

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA**

RENATO LOPES HURTADO

**ESTUDO DA UTILIZAÇÃO DE ANTIDEPRESSIVOS
PELOS USUÁRIOS DA FARMÁCIA DA CLÍNICA DOS
SERVIDORES DA PREFEITURA MUNICIPAL DE
BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte

2008

RENATO LOPES HURTADO

ESTUDO DA UTILIZAÇÃO DE ANTIDEPRESSIVOS PELOS USUÁRIOS DA FARMÁCIA DA CLÍNICA DOS SERVIDORES DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

ALUNO: RENATO LOPES HURTADO

ORIENTADORA: PROF^a. DRA. SÉRGIA MARIA STARLING MAGALHÃES

CO-ORIENTADORA: PROF^a. MICHELINE ROSA DA SILVEIRA

Belo Horizonte

2008

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que sofrem ou já sofreram com a depressão, ou que tenham amigos e entes queridos com esse problema, aos profissionais e autoridades que estão envolvidos com essa doença de alguma maneira, que esse trabalho possa, de alguma forma, contribuir para diminuir a morbidade da doença e para um uso racional dos antidepressivos.

“A maior das árvores começa com uma pequena semente; a mais longa das jornadas começa com o primeiro passo”.

Lao Tse

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pois sem ELE nada seria possível.

A toda minha família, principalmente meu pai, meu grande incentivador e exemplo; sem a força de vocês não teria sido possível a realização deste trabalho.

À minha orientadora, professora Sérgia, que foi como uma “mãe” para mim, pelo grande incentivo e apoio, principalmente num momento crucial deste trabalho, que foi a minha mudança para Brasília.

A toda direção da CLISERV, em especial ao amigo e companheiro de profissão Ângelo, pela ajuda e bom humor durante as longas estadias na FARMASERV para a coleta de dados.

Aos amigos que fiz durante o Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas, pelo “espírito de pós-graduação”, em especial ao Ricardo, Marcelo e Fernando; certo de que os laços de amizades estreitados permanecerão para sempre.

À Ana Paula e a Andréia, pela ajuda e boa vontade para a realização dos testes estatísticos.

Ao professor Armando pela amizade e cordialidade durante o tempo de convívio para a realização deste trabalho.

Aos demais professores deste programa de pós-graduação, pelos conhecimentos transmitidos.

Àqueles que sempre me incentivaram a fazer o mestrado, em um momento confuso e incerto de minha vida.

Ao meu querido amigo Bruno, que lá de cima deve estar feliz com esse momento.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	9
LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS.....	12
RESUMO.....	13
ABSTRACT	14
1 INTRODUÇÃO	15
2 A DEPRESSÃO E OS ANTIDEPRESSIVOS	18
2.1 Fisiopatologia da depressão	18
2.2 Diagnóstico da depressão	19
2.3 Epidemiologia	21
2.4 A depressão na atenção primária	23
2.5 Medicamentos utilizados no tratamento da depressão	24
2.5.1 IMAO	25
2.5.2 Antidepressivos Tricíclicos	26
2.5.3 Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina.....	27
2.5.4 Atípicos	28
2.5.5 Novos medicamentos utilizados para o tratamento da depressão	29
2.6 Tratamento da depressão.....	30
2.7 Custos dos antidepressivos e o impacto econômico da depressão.....	38
2.8 Fatores que influenciam a prescrição de antidepressivos	39
2.9 A medicalização como determinante do consumo de antidepressivos.....	41
3 OBJETIVOS	45
3.1 Objetivo geral.....	45
3.2 Objetivos Específicos.....	45
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	46
4.1 Local do estudo	46
4.2 População estudada	46
4.3 Dados coletados	47
4.3.1 Formulário de coleta de dados/ procedimento de coleta.....	47
4.3.2 Fatores relacionados ao prescritor	48

4.3.3	Data.....	49
4.3.4	Fatores relacionados ao paciente	49
4.3.5	Fatores relacionados aos medicamentos.....	50
4.4	Processamento e tratamento dos dados	53
4.5	Aspectos éticos.....	53
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
5.1	Perfil dos pacientes que adquiriram o medicamento na FARMASERV no ano de 2005.....	54
5.2	Caracterização dos antidepressivos dispensados pela FARMASERV no ano de 2005.....	59
5.2.1	Classe dos antidepressivos.....	59
5.2.2	Custo dos antidepressivos	61
5.3	Perfil do prescritor de antidepressivos	62
5.4	Avaliação da qualidade da prescrição com relação aos aspectos de preenchimento e de ocorrência de interações medicamentosas potenciais	64
5.4.1	Categoria dos antidepressivos dispensados na FARMASERV em 2005 ..	64
5.4.2	Adequação das prescrições frente à portaria 344/98.....	65
5.4.3	Avaliação de erros nas prescrições por especialidade médica e serviço de saúde.	67
5.4.4	Interações medicamentosas	69
5.5	Fatores determinantes na escolha do antidepressivo dispensado na FARMASERV em 2005.....	70
5.5.1	Associação entre a classe de antidepressivo prescrita e a especialidade do prescritor	71
5.5.2	Associação entre as características sócio demográficas (faixa etária, renda mensal, gênero e inserção profissional do paciente), o serviço de saúde emissor da receita e a classe do antidepressivo	72
5.6	Fatores associados à categoria do antidepressivo selecionado (genérico, similar ou referência) dispensados na FARMASERV em 2005	77
5.6.1	Associação entre a categoria do antidepressivo dispensado na FARMASERV em 2005 e a especialidade do prescritor	77
5.6.2	Associação entre a categoria do antidepressivo e o serviço de saúde de origem da prescrição.....	79

5.6.3 Associação entre o custo do medicamento e a categoria de antidepressivo	80
5.6.4 Fatores independentes associados à prescrição de antidepressivos dispensados na FARMASERV em 2005	83
6 CONCLUSÃO	88
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXO 1.....	99
ANEXO 2.....	103
ANEXO 3.....	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Critério diagnóstico de Episódio depressivo	20
Tabela 2 – Classificação de antidepressivos de acordo com as Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão.....	25
Tabela 3 - Serviço emissor da prescrição e características do perfil sócio-demográfico dos pacientes que adquiriram antidepressivos na FARMASERV - 2005	55
Tabela 4 – Distribuição dos antidepressivos por classe terapêutica dispensados na FARMASERV em 2005.....	60
Tabela 5 - Custo (R\$) por classe de antidepressivo dispensado na FARMASERV em 2005	62
Tabela 6 - Especialidade do profissional prescriptor de antidepressivos dispensados na FARMASERV em 2005.....	63
Tabela 7 - Categoria dos antidepressivos prescritos dispensados na FARMASERV em 2005	65
Tabela 8 - Registro e conformidade com a legislação dos aspectos legais da prescrição de antidepressivos dispensados na FARMASERV em 2005.....	66
Tabela 9 - Associação entre a especialidade médica e a presença de erros contidos nas prescrições de antidepressivos dispensados na FARMASERV em 2005	68
Tabela 10 - Associação entre a classe de antidepressivo prescrita e a especialidade médica do prescriptor – FARMASERV 2005.....	71
Tabela 11 - Associação entre características do paciente e a classe de antidepressivo dispensado na FARMASERV em 2005.....	73
Tabela 12 - Correlação entre a profissão dos usuários de antidepressivos dispensados na FARMASERV em 2005 e a especialidade do prescriptor.	77
Tabela 13 - Correlação entre a especialidade médica e a categoria do antidepressivo dispensado na FARMASERV em 2005.....	78
Tabela 14 - Associação entre categoria do antidepressivo dispensado na FARMASERV em 2005 e serviço de saúde de origem da prescrição.....	79
Tabela 15 - Associação do custo médio das diferentes classes de antidepressivos dispensados na FARMASERV em 2005 e as respectivas categorias.....	81

Tabela 16 - Associação entre a categoria do medicamento e a classe de antidepressivo dispensada na FARMASERV em 2005.....	82
Tabela 17 – Resultados dos testes de associação entre a classe de antidepressivo dispensada na FARMASERV em 2005 (valor de p, a razão de chances e o intervalo de confiança), e a especialidade do prescritor, faixa de renda, faixa etária, custo do medicamento, o gênero e o serviço de saúde emissor da prescrição.....	84
Tabela 18 – Resultados dos testes de associação entre a categoria de antidepressivo dispensado na FARMASERV em 2005 (valor de p, razão de chances e o intervalo de confiança) e as variáveis especialidade do prescritor, serviço de saúde, classe do antidepressivo, faixa etária, gênero, faixa de renda e o custo.....	86

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Algoritmo para tratamento de depressão na fase aguda.....	33
Figura 2 - Distribuição dos pacientes da FARMASERV no ano de 2005 por idade e gênero.	56
Figura 3 – Renda da população da FARMASERV no ano de 2005	57

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

5-HT	5-Hidroxi-Triptamina (serotonina)
ADT	Antidepressivo tricíclico
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BEPREM	Beneficência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
CLISERV	Clínica dos Servidores da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DDD	Dose Diária Definida
EUA	Estados Unidos da América
FARMASERV	Farmácia da Clínica dos Servidores da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
FDA	Food and Drug Administration
IMAO	Inibidor da Monoaminoxidase
IQVU	Índice de Qualidade de Vida Urbana
IRDN	Inibidor da Recaptação de Dopamina e Norepinefrina
IRSN	Inibidor da Recaptação de Serotonina e Norepinefrina
ISRS	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina
MAO	Monoaminoxidase
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde
NE	Norepinefrina
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	World Health Organization

RESUMO

A depressão é um problema de saúde pública mundial, sendo considerado o quarto maior problema prevalente no mundo, causando séria incapacidade e influência negativa na qualidade de vida dos pacientes, de seus familiares e da sociedade como um todo. Em termos econômicos, são inúmeros os impactos dos transtornos depressivos. O aumento de casos de depressão está intimamente ligado ao aumento no consumo de antidepressivos observado nos últimos anos. O estudo de utilização de medicamento representa uma ferramenta importante que nos permite conhecer o perfil do usuário do medicamento, quantificar esse consumo, conhecer o prescritor e detectar problemas inerentes à utilização de medicamentos, estabelecendo a necessidade de intervenções para racionalização da terapia. Foram analisadas 652 prescrições de antidepressivos correspondendo a totalidade as prescrições dispensadas na Farmácia da Clínica dos Servidores da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – FARMASERV no ano de 2005. Foram analisados aspectos referentes ao paciente, ao medicamento e ao profissional prescritor. O padrão de consumo de antidepressivos seguiu as tendências mundiais, com grande prevalência de consumo de ISRS, em especial a fluoxetina, além da maioria dos pacientes serem de mulheres de meia-idade. Outro achado importante foi o grande número de pacientes usuários de antidepressivos com atividades profissionais vinculadas ao ensino. O estudo demonstrou ainda que a adesão frente à política atual de prescrição pela denominação genérica está vinculada às situações nas quais os genéricos representam uma redução de custo efetiva para os pacientes. Cerca de 50% das prescrições oriundas do SUS não foram pela denominação genérica, mostrando que a lei dos genéricos não é o fator mais importante para a prescrição por esta categoria. Foram observadas neste estudo altas taxas de não cumprimento das normas estabelecidas pela portaria 344/98 do Ministério da Saúde - aplicada ao controle de medicamentos dessa categoria, reforçando a necessidade de uma maior fiscalização por partes das autoridades sanitárias. Além disso, observou-se um consumo considerável de tricíclicos em idosos, além de quase 10% das prescrições totais analisadas conterem pelo menos uma interação medicamentosa de relevância clínica, apontando grande necessidade de programas de reciclagem para os profissionais prescritores. Dentre as variáveis para a prescrição da classe dos antidepressivos, são determinantes a especialidade do médico bem como, a idade e o gênero do paciente; ou seja, consultar com um especialista psiquiatra, ter a idade entre 19 e 59 anos e ser do gênero feminino aumentam a chance de se ter prescrito um ISRS. Já entre as variáveis da categoria do medicamento, são determinantes a especialidade médica, o serviço de emissão da receita e a classe do medicamento prescrita; ou seja, consultar com um neurologista, ser atendido em um consultório particular e receber a prescrição de um antidepressivo tricíclico aumenta a chance de se ter prescrito um medicamento pela categoria de referência. Após análise dos dados, pode-se concluir que a FARMASERV constitui-se em local adequado para a realização de estudos de utilização de medicamentos, pelo perfil diversificado dos seus usuários, além de não apresentar limitações comumente encontradas no sistema público de saúde como a padronização de medicamentos, bem como a obrigatoriedade de prescrição pela denominação genérica

Palavras chaves: antidepressivos, uso racional de medicamentos, ISRS, especialidade médica, categoria do medicamento.

ABSTRACT

The depression is a problem of public world-wide health, when thought the 4th biggest prebrave problem in the world. It causes serious incompetence and negative influence in the life's capacity of the patients, of his relatives and of the society as a whole. In economic terms, there are countless impacts of the depressive upsets. The increase of cases of depression is intimately connected with the increase in the consumption of antidepressants observed in the last years. The study of use of medicine represents an important tool that allows knowing the profile of the drug's user, to quantify this consumption, to know the physician's profile and to detect problems inherent in the use of medicines, establishing the necessity of interventions for rationalization of the therapy. Being so, there were analysed 652 prescriptions of antidepressants dispensed in the Pharmacy of the Clinic of the Servants of the Municipal Town hall of Belo Horizonte – FARMASERV - in the year of 2005, pointing out to aspects connected with a patient, with the antidepressive and with the physician. The standard of consumption of antidepressants followed the world-wide tendencies, with great predominance of consumption of SSRI, in special fluoxetine, besides most of the patients were middle age women. Another important discovered was the great number of patients with professional activities linked to the teaching. The study still demonstrated that the adhesion of the current politics of prescription by the generic denomination is linked on situations in which the generic ones represent an effective reduction of cost for the patients. Around 50 % of the prescriptions originating from SUS was not by generic denomination, showing that the generic's law is not the most important factor for the prescription by this category. High taxes of not obeying the standards established by the law 344/98 of the Ministry of Health - applied to the control of medicines of this category - were observed in this study, reinforcing the necessity of a most effective inspection by the sanitary authorities. Besides, a considerable consumption was observed of tricyclics in old, moreover almost 10 % of the total analysed prescriptions contained at least one drug interaction with clinical relevance, which reveals the great necessity of recycling programs directed to physicians. Among the variables for the prescription of the of the antidepressants class, there are determinative the doctor's specialty, patient's age and gender; in other words, to consult with a psychiatrist, to be aged between 19 and 59 years and to be female increases the chance of a SSRI to be prescribed. In the variables of drug's category, there are determinative the medical specialty, the service of emission of the income and the class of the drug prescribed; in other words, to consult with a neurologist, to be attended in a private medical office and to receive prescription of a tricyclic antidepressant increases the chance of an antidepressant to be prescribed by the "reference" category. After analysis of the data, it is possible to end that FARMASERV constitutes in place adapted for the realization of studies of use of medicines, based on the heterogeneous profile of his users, besides not presenting limitations commonly found in the public system of health care like the standardization of medicines, as well as the obligation of prescription by the generic denomination

Key words: antidepressants, rational drug use, SSRI, medical specialty, drug's category.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde estima que 450 milhões de pessoas no mundo sofrem com algum tipo de transtorno mental ou comportamental. As doenças mentais podem causar incapacidades graves e comprometer a qualidade de vida dos indivíduos, de suas famílias, e da sociedade como um todo. Os indivíduos sofrem por se tornarem, muitas vezes, incapazes de participar de trabalhos e atividades de lazer, por não conseguirem desempenhar suas responsabilidades dentro da família e com os amigos e pela freqüente discriminação enfrentada na sociedade. Em termos econômicos, são inúmeros os impactos dos transtornos mentais e comportamentais, entretanto, apenas parte desse ônus é mensurável, podendo-se destacar: a necessidade de serviços sociais e de saúde, a perda de emprego, a redução da produtividade, o impacto sobre as famílias, o nível de criminalidade e a mortalidade prematura (WHO, 2001).

Nesse contexto da saúde mental se insere a depressão. Acredita-se que as profundas transformações da sociedade ocorridas nos últimos anos tenham contribuído para o aumento da incidência da depressão (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002). A depressão como doença difere do estado de tristeza ou desânimo passageiro ou de qualquer sinal de debilidade emocional que se possa resolver simplesmente com um esforço pessoal.

O transtorno depressivo é uma doença que afeta todo o corpo, o estado de ânimo e a mente. Afeta a alimentação, o sono, a auto-estima e a vida em geral.

A depressão é um estado emocional que quase todas as pessoas sofrem em algum momento de suas vidas. O problema está em distinguir quando esse transtorno emocional deve ser considerado como doença, requerendo tratamento médico (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002). Sem o devido tratamento, os sintomas podem persistir por semanas, meses ou até mesmo anos, enquanto que um tratamento adequado pode ajudar a grande maioria das pessoas acometidas.

A prevalência de depressão na população geral varia entre 3% e 11% (FLECK *et al.*, 2003) em média, sendo que no Brasil pode chegar até 12% (VALENTINI *et al.*, 2004). Afeta pessoas de várias idades. Em crianças e adolescentes a prevalência fica em torno de 5% (VASA *et al.*, 2005), enquanto que em pessoas com mais de 65 anos pode chegar a 15% (HARMAN *et al.*, 2005).

Como conseqüência do aumento do número de casos de depressão, tem sido observado crescente consumo de medicamentos antidepressivos. Novos fármacos têm sido desenvolvidos pela indústria farmacêutica com o objetivo de se obter medicamentos eficazes, minimizando-se as reações adversas.

No cenário atual, existe uma grande tendência mundial de consumo de antidepressivos de segunda geração, especialmente de inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS). Esse consumo tem colocado em alerta as autoridades sanitárias, pois várias reações adversas estão relacionadas aos antidepressivos. Recentes alertas sobre risco de desenvolvimento de idéias e pensamentos suicidas com o uso de ISRS aumentaram ainda mais a preocupação com essa classe de medicamentos. Essa preocupação é pertinente, uma vez que, além da prescrição por indicação explícita, o uso de antidepressivos sofre forte influência do *marketing* dessa classe de medicamentos, suscitando no indivíduo a ilusão de que o medicamento será capaz de suprimir seus sofrimentos e facilitar sua adaptação social.

À parte a indicação clínica, a seleção do antidepressivo é fator fundamental na racionalização da terapia, pois, se inadequada, pode levar a um comprometimento geral da saúde do paciente além dos custos desnecessários, individuais e para o serviço de saúde. Fatores relacionados ao medicamento, ao acesso a esses, ao profissional prescriptor, ao custo e às características individuais do paciente têm influência direta nesta etapa podendo ser determinantes dessa seleção.

