei (Vá p/ 302)

301. Quanto tempo você espera para retirar remédios nas Farmácias Públicas do SUS? [__][__] minutos

302. Nestes 3 últimos meses, com qual frequência você CONSEGUIU os Remédios que procurava nas Farmácias Públicas do SUS?

1. Sempre (Vá p/ 305)
2. Repetidamente
3. Às vezes
4. Raramente
5. Nunca [__][__]

303. Das vezes que você NÃO CONSEGUIU os Remédios nas Farmácias Públicas do SUS, qual(is) foi(ram) a(s) orientação(ões) que recebeu? **RESPOSTA MÚLTIPLA**

1. Avisaram que não tinha o Remédio
2. Avisaram que não tinha o Remédio; pediram que você aguardasse, mas o Remédio não chegou
3. Encaminharam você para outra UBS
4. Orientaram você a comprar o Remédio
5. Orientaram você a procurar a Farmácia Popular
6. Não recebeu orientação
7. Outros.-> **Faça a 303A**
99. Não Sei
999. NA

303A. Qual (is) foi(ram) a(s) outra(s) orientação(ões) que recebeu?

- A. _____ [__][__]
- B. _____ [__][__]
- C. _____ [__][__]
- D. _____ [__][__]
- E. _____ [__][__]

304. Das vezes que NÃO CONSEGUIU o(s) Remédio(s) nas Farmácias Públicas do SUS EM QUAL LOCAL você adquiriu.

RESPOSTA MÚLTIPLA

1. Em outra UBS
2. Farmácia do SUS
3. Em outro setor do SUS
4. Na Farmácia Popular
5. Pelo plano de saúde
6. Pelo convênio da empresa
7. Em instituição de caridade, ONG...
8. Com amigos, parentes, vizinhos
9. Comprou em drogaria comercial
10. Ficou sem o Remédio.
11. Não teve dinheiro para comprar
12. Achou que não precisava do Remédio
13. Outros .-> **Faça a 304A**

304A. Quais outros locais?

- A. _____ [__][__]
- B. _____ [__][__]
- C. _____ [__][__]
- D. _____ [__][__]
- E. _____ [__][__]

305. Para você os efeitos dos Remédios recebidos nas Farmácias Públicas do SUS em comparação com os efeitos dos Remédios COMPRADOS na Farmácia Comercial são:

1. Iguais
2. Melhores
3. Piores
4. NUNCA comprou Remédios em farmácias comerciais
99. Não sei 999. NA [__][__]

306. Quando você retira Remédios nas Farmácias Públicas do SUS, os funcionários que entregam os Remédios repassam informações/orientações sobre como usá-los?

1. Sim 3 Não (Vá p/ 309)
2. Às vezes 99 Não sei (Vá p/ 309) [__][__]

307. Você entende as informações/orientações repassadas pelos funcionários que entregam os Remédios nas Farmácias Públicas do SUS?

(Ler as alternativas)

1. Sempre 99. Não Sei 999. NA
2. Repetidamente
3. Às vezes
4. Raramente
5. Nunca [__][__]

308. Quando retira remédios nas Farmácias Públicas do SUS, você recebe orientação sobre como guardar os Remédios em casa? (Ler as alternativas)

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei 999. NA [__][__]



309. O farmacêutico ou outro funcionário da Farmácia Pública do SUS está disponível quando você precisa tirar dúvidas sobre os Remédios? **(Ler as alternativas)**

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei [][]

310. Os funcionários da Farmácia Pública do SUS onde você retira os Remédios atendem com respeito e cortesia?

(Ler as alternativas)

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei [][]

311. Como você avalia a sinalização existente (por exemplo: placas, cartazes), para encontrar a Farmácia Pública do SUS onde retira os Remédios?

1. Muito fácil
2. Fácil
3. Nem fácil/ Nem difícil
4. Difícil
5. Muito difícil
99. Não Sei 999. NA [][]

312. Como você avalia a limpeza da Farmácia Pública do SUS onde retira os Remédios?

1. Muito boa 4. Ruim
2. Boa 5. Muito ruim
3. Nem ruim/ Nem boa 99. Não Sei [][]

313. Para você o conforto da Farmácia Pública do SUS onde retira os Remédios, considerando cadeiras/bancos, bebedouro, proteção do local contra chuva e sol é?