Tendo em vista a complexidade e as peculiaridades do manejo da depressão é de fundamental importância conhecer o contexto de utilização desses medicamentos. A otimização da farmacoterapia está diretamente ligada à seleção adequada do medicamento, devendo-se privilegiar os de maior efetividade e segurança e de

menor custo. Esses fatores, em conjunto, irão contribuir para o sucesso terapêutico do tratamento da depressão.

Os estudos de utilização de antidepressivos permitem conhecer aspectos importantes do tratamento como a prevalência do uso de cada medicamento dentro da classe terapêutica, os hábitos de prescrição e seus determinantes, a adequação dos esquemas posológicos adotados, a adesão ao tratamento, reações adversas, entre outros. Esse conhecimento permite, ainda, inferências sobre as relações risco/benefício e custo/ benefício dos esquemas terapêuticos adotados para populações específicas.

Considerando esses aspectos propôs-se o estudo do uso de antidepressivos pelos servidores da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), usuários da Farmácia da Clínica dos Servidores da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (FARMASERV), buscando traçar o perfil do paciente, do prescritor e do medicamento selecionado, além de identificar possíveis determinantes da seleção do antidepressivo. O conhecimento desses aspectos é fundamental para a identificação de problemas e para o planejamento de intervenções, em nível de farmácia e prescritores, que possam permitir o uso seguro com o menor custo de tratamento para essa população.

2 A DEPRESSÃO E OS ANTIDEPRESSIVOS

2.1 *Fisiopatologia da depressão*

A depressão é uma condição médica comum, crônica e recorrente. É uma enfermidade que afeta todo o corpo, o estado de ânimo e o status mental. Afeta a alimentação, o sono, a opinião de si mesmo e da vida em geral (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002).

Inicialmente, a depressão era explicada pela hipótese monoaminérgica, que considerava o transtorno devido a um déficit de neurotransmissores monoaminérgicos, como a 5-HT (serotonina), NE (norepinefrina) e dopamina. Embasava-se na seguinte observação de que alguns fármacos tinham a propriedade farmacológica de diminuir os níveis desses neurotransmissores e induziam quadros de depressão, ao mesmo tempo pacientes depressivos respondiam a fármacos que potenciavam esses neurotransmissores (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002).

Essa hipótese, no entanto não era suficiente para explicar a atividade de todos os fármacos que atuam sobre os neurotransmissores monoaminérgicos. Surgia então a hipótese da desregulação dos receptores de neurotransmissores que considera que o esgotamento dos neurotransmissores monoaminérgicos leva a uma anomalia na regulação dos receptores pós-sinápticos como compensação a falta de neurotransmissores, e essa situação se relacionaria com a depressão (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002).

Essa teoria reconhece a diminuição dos níveis de dopamina, 5-HT e NE, mas também existe um excesso de receptores, que levaria a um mau funcionamento do sistema de neurotransmissão (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002).

A questão genética está intimamente ligada à depressão, porém ainda não se sabe claramente como. Sabe-se que casos de depressão maior e distúrbios bipolares são hereditários. Uma hipótese é que genes defeituosos alterariam a formação de

neurônios com tamanhos normais, a produção de novos neurônios e o reparo desses (MANN, 2005).

Ainda sobre a questão genética, existem evidências de que casos de depressão em repostas a situações de *stress* estão ligados a pessoas com uma variante no gene que codifica a proteína transportadora de serotonina, levando a uma menor expressão dessas, gerando uma deficiência nos níveis deste neurotransmissor (CASPI *et al.*, 2003).

Imagens de ressonância magnética do cérebro de pessoas com depressão maior mostram inúmeras regiões com alterações de estrutura ou atividade. Essas áreas são responsáveis por regulação emocional, cognitiva, autonômica e do sono. Estudos com o uso de tomografia com emissão de positrons revela uma diminuição dos níveis de transportadores de serotonina nessas regiões bem como alterações no receptor pós sináptico de serotonina, reforçando a hipótese da depressão como dependente dos níveis e da ação da serotonina (MANN, 2005).

Outra questão que merece destaque é o *stress* social como fator desencadeante. Problemas conjugais, mortes de familiares ou ente queridos, desemprego estão relacionado com desenvolvimento da doença. Problemas psicológicos afetariam o balanço dos neurotransmissores (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002).

Conclui-se assim que a depressão tem componentes genéticos e outros adquiridos por interação com o ambiente, incluindo aí aspectos profissionais e pessoais.

2.2 Diagnóstico da depressão

Diante da importância da doença, critérios foram definidos para o diagnóstico da depressão. Questionários com perguntas relativas aos sintomas do paciente são comumente utilizados, destacando-se entre eles os dois principais modelos do CID-10, da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 1993), e a escala de Hamilton. A Diretriz da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (FLECK *et al.*, 2003) utiliza o critério da OMS de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 - Critério diagnóstico de Episódio depressivo

Sintomas fundamentais

- 1) Humor deprimido
- 2) Perda de interesse
- 3) Fatigabilidade

Sintomas acessórios

- 1) concentração e atenção reduzidas
 - 2) auto-estima e auto-confiança reduzidas
 - 3) idéias de culpa e inutilidade
 - 4) visões desoladas e pessimistas do futuro
 - 5) idéias ou atos autolesivos ou suicídio
 - 6) sono perturbado
 - 7) apetite diminuído
-

Fonte: Fleck *et al.*, 2003, p115.

Estados depressivos leves são classificados da seguinte maneira: caso o paciente apresente dois sintomas fundamentais e mais dois sintomas acessórios, a depressão é classificada como **leve**. Dois sintomas fundamentais mais três ou quatro sintomas acessórios, a classificação passar a ser **moderada**. No caso de um paciente com três sintomas fundamentais e com mais de quatro sintomas acessórios, a depressão é classificada como **maior** ou **grave** (FLECK *et al.*, 2003).

As diferentes classificações levam a diferentes tomadas de decisões pelo médico, quanto ao tratamento do paciente, portanto é necessário um diagnóstico correto e preciso.

Apesar da existência de tais critérios não há evidências laboratoriais mensuráveis para definir-se um quadro de depressão. O diagnóstico é eminentemente clínico, dependente da experiência do médico e de fatores ligados ao tipo de atenção dispensada ao paciente. Essa subjetividade do diagnóstico pode determinar uma supervalorização do quadro ou um subdiagnóstico, dependendo de características dos prescritores e dos serviços.

Alguns autores estimam que em serviços de cuidado primário e outros serviços médicos gerais, haja de 30% a 50% de casos de depressão não diagnosticados (BELLATUONO *et al.*, 2002; VALENTINI *et al.*, 2004). Os motivos de subdiagnósticos advêm de motivos ligados aos pacientes e aos médicos. Os pacientes podem ter preconceito em relação ao diagnóstico de depressão e descrença em relação ao tratamento. Os fatores relacionados aos médicos incluem falta de treinamento, falta de tempo, deficiência na formação universitária, descrença quanto à efetividade do tratamento, dificuldade de reconhecimento dos sintomas da depressão (DAVIDSON *et al.*, 1999; FLECK *et al.*, 2003, VALENTINI *et al.*, 2004).

Os pacientes muitas vezes não entendem a depressão como uma condição médica (VALENTINI *et al.*, 2004). Diferentes padrões culturais, religiosos e até mesmo de idioma dificultam o estabelecimento de uma boa relação com o médico, prejudicando o correto diagnóstico da doença (HULL *et al.*, 2005). Em estudo realizado por Wilhein (2006), com o intuito de conhecer o que os pacientes esperam dos médicos no momento da consulta, foi observado a preferência dos pacientes por médicos que os escutam mais, que dão mais importância e demonstram mais interesse nos seus problemas. Eles acreditam que esse tipo de médico é mais capacitado para tratar seu problema de saúde, pois os pacientes se sentem mais confortáveis e conseguem expor seus sentimentos com maior facilidade, tornando facilitado o diagnóstico por parte do médico.

2.3 Epidemiologia

A sistematização dos critérios de diagnóstico da depressão começou a surgir no final da década de 80, e continuam em constante evolução, tornando possível diferenciar uma “depressão normal” causada por um mau dia de um verdadeiro transtorno depressivo, permitindo assim dados mais consistentes da prevalência da doença (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002).

A prevalência de depressão na população geral varia entre 3 e 11% (FLECK *et al.*, 2003) em média, sendo que no Brasil pode chegar até 12% (VALENTINI *et al.*,

2004), afetando pessoas de várias idades, sendo que em crianças e adolescentes a prevalência fica em torno de 5% (VASA *et al.*, 2005), enquanto que em pessoas com mais de 65 anos pode chegar a 15% (HARMAN *et al.*, 2005). A prevalência da depressão é maior entre mulheres, particularmente de meia idade, em torno de 45-54 anos. Além disso, observa-se uma prevalência maior da depressão em pessoas obesas, separadas, desempregadas, com menor escolaridade (OHAYON, 2007; BELLANTUONO, 2002).

Os estados depressivos, pela sua prevalência e pelos problemas que acarretam, têm enorme importância como problema de saúde pública, sendo considerado o quarto maior problema prevalente de saúde no mundo (SCHULBERG *et al.*, 1999). O aumento no número de casos de depressão pode ser estimado pela elevação no número de prescrições de antidepressivos emitidas anualmente. Seu uso cresceu cerca de duas vezes e meia entre os anos de 1993 e 2002. Este aumento no consumo concentra-se basicamente nos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS), os quais tiveram um aumento de cerca de sete vezes, enquanto, os tricíclicos, tiveram pequena elevação no período (MORGAN *et al.*, 2004). Mais de 10% da população acima de 60 anos recebe uma prescrição para qualquer antidepressivo no Reino Unido a cada ano (HUBBARD *et al.*, 2003; HULL *et al.*, 2004). Nos EUA, também se observa o aumento do número de prescrições de antidepressivos. Entre 1990 e 1995, houve aumento de 73% do número de prescrições (SLEATH & SHIH, 2003).

O aumento da prevalência de depressão a partir da década de 90 parece ser decorrente dos critérios de diagnósticos adotados, porém não se deve descartar a hipótese de que a disponibilidade de medicamentos mais seguros tenha acentuado a expectativa dos pacientes, alimentada pela indústria farmacêutica, de extinguir qualquer sofrimento ou desconforto. A pressão de pacientes e da indústria farmacêutica sobre os prescritores pode influenciar no diagnóstico e na prescrição dessa classe de medicamentos.

A prevalência de depressão tem índices maiores na atenção primária. No Brasil, esses valores chegam a 29,5% (VALENTINI *et al.*, 2004). Em estudo realizado na França em um ambulatório de um hospital público, 26,9% dos pacientes que

utilizaram esse serviço apresentaram algum transtorno depressivo. Esses valores são mais altos devido a falhas de diagnóstico e falha do tratamento (RENTSCH *et al.*, 2007).

Esses valores também são encontrados em outras partes do mundo, com 14 países com média de prevalência de depressão maiores que 10% em centros de cuidados primários (USTUN & SARTORIUS, 1995). Em pacientes internados por qualquer doença física, a prevalência de depressão varia entre 22% e 33%. Em populações específicas, como pacientes com histórico de infarto recente e de câncer, as taxas chegam a 33% e 47%, respectivamente (SCHLEIFER *et al.*, 1999; BUKBERG *et al.*, 2000).

2.4 A depressão na atenção primária

Os médicos da atenção primária são o único contato para mais de 50% dos pacientes com problemas na saúde mental. (ROBINSON *et al.*, 2005).

Nos EUA, esforços para reconhecimento dos sintomas de depressão levaram a dobrar o número de pacientes atendidos e o uso de antidepressivos entre 1987 e 1997 (OHAYON, 2007).

Na atenção primária, os pacientes geralmente apresentam também outros sintomas somáticos, como distúrbios gastrointestinais e problemas cardiovasculares. Esses sintomas muitas vezes mascaram o quadro depressivo, contribuindo para o não diagnóstico da depressão por parte do médico (ARROLL *et al.*, 2005).

Somado a esse fator, estudos mostram que os médicos da atenção primária têm mais dificuldades de reconhecer os sintomas da depressão quando comparados com psiquiatras especializados. Profissionais da atenção primária aprenderam sobre temas relativos a distúrbios psiquiátricos em situações clínicas muito distantes da prática do seu dia a dia (RENTSCH *et al.*, 2007).

Contribui também para a dificuldade de diagnóstico o fato dos pacientes, na atenção primária, acreditarem que os antidepressivos são úteis no tratamento da depressão, mas apresentarem receios em utilizá-los por longos períodos. Esse receio deve ser levado em consideração pelo médico, visto que cerca de 50% tem medo de tornarem-se dependentes dos antidepressivos (BROWN *et al.*, 2005).

O médico, além de explicar para o paciente como tomar o medicamento, deve dar grande enfoque aos efeitos dos antidepressivos a curto e longo prazo e ao modo como o medicamento age. Isso contribui para o paciente ter uma melhor visão sobre a farmacoterapia da depressão e conseqüentemente uma maior adesão ao tratamento (BROWN *et al.*, 2005).

2.5 Medicamentos utilizados no tratamento da depressão

Para o tratamento da depressão, utiliza-se um grupo de medicamentos muito heterogêneos, que se classificam atualmente pelos seus efeitos sobre os neurotransmissores. Todos os medicamentos antidepressivos aumentam a concentração de neurotransmissores nas sinapses (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002).

Na tabela 2 está apresentada a classificação dos antidepressivos de acordo com as Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (FLECK *et al.*, 2003).

Tabela 2 – Classificação de antidepressivos de acordo com as Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão

Classe terapêutica	Tipo	Princípio Ativo
IMAO	Não seletivo	Tranilcipromina
	Seletivo MAO A	Moclobemida
ADT	-	Amitriptilina
		Clomipramina
		Doxepina
		Imipramina
		Lofepamina
		Maprotilina
		Nortriptilina
ISRS	-	Citalopram
		Fluoxetina
		Fluvoxamina
		Paroxetina
		Sertralina
Atípicos	IRDN	Bupropiona
	IRSN	Venlafaxina
		Duloxetina
	Outros	Nefazodona
		Trazodona
		Mirtazapina
		Reboxetina

2.5.1 IMAO

São fármacos que atuam por inibição da enzima monoamino oxidase (MAO), responsável pela degradação de noradrenalina, serotonina e dopamina do sistema nervoso central (SNC) ou dos tecidos periféricos, permitindo que haja uma maior concentração de neurotransmissores nas sinapses (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002).

Os primeiros IMAOs inibiam a MAO de forma irreversível, por cerca de 14 dias. Posteriormente, foram desenvolvidos inibidores reversíveis da MAO e seletivos para a MAO-A (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002).

Os inibidores da MAO não seletivos não são considerados agentes de primeira escolha devido ao requerimento de restrições dietéticas e interações com outros medicamentos. O desenvolvimento de inibidores da MAO-A, reversíveis e seletivos, ofereceu uma alternativa mais segura e bem tolerada, com resposta pressórica mínima a tiramina, minimizando a necessidade de restrições dietéticas (SCALCO, 2002).

Os IMAO parecem ser superiores aos tricíclicos em pacientes com casos de depressão caracterizados por extrema sensibilidade à rejeição ou problemas nos relacionamentos sociais. Além disso, tem boa resposta em pacientes deprimidos resistentes a ADT, sendo eficazes em 65% dos casos. (MANN, 2005).

A principal preocupação com o uso desses antidepressivos é a possibilidade de crises hipertensivas que podem causar um acidente vascular cerebral. Além desse efeito mais grave os IMAO apresentam uma série de reações adversas que podem comprometer a adesão ao tratamento (MANN, 2005).

2.5.2 Antidepressivos Tricíclicos

Os antidepressivos tricíclicos (ADTs) têm grande eficácia terapêutica, sendo considerados drogas de primeira escolha juntamente com os ISRSs, não havendo diferença significativa de eficácia entre essas duas classes. Muitas vezes seu uso está limitado pelos efeitos adversos. (MORGAN *et al.*, 2004, MARTIN *et al.* 1997, OLFSOON & KLIERMAN, 1993, HENRY *et al.* 1995, WILLIAMS *et al.*, 2000).

Atuam bloqueando a recaptção de serotonina e noradrenalina, e em menor medida de dopamina, levando a uma maior concentração de neurotransmissores na fenda sináptica. Os ADT também atuam sobre receptores histaminérgicos, α adrenérgicos, muscarínicos e dopaminérgicos, e são responsáveis por várias reações adversas,

como hipotensão ortostática, constipação, boca seca, ganho de peso, tremores e taquicardia (SCALCO, 2002; GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002). Também podem ocorrer mioclonias em 40% dos pacientes, em geral nas primeiras semanas de tratamento. (LEJOYEUX *et al.*, 1992). Dentre todos os efeitos adversos, os cardiovasculares são os mais temidos. Em cardiopatas esses medicamentos oferecem risco de desencadear isquemia cardíaca. A hipotensão ortostática é outro efeito adverso que merece cuidado, especialmente em idosos, por causa do seu caráter de imprevisibilidade, de ser independente da dose e grande potencial de causar quedas (SCALCO, 2002).

A interrupção abrupta do ADT pode ocasionar uma síndrome de abstinência em 50% dos casos. A gravidade da síndrome está relacionada com a dose total diária, mas em geral é leve (MANN, 2005).

2.5.3 Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) bloqueiam seletivamente a bomba de recaptação de serotonina, fazendo com que aumente a concentração desse neurotransmissor na fenda sináptica (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002).

Sua eficácia foi comprovada em inúmeros estudos controlados comparando-os ao placebo e outros antidepressivos, principalmente os ADTs (KROENKE *et al.*, 2001; STALH, 2000; GEDDES *et al.*, 2000). Os ISRSs podem ser úteis em pacientes que não respondem aos tricíclicos ou que apresentem contra indicações aos mesmos (MacGILLIVRAY *et al.*, 2003). Porém tem menos eficácia que outros antidepressivos em casos de depressão com sintomas somáticos de dor (BRILEY, 2004).

Os vários medicamentos que representam essa classe de antidepressivos são igualmente efetivos no tratamento da depressão e apresentam mais similaridades entre si do que diferenças. O início da ação dos ISRSs é de duas a quatro semanas, sem diferença expressiva entre os medicamentos. (MANN, 2005). Os ISRSs são geralmente bem tolerados e isentos de riscos em cardiopatas. Seus efeitos adversos

mais comuns resultam do próprio bloqueio da recaptção de serotonina. A superdose é menos perigosa que a do ADT (STALH, 2000). Todos os medicamentos desta classe são associados à disfunção sexual, inclusive diminuição da libido, disfunção erétil e do engurgitamento peniano e anorgasmia. Esse tipo de problema não parece estar relacionado à dose. Embora sejam comuns efeitos adversos, a dificuldade em tolerar um dos ISRSs, não fundamentalmente significa que outro da mesma classe causará problemas similares (MANN, 2005).

2.5.4 Atípicos

Depois da descoberta dos ISRSs, a pesquisa por novas moléculas antidepressivas tem se concentrado na busca de fármacos com mecanismo de ação cada vez mais específico e com menos efeitos adversos (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002).

Existem vários representantes dessa classe, com mecanismos de ação distintos. A bupropiona é um dos mais conhecidos. Atua bloqueando a recaptção de noradrenalina e dopamina. É um fármaco muito eficaz no tratamento da depressão, não apresentando atividade anticolinérgica, anti-histamínica, cardiovascular, sedativa nem problemas de hipotensão ortostática. Pode causar *rash* cutâneo e tem potencial epileptogênico, principalmente em altas doses (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002; STALH, 2000; NASH & NUTT, 2007).

A venlafaxina e a duloxetina são fármacos mais novos e compartilham com os ADTs a propriedade de bloquear recaptção de noradrenalina e serotonina, e em menor medida a recaptção de dopamina (somente em casos de doses mais altas), sem bloquear os receptores α_1 , histaminérgicos H1 e os colinérgicos muscarínicos. Sua propriedade farmacológica confere aos IRSNs melhor perfil de segurança quando comparados aos ADTs (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002).

Os outros fármacos dessa classe são utilizados em menor escala na prática clínica. A mirtazapina estimula a liberação de noradrenalina pelo bloqueio dos receptores α_2 adrenérgicos bem como os receptores 5-HT_{2A} e 5-HT₃. Sua eficácia é similar aos ISRSs e aos ADTs. Não apresenta problemas cardiovasculares, e os principais efeitos colaterais são: sedação, aumento de apetite, ganho de peso, tontura e boca

seca. No entanto, apresenta perfil mais favorável relacionado ao surgimento de problemas de insônia e de ordem sexual (MANN, 2005).

A nefazodona atua bloqueando o receptor 5-HT_{2A} e a recaptação de serotonina. Tem eficácia similar aos outros ISRSs. A nefazodona é eficaz em casos de depressão pós parto, depressão severa e tratamento de depressão maior resistente a outros medicamentos com casos de ansiedade (SURI *et al.*, 2005; TAYLOR & PRATHER, 2003).

A reboxetina é um fármaco inibidor de recaptação de noradrenalina. Apresenta tolerabilidade razoável. Tem atividade similar a nortriptilina e lofepramina. Não foi demonstrada ainda nenhuma vantagem terapêutica da reboxetina em relação a outras drogas serotoninérgicas. No entanto pode ser uma boa opção terapêutica em pacientes que não respondem a essas drogas (NASH & NUTT, 2007).

2.5.5 Novos medicamentos utilizados para o tratamento da depressão

Novos medicamentos para o tratamento da depressão vêm sendo pesquisados e desenvolvidos. A tendência atual é buscar fármacos que combinem eficácia com perfis favoráveis de segurança e tolerabilidade (MONTGOMERY *et al.*, 2006; HAMON & BOURGOIN, 2006).

Um dos novos medicamentos em estudo é a agomelatina. Esse fármaco tem um mecanismo inovador, sendo um agonista de receptores melatoninérgicos MT₁ e MT₂, além de possuir propriedades antagonistas dos receptores 5HT_{2c} (MONTGOMERY *et al.*, 2006; HAMON & BOURGOIN, 2006).

Alterações no ciclo circadiano estão associadas com a depressão, e como a melatonina é um neurotransmissor com capacidade reconhecida de sincronizar os ciclos biológicos, possíveis anomalias na sua secreção foram associadas ao surgimento de quadros depressivos. Essa propriedade de regulação dos ciclos biológicos também explica a melhora na qualidade do sono (HAMON & BOURGOIN, 2006).

Em estudo em ratos deficientes de receptores MT₁ e MT₂ foram observados desvios de comportamentos típicos de depressão (HAMON & BOURGOIN, 2006).

A agomelatina apresenta nos estudos realizados até o momento, uma maior tolerabilidade que os ISRSs e os antidepressivos atípicos. Apresentam menor incidência de comprometimento da vida sexual e melhora na qualidade do sono. Também não apresenta problemas da síndrome de abstinência quando se retira o medicamento (MONTGOMERY *et al.*, 2006; HAMON & BOURGOIN, 2006).

Os efeitos adversos mais comuns foram dor de cabeça, náuseas e fadiga, que desaparecem em torno de duas semanas. As taxas de abandono ao tratamento devido a reações adversas são semelhantes as do placebo (MONTGOMERY *et al.*, 2006; HAMON & BOURGOIN, 2006).

Esse melhor perfil de reações adversas está ligado ao mecanismo de ação do antidepressivo. Como esse não estimula atividade serotoninérgica, nem inibe os receptores muscarínicos, histaminérgicos e noradrenérgicos, não apresentam os problemas típicos dos antidepressivos ISRS e dos tricíclicos (MONTGOMERY *et al.*, 2006; HAMON & BOURGOIN, 2006).

Com relação à eficácia, a agomelatina não difere dos atuais antidepressivos, apresentando eficácia semelhante. No entanto, mais estudos são necessários para se conhecer melhor as reais propriedades desse medicamento (MONTGOMERY *et al.*, 2006; HAMON & BOURGOIN, 2006).

2.6 Tratamento da depressão

O tratamento da depressão pretende diminuir o impacto social e pessoal desse transtorno, como por exemplo: suicídio ou tentativas de suicídio, acidentes devido a falta de atenção, perdas de trabalho e os custos relacionados com diminuição da produção, transtornos familiares e pessoais, custos sanitários envolvidos, perda de interesse, sensação de culpa, comportamentos pessimistas, alterações do sono e do apetite (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002).

Os episódios de depressão não tratados duram de 6 a 24 meses, podendo se estender até a mais de dois anos em 5-10% dos casos. O tratamento permite acelerar a recuperação e evitar recaídas, evitando que se torne um problema crônico (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002).

O tratamento requer a monitorização das respostas clínicas, incluindo possíveis pensamentos suicidas, avaliação do comportamento do pacientes e dos efeitos adversos dos medicamentos. O tratamento da depressão é longo, com grande risco de surgimento de episódios de recaída (MANN, 2005).

Por se tratar de uma terapia de longa duração, a questão da adesão ao tratamento se torna fundamental. Estima-se que apenas 40 a 70% dos pacientes com depressão aderem ao tratamento (DEMYTTENAERE, 1998). Vários fatores estão relacionados com esse número, entre eles fatores sociais e econômicos, aspectos do sistema de saúde e características do tratamento e do paciente (WHO, 2003). Brown e colaboradores (2005), avaliaram as crenças dos pacientes sobre os antidepressivos e suas influências sobre a adesão ao tratamento. Seus resultados mostraram que suas crenças estão diretamente ligadas com a adesão. Por exemplo, pacientes com medo de se tornarem dependentes ao medicamento aderem menos do que aqueles que acreditam que o medicamento vai ser utilizado para ajudá-los.

A terapia deve levar em conta os possíveis resultados de tratamentos anteriores, a severidade da depressão apresentada pelo paciente, o risco de suicídio, a coexistência de condições somáticas ou psiquiátricas, risco de interações medicamentosas com medicamentos para fins terapêuticos diferentes, entre outros fatores (MANN, 2005).

O tratamento da depressão pode ser feito com terapia farmacológica, com psicoterapia, com combinação dos dois e em alguns casos pode ser feito o uso de terapia eletroconvulsiva (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002).

O tratamento preconizado com uso de medicação prevê o uso de qualquer antidepressivo por no mínimo seis meses, com os pacientes recebendo a dose

mínima adequada do antidepressivo por dia (HARMAN *et al.*, 2005; WEILBURG *et al.*, 2004). As doses devem ser suficientes para promover a resolução dos sintomas e o tratamento deve continuar por tempo suficiente para evitar episódios de recaídas. Um tratamento que não atinge esses padrões mínimos tende a não atingir os resultados adequados. Mais de 60% dos tratamentos inadequados são associados à curta duração (WEILBURG *et al.*, 2004; DUNN *et al.*, 1999).

Entrevistas com frequência semanal no início do tratamento estão associadas com maior adesão e melhores resultados em curto espaço. Em casos mais leves entrevistas quinzenais podem ser suficientes. O surgimento de efeitos adversos está diretamente ligado com abandono do tratamento, o que reforça mais a necessidade de encontros freqüentes com o médico (FLECK *et al.*, 2003; MANN, 2005; SLEATH & SHIH, 2003).

No Reino Unido, estudos mostram que pacientes que recebem ADT na atenção primária abandonam tratamento mais precocemente (em torno do terceiro mês) comparado àqueles que recebem ISRSs (DUNN *et al.*, 1999). Pacientes que recebem ISRS tem cerca de sete vezes mais chance de receber tratamento com doses e tempo adequado que aqueles que utilizam ADT. Isso ocorre devido a maior taxa de abandono com o uso dos tricíclicos decorrente da maior incidência de efeitos adversos. Além disso, o tratamento com ADT geralmente é iniciado com doses subterapêuticas, já que os prescritores são mais cautelosos com relação às reações adversas dessa classe (BROWN *et al.*, 2005).

Existem três fases do tratamento: a fase aguda, continuação e a fase de manutenção.

Na fase aguda, o objetivo principal é a diminuição dos sintomas ou idealmente, a remissão, com melhoras nos aspectos psicossociais e familiares (GARCIA & GASTELURRUTIA, 2002; MANN, 2005; FLECK *et al.*, 2003). Inclui os dois a três primeiros meses do tratamento. Alguns casos podem ser necessários a hospitalização, quando os sintomas apresentados pelo pacientes são graves, como desilusões fortes e tentativas de suicídio (MANN, 2005).

Deve-se ressaltar que a resposta ao antidepressivo não é imediata, podendo levar entre duas e quatro semanas para o início do efeito. Os ISRSs e os tricíclicos constituem os medicamentos de primeira linha no tratamento da depressão. Como a maioria dos antidepressivos tem eficácia semelhante, a escolha do medicamento depende dos sintomas apresentados pelo paciente, da história pessoal de resposta a antidepressivos, da tolerabilidade dos medicamentos, da idade, efeitos adversos e questões relativas à adesão ao tratamento por parte do paciente. Além disto, o custo é essencial na escolha do medicamento (MANN, 2005; FLECK *et al.*, 2003).

A figura abaixo apresenta um fluxograma de condutas que resume o tratamento na fase aguda da depressão.

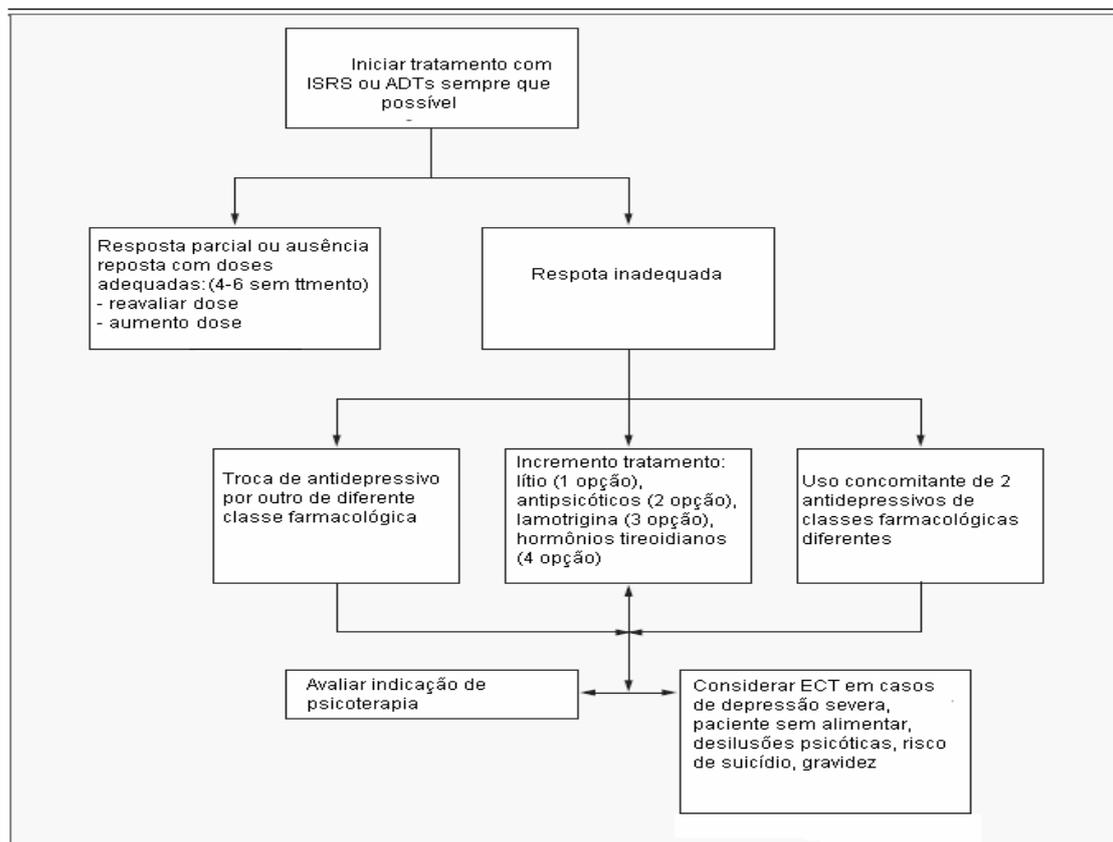


Figura 1 – Algoritmo para tratamento de depressão na fase aguda. Adaptado de: MANN, (2005); p.1827.

A segunda fase do tratamento da depressão é a fase de continuação. Corresponde ao quarto a sexto mês que seguem a fase aguda e tem como objetivo eliminar sintomas residuais, manter a melhoria obtida, evitando recaídas dentro de um

mesmo episódio depressivo. Ao final da fase de continuação, o paciente que permanece com a melhora inicial é considerado recuperado (FLECK *et al.*, 2003).

O tratamento antidepressivo de continuação por seis meses reduz em 50% o risco de recaída. O mesmo medicamento e doses utilizadas para atingir a melhora na fase aguda devem ser mantidos durante a fase de continuação (MANN, 2005).

Passada a fase de continuação, vem a fase de manutenção, cujo objetivo é evitar que novos episódios depressivos ocorram. É recomendada em pacientes com probabilidade de recorrência, que são aqueles que apresentam quadros depressivos anuais, que apresentam sintomas residuais que interferem diretamente nas suas atividades, que tem depressão crônica ou que tem histórico de tentativas ou grandes riscos de suicídio (FLECK *et al.*, 2003, MANN, 2005).

A fase de manutenção pode durar de 12 a 36 meses. O tempo do tratamento vai depender da história e da evolução do paciente, e pode até mesmo ser prolongado por tempo indeterminado dependendo da condição do paciente (MANN, 2005).

A tolerância do paciente ao medicamento é extremamente importante nessa fase, pois interfere diretamente na adesão. Pacientes estáveis devem fazer controle da doença a cada 3 a 6 meses, para avaliação médica dos sintomas e da farmacoterapia (MANN, 2005).

Se o paciente não apresentar recaídas e mantiver estável durante a fase de continuação, a retirada gradual do medicamento, com diminuição da dose e até mesmo da posologia, pode ser feita. Essa ação minimiza possíveis síndromes de abstinência. Descontinuações precoces estão associadas com aumento de 77% de risco de recaídas. A retirada gradual permite ainda a detecção de possíveis recaídas; caso isto ocorra, o paciente deve voltar a utilizar a dose total do antidepressivo (MANN, 2005).

Existem ainda, conforme já mencionado, formas não farmacológicas para o tratamento da depressão. Uma alternativa bastante utilizada e eficaz é a psicoterapia. Muito útil na fase aguda e na fase de continuação do tratamento, pode

ser utilizada com boa resposta em casos de depressões moderadas, e em casos severos, juntamente com farmacoterapia (MANN, 2005; ROBINSON *et al.*, 2005). A combinação de psicoterapia com a farmacoterapia leva a um incremento da resposta ao tratamento, a melhora da qualidade de vida, previne possíveis recaídas e aumenta a aderência à farmacoterapia. (PAMPALLONA *et al.*, 2004; ROBINSON *et al.*, 2005).

Pesquisas recentes e recomendações de tratamento indicam que a psicoterapia é com freqüência uma preferência do paciente, podendo auxiliar no prognóstico do tratamento (KELLER *et al.*, 2000). A grande vantagem de se utilizar a psicoterapia no tratamento da depressão é diminuir a necessidade dos pacientes em utilizar os serviços de saúde, além de uma melhora clínica considerável. Estudos mostraram que pacientes que recebem tratamento farmacológico combinado com terapia utilizaram 53% menos o serviço de saúde após o término do tratamento, o que sugere menor taxa de recidiva (ROBINSON *et al.*, 2005)

Embora os sintomas da depressão sejam comuns a todos os pacientes a terapia deve considerar as particularidades de cada caso. Nesse contexto, idosos e crianças devido as variações fisiológicas inerentes à idade, devem receber tratamento mais cauteloso, objetivando o uso correto e seguro dos antidepressivos.

A depressão é a desordem psiquiátrica mais comum em idosos, atingindo níveis de 10-15% em pessoas acima de 60 anos (MANDELLI *et al.*, 2007; MENTAL HEALTH, 1999). Nessa população, tem sido relatado predomínio de sintomas como perda de interesse e atividade, além de extensos quadros de ansiedade (LENZE *et al.*, 2002; MANDELLI *et al.*, 2007).

As evidências apontam para prognósticos e resposta a tratamento piores para idosos (FISCHER *et al.*, 2003). Alguns estudos mostram que, pelo fato dos idosos geralmente apresentarem outras doenças crônicas além da depressão, há uma grande resistência ao tratamento e uma diminuição na adesão, levando a uma piora do estado de saúde e a uma conseqüente elevação da taxa de mortalidade (DI MATTEO *et al.*, 2000; ARIYO *et al.* 2000; CARNEY *et al.*, 2002, MANDELLI *et al.*, 2007).

Devido às alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento, como redução da massa corporal magra, da filtração glomerular e déficit hepático são mais sensíveis aos efeitos adversos dos antidepressivos. O grande número de medicamentos geralmente utilizados por idosos leva a uma maior chance de interações medicamentosas e complicações relacionadas ao consumo de antidepressivos (SCALCO, 2002).