1. Muito bom 4. Ruim
2. bom 5. Muito ruim
3. Nem ruim/ Nem bom 99. Não Sei [][]

314. Qual a sua opinião sobre o atendimento realizado pela da Farmácia Pública do SUS onde retira os seus Remédios?

1. Muito bom 4. Ruim
2. bom 5. Muito ruim
3. Nem ruim/ Nem bom 99. Não Sei [][]

315. Você considera que seu atendimento na Farmácia do SUS que utiliza ocorre com privacidade?

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei [][]

316. Com relação aos itens relacionados abaixo, quais em sua opinião, poderiam ser melhorados no atendimento da Farmácia Pública do SUS onde você retira Remédios?

(ASSINALAR UMA OPÇÃO PARA CADA ITEM)

- 1.Sim 2.Não 99.Não Sei

A	Sala de espera	[][]
B	Horário de funcionamento	[][]
C	Espaço físico	[][]
D	Disponibilidade dos Remédios	[][]
E	Qualidade do atendimento	[][]
F	Tempo de espera para o atendimento	[][]
G	Outro: _____	[][]
H	Outro: _____	[][]
I	Outro: _____	[][]
J	Outro: _____	[][]
K	Outro: _____	[][]

AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS DOS USUÁRIOS

317. Você participa de atividades de saúde como grupos, caminhadas, palestras ou outras atividades NESTA UNIDADE DE SAÚDE?

1. Sim
2. As vezes
3. Não
4. Primeira vez na UBS 99. Não Sei [][]

318. Você conhece o programa FARMÁCIA POPULAR?

- 1.Sim 2.Não (Vá p/ 321) 99.Não Sei (Vá p/ 321) [][]

319. Você usa o programa FARMÁCIA POPULAR?

- 1.Sim
2.Não (Vá p/ 321)
99.Não Sei (Vá p/ 321) 999. NA [][]

320. Qual o PRINCIPAL motivo que faz você usar o programa FARMÁCIA POPULAR? **(APENAS UMA OPÇÃO)**. Em caso de resposta múltipla por parte do respondente, perguntar qual o mais importante.

1. O preço do Remédio é acessível e/ou gratuito
2. A localização é boa
3. O atendimento é bom
4. Porque tem os Remédios que faltam no SUS
5. Porque é mais perto do que a farmácia do SUS
Outro _____
99.Não Sei 999. NA [][]



321. Vamos dizer alguns tipos de dificuldades comuns que as pessoas enfrentam ao lidar com Remédios. Gostaríamos que o (a) Sr(a) diga qual(is) dessa(s) o (a) Sr(a) enfrenta. **(ASSINALAR UMA OPÇÃO PARA CADA ITEM)**

1.Sim 2.Não 99.Não Sei

A	Lembrar de tomar o Remédio	[][]
B	Utilizar muitos comprimidos ao dia	[][]
C	Conseguir os Remédios	[][]
D	Ler o que esta escrito na embalagem	[][]
E	Adequar a utilização do Remédio com o trabalho	[][]
F	Remédios diferentes com a mesma forma e coloração	[][]
G	Outro: _____	[][]
H	Outro: _____	[][]
I	Outro: _____	[][]
J	Outro: _____	[][]
K	Outro: _____	[][]

COMPORTAMENTOS NO USO DE REMÉDIOS

Agora vou fazer mais algumas perguntas sobre Remédios. Para responder a estas perguntas, gostaria que você considerasse todas as vezes em que fez o uso de Remédios, de uma maneira geral.