O uso de ADTs em idosos pode ser seguro e eficaz, desde que os pacientes sejam adequadamente monitorizados e não apresentem contra-indicação à utilização de tricíclicos. Os efeitos cardiovasculares são os que mais limitam o uso de tricíclicos em idosos. O risco de hipotensão ortostática é particularmente importante por estar associado com maior risco de queda. Deve-se dar preferência para a nortriptilina pelo fato de ser a droga mais estudada em idosos, por ter melhor perfil de reações adversas e por ter um metabolismo mais rápido (SCALCO, 2002).

Os ISRSs são considerados por alguns autores como primeira linha para idosos por apresentarem maior perfil de segurança e boa eficácia. A diminuição do apetite com conseqüente perda de peso pode ser uma complicação para pacientes debilitados. Além disso, foram descritos efeitos extrapiramidais, com piora da doença de Parkinson ou com uso de neurolépticos. (SCALCO, 2002).

Entre os ISRSs, o citalopram e a sertralina apresentam maior vantagem em relação aos demais, e foram mais estudados em idosos. Esses fármacos têm meia-vida mais curta e apresentam menor risco de interações medicamentosas (SCALCO, 2002).

O manejo dos efeitos adversos em pacientes idosos é o ponto crítico para escolha do antidepressivo. É necessário que o médico conheça bem o perfil do paciente para que a seleção do medicamento possa ser feita com eficiência e segurança (SCALCO, 2002).

Em crianças e adolescentes, o quadro depressivo tem se tornado também uma questão preocupante. A prevalência é de cerca de 6,0% entre crianças de 6 a 16 anos (MacMILLAN *et al.*, 2005, VASA *et al.*, 2006). Nos EUA, cerca de um milhão de prescrições foram emitidas para crianças em 1997 (BENNET *et al.*, 2005).

A depressão em crianças e adolescentes é uma importante causa de morbidade, causando sérios impactos na sua vida social, acadêmica e familiar. Tem sido associado risco de suicídio maior entre jovens com depressão (WAGNER, 2005).

O número de crianças e adolescentes que vem sendo tratadas tem aumentado consideravelmente (WOHLFARTH *et al.*, 2006; DILER & AVCI, 2002). A fluoxetina é o único fármaco aprovado pelo FDA para tratamento de depressão nessa faixa etária e deve ser encarada como droga de primeira escolha no tratamento da depressão em crianças e adolescentes (FDA a, 2003; VASA *et al.*, 2006; WAGNER, 2005).

A eficácia da sertralina e do citalopram foi pouca estudada. Os poucos estudos mostram certa eficácia dessas drogas no tratamento da depressão. Porém, esses dados são pouco consistentes devido às limitações e ao reduzido número de estudos clínicos (WAGNER, 2005).

De um modo geral, a taxa de resposta da fluoxetina, sertralina e citalopram para crianças e adolescentes no tratamento da depressão é similar às taxas encontradas nos adultos (WAGNER, 2005).

Assim como nos adultos, o tratamento deve ser iniciado o mais cedo possível, antes que ocorra desenvolvimento de sintomas mais graves, como problemas familiares e sociais. Adolescentes tendem a encarar o medicamento como barreira para sua independência, e por isso, não existem grandes taxas de adesão ao tratamento nesse grupo (DILLER & AVCI, 2002).

Com relação ao risco de suicídio entre crianças e adolescentes que utilizam antidepressivos, em junho de 2003 o FDA publicou um alerta de um possível aumento de risco de suicídio para pacientes em uso de paroxetina (FDA b, 2003). Este alerta levou a investigação mais intensa buscando mais informações sobre esse problema. Porém as evidências mostram aumento de risco de suicídio para todas as classes de antidepressivos (WAGNER, 2005, WOHLFARTH *et al.*, 2006; MORGAN *et al.*, 2004).

Os médicos devem estar cientes do risco inerente de suicídio e monitorar de perto os pacientes em uso de antidepressivos com potencial de desenvolverem pensamentos e idéias suicidas (WAGNER, 2005; BENNETT *et al.*, 2006). Mais estudos sobre o uso de antidepressivos em crianças e adolescentes são necessários para estabelecer melhor os parâmetros de eficácia e riscos associados ao uso dessa classe (DILLER & AVCI, 2002; BENNETT *et al.*, 2006; VASA *et al.*, 2006).

2.7 Custos dos antidepressivos e o impacto econômico da depressão

Na atualidade, existe um aumento das prescrições de antidepressivos visto que cresce o diagnóstico de depressão, além de surgirem indicações para os antidepressivos para o tratamento de outras condições médicas, como tratamento de enxaqueca, dores neuropáticas, enurese noturna, bulimia, entre outras doenças (MICO *et al.*, 2006; PINESSI, 2004; THE UNITED, 2006; GRANDA, 2006).

O custo segue esse aumento das prescrições, oriundo tanto do maior número de unidades administradas quanto do custo crescente dos medicamentos, principalmente os mais novos (GRANDA, 2006; FLECK *et al.*, 2003). Os ISRS e os novos antidepressivos, fármacos que tiveram sua prescrição elevada nos últimos anos, são responsáveis por 96,4% do gasto total com antidepressivos na Espanha (GRANDA, 2006). Os ADT são fármacos relativamente baratos, de fácil acesso a população.

O impacto econômico do tratamento da depressão para os sistemas de saúde é proporcional ao número de prescrições e aos hábitos de prescrição locais que determinam a seleção do medicamento.

A alta prevalência de utilização de antidepressivos e particularmente dos ISRS tem um impacto econômico considerável nas políticas de saúde e são preocupantes em termos de planejamento e gestão dos serviços. Segundo Sallán e colaboradores (2002), na Espanha, os antidepressivos representam o quarto maior custo com medicamentos (mais de 2,5 milhões de euros), o que equivale a 5% do gasto total.

O cenário atual está ante um aumento sem precedentes do consumo de antidepressivos, com a disponibilização de novos medicamentos, em geral mais caros, e sem oferecer vantagens terapêuticas claras. Apesar dos altos custos desses medicamentos, os resultados em termos de qualidade de vida e produtividade atestam à importância da abordagem adequada do paciente deprimido. A depressão influencia na qualidade e frequência ao trabalho e reduz a produtividade. Pacientes com depressão faltam ao trabalho por razões de doença duas vezes mais do que a média da população (VAN KORFF *et al.*, 2001). Estudos demonstraram que trabalhadores submetidos a tratamento para depressão tiveram 82% de aumento na produtividade (o que equivale a U\$ 1982 por trabalhador) e 28,4% menos de falta ao trabalho (equivalente a U\$ 619 por trabalhador), mostrando o quanto o tratamento da depressão pode ajudar a diminuir os prejuízos por causa desses fatores (ROST *et al.*, 2004).

2.8 Fatores que influenciam a prescrição de antidepressivos

Vários trabalhos na literatura têm procurado entender os determinantes da seleção de medicamentos pelo médico, particularmente dos antidepressivos, e o conseqüente impacto dessa escolha no tratamento e na vida social do paciente.

Um estudo realizado em Londres mostrou que médicos de formação acadêmica em países orientais prescrevem menos antidepressivos que aqueles com formação em faculdades do ocidente. A medicina ocidental é guiada por procura de causas biológicas, sociais e psicosociais das doenças, enquanto que a medicina oriental está mais ligada a fatores espirituais e da alma (HULL *et al.*, 2004).

O mesmo estudo ainda verificou que médicas tendem a prescrever menos antidepressivos do que os profissionais correspondentes do gênero masculino. Os autores argumentam que pelo fato das médicas gastarem mais tempo com o paciente, de conversarem mais, e se interessarem mais pelos seus problemas, essas acabam optando muitas vezes pela psicoterapia em detrimento da terapia medicamentosa.

Além da formação e do gênero, SLEATH e SHIH, (2003) relatam que a especialidade do médico é determinante no tipo de antidepressivo prescrito. Pacientes que consultam com psiquiatra tendem a receber taxas maiores de antidepressivos não ISRSs, quando comparados com as demais especialidades. Essa observação pode ser atribuída ao fato dos psiquiatras terem maior conhecimento sobre os medicamentos e conhecerem melhor a relação risco benefício desses fármacos. Demais especialistas, por esse mesmo fato, tendem a prescrever mais ISRSs por serem a classe de medicamentos com melhor perfil de segurança e menor taxa de efeitos adversos (SLEATH & SHIH, 2003).

Ainda sobre a especialidade médica, e em especial sobre psiquiatras, estudos mostram que esses tendem mais a prescrever novos antidepressivos quando comparados as demais especialidades, por apresentarem maior conhecimento no manejo da depressão e de sua farmacoterapia, terem maior segurança no momento da prescrição e pelo fato de, por serem os profissionais médicos mais envolvidos com esta doença, sofrerem maior pressão de *marketing* por parte da indústria farmacêutica (McMANUS *et al.*, 2002).

Este mesmo estudo ainda mostra que clínicos prescrevem doses mais baixas de antidepressivos tricíclicos, em média, menor do que a DDD recomendada pela Organização Mundial de Saúde. A justificativa é a mesma, medo das reações adversas e do pior perfil de segurança. Um outro fator que contribui para esses resultados é o fato de clínicos utilizarem os ADTs para outros fins terapêuticos, os quais geralmente são tratados com doses inferiores a utilizadas na depressão. Com os ISRSs os estudos mostram que a DDD é bem próxima da recomendada pela OMS (McMANUS *et al.*, 2002; POLUZZI, 2004).

Segundo SLEATH e SHIH, (2003), os médicos também relatam como determinantes na escolha do tratamento antidepressivo as características individuais do paciente, como gênero, idade, profissão e renda, as comorbidades apresentadas, experiências prévias com antidepressivos, o serviço de saúde no qual está inserido e o custo do antidepressivo. Esse último fator foi considerado importantíssimo por 88% dos médicos, bem como o perfil de efeitos adversos do medicamento e seu perfil de

segurança. Com relação ao custo desses medicamentos, deve-se considerar que novos antidepressivos apresentam custo muito superior aos medicamentos já existentes. Adicionalmente, o tratamento da depressão é em geral longo, o que pode comprometer a adesão. O custo é um componente crucial na questão a adesão a farmacoterapia, e conseqüentemente, no sucesso terapêutico (FLECK *et al.*, 2003).

São considerados ainda como fatores importantes na seleção do medicamento os treinamentos aos quais os médicos foram submetidos, o acesso a protocolos de tratamento e a pressão feita pelos próprios pacientes por determinados antidepressivos (SLEATH & SHIH, 2003).

No Brasil, algumas particularidades das leis e do sistema de saúde, exercem papel decisivo no momento da prescrição. O médico que atende no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sua opção limitada pela lista de medicamentos padronizados pelo serviço. No caso de antidepressivos, em grande parte dos serviços, apenas os antidepressivos tricíclicos são padronizados. Além disso, a baixa condição sócio econômica do paciente impede a prescrição de medicamentos que poderiam ser mais indicados, já que há uma diferença considerável no custo do tratamento.

O conhecimento dos fatores determinantes da seleção do antidepressivo e o conhecimento do perfil do paciente podem ser fatores importantes a serem considerados na formulação das políticas de medicamentos.

2.9 A medicalização como determinante do consumo de antidepressivos

Rodrigues (2003), em um artigo de revisão sobre o uso de medicamentos como estratégia única no enfrentamento de doenças mentais, faz reflexões importantes sobre a medicalização que valem serem aqui compilados, uma vez que refletem com muita lucidez toda a problemática do tratamento das doenças mentais, entre elas a depressão.

“O medicamento, na sociedade contemporânea assume o papel de um meio, simbolicamente eficaz, de produzir uma identidade pessoal, assegurando ao indivíduo um estado psicológico adaptado às condições de vida”.

“Assim, a medicação ultrapassa, com o seu uso, o limiar patológico, tornando-se para o indivíduo uma válvula de escape, garantindo uma melhor relação com o mundo ou fazendo-o distanciar-se das circunstâncias vividas como problemáticas. Muitas vezes fora de qualquer contexto patológico, os antidepressivos tornaram-se formas banais de estabilizantes de humor e comportamento. Esses medicamentos transformam-se em auxiliares técnicos de existência, estabelecendo uma fantasia de autodomínio diante dos problemas do mundo”.

“A idéia vigente é que a ingestão de antidepressivos propiciará o estado almejado no momento desejado sem esforço do indivíduo, que somente tem que estender a mão até seu armário de medicamentos. Não se dá conta, no entanto, de que o uso desses “produtos de consumo” tem efeitos indesejados e sua eficácia é muitas vezes limitada e consome recursos que poderiam ser revertidos para melhoria da qualidade de vida”.

As propagandas de antidepressivos, de forma geral, demonstram que tais substâncias modelam os comportamentos segundo a imagem ideal que o indivíduo faz. A tecnologia molecular propicia ao indivíduo que ele administre seu humor e seu desempenho. Quando a pessoa se depara com momentos difíceis, quando seu equilíbrio psicológico lhe falta, os comprimidos estão ali, como solução imediata e previsível. Por meio desses, o indivíduo controla a ansiedade e ou a tristeza que impede a concentração, cessa a angústia. Com tudo isto, o consumo de produtos que representam uma evasão, melhora ou fuga de situações inesperadas e difíceis, inscreve-se nos hábitos comuns de grande número de pessoas, mesmo quando não existe qualquer patologia visível (RODRIGUES, 2003).”

A “mídia” impõe de forma contínua a necessidade de o indivíduo estar sempre sadio, hígido, de corpo e de mente. Qualquer sensação de anormalidade pode aparentar sintoma de doença, necessitando de tratamento. Como se perdas e sofrimento,

desafios e impotências, não fizessem parte da normalidade da vida (RODRIGUES, 2003).

É nessa perspectiva que pode ser entendido o sucesso dos antidepressivos, como a Fluoxetina. O Prozac[®], nome de marca da fluoxetina, que foi o primeiro ISRS comercializado, foi lançado no mercado como a “droga da felicidade”.

Em saúde mental, o diagnóstico é menos preciso, sendo difícil definir o que é doença, o que abre mais espaço para a medicalização. Existe o esforço no sentido de que o diagnóstico dos quadros depressivos não se submeta mais a uma pretensa formulação teórica ou hipóteses etiológicas. Os limites da psiquiatria estão se ampliando, a cada dia o que anteriormente se considerava característica de personalidade hoje é convertido em doença. O que se assiste atualmente é uma progressiva compreensão neuroquímica dos fenômenos psíquicos, em que todos os dias são criados novas patologias para as quais se busca uma solução medicamentosa (RODRIGUES, 2003).

Deve-se verificar até que ponto a prática psiquiátrica, e, mais especificamente, o uso do medicamento têm sido manipulados na perspectiva da medicalização. Neste sentido, podem-se pensar as mudanças ocorridas na psiquiatria em relação às alterações sociais e culturais ocorridas e para tanto se podem destacar três pontos. O primeiro é de que nenhuma pesquisa e nenhum clínico sério irá difundir a idéia de que uma substância farmacológica, prescrita com fins terapêuticos, será capaz de dar, àquele que dela se utiliza, capacidades, estados de humor ou de vontade inexistentes em sua personalidade anteriormente ao que foi considerado o “evento mórbido”. Ao contrário disto, o que a medicação tem como meta é restituir à pessoa o estado de personalidade anterior ao que foi considerado como doença. Desta forma a noção difundida de que a fluoxetina, o Prozac[®], por exemplo, seria algo como a “pílula da felicidade” é uma produção da mídia e não uma promessa dos psicofarmacologistas, já que tal afirmação não encontra embasamento teórico que a justifique. O segundo ponto é prescrever um fármaco para um paciente e não considerar os fatores sociais e políticos em que ele está inserido e onde muitas vezes está sendo produzido o seu processo de adoecimento. Isso equivale a fazer uso da medicação simplesmente como um instrumento capaz de restituir aos

indivíduos a possibilidade de viver plenamente as sensações, ou mesmo “prepará-lo” para os estresses do cotidiano. Neste caso, o objetivo do medicamento será corrigir uma pretensa alteração relativa àquilo que considera como a sanidade. O terceiro ponto é o papel desempenhado pela mídia, em especial aquele dirigido aos prescritores. Neste caso, o que se observa é uma propaganda que se afasta dos efeitos reais das substâncias farmacológicas e se aproxima muito das promessas milagrosas que acenam com a possibilidade de dar aos indivíduos as condições de viver a “experiência máxima”. (RODRIGUES, 2003)

Os medicamentos se inserem num contexto de solução perfeita, permitindo ao médico ao prescrevê-lo, satisfazer a expectativa do paciente e as suas próprias. Em várias ocasiões, o momento mais importante da consulta passou a ser a prescrição, substituindo o diagnóstico e alternativas terapêuticas que poderiam ser úteis para o tratamento da depressão (ANDRADE *et al.*, 2004).

Diante da complexidade do transtorno depressivo sob seus vários aspectos, o estudo de possíveis determinantes da seleção de antidepressivos na FARMASERV visa dar uma contribuição no entendimento dos fatores associados a essa seleção em um serviço de saúde vinculado a PBH.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar a prescrição dos antidepressivos dispensados pela farmácia da CLISERV aos servidores da BEPREM durante o ano de 2005.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características dos usuários da FARMASERV.
- Avaliar as classes e os antidepressivos mais prescritos para essa população.
- Associar a prescrição de antidepressivos às características do paciente, como idade, sexo, faixa salarial, área de localização da residência e profissão .
- Associar à especialidade médica às características da prescrição.
- Descrever as características da prescrição dos antidepressivos (presença de nome genérico, dose, tempo de tratamento por prescrição, custo do tratamento, aspectos legais previsto pela portaria 344/98, outros medicamentos associados).
- Avaliar interações medicamentosas potenciais presentes nas prescrições, bem como os riscos destas interações para o paciente.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Local do estudo

A Beneficência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (BEPREM), criada em 1937, presta serviços médicos, odontológicos e psicológicos a mais de 40.000 servidores e seus dependentes, totalizando cerca de 86000 pessoas beneficiadas. Dentre os serviços oferecidos, destaca-se a farmácia da Clínica dos Servidores da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (CLISERV), localizada na rua Paraíba 890, Savassi, Belo Horizonte, MG, a qual fornece medicamentos a um custo reduzido para seus servidores, possibilitando aos beneficiados um maior acesso aos medicamentos.

Os usuários da farmácia da CLISERV (FARMASERV) têm 20% de desconto na aquisição do medicamento, além da compra ser debitada no pagamento do servidor. A FARMASERV possui ainda o sistema de entrega gratuito para seus usuários em toda cidade de Belo Horizonte.

4.2 População estudada

O desenho do estudo é observacional, transversal, abrangendo as prescrições de antidepressivos dispensadas na Farmácia da Clínica dos Servidores da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. A população estudada foi constituída pelo universo de usuários que tiveram receitas de antidepressivos dispensadas no ano de 2005. Essa população apresenta caráter diversificado compreendendo pessoas de todas as idades, condições sócio-econômicas, profissões, residentes em diversos setores da cidade, tendo em comum o vínculo com a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

A FARMASERV possui cadastrada cerca de 4.000 pacientes entre funcionários da prefeitura de Belo Horizonte e seus dependentes. No ano de 2005, foram atendidas 712 prescrições de antidepressivos, das quais 652 foram incluídos nesse estudo.

Foram excluídas as prescrições repetidas para a mesma pessoa, já que uma das unidades de análise era o paciente.

4.3 Dados coletados

4.3.1 Formulário de coleta de dados/ procedimento de coleta

Durante a coleta, cada prescrição recebeu numeração seqüencial para identificação. Cada formulário de coleta recebeu o número referente à prescrição correspondente. No formulário de coleta de dados também foi anotado o número de matrícula do paciente no sistema de dados da BEPREM. Cada titular tem seu número de matrícula (composto por nove dígitos), bem como cada dependente, permitindo assim identificar com esse número qual era o paciente que estava recebendo o medicamento.

O número de matrícula permite identificar o local de lotação do servidor. Os dois primeiros dígitos referem-se ao órgão da prefeitura no qual está inserido o trabalhador; os próximos cinco dígitos referem-se à matrícula do titular; os dois últimos identificam o titular ou seus dependentes.

Foram empregadas como fonte de dados as prescrições de antidepressivos retidas na FARMASERV, conforme preconizado pela portaria 344/98 (BRASIL, 1999). Os dados referentes ao medicamento e ao prescritor foram coletados dessa fonte secundária. Os dados referentes ao perfil sociodemográfico dos pacientes foram obtidos por consulta ao banco de cadastros informatizados da BEPREM.

Para análise dos requisitos legais para dispensação verificou-se o cumprimento das normas previstas pela portaria 344/98 (BRASIL, 1999).

Para a coleta dos dados foi utilizado um formulário de coleta desenvolvido para este estudo (ANEXO 1).O formulário de coleta de dados foi preparado em três blocos

sendo o bloco 1 relativo as fatores relacionados ao paciente, o bloco 2 aos medicamentos prescritos e o bloco 3 ao profissional prescritor.

4.3.2 Fatores relacionados ao prescritor

4.3.2.1 Nome, gênero, registro no conselho profissional da classe, especialidade médica

A partir das informações registradas nas receitas foram coletados os dados referentes as variáveis nome e gênero do prescritor, registro no conselho profissional da classe e especialidade médica.

O nome do prescritor foi coletado como: completo e legível, ausente ou não completo e ilegível. O gênero foi identificado a partir do nome. Casos em que o nome levava a dúvida com relação ao gênero foram classificados como indeterminados.

A identificação da especialidade do prescritor foi feita a partir da informação contida no carimbo ou impressa na prescrição. No caso dessa informação estar ausente, foi feita a busca pelo nome e registro profissional na relação de profissionais inscritos no sítio eletrônico do respectivo conselho (CONSELHO, 2006). As especialidades foram divididas em: neurologia, psiquiatria, cardiologia, clínico geral, endocrinologia, pediatria, ginecologia e outras especialidades médicas. No caso de não ser possível o acesso a essa informação, o campo foi classificado como não disponível.

Cirurgiões dentistas e médicos veterinários foram classificados como outros profissionais.

A presença da assinatura do prescritor e do registro no respectivo conselho foi coletada como “presente” ou “ausente”.

4.3.3 Data

A presença da data na prescrição foi coletada de forma dicotômica, como “presente” ou “ausente”.

4.3.4 Fatores relacionados ao paciente

4.3.4.1 Nome e gênero

O nome do paciente foi registrado no formulário de coleta como presente ou ausente. O gênero foi identificado de acordo com o nome. Casos em que o nome levava a dúvida com relação ao sexo foram classificados como indeterminado.

4.3.4.2 Idade, setor profissional e renda salarial e setor de residência

Esses dados foram acessados por meio do cadastro informatizado da BEPREM. A idade do paciente foi obtida a partir da sua data de nascimento.

Quando a profissão não estava registrada foi acessado apenas o local de trabalho do servidor. A informação do setor profissional só foi coletada para os casos onde o paciente era o próprio titular, pois o banco de dados da BEPREM só fornece tais informações para o titular. No caso de dependente (filhos, pais, cônjuges), essa informação era deixada em branco.

A renda do paciente foi aquela registrada no banco de dados da BEPREM. No caso do paciente ser dependente como filho ou cônjuge, a renda do titular foi considerada como renda da família. Nos casos de outras relações de dependência o dado não pôde ser obtido.

O setor de residência foi definido de acordo com o bairro de moradia registrado no cadastro da BEPREM. Para efeito do estudo, os bairros foram alocados de acordo

com a classificação do Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU) da região. Esse índice refere-se à qualidade de vida do lugar (geo-referenciada), enfocando a oferta de serviços “corrigida” pela acessibilidade; compondo um indicador de vulnerabilidade social (JUNQUEIRA *et al.*, 2000; BELO HORIZONTE, 2006).

O IQVU refere-se às regionais Barreiro, Centro-Sul, Venda Nova, Pampulha, Leste, Nordeste, Noroeste, Oeste e Norte. Casos de residência fora do município de Belo Horizonte ou quando não foi possível obter o bairro de residência do paciente foram classificados como “não disponível”.

4.3.4.3 Serviço de saúde emissor da receita

A informação do local onde o paciente recebia o atendimento médico e conseqüentemente da emissão da prescrição foi acessado pelo registro de “Identificação do Emitente”. Foram incluídos os seguintes serviços: consultório particular, hospital, CLISERV, SUS (serviço municipal de saúde ou ambulatórios públicos), e “outros” para casos não previstos.

4.3.5 Fatores relacionados aos medicamentos

4.3.5.1 Nome e classe do antidepressivo prescrito

Esses dados foram obtidos diretamente da prescrição. Foram considerados os seguintes antidepressivos disponíveis no Brasil: fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram, mirtazapina, amitriptilina, nortriptilina, imipramina, clomipramina, bupropiona, venlafaxina, maprotilina, moclobemida, trazodona, e nefazadona. A classe do antidepressivo foi definida segundo o grupo farmacológico do mesmo. Foram classificados em: tricíclicos, inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), inibidores da monoaminoxidase (IMAO), inibidores da recaptção de dopamina e noradrenalina (IRDN), inibidores da recaptção da serotonina e da noradrenalina (IRSN). Embora estas duas últimas classes pertençam aos “atípicos”,

foram coletados separadamente com objetivo de se observar a prescrição da bupropiona, pela grande utilização deste fármaco no tratamento do tabagismo. Os demais fármacos foram classificados como “outros” devido a sua menor utilização na prática clínica.

4.3.5.2 Dose, frequência e intervalo entre doses

A dose foi coletada como “presente”, “ausente” ou “ilegível”.

O intervalo entre doses foi classificado como “aceitável”, “não aceitável” e “não disponível”, quando não vinha descrito na receita. Essa classificação foi definida de acordo com os intervalos previstos na USP-DI, 2006 (THE UNITED, 2006).

As frequências de administração foram registradas como: dose única diária (24 em 24 horas), 12 em 12 horas, 8 em 8 horas, outro (em caso de esquema posológico diferente) e não disponível (em caso do prescritor não informar).

4.3.5.3 Categoria do medicamento prescrito

O medicamento prescrito foi categorizado de acordo com a classificação da ANVISA como medicamento “genérico”, “referência” ou “similar” (BRASIL, 2006).

4.3.5.4 Número total de fármacos prescritos

Essa informação foi obtida somando-se o antidepressivo prescrito a qualquer outro medicamento contido na receita. Apresentações contendo associações foram consideradas como fármacos isolados, com cada componente sendo contabilizado separadamente.

4.3.5.5 Dose diária do antidepressivo

Nesse item, foram analisados dois parâmetros: dose diária do antidepressivo (utilizando a dose prescrita multiplicada pelo esquema posológico) e se a dose diária era aceitável ou não segundo a literatura de referência. A dose diária foi classificada como “aceitável”, “não aceitável” ou “não disponível”, quando não era possível obter esta informação, seja por não haver a dose ou esquema posológico.

4.3.5.6 Custo médio do tratamento

Para o cálculo do custo médio do tratamento antidepressivo considerou-se o preço pago pelo paciente (20% de desconto em relação ao preço ABCFARMA do mês da compra). A partir do número de comprimidos ou cápsulas da apresentação em conjunto com a posologia da receita, fez-se o cálculo do custo mensal do tratamento. Desconsiderou-se o fato das apresentações não contemplarem todo o mês, fazendo-se o cálculo pela dose diária multiplicado pelo número de dias do mês. O valor em reais foi registrado como variável contínua.

4.3.5.7 Duração do tratamento por prescrição

Essa informação foi obtida a partir da posologia do medicamento prescrita pelo profissional prescritor e da quantidade de unidades posológicas por apresentação. Foi classificada como “menos de 30 dias”, “30 dias”, “de 30 a 60 dias”, “60 dias” e “mais que 60 dias”. O termo “mais que 60 dias” foi incluído para avaliar se houve prescrição do antidepressivo para tratamento superior ao permitido pela legislação vigente. Como na portaria 344/98 são previstos casos onde se pode prescrever para tratamento superiores à 60 dias e pode haver situação na qual o médico prescreve tratamento superior a 60 dias mas a farmácia só atende o tempo previsto em lei, foi colocado o campo “se superior a 60 dias”, se está dentro dos aspectos legais, com as respostas classificadas como “sim” ou “não”.

4.4 Processamento e tratamento dos dados

Após a coleta dos dados, esses foram lançados em um banco de dados construído usando-se o *software* Epi Info® versão 2000 e SAS 8.1. A análise dos dados envolveu análise descritiva, univariada e multivariada. Para as análises mais elaboradas contou-se com o apoio de um profissional estatístico.

As análises descritivas foram feitas com a construção de tabelas de frequência para as variáveis qualitativas e do cálculo de medidas estatísticas para as variáveis quantitativas. Para essas últimas, foram calculados a média e o desvio padrão como medidas de tendência central e variabilidade, respectivamente. Quando a distribuição dos dados mostrou-se muito assimétrica, ou seja, quando há observações discrepantes, essas medidas podem não ser adequadas para descrição dos dados, sendo preferível utilizar percentis. Por esse motivo, foram calculadas também as medianas, como medida de tendência central.

Para avaliar a associação entre duas variáveis qualitativas, utilizou-se o teste Qui-quadrado. Em caso de categorias de resposta que apresentaram frequências pequenas (menos que 5 indivíduos) o teste Qui-Quadrado foi substituído pelo Teste Exato de Fisher, que é uma modificação para frequências pequenas. Porém a interpretação dos resultados é a mesma.

4.5 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP/UFMG (Parecer 214/06, ANEXO 2), e pela direção da CLISERV (ANEXO 3).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados em quatro seções principais, buscando atender os objetivos propostos por este trabalho, a saber: descrição do perfil do paciente usuário de antidepressivo que adquiriu o medicamento na FARMASERV em 2005, a caracterização dos antidepressivos dispensados na FARMASERV avaliação da qualidade da prescrição de antidepressivo e, por fim, identificar os fatores associados a seleção do antidepressivo.

5.1 Perfil dos pacientes que adquiriram o medicamento na FARMASERV no ano de 2005

As principais características dos pacientes que tiveram receitas de antidepressivos dispensadas no ano de 2005 são apresentadas na tabela 3. Na tabela estão discriminadas a faixa etária, a renda, o setor de atividade profissional e o serviço de saúde que emitiu a prescrição do antidepressivo.

Tabela 3 - Serviço emissor da prescrição e características do perfil sócio-demográfico dos pacientes que adquiriram antidepressivos na FARMASERV - 2005

<i>Variável</i>	<i>Estratificação</i>	<i>Frequência (%)</i>
Faixa etária (anos) n= 552	1 a 18	4,0
	19 a 59	81,7
	60 ou mais	14,3
Gênero n= 643	Mas	17,1
	Fem	82,9
Faixa salarial * n= 553	< 4 s.m.	36,4
	4-7 s.m	22,4
	> 7 s.m	41,2
Setor profissional n= 336	Aposentado	22,0
	Administração	5,7
	Ensino	51,8
	Saúde	16,4
	Outros	4,2
Serviço emissor da receita n= 652	Consultório particular	41,9
	Hospital	11,5
	Cliserv	36,5
	SUS	10,1

* o salário mínimo considerado foi de R\$ 300,00, valor referente da época.

Os dados da tabela confirmam o perfil heterogêneo da população estudada. Observam-se indivíduos de diferentes faixas etárias, profissões e renda.

Observa-se a predominância de pacientes do gênero feminino. A média de idade encontrada na população do estudo foi de 49,65 anos, com uma mediana de 46,5 anos.

Vários estudos na literatura mostram o predomínio de depressão em mulheres de meia idade, na faixa de 45-54 anos (OHAYON, 2007; RENTSCH *et al.*, 2007, WEISSMAN *et al.*, 1996). Diversos fatores explicam esta tendência, como a jornada dupla de trabalho envolvendo atividades profissionais e trabalho doméstico e cuidado com os filhos, a competitividade e pressão da vida profissional, a maior

preocupação das mulheres com o seu estado de saúde e conseqüentemente uma maior busca por serviços de saúde e intercorrências próprias do gênero com a tensão pré-menstrual, depressão pós-parto, alterações hormonais e menopausa (CARR & ENSOM, 2002; HOFFBRAND *et al.*, 2001).

A distribuição etária de acordo com o gênero é apresentada na figura 2.

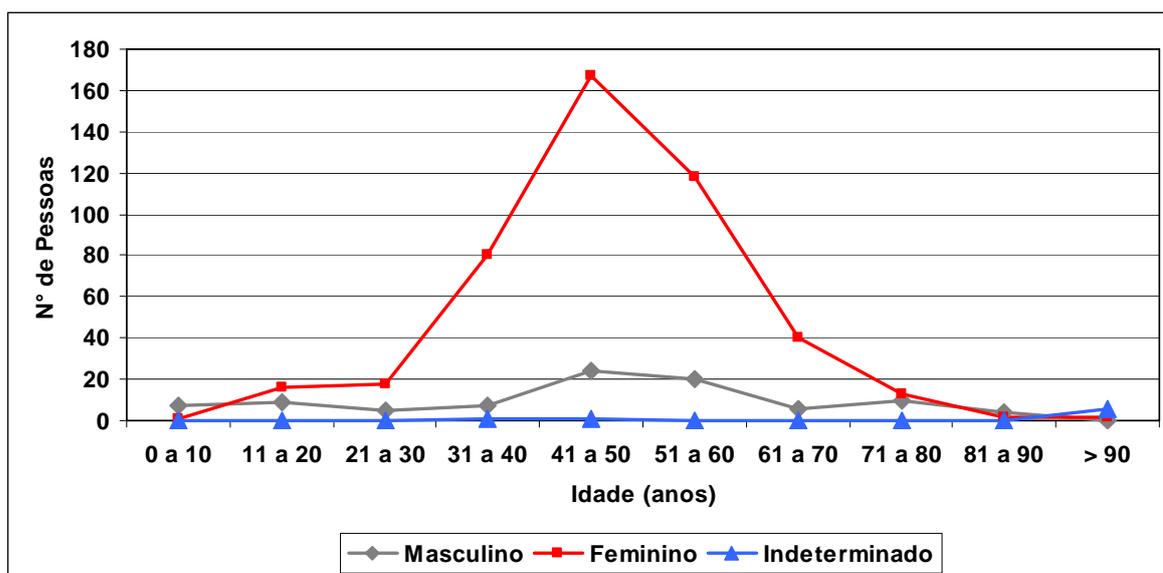


Figura 2 - Distribuição dos pacientes da FARMASERV no ano de 2005 por idade e gênero.

O resultado do presente estudo confirmou o perfil apontado na literatura. Percebe-se predominância de pacientes do sexo feminino com perfil etário predominante entre os 40 e 59 anos (51,6% dos casos).

Deve-se ressaltar que o segundo maior grupo que recebeu antidepressivos foi o de idosos. A alta prevalência de depressão entre idosos é bem documentada na literatura e é explicada pelas perdas fisiológicas relacionadas à idade e a perda das atividades profissionais, da independência e os sentimentos de nostalgia e falta de integração social. Esse achado suscita preocupação quanto à necessidade de maiores estudos sobre o tratamento da depressão no idoso, pelo fato de algumas reações adversas de alguns antidepressivos se acentuarem nos idosos devido às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento. Além disso, idosos apresentam

maior risco de interações medicamentosas por ser uma população mais medicalizada.

Embora as taxas encontradas para a prescrição de antidepressivos para crianças e adolescentes sejam bem próximas dos dados de prevalência de depressão nessa faixa etária, que são de 5% a 15% (VASA *et al.*, 2005; HARMAN *et al.*, 2005; OHAYON, 2007; BELLANTUONO *et al.*, 2002), esses dados devem ser vistos com reservas, já que o objeto do estudo foi a prescrição e não o diagnóstico de depressão. Embora o uso do medicamento seja um indicador da prevalência da doença, fatores interferentes como o receio de uso de antidepressivos em crianças e adolescentes, em função dos alertas emitidos pelos órgãos de farmacovigilância e outros usos dos antidepressivos nesse extrato da população podem comprometer essa interpretação.

A distribuição da renda da população está representada na figura 3.