322. Você utiliza algum Remédio **SEM RECEITA**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 324)

323. Em quais casos você utiliza algum Remédio **SEM RECEITA**?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei

A	Quando tem o Remédio em casa	[][]
B	Quando conhece alguém que já tomou	[][]
C	Quando já tomou este Remédio antes	[][]
D	Quando leu a bula ou outra informação	[][]
E	Quando consegue o Remédio fácil	[][]
F	Quando recebe indicação na farmácia	[][]
G1A	Outro: _____	[][]
G1B	Outro: _____	[][]
G1C	Outro: _____	[][]
G1D	Outro: _____	[][]
G1E	Outro: _____	[][]

324. Você **DEIXA** de utilizar algum Remédio receitado pelo médico?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 326)

325. Em quais casos deixa de utilizar algum Remédio receitado pelo médico?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei

A	Quando acha que o Remédio é muito forte ou muito fraco	[][]
B	Quando acha que o Remédio não é o certo ou não funciona	[][]
C	Quando acha que não precisa do Remédio	[][]
D	Quando acha que já está curado	[][]
E	Quando já usou o Remédio e passou mal	[][]
F	Quando lê alguma coisa que acha ruim na bula	[][]
G1A	Outro: _____	[][]
G1B	Outro: _____	[][]
G1C	Outro: _____	[][]
G1D	Outro: _____	[][]
G1E	Outro: _____	[][]

ESTILO DE VIDA

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre o seu dia-a-dia

326. Com que frequência você costuma consumir bebida alcoólica?

1. Não bebo nunca (Vá p/ 333)
2. Menos de uma vez por mês (Vá p/ 333)
3. Uma vez ou mais por mês

99. Não Sei [][]

327. Quantos dias por semana você costuma tomar alguma bebida alcoólica? **(Preencher de 1 a 7 dias e 0 para menos do que um dia por semana.)**

[] dias por semana

99. Não Sei 999. NA

328. Em geral, no dia que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica você consome? **(1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)**

[][] doses por dia

99. Não Sei 999. NA

Para homens

329. Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir **5 ou mais doses de bebida** alcoólica em uma única ocasião?

1. Sim (Vá p/ 331) 99. Não Sei (Vá p/ 333)

2. Não (Vá p/ 333) 999. NA [][]

Para mulheres

330. Nos últimos 30 dias, você chegou a **consumir 4 ou mais doses de bebida** alcoólica em uma única ocasião?

1. Sim 99. Não Sei (Vá p/ 333)

2. Não (Vá p/ 333) 999. NA [][]



Para todos

331. Em quantos dias do mês isto ocorreu?.

 |_|_|_| dias
99. Não Sei 999. NA

332. Você já recebeu recomendação de algum médico para beber menos?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA |_|_|

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

333. Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (**Não considere fisioterapia**)

1. Sim 2. Não (Vá p/ 340) |_|_|

334. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte? (**0 se menos do que um dia**)

 |_|_|_| dias
Se 0 (Vá p/ 340) 99. Não Sei 999. NA

335. Qual é o exercício físico ou esporte que você pratica com mais frequência? (**Anotar apenas o primeiro citado**)

1. Caminhada (não considerar caminhada para o trabalho)
2. Caminhada em esteira
3. Corrida
4. Corrida em esteira
5. Musculação
6. Ginástica aeróbica
7. Hidroginástica
8. Ginástica em geral
9. Natação
10. Artes marciais e luta
11. Bicicleta
12. Futebol
13. Basquetebol
14. Voleibol
15. Tênis
16. Dança
17. Outro. _____

999. NA |_|_|

336. Você caminha ou utiliza bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar para outro?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 340) 999. NA |_|_|

337. Em uma semana normal, em quantos dias você caminha ou anda de bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar a outro?

 |_|_|_| dias
999. NA

338. Quanto tempo você passa caminhando ou andando de bicicleta para ir de um lugar a outro em um dia normal?

 |_|_| horas |_|_| minutos
999. NA

339. Em geral, no dia que você faz caminhada, pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

 |_|_| horas |_|_| minutos
999. NA

FUMO

340. Você fuma atualmente?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 343) |_|_|

341. Você fuma todos os dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 343) 999. NA |_|_|

342. Quantos cigarros você fuma por dia?

 |_|_|_| cigarros por dia
99. Não Sei 999. NA

343. Você já fumou regularmente?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 346) 999. NA |_|_|

344. Que idade você tinha quando começou a fumar todos os dias? (**Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele**)

 |_|_|_| anos
99. Não Sei 999. NA

345. Que idade você tinha quando parou de fumar? (**Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele**)

 |_|_|_| anos
99. Não Sei 999. NA

346. Algum médico já lhe recomendou parar de fumar?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA |_|_|

DIETA

347. Você está fazendo alguma dieta para perder peso?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei |_|_|

348. Você evita o consumo de sal?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei |_|_|

349. Você faz alguma dieta para reduzir o consumo de gordura?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei |_|_|