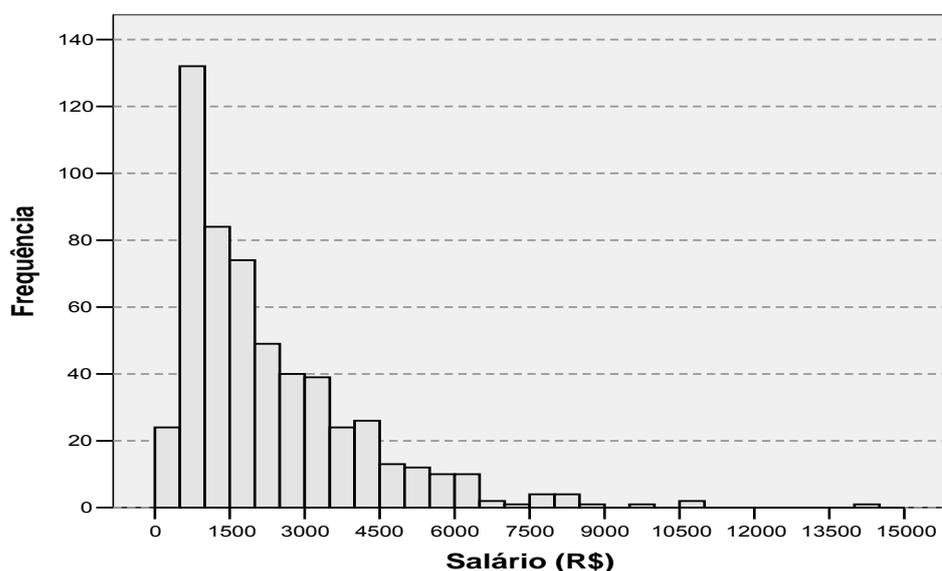


Figura 3 – Renda da população da FARMASERV no ano de 2005

A mediana foi de R\$ 1713,88 (cerca de 5,7 salários mínimos de acordo com o valor vigente na época). A média salarial da população foi de R\$ 2297,23, mostrando que a população usuária deste serviço tem um perfil de renda envolvendo indivíduos com poder aquisitivo considerável.

Esse resultado pode ser explicado por diversos fatores, que podem interferir no perfil de pacientes atendidos pela FARMASERV. O primeiro desses é exatamente a localização da farmácia. A FARMASERV localiza-se numa região nobre de Belo Horizonte, dificultando o acesso de pessoas com menor renda, que geralmente moram em regiões periféricas das grandes cidades. Além disso, a consulta médica na CLISERV não é gratuita; é descontado no salário do servidor o valor do procedimento quando o mesmo utiliza o serviço.

Observa, na tabela 3, que grande parte das prescrições de antidepressivos são oriundas da CLISERV e a menor parte do SUS. Esse perfil é consistente com os dados de renda da população estudada, presume-se que pessoas com maior renda salarial tenham maior probabilidade de utilizarem serviços particulares de saúde. Além disso, antidepressivos são medicamentos considerados de custo mais elevado, o que pode dificultar o consumo desses por pessoas de menor renda. A faixa da população de menor renda, em geral, tende a utilizar o serviço público de saúde e na grande maioria dos casos acaba por receber prescrições de medicamentos padronizados na rede pública, garantindo assim o acesso ao medicamento.

Os dados apresentados na tabela 3 indicam que mais da metade da população que adquiriu antidepressivos na FARMASERV no ano de 2005 eram ligadas às atividades de ensino. Embora não se tenha tido acesso aos dados de morbidade por área profissional para os servidores da PBH, vários estudos têm relatado as condições de trabalho desfavoráveis dos profissionais de ensino, apontando vários fatores predisponentes as doenças mentais (SANTOS & KASSOUF, 2007; REIS *et al.*, 2006; ARAÚJO *et al.*, 2005; GASPARINI *et al.*, 2005). Os trabalhadores ligados ao ensino geralmente têm baixa valorização profissional, principalmente em escolas públicas. Apresentam jornada extenuante de trabalho, em condições precárias, muitas vezes enfrentando conflitos com alunos. Não são raras as situações de ameaças e violências sofridas pelos docentes nas dependências e no entorno das escolas públicas. Além da extensa carga de trabalho dos professores, ainda são necessárias atividades extra-classe de preparo de aula e correção de exercícios e provas. Essa jornada excessiva de trabalho pode levar ao surgimento de problemas familiares, de privação de sono e de falta de tempo para atividades de lazer. Somado a esses fatores, grande parte desses profissionais assumem uma jornada

dupla de trabalho para complementação da renda (cerca de um terço trabalha em mais de uma escola), agravando ainda mais o problema de excesso de trabalho, além de desestimular o trabalhador no exercício de sua função (SANTOS & KASSOUF, 2007; REIS *et al.*, 2006; ARAÚJO *et al.*, 2005; GASPARINI *et al.*, 2005).

Estudo realizado por Codo (1999), no estado do Rio de Janeiro, encontra taxa de 26% de professores com problemas de exaustão emocional. No presente estudo a alta taxa de consumo de antidepressivos encontrada em trabalhadores vinculados a atividade de ensino usuários da FARMASERV sugere a grande prevalência de depressão entre servidores da rede pública de ensino, indicando que os estudos de utilização de medicamentos podem ser bons indicadores de prevalência em populações específicas.

Pode-se observar ainda, na tabela 3, a origem da prescrição do antidepressivo. Verifica-se que mais de 40% das prescrições são originadas em consultórios particulares. Existe também grande quantidade de prescrições da própria CLISERV, por questões lógicas de localização da FARMASERV. Apenas 10% das prescrições são oriundas do SUS, provavelmente um reflexo das condições sócio-econômicas da população usuária da FARMASERV.

A origem das prescrições estudadas demonstra a heterogeneidade dos pacientes atendidos pela FARMASERV, incluindo usuários do serviço público e particular. O estudo reflete assim os hábitos de prescrição de diferentes profissionais sem vinculação comum, não estando limitado aos hábitos de profissionais de serviços específicos.

5.2 Caracterização dos antidepressivos dispensados pela FARMASERV no ano de 2005

5.2.1 Classe dos antidepressivos

Os medicamentos dispensados pela FARMASERV no ano de 2005 estão listados na tabela 4, agrupados por classe terapêutica.

Tabela 4 – Distribuição dos antidepressivos por classe terapêutica dispensados na FARMASERV em 2005

Classe terapêutica n (%)	Medicamento	Frequência n (% total)
ADT n = 200 (30,7)	Amitriptilina	60 (9,2)
	Clomipramina	23 (3,5)
	Imipramina	21 (3,2)
	Maprotilina	2 (0,4)
	Nortriptilina	94 (14,4)
ISRS n = 374 (57,4)	Citalopram	48 (7,4)
	Fluoxetina	185 (28,4)
	Escitalopram	12 (1,8)
	Paroxetina	50 (7,7)
	Sertralina	79 (12,1)
Atípicos n = 78 (11,9)	Bupropiona	36 (5,4)
	Venlafaxina	40 (6,1)
	Mirtazapina	2 (0,4)

Conforme já esperado, observa-se predominância dos ISRS, seguido pelos antidepressivos tricíclicos. Destaca-se a fluoxetina como o antidepressivo mais prescrito, representando 28,4% das prescrições (185 casos). Dentre os tricíclicos, a nortriptilina é o mais prescrito (14,4% dos casos).

Embora esses últimos tenham reações adversas mais pronunciadas, a ampla experiência clínica e o menor custo são fatores que justificam sua posição como segunda maior classe mais prescrita. Obviamente, esse uso deve respeitar as contra-indicações previstas nos estudos clínicos disponíveis.

Vários estudos apontam a fluoxetina como antidepressivo mais prescrito quando comparado com os demais (ANDRADE *et al.*, 2004; OHAYON *et al.*, 2007). Sabe-se que a fluoxetina assumiu um papel emblemático no imaginário da população como instrumento com poder de resolver todos os problemas emocionais do indivíduo, levando a um estado de satisfação e equilíbrio emocional. Esta concepção originou-

se a partir da introdução do Prozac®, primeira formulação de fluoxetina comercializada, e é decorrente das estratégias de marketing adotadas pela indústria farmacêutica, com possível reflexo sobre o prescritor. Outra explicação para o uso extensivo da fluoxetina é sua a propriedade anorexígena, podendo estimular sua prescrição para esse fim.

Um dado interessante foi a ausência de prescrição de IMAO. Uma justificativa para isto se deve ao receio de suas reações adversas. Embora os IMAO mais novos sejam mais bem tolerados, as graves reações adversas e interações com alimentos dos IMAO de primeira geração estigmatizaram a classe, desestimulando sua prescrição.

Observa-se uma porcentagem razoável de consumo de venlafaxina e bupropiona, em taxas comparáveis a outros antidepressivos como paroxetina, citalopram e alguns tricíclicos. Existe hoje uma grande tendência em se utilizar IRSN, em especial a venlafaxina, no manejo da depressão por sua boa eficácia terapêutica, apesar desse medicamento apresentar perfil de segurança pior que os ISRS estritos. O consumo de bupropiona deve-se provavelmente ao seu uso no tratamento do tabagismo.

5.2.2 Custo dos antidepressivos

Sabe-se que o custo do medicamento é determinante fundamental de acesso e adesão à terapia medicamentosa, interferindo diretamente na seleção do medicamento prescrito (SLEATH & SHIH, 2003). Na tabela 5 se apresenta o custo médio dos antidepressivos por classe terapêutica dispensados no ano de 2005 na FARMASERV.

Tabela 5 - Custo (R\$) por classe de antidepressivo dispensado na FARMASERV em 2005

Classe de Antidepressivo	N	Média (\pm desvio)	Mediana
Tricíclicos	200	22,16 (28,26)	17,06
ISRS	373	45,03 (26,65)	41,90
IRSN	43	124,8 (48,0)	119,4
IRDN	34	73,2 (26,9)	68,6

O valor médio do tratamento mensal foi de R\$ 45,15 (\pm 39,27), fortemente influenciado pela dispensação dos ISRS. A mediana foi de R\$ 33,58. Esses valores são influenciados pela diversidade de preços dentro de uma mesma classe, pela presença de alguns antidepressivos de baixo custo (tricíclicos), e outros extremamente caros, correspondentes aos antidepressivos mais novos, como os IRDN e IRSN, e pelo número de prescrições de cada antidepressivo. Particularmente no custo dos ISRS há forte evidencia do predomínio de prescrição de fluoxetina, medicamento com apresentações genéricas e similares de menor custo sobre a média observada.

Pode-se observar na tabela 5 um valor crescente de custo entre as classes, sendo os tricíclicos os de menor custo, ao passo que os IRDN têm preço médio cerca de seis vezes superior aos primeiros. Observa-se ainda que o custo médio dos ISRS é cerca do dobro do preço dos tricíclicos.

5.3 Perfil do prescritor de antidepressivos

Entre os aspectos envolvidos na seleção do antidepressivo, acredita-se que a especialidade médica tenha papel fundamental. De acordo com a literatura, profissionais mais especializados tendem a ser mais assertivos no estabelecimento da terapia (SLEATH & SHIH, 2003; McMANUS *et al*, 2002).

Na tabela 6, são apresentadas as especialidades dos prescritores de antidepressivos dispensados pela FARMASERV em 2005.

Tabela 6 - Especialidade do profissional prescritor de antidepressivos dispensados na FARMASERV em 2005.

Especialidade do Médico (N= 531)	n	%
Neurologista	54	10,2
Psiquiatra	217	40,9
Cardiologista	33	6,2
Clínico geral	89	16,8
Endocrinologista	27	5,1
Pediatra	9	1,7
Ginecologista	15	2,8
Outra especialidade	87	16,4

Analisando-se a especialidade do prescritor, observa-se grande predomínio de psiquiatras (40,9%). Esse é um dado importante, pois outros estudos relatam que pacientes que consultam com psiquiatra tendem a receber tratamento mais adequado (doses corretas de medicamento e tempo adequado de tratamento). Além disso, acredita-se que psiquiatras possuam maior conhecimento sobre os medicamentos, estabelecendo melhor a relação risco benefício desses fármacos, e apresentam manejo mais adequado da depressão (SLEATH & SHIH, 2003; McMANUS *et al*, 2002).

Clínicos gerais representaram quase 17% do total de prescritores. A prescrição de antidepressivos por clínicos gerais é questionada por vários autores que mostraram que clínicos falham na detecção do transtorno depressivo em mais de 50% dos casos e provêem tratamento para apenas um terço dos pacientes. Um estudo, em Campinas, mostrou que 42% dos clínicos se sentiam incapazes de diferenciar sintomas de tristeza dos de depressão (VALENTINI *et al.*, 2004). Treinamentos, atualizações sobre questões da doença e da farmacoterapia se mostram úteis para melhorar a capacidade do clínico geral no manejo da depressão e poderiam ser práticas mais comumente utilizadas pelos vários serviços de saúde (VALENTINI *et al.*, 2004; BELLANTUONO, 2002).

Observa-se também que cerca de 5% das prescrições foram emitidas por endocrinologistas. Este fato, provavelmente, se deve a prescrição de fluoxetina no tratamento de obesidade.

Vale ressaltar que a prevalência de psiquiatras entre os prescritores de antidepressivos é consistente com o perfil de atendimento da população, ou seja, pacientes atendidos principalmente na rede particular de saúde. O dado sugere que se o paciente puder optar, ou seja, se ele tem acesso a uma rede de especialidades médicas, como é o caso dos pacientes atendidos em serviços particulares, esse reconhece no especialista o profissional mais capacitado para esse tipo de atendimento. No caso de pacientes atendidos na rede pública o acesso ao especialista é dificultado, havendo assim uma maior tendência de prescrição de antidepressivo por não profissionais não especialistas em saúde mental.

5.4 Avaliação da qualidade da prescrição com relação aos aspectos de preenchimento e de ocorrência de interações medicamentosas potenciais

5.4.1 Categoria dos antidepressivos dispensados na FARMASERV em 2005

Segundo a legislação brasileira, os medicamentos manufaturados podem ser classificados como medicamentos de referência ou inovador, medicamentos genéricos, bioequivalentes aos primeiros, e medicamento similares (não bioequivalentes aos primeiros) (BRASIL, 2003). Com relação aos aspectos legais a prescrição pelo nome genérico é obrigatória no sistema público de saúde (BRASIL, 1993). A legislação considera ainda que apenas o medicamento genérico é intercambiável com o de referência em qualquer situação. Dado o grande impacto econômico e social da implantação da política de medicamentos genéricos, este estudo propõe-se a avaliar as características do medicamento prescrito com relação a este aspecto. O resultado é apresentado na tabela 7.

Tabela 7 - Categoria dos antidepressivos prescritos dispensados na FARMASERV em 2005

Categoria	Número	Porcentagem relativa (%)
Genérico	272	41,6
Referência	173	26,6
Similar	207	31,8
Total	652	100

Esses dados indicam que a maioria das prescrições não é efetuada pela denominação genérica (58,4%). Andrade e cols., 2004, encontraram resultados semelhantes em estudo realizado em Ribeirão Preto. Os estudos reforçam a observação que a prescrição pela denominação genérica não é adotada como prática usual, nem em nível de SUS, sugerindo que essa norma não é entendida pelos prescritores como um parâmetro de qualidade da prescrição, sendo um desafio para a consolidação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. As intensas ações de *marketing* da indústria farmacêutica e a tolerância dos órgãos oficiais de controle com relação a essa prática possivelmente são responsáveis por essa situação.

5.4.2 Adequação das prescrições frente à portaria 344/98

A portaria 344/98 do Ministério da Saúde, que define as normas legais para a prescrição e dispensação de medicamentos sob controle especial, estabelece a necessidade da presença da posologia e duração máxima de tratamento para a classe dos antidepressivos, além dos dados do prescritor e do pacientes serem obrigatórios em qualquer prescrição.

Em estudos de utilização de medicamentos, uma forma rápida de se avaliar a racionalidade da prescrição, de forma preliminar, é a verificação da presença dos parâmetros preconizados pela legislação. O não atendimento as normas legais, por si só, já compromete o uso do medicamento e a qualidade e racionalidade da prescrição.

Na tabela 8 são apresentados os dados observados nas prescrições dispensadas pela FARMASERV e sua conformidade com a Portaria 344.

Tabela 8 - Registro e conformidade com a legislação dos aspectos legais da prescrição de antidepressivos dispensados na FARMASERV em 2005

Aspecto	n	%
Ausência de dose	5	0,8
Ausência de nome do paciente	3	0,5
Ausência de nome do prescritor	1	0,2
Ausência de data	121	18,6
Ausência de assinatura	5	0,8
Prescrição por mais de 60 dias	29	4,4
Total	164	25,3

Observa-se a que a ausência de data foi o fator de maior motivo de erro frente aos parâmetros preconizados pela portaria 344/98, representando 18,6 % dos casos. No estudo de Andrade e cols. (2004), este percentual foi de 19,7%, resultado bem próximo ao encontrado.

A ausência da data pode estar relacionada a vários aspectos: desconhecimento dos profissionais prescritores quanto à obrigatoriedade da presença da data, mau hábito de prescrição; pressão dos gestores de farmácia em vender os medicamentos, mesmo não obedecendo às exigências legais e às dificuldades dos pacientes, principalmente os que fazem uso crônico de determinados medicamentos, em ter acesso ao médico para obter uma nova prescrição sempre que necessário, para adquirir o medicamento. Neste último caso, o médico geralmente fornece ao paciente mais de uma prescrição no momento da consulta, sendo elas sem data, para que este possa comprar o medicamento sem ter que voltar ao consultório médico para obter nova prescrição. Deste modo, o paciente consegue comprar o medicamento sem que a data da prescrição esteja expirada. Muitos pacientes também moram em cidades diferentes do local da consulta, o que dificulta ainda mais este acesso para obter uma nova prescrição, justificando também este comportamento.

Outros parâmetros exigidos pela portaria 344/98 não foram analisados neste estudo. Entre os parâmetros avaliados observa-se uma alta porcentagem de prescrições que não atendem as normas legais. No total, 164 prescrições (25,3%) apresentam pelo menos algum item de não conformidade com a legislação. Algumas prescrições apresentavam mais de um erro. Em estudo realizado em Ribeirão Preto envolvendo prescrição de psicotrópicos, avaliando-se aspectos legais, encontrou-se, para receitas da lista C1, taxa de não cumprimento de pelo menos uma norma em 85,0% das receitas (ANDRADE *et al.*, 2004). Estima-se que o resultado encontrado no presente estudo, caso fossem analisados todos os aspectos exigidos pela portaria 344/98, seria compatível ao obtido por Andrade e cols.(2004).

A análise dos aspectos legais, mesmo com as limitações deste estudo, mostra uma série de práticas inadequadas que envolvem a prescrição desses medicamentos e, portanto, indicam a necessidade de uma ampla revisão no atual sistema de controle dessas substâncias, confirmando a necessidade de uma fiscalização mais rigorosa. Esta observação é corroborada por resultados de outros estudos feitos no país (NOTO *et al.*, 2002; ANDRADE *et al.*, 2004).

Deve-se destacar a importância da adoção de medidas informativas e educativas junto aos prescritores de forma a esclarecer sobre a importância do atendimento aos aspectos legais da prescrição. Esses aspectos, muitas vezes negligenciados, são indicadores da qualidade da prescrição. O sucesso da terapia depende do entendimento adequado da prescrição tanto pelo dispensador quanto pelo paciente. Falhas na emissão da receita podem comprometer o acesso, a adesão ao tratamento ou ainda levar ao uso inadequado da medicação.

5.4.3 Avaliação de erros nas prescrições por especialidade médica e serviço de saúde.

Para comparar a proporção de prescrições com um ou mais erros de acordo com a especialidade do médico prescritor e de acordo com o serviço de saúde, foi utilizado

o teste Qui-quadrado para associação entre duas variáveis qualitativas. Os resultados são mostrados na tabela 9.

Tabela 9 - Associação entre a especialidade médica e a presença de erros contidos nas prescrições de antidepressivos dispensados na FARMASERV em 2005

Especialidade do Médico	Erro na Prescrição		Total
	Ausente	Presente	
Neurologista	17 31,5%	37 68,5%	54 100,0%
Psiquiatra	184 84,8%	33 15,2%	217 100,0%
Clínico geral	75 84,3%	14 15,7%	89 100,0%
Outros	119 69,6%	52 30,4%	171 100,0%
Total	395 74,4%	136 25,6%	531 100,0%

Observa-se uma associação significativa entre a presença de erros de prescrição e a especialidade médica (valor $p = 0,000$) com um nível de significância de 5%. Observa-se grande semelhança no percentual de prescrições de psiquiatras e clínicos gerais que apresentaram pelo menos um erro (em torno de 15%), enquanto aquelas dos neurologistas apresentam um percentual mais elevado de erro (cerca de 70%).

Não se observou uma associação significativa entre a presença de erros na prescrição e o serviço de saúde emissor da prescrição ($p = 0,210$).

Não foi possível obter, dentre todas as prescrições nas quais foi observado pelo menos um item em não conformidade com a portaria 334/98, a especialidade do prescritor, o que explica a diferença entre os dados apresentados na tabela 8 e 9, nas quais são informadas como total de prescrições com pelo menos um item em desacordo de 164 e 136 prescrições respectivamente.

5.4.4 Interações medicamentosas

As interações medicamentosas foram avaliadas nas prescrições de antidepressivos dispensadas na FARMASERV no ano de 2005. Entre as prescrições analisadas, 483 continham apenas o antidepressivo, 127 continham o antidepressivo mais um segundo medicamento e o restante variou de 2 a 4 medicamentos, além do antidepressivo. Foram prescritos 221 fármacos concomitantemente ao antidepressivo sendo que desses 48,4% eram benzodiazepínicos, 16,3% antipsicóticos ou estabilizadores de humor, 11,8% anti-hipertensivos e o restante pertencia a diversas outras classes.

Dentre os 221 casos de utilização concomitante de antidepressivo com outro medicamento, 19 apresentavam interações clinicamente significantes (8,6%), número inferior ao encontrado em estudo realizado em São Paulo por Miyasaka e cols., 2003 (21,3%). Ressalta-se, contudo que este resultado refere-se apenas aos fármacos prescritos na mesma receita do antidepressivo. Em uma grande parte dos casos os pacientes consultam com especialistas diferentes e recebem mais de uma prescrição no mesmo período, sem que haja um estudo da compatibilidade entre os medicamentos. Estima-se que este número seja maior em virtude do alto consumo de medicamentos pela população brasileira, com e sem prescrição.

O uso de benzodiazepínicos concomitante com antidepressivos é bastante comum na prática clínica. Geralmente são utilizados como adjuvantes para casos de ansiedade e insônia, além de serem utilizados para minimizar questões relativas à retirada do antidepressivo (MANN, 2005). Porém, o uso concomitante destas duas classes pode resultar em complicações para o paciente, em razão das interações medicamentosas entre alguns membros desta classe. A fluoxetina, por exemplo, pode levar a aumento das concentrações plasmáticas de benzodiazepínicos pelo seu potencial de inibir as enzimas do citocromo P450, predispondo ao risco de reações adversas comum a esses, particularmente a sonolência. Antidepressivos tricíclicos quando usados concomitantemente com benzodiazepínicos podem levar a aumento de risco de depressão inespecífica do SNC. Embora a co-prescrição desses medicamentos seja clinicamente justificável o paciente deve ser alertado

para o risco dos efeitos somatórios das reações indesejadas desses medicamentos e deve ser monitorado pela equipe de saúde.

A fluoxetina foi o fármaco com maior número de interações pelo seu perfil farmacocinético e por ser o antidepressivo mais utilizado. Foram observados casos de uso juntamente com alprazolam, diazepam e metoprolol. Segundo a literatura, nesses casos pode ser necessário o ajuste da dose do antidepressivo. Houve também alguns casos de uso de tricíclicos com outros medicamentos deprimores do SNC, potencializando este risco. Em termos de gravidade da interação, foi observada a interação de fluoxetina com clozapina, o uso concomitante pode aumentar o risco de aplasia de medula (reação adversa atribuída a clozapina), embora raro, é um quadro com prognóstico bastante desfavorável. Foi detectada ainda a co-prescrição de paroxetina e lítio que predispõe ao risco de síndrome serotoninérgica (THE UNITED, 2006).

5.5 Fatores determinantes na escolha do antidepressivo dispensado na FARMASERV em 2005

De um modo geral, considera-se que a necessidade (indicação) é o determinante da prescrição do medicamento. Sabe-se, contudo, que vários fatores vão interferir na escolha da classe terapêutica de um fármaco ou de uma dada apresentação desse fármaco. Embora, teoricamente, qualquer fármaco daquela classe terapêutica tenha passado por ensaios clínicos e tido sua efetividade comprovada e portanto se preste a tratar a doença em questão, existem variações no perfil de segurança e nas propriedades farmacocinéticas e/ou farmacodinâmicas desses. Essa escolha terá implicações tanto clínicas quanto econômicas. Tendo em vista esse contexto, é importante conhecer os fatores associados à escolha de uma classe terapêutica. Obviamente podem existir situações clínicas próprias do paciente que demandem medicamentos específicos, mas espera-se que essas sejam exceções e portanto não sejam o determinante geral da seleção. Nessa perspectiva, foi testada a associação entre as variáveis explicativas e a classe do antidepressivo selecionada. Foram avaliadas as associações de especialidade médica, características sócio demográficas e custo com a classe de antidepressivo selecionada.

5.5.1 Associação entre a classe de antidepressivo prescrita e a especialidade do prescritor

Os resultados da associação entre a especialidade médica e a classe de medicamento selecionado são apresentados na tabela 10.

Tabela 10 - Associação entre a classe de antidepressivo prescrita e a especialidade médica do prescritor – FARMASERV 2005

		Especialidade do Médico				Total	Valor p
		Neurologista	Psiquiatra	Clínico geral	Outro		
Classe de Antidepressivo	Tricíclicos	39 72,2%	49 22,6%	35 39,3%	43 25,1%	166 31,3%	0,000
	ISRS	14 25,9%	132 60,8%	46 51,7%	110 64,3%	302 56,9%	
	Outros	1 1,9%	36 16,6%	8 9,0%	18 10,5%	63 11,9%	
	Total	54 100,0%	217 100,0%	89 100,0%	171 100,0%	531 100,0%	

Na tabela 10, observa-se uma associação significativa entre essas duas variáveis ($p = 0,000$), com nível de significância de 5%. A neurologia é a única especialidade com predominância de tricíclicos, enquanto as demais especialidades apresentam distribuições similares, concentradas nos ISRSs. Um dos fatores que podem explicar este resultado é o fato de neurologistas tratarem de casos mais complexos envolvendo o uso de tricíclicos para outros quadros clínicos que não a depressão. Possivelmente, clínicos por terem menos experiência no manejo da depressão preferem prescrever ISRSs por serem fármacos mais seguros e com menos efeitos adversos. Este resultado é também encontrado no estudo realizado por McManus e cols. (2002).

Na mesma tabela verifica-se que antidepressivos classificados como “outros” tendem a serem prescritos preferencialmente por psiquiatras quando comparado

com demais profissionais. Dentre os “outros antidepressivos”, encontram-se fármacos mais novos, que não se enquadram nas classificações de ISRS ou Tricíclico. Segundo MacManus e cols., 2002, além dos psiquiatras apresentarem maior experiência no manejo da depressão e de sua farmacoterapia, esses apresentam maior segurança no momento da prescrição. Além disso, por serem os profissionais médicos mais envolvidos com esta doença, sofrem maior pressão de *marketing* por parte da indústria farmacêutica produtora de medicamentos para a saúde mental. Embora essa questão específica não tenha sido objeto de investigação desse trabalho, esse é um aspecto que não pode ser excluído quando se discutem fatores determinantes da seleção do medicamento.

5.5.2 Associação entre as características sócio demográficas (faixa etária, renda mensal, gênero e inserção profissional do paciente), o serviço de saúde emissor da receita e a classe do antidepressivo

Na tabela 11 são apresentadas as associações entre características do paciente e a classe do antidepressivo utilizada. São apresentadas apenas as variáveis que apresentam associação ($p < 0,05$). Todas as variáveis foram testadas. A variável “serviço de saúde” foi a única que apresentou o valor de $p \geq 0,05$, não apresentando associação com a classe de antidepressivo selecionada.

Tabela 11 - Associação entre características do paciente e a classe de antidepressivo dispensado na FARMASERV em 2005

Variável	Categoria	Classe de Antidepressivo			Total	Valor p
		Tricíclico	ISRS	Outros		
Faixa Etária	1 a 18 anos	15	7	0	22	0,000
		68,2%	31,8%	,0%	100,0%	
	19 a 59 anos	103	285	63	451	
		22,8%	63,2%	14,0%	100,0%	
	60 anos ou mais	37	37	5	79	
Total	155	329	68	552		
		28,1%	59,6%	12,3%	100,0%	
Renda mensal (SM=R\$300)	< 4 s. m.	73	115	13	201	0,000
		36,3%	57,2%	6,5%	100,0%	
	4-7 s. m.	37	65	22	124	
		29,8%	52,4%	17,7%	100,0%	
	> 7 s.m.	47	147	34	228	
Total	157	327	69	553		
		28,4%	59,1%	12,5%	100,0%	
Profissão	Aposentado	26	38	10	74	0,001
		35,1%	51,4%	13,5%	100,0%	
	Administração	10	9	0	19	
		52,6%	47,4%	,0%	100,0%	
	Ensino	30	113	31	174	
	Saúde	8	36	11	55	
	Outros	5	9	0	14	
Total	79	205	52	336		
		23,5%	61,0%	15,5%	100,0%	
Gênero	Masculino	52	43	15	110	0,000
		47,3%	39,1%	13,6%	100,0%	
	Feminino	144	327	62	533	
		27,0%	61,4%	11,6%	100,0%	
Total	196	370	77	643		
		30,5%	57,5%	12,0%	100,0%	
Serviço de saúde	Consultório particular	68	165	40	273	0,050
		24,9%	60,4%	14,7%	100,0%	
	Hospital	20	47	7	74	
		27,0%	63,5%	9,5%	100,0%	
	Cliserv	85	129	24	238	
	SUS	27	32	7	66	
Total	200	373	78	651		
		30,7%	57,3%	12,0%	100,0%	

De acordo com o apresentado na tabela 11, observa-se a associação entre a faixa etária e a classe de antidepressivo prescrito. Verifica-se que o percentual de prescrição de tricíclicos foi maior para crianças e adolescentes, em comparação às demais faixas etárias. Uma possível explicação para essa observação é o uso de antidepressivos tricíclicos para quadros não relacionados à depressão, como a enurese noturna, condição médica bastante comum em crianças e na qual os tricíclicos têm aplicação terapêutica.

A possível implicação dos ISRS no suicídio infanto-juvenil pode também influenciar esses resultados. As limitações deste estudo não nos permitem concluir se a indicação do tricíclico destina-se ao tratamento da depressão ou de outra morbidade.

Apesar de a fluoxetina ser o único fármaco aprovado pelo FDA para o tratamento da depressão nesta faixa etária, o não acesso ao diagnóstico não nos permite concluir se existe, nessa população, um consumo inadequado de antidepressivos ISRS por crianças e adolescentes.

No outro extremo, observa-se que 46,8% das pessoas com mais de 60 anos receberam antidepressivos tricíclicos. Embora a amostra seja limitada, esse dado é preocupante tendo em vista o risco desta classe de antidepressivo para o idoso. Particularmente o risco de queda devido à hipotensão ortostática, efeitos cardiovasculares e anticolinérgicos, e o risco de intoxicação devido a dificuldades de metabolização e excreção do fármaco, além do maior índice de reações adversas e de interações medicamentosas (SCALCO, 2002).

Na população adulta (19 a 59 anos), observa-se predomínio dos ISRSs, fato já esperado considerando a popularidade dessa classe de medicamentos.

A inversão da tendência de prescrição de outras classes terapêuticas para adultos pode estar ligada a menor frequência de fatores interferentes como comorbidades, variações fisiológicas relacionadas à idade, além de não haver relatos de reações atípicas como é o caso do suicídio na infância e outros usos de antidepressivos não relacionados ao tratamento da depressão.

Além da efetividade e segurança do medicamento acredita-se que o custo seja um fator decisivo na seleção do tratamento. A hipótese considerada é de que o prescritor leve em conta o custo do tratamento para a seleção do medicamento, particularmente para pacientes de menor condição sócio-econômica. Os resultados apresentados na tabela 11 sugerem, embora de forma indireta, que essa hipótese pode ser aceita, frente à associação observada entre a renda mensal do paciente e a classe de antidepressivo prescrita. Observa-se que para pessoas de menor renda (< 4 salários mínimos) há uma maior proporção de prescrição de tricíclicos, quando comparados com as demais faixas de renda.

No entanto, em todas as faixas de renda há uma maior prescrição de ISRS, inclusive na população de renda inferior a quatro salários mínimos. Acredita-se que a grande tendência mundial de prescrição de ISRSs seja determinada pelo melhor perfil de segurança desses medicamentos. Além disso, é provável que apenas aqueles pacientes atendidos pelo SUS e que receberam prescrição de medicamento não padronizado pelo serviço público municipal de saúde (caso dos ISRSs) recorram à FARMASERV, fator que contribui para explicar esse resultado.

Outra especulação para explicar a tendência de prescrição de ISRSs para todas as faixas de renda é a existência da política de medicamentos genéricos, em vigor no Brasil desde a criação da Lei 9787/99. A partir da instituição dessa política, houve uma redução considerável de preço de medicamentos, tanto pela entrada dos genéricos no mercado, como pela comercialização de medicamentos similares, com aumento da competitividade dentro dessa categoria e desses com os genéricos. Essas apresentações estão disponíveis para os fármacos mais prescritos da classe dos ISRS (fluoxetina, paroxetina, citalopram e sertralina). As leis de mercado acabaram por permitir uma grande variação de preços para mesmos medicamentos, o que tem ampliado o acesso ao tratamento.

A associação observada entre o gênero e a classe de antidepressivo indica que homens receberam mais prescrição de tricíclicos quando comparados a mulheres (47,3% contra 27,0%). Por outro lado, bem mais da metade das mulheres receberam uma prescrição de ISRS, contra aproximadamente ¼ dos homens. Esse resultado

pode ser explicado pelas reações adversas típicas das classes terapêuticas de antidepressivos. Supõe-se que os prescritores, conhecendo o perfil de reações adversas das classes, considerem, para a seleção, o fato de que as mulheres, geralmente com maior preocupação estética, possam não aderir à terapia com tricíclicos pelo fato desses produzirem ganho de peso. ISRSs têm efeitos marcantes sobre a sexualidade, normalmente os homens tendem a ser mais resistentes à adesão ao tratamento com medicamentos que interferem no desempenho sexual. Esse perfil dos medicamentos pode ser determinante da seleção do antidepressivo, explicando a associação entre essas variáveis.

Além disso, ISRSs e tricíclicos têm algumas indicações restritas ao gênero. Fluoxetina é comumente utilizada para o tratamento dos sintomas da tensão pré-menstrual, enquanto uma das indicações dos tricíclicos é o tratamento de ejaculação precoce (ASSALIAN, 2005).

Observa-se ainda na tabela 11 que o setor de inserção profissional do servidor apresentou associação estatisticamente significativa com o tipo de antidepressivo selecionado. Verificou-se maior frequência de prescrição de ISRSs entre profissionais da saúde e profissionais do ensino.

Profissionais de ensino representam a maior parte da população que recebeu antidepressivos na FARMASERV em 2005. Uma hipótese para este grande consumo de ISRSs seria que profissionais do ensino teriam mais restrição ao uso de tricíclicos, que devido aos efeitos anticolinérgicos, ressecam a garganta e comprometem a fala. Além disso, a sonolência, também comum a esta classe, prejudicar a atividade desses profissionais. Adicionalmente, esses profissionais estão na idade economicamente mais produtiva, faixa etária associada à maior consumo de ISRSs.

Buscando confirmar se profissionais do ensino e da saúde tendem a recorrer mais a especialistas em saúde mental e se esse seria um fator importante na seleção do medicamento foi testada a associação entre a área de atuação do paciente e a especialidade do prescritor. Os resultados estão demonstrados na tabela 12.

Tabela 12 - Correlação entre a profissão dos usuários de antidepressivos dispensados na FARMASERV em 2005 e a especialidade do prescritor.

Profissão	Especialidade do Médico			Total
	Neurologista	Psiquiatra	Clínico geral	
Aposentado	5 10,4%	35 72,9%	8 16,7%	48 100,0%
Administração	4 40,0%	4 40,0%	2 20,0%	10 100,0%
Ensino	7 6,7%	67 64,4%	30 28,8%	104 100,0%
Saúde	1 3,8%	22 84,6%	3 11,5%	26 100,0%
Outros	2 25,0%	5 62,5%	1 12,5%	8 100,0%
Total	19 9,7%	133 67,9%	44 22,4%	196 100,0%

Valor p = 0,009

O valor p encontrado foi de 0,009, que mostra que há correlação entre a profissão e a especialidade do médico. Pelos dados da tabela, observa-se que quase 65% dos trabalhadores de ensino consultam com um psiquiatra.

5.6 Fatores associados à categoria do antidepressivo selecionado (genérico, similar ou referência) dispensados na FARMASERV em 2005

Diante da importância da política de medicamentos genéricos para a saúde pública, essa é uma das variáveis de maior relevância no estudo dos determinantes da seleção de antidepressivos. A categoria do antidepressivo tem implicações diretas no custo do medicamento. Em geral os medicamentos de referência têm custo bem superior aos demais. No caso dos antidepressivos, dispõe-se de similares de custo mais reduzido inclusive que os medicamentos genéricos.

5.6.1 Associação entre a categoria do antidepressivo dispensado na FARMASERV em 2005 e a especialidade do prescritor

Considerando que a categoria do antidepressivo está relacionada ao custo do medicamento e que esse é um dos determinantes da seleção, foi avaliada a associação da especialidade médica com a categoria do medicamento (genérico, referência ou similar) selecionado.