350. Você faz alguma dieta para reduzir o açúcar?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei |_|_|

351. Você faz uso de algum adoçante na sua dieta?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei |_|_|



Se sim para alguma das 5 perguntas acima:

352. Qual o PRINCIPAL MOTIVO que levou você a fazer esta(s) dieta(s)? (**Apenas uma opção**)

1. Por aconselhamento médico ou de nutricionista
2. Por decisão própria (Vá p/ 354)
3. Outro. _____
99. Não Sei (Vá p/ 354) 999.NA [] []

353. Para qual problema de saúde recebeu esta recomendação? (**Resposta múltipla**)

1. Hipertensão
2. Diabetes
3. Doença do coração
4. Colesterol alto
5. AVC (acidente vascular cerebral)
6. Doença pulmonar crônica
7. Artrite ou reumatismo
8. Depressão
9. Outro. _____
99. Não Sei 999.NA [] []

PLANO DE SAÚDE

354. Você tem plano de saúde ou convênio médico?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 362) 99. Não Sei (Vá p/ 362) [] []

355. Qual o nome do convênio/plano de saúde?

_____ [] []

356. Você é o titular deste plano?

- 1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [] []

O(s) plano(s) ou convênio(s) cobre(m):

357. Consulta médica?

1. Sim, tenho desconto no preço
2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta)
3. Sim, cobre integral
4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa
5. Não cobre
99. Não Sei 999. NA [] []

358. Internação?

1. Sim, tenho desconto no preço
2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta)
3. Sim, cobre integral
4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa
5. Não cobre
99. Não Sei 999. NA [] []

359. Exames?

1. Sim, tenho desconto no preço
2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta)
3. Sim, cobre integral
4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa
5. Não cobre
99. Não Sei 999. NA [] []

360. Remédios (fora da internação)?

1. Sim, tenho desconto no preço
2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta)
3. Sim, cobre integral
4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa
5. Não cobre (Vá p/ 362)
99. Não Sei (Vá p/ 362) 999. NA [] []

361. Para quais doenças são os Remédios que o(s) plano(s) ou convênio(s) cobre(m)?

- A. _____ [] []
 B. _____ [] []
 C. _____ [] []
 D. _____ [] []
 E. _____ [] []

INFORMAÇÃO SOBRE SEU DOMICÍLIO

Agora, preciso de algumas informações sobre seu domicílio.

362. Vou lhe apresentar um conjunto de itens e gostaria de saber quais existem em SEU DOMICÍLIO. Para cada item que você responder sim, vou lhe perguntar a quantidade.

0. Zero 3. Três
 1. Um 4. Mais que quatro
 2. Dois

		Quantidade (s)
A	Televisão em cores	[]
B	Rádio (não considerar rádio de automóvel)	[]
C	Banheiro (não considerar se servirem a mais de uma habitação, nem lavabos)	[]
D	Automóvel (de uso particular)	[]
E	Empregada mensalista (trabalhar pelo menos 5 dias por semana)	[]
F	Máquina de lavar roupa (não considerar o tanquinho)	[]
G	Videocassete / DVD	[]
H	Geladeira	[]
I	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	[]
J	Microcomputador	[]
K	Microondas	[]
J	Motocicleta	[]
M	Secadora de roupa	[]



379. Dor/Mal Estar

1. Não tenho dores ou mal-estar
2. Tenho dores ou mal-estar moderados
3. Tenho dores ou mal-estar extremos

380. Ansiedade/Depressão

4. Não estou ansioso/a ou deprimido/a
5. Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a

6. Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

INFORMAÇÃO DO ENTREVISTADO

381. Nome _____

381A. Nome do Responsável (* No caso seja entrevistado não seja capaz de responder o questionário sozinho. Assinalar 999. NA nos casos de não se aplica)

382B. Telefone do entrevistado: _____

382. Endereço do entrevistado

382.A. Município onde reside: _____

382.B. Lougradouro (Rua/ Avenida/ Beco): _____

Horário Final [][]:[][]