Na tabela 13 são apresentados os resultados da associação entre a especialidade médica e a categoria do medicamento. A associação foi estatisticamente significativa ($p=0,000$).

Tabela 13 - Correlação entre a especialidade médica e a categoria do antidepressivo dispensado na FARMASERV em 2005

		Especialidade do Médico				Total	Valor p
		Neurologista	Psiquiatra	Clínico geral	Outro		
Categoria	Genérico	17 31,5%	82 37,8%	30 33,7%	71 41,8%	200 37,7%	0,000
	Referência	30 55,6%	47 21,7%	37 41,6%	33 19,4%	147 27,7%	
	Similar	7 13,0%	88 40,6%	22 24,7%	66 38,8%	183 34,5%	
	Total	54 100,0%	217 100,0%	89 100,0%	170 100,0%	530 100,0%	

Observa-se que a prescrição pela denominação genérica foi bastante homogênea em todas as especialidades médicas, enquanto a opção por referências e similares sofre variações consideráveis entre as especialidades. Neurologistas parecem prescrever mais medicamentos de referência quando comparados com as demais especialidades. Psiquiatras prescrevem mais medicamentos similares (utilizando o nome da marca). Esse perfil de categoria de medicamentos selecionados está provavelmente relacionado com as variações de preço entre as categorias.

5.6.2 Associação entre a categoria do antidepressivo e o serviço de saúde de origem da prescrição

Na tabela 14 são apresentados os resultados da associação entre a categoria do medicamento e a origem da prescrição, com objetivo de se avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre a prescrição de medicamento genérico por diferentes serviços.

Tabela 14 - Associação entre categoria do antidepressivo dispensado na FARMASERV em 2005 e serviço de saúde de origem da prescrição

Variável	Categoria	Categoria do Medicamento			Total	Valor p
		Genérico	Referência	Similar		
Serviço de saúde	Consultório particular	90	70	113	273	0,000
		33,0%	25,6%	41,4%	100,0%	
	Hospital	42	15	17	74	100,0%
		56,8%	20,3%	23,0%	100,0%	
	Cliserv	102	70	65	237	100,0%
		43,0%	29,5%	27,4%	100,0%	
	SUS	36	18	12	66	100,0%
		54,5%	27,3%	18,2%	100,0%	
Total		270	173	207	650	100,0%
		41,5%	26,6%	31,8%	100,0%	

Sabendo que a legislação brasileira determina que a prescrição deve ser emitida por denominação genérica no serviço público de saúde (BRASIL, 1993), ressalta-se que cerca de 50% das prescrições oriundas do SUS não foram feitas pela denominação genérica, mostrando claramente o não cumprimento desta lei pelos profissionais prescritores deste serviço.

Conforme esperado, o menor índice de prescrições pela denominação genérica foi em consultórios particulares. Além disso, neste local foi observado também maior índice de prescrições de medicamentos similares. Esses resultados possivelmente se explicam pela não obrigatoriedade de prescrição pela denominação genérica no

setor de atendimento privado e também pela influência de propagandistas das indústrias farmacêuticas, que atuam com maior liberdade nesses locais.

5.6.3 Associação entre o custo do medicamento e a categoria de antidepressivo

A categoria do medicamento selecionado tem implicações diretas no custo do tratamento. As diferentes categorias de medicamentos, mesmo dentro da mesma classe, podem ser determinantes do custo final do tratamento. Diante disso, foi testada a associação entre a categoria do medicamento dentro da mesma classe e o seu custo de tratamento.

A associação reforça a hipótese de que a prescrição pela denominação genérica é ainda negligenciada pelos médicos brasileiros, no que pesem as recomendações da legislação vigente. Essa atitude dos prescritores tem conseqüências sociais no sentido de que o custo do medicamento pode sofrer grandes alterações entre categorias. Igualmente tem conseqüências clínicas já que pode haver diferenças consideráveis no perfil farmacocinético entre as categorias. Contudo, talvez o aspecto mais preocupante seja a suscetibilidade da classe médica aos apelos da indústria farmacêutica. A liberdade com que as indústrias farmacêuticas atuam junto aos prescritores e as políticas de benefícios pessoais, muitas vezes utilizadas por essas empresas, comprometem a qualidade do tratamento, confundem o prescritor e prejudicam o paciente.

Nessa linha de raciocínio, considerando que a categoria do medicamento (referência, genérico ou similar) poderia afetar o custo do tratamento foi inicialmente avaliado se realmente a diferença de preço médio das categorias de medicamento dentro das classes terapêuticas de antidepressivos eram estatisticamente significativas. Para essa avaliação contou-se com apoio de um profissional estatístico para a realização das análises.

Na tabela 15 são apresentados os resultados da associação testada entre as diferentes categorias dentro da mesma classe.

Tabela 15 - Associação do custo médio das diferentes classes de antidepressivos dispensados na FARMASERV em 2005 e as respectivas categorias

Classe de Antidepressivo	Categoria do Medicamento	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Tricíclicos	Genérico	69	19,52	24,96	11,62	4,69	205,02
	Referência	122	23,51	30,59	17,06	4,69	252,77
	Similar	8	24,38	16,11	23,45	9,37	48,12
	Total	199	22,16	28,26	17,06	4,70	252,80
ISRS	Genérico	185	46,61	25,13	42,32	15,63	147,40
	Referência	17	100,67	45,27	109,31	27,45	218,63
	Similar	171	37,93	17,65	28,44	7,84	116,64
	Total	373	45,03	26,65	41,90	7,80	218,60
Outros	Genérico	16	89,30	41,07	90,21	37,45	192,34
	Referência	34	123,16	58,13	107,80	53,47	280,80
	Similar	28	90,23	39,24	84,26	48,18	199,09
	Total	78	104,40	50,92	96,17	37,50	280,80

As variações de custo por categoria foram avaliadas com ajuda de um profissional estatístico, pois envolveram análises de testes estatísticos mais complexos, com testes de normalidade e testes não paramétricos. Entre os tricíclicos, não se observou diferença significativa entre as categorias com respeito ao custo (valor $p = 0,247$), ou seja, a variação do custo entre o medicamento de referência, o genérico e o similar não se mostrou significativa.

Entre os medicamentos da classe ISRS observa-se diferença significativa do custo de acordo com a categoria ($p=0,000$) sendo que as três categorias são consideradas diferentes entre si com um nível de significância de 5%. A prescrição por similares mostrou-se ser a opção com menor custo médio mensal.

Já na classe que agrupa os outros medicamentos, há diferença significativa entre as categorias genérico e similar com relação ao custo dos medicamentos de referência,

no entanto o custo das categorias genérico e similar podem ser considerados semelhantes entre si ($p=0,937$).

Os dados apontados acima são corroborados pela associação entre a categoria do medicamento e a classe de antidepressivo prescrita. Esses dados são apresentados na Tabela 16.

Tabela 16 - Associação entre a categoria do medicamento e a classe de antidepressivo dispensada na FARMASERV em 2005

Variável	Categoria	Classe de Antidepressivo			Total	Valor p
		Tricíclicos	ISRS	Outros		
Categoria	Genérico	69	185	16	270	0,000
		35,0%	49,6%	20,5%	41,6%	
	Referência	122	17	34	173	
		61,0%	4,6%	43,6%	26,6%	
	Similar	8	171	28	207	
		4,0%	45,8%	35,9%	31,8%	
Total		200	373	78	651	
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Verifica-se que entre os tricíclicos, nos quais não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as categorias e que são medicamentos de baixo custo, prevaleceu a prescrição do medicamento de referência. Os prescritores parecem se manter fiéis aos medicamentos inovadores não alterando seus hábitos de prescrição com a entrada de novas categorias no mercado.

Ao contrário, no caso dos ISRS e da classe de “outros antidepressivos” as quais os medicamentos genéricos e similares apresentam as melhores relações de custo, a prescrição dessas categorias foi fortemente favorecida. Destaca-se que na classe de “outros antidepressivos” existem vários medicamentos sob proteção de patente, só sendo disponível o medicamento inovador, afetando o resultado por aumentar o peso da categoria referência.

Esses resultados indicam que os médicos tendem a prescrever medicamentos genéricos em situações onde esses representam uma redução de custo significativa para o paciente. Aparentemente, não há uma convicção de que essa categoria de medicamentos represente uma opção clínica consistente e de qualidade, tratando-se apenas de uma questão de custo de tratamento para o paciente. Não se observou a fidelidade a uma determinada categoria. A entrada dos genéricos e o aumento do número de apresentações similares deixaram o mercado mais competitivo, fazendo com que surgissem apresentações de antidepressivos com preços mais acessíveis para a população, particularmente no caso dos ISRS. As diferenças farmacocinéticas em relação ao referencial, características da categoria de similares, não parecem comprometer o tratamento ou são negligenciadas ou desconhecidas pelo prescritor.

5.6.4 Fatores independentes associados à prescrição de antidepressivos dispensados na FARMASERV em 2005

Buscando-se um modelo estatístico que apontasse os principais determinantes da prescrição, foram testados por análise multivariada vários modelos selecionando-se aquele de melhor ajuste. O primeiro modelo testado foi desenhado considerando a variável resposta a classe de antidepressivo selecionada. Esse modelo objetivou responder a quais fatores se mantinham associados, de forma independente, a classe de antidepressivo selecionada. Para viabilizar as análises, foram consideradas apenas duas classes de antidepressivos, os ISRS e os tricíclicos.

Foram inicialmente incluídas no modelo as variáveis explicativas especialidades do prescritor, custo do medicamento, renda, idade e gênero do paciente e serviço de saúde que originou a receita. Em seguida, as variáveis não significativas foram removidas do modelo uma a uma, até que esse contivesse apenas variáveis significativas, mantendo o nível de explicação da variável resposta. As variáveis qualitativas foram incluídas no modelo na forma de variáveis indicadoras, tendo umas das categorias como referência para realização dos testes.

Primeiramente, retirou-se a variável “Serviço de Saúde”, que foi a menos significativa no modelo. Em seguida retirou-se a variável “Faixa de renda”, que também não foi significativa. Na tabela 17 estão mostrados os resultados finais desta análise.

Tabela 17 – Resultados dos testes de associação entre a classe de antidepressivo dispensada na FARMASERV em 2005 (valor de p, a razão de chances e o intervalo de confiança), e a especialidade do prescritor, faixa de renda, faixa etária, custo do medicamento, o gênero e o serviço de saúde emissor da prescrição

Variável Explicativa	Valor p	RC	IC 95% para RC	
Especialidade do Prescritor	0,043			
Psiquiatra	0,016	3,669	1,277	10,544
Clínico geral	0,143	2,322	0,752	7,168
Neurologista *				
Faixa de renda	0,467			
Custo	0,000	1,058	1,037	1,079
Faixa Etária	0,068			
1 a 18 anos	0,968	1,043	0,132	8,250
19 a 59 anos	0,031	2,775	1,099	7,003
Acima de 60 anos *				
Gênero	0,036	2,423	1,059	5,548
Serviço de saúde	0,609	0,820	0,383	1,755

* categorias de referência para as variáveis

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que a especialidade médica é um fator independente associado à prescrição de antidepressivo ($p=0,043$). Ao se comparar psiquiatras com neurologistas, temos uma razão de chances estimada igual a 3,7. Ou seja, há 3,7 vezes mais chances de um Psiquiatra receitar a classe ISRS que de um Neurologista receitar a mesma classe. Entre clínicos e neurologistas, essa diferença não foi estatisticamente significativa, indicando que há aproximadamente a mesma chance de prescrição de ISRS por esses especialistas. A comparação entre psiquiatras e clínicos gerais mostrou que a chance de uma prescrição da classe dos ISRS é 1,6 vezes maior entre os psiquiatras, em comparação aos clínicos gerais.

Dentro do mesmo modelo a faixa etária foi significativa com um nível de significância de 10% (0,10). Tomando como referência a classe de crianças e adolescentes (faixa etária de 1 a 18 anos) quando comparado aos idosos (>60 anos) a chance de prescrição de um ISRS é aproximadamente a mesma ($p=0,968$). Ao passo que, se compararmos a faixa etária de 19 a 59 anos com os idosos a chance de prescrição de um ISRS é 2,7 vezes maior para o adulto mais jovem ($p=0,031$).

Com relação ao gênero do paciente, a razão de chances estimada indica que a chance de prescrição da classe ISRS é 2,4 vezes maior para as mulheres que para os homens ($p=0,036$).

Esse primeiro modelo reafirma aspectos já levantados nessa dissertação que são relevantes para racionalização do uso de antidepressivos. A prescrição de medicamentos tricíclicos para idosos é possivelmente o aspecto de maior importância clínica uma vez que os tricíclicos são medicamentos que devem ser usados com cautela por esses pacientes. Tendo em vista esse resultado, as farmácias de dispensação, nesse caso a FARMASERV, poderiam instituir um acompanhamento mais efetivo desses pacientes ao invés de simplesmente dispensar o medicamento. Os relatórios gerados pelo acompanhamento seriam encaminhados para o prescritor. Esse acompanhamento poderia conter uma busca ativa de reações adversas e interações medicamentosas. O encaminhamento desses relatórios para o prescritor poderia ser de grande importância na prevenção de eventos mais graves em idosos.

O fato de neurologistas serem os maiores prescritores de tricíclicos sugere que se trate de casos mais complexos de depressão ou da associação de depressão a outras patologias ou ainda de outras morbidades para as quais os tricíclicos são opções terapêuticas. Nesses casos prescrições oriundas desses profissionais devem ser cuidadosamente avaliadas, particularmente com relação às interações medicamentosas, já que tais pacientes potencialmente utilizam múltiplos medicamentos com reações adversas redundantes e com possíveis interações entre eles.

Um segundo modelo foi desenhado para identificar variáveis que se associam de forma independente com a categoria do medicamento selecionado. Obedeceu-se as mesmas premissas anteriores, ou seja, todas as variáveis explicativas foram incluídas no modelo, sendo retiradas as que não mantiveram a associação.

As variáveis explicativas inicialmente incluídas foram a classe do medicamento, a especialidade do prescritor, o custo do medicamento, a renda salarial, a idade, o gênero do paciente e o serviço de saúde que originou a prescrição.

A primeira variável retirada foi a variável “Gênero”, a menos significativa no modelo. Em seguida retirou-se a variável “Faixa de renda”, que também não foi significativa. No terceiro passo retirou-se a variável “Faixa Etária”, resultando em um modelo final no qual mantiveram-se as variáveis “Classe do Antidepressivo”, “Especialidade do prescritor” e “Serviço de saúde emissor da prescrição” e “Custo”. Na tabela 18 estão demonstrados os resultados finais desta análise

Tabela 18 – Resultados dos testes de associação entre a categoria de antidepressivo dispensado na FARMASERV em 2005 (valor de p, razão de chances e o intervalo de confiança) e as variáveis especialidade do prescritor, serviço de saúde, classe do antidepressivo, faixa etária, gênero, faixa de renda e o custo

Variável Explicativa	Valor p	RC	IC 95% para RC	
Especialidade do Prescritor	0,000			
Psiquiatra	0,000	0,108	0,033	0,356
Clínico geral	0,519	1,499	0,438	5,125
Neurologista *				
Serviço de saúde	0,058	0,359	0,125	1,034
Classe do antidepressivo	0,000	276,363	52,747	1447,974
Faixa Etária	0,101			
Gênero	0,841			
Faixa de renda	0,287			
Custo	0,000	1,043	1,021	1,066

* categorias de referência para as variáveis

Os resultados nos permitem concluir que a especialidade médica é significativa no modelo ($p=0,000$). Há 10% da chance de um Psiquiatra receitar um medicamento de referência comparado a um neurologista. Ao contrário, quando se analisa a razão de chances entre clínicos e neurologistas, verifica-se que há aproximadamente a mesma chance dessas duas especialidades receitarem um medicamento de referência.

A variável “serviço de saúde” também foi significativo no modelo, porém com um nível de significância de 10%. Assim a chance de prescrição de um medicamento de referência na CLISERV é 36% da chance de prescrição da mesma categoria em consultório particular.

A classe de antidepressivo é estatisticamente significativa ($p=0,000$) dentro desse modelo. A razão de chances estimada mostra que a chance de prescrição de medicamento de referência é 276 vezes maior se o medicamento é tricíclico comparado a um ISRS.

A partir da análise desses modelos é possível confirmar a hipótese já colocada anteriormente que a adesão à política de medicamentos genéricos se dá basicamente devido a redução do custo que essa permite. Para medicamentos de baixo custo, como os tricíclicos, onde a troca pelo medicamento genérico não traz uma diferença de preço muito significativa, a adesão aos genéricos é substancialmente mais baixa. Esse é um resultado importante porque sugere que a relação de confiança não se estabelece de forma inequívoca com os medicamentos genéricos. A opção por esta categoria só se faz quando há uma redução expressiva no custo do medicamento.

6 CONCLUSÃO

A análise dos dados sobre o consumo de antidepressivos na FARMASERV no ano de 2005 permitiu identificar vários aspectos importantes sobre a prescrição desses medicamentos.

Deve-se destacar que a FARMASERV mostrou-se um local adequado para estudos de hábitos de prescrição, pois a população atendida por este serviço tem um perfil bem diversificado. As diferentes faixas etárias, rendas salariais, profissões e locais de moradia e serviços de emissão da receita de antidepressivo confirmam este perfil. Além disso, a FARMASERV apresenta algumas vantagens em relação a farmácias públicas para realização desse tipo de estudo, por não apresentar limitações de padronização de medicamento e obrigatoriedade de leis que determinam a prescrição pela denominação genérica. Outro fator positivo é a possibilidade de fácil acesso ao banco de dados com informações pessoais do usuário de alta confiabilidade, obtendo-se, sem maiores problemas, dados sócio-demográficos relativos aos pacientes. Estas informações são dificilmente obtidas em locais de estudo como farmácias comunitárias.

Os resultados observados com relação às prescrições de antidepressivos dispensados pela FARMASERV têm aspectos muito semelhantes ao observado em outros estudos de utilização de medicamentos realizados em diferentes locais. Destaca-se a grande prescrição de ISRS, em especial a fluoxetina, reflexo da grande tendência mundial de utilização desse fármaco e o predomínio de usuários do gênero feminino e de meia-idade. A ausência da prescrição de IMAO foi um dado importante encontrado, pois indica que embora os IMAO seletivos tenham um melhor perfil de segurança, os prescritores mantêm-se receosos com a relação à prescrição desses medicamentos, apresentando uma preferência dos médicos por medicamentos de melhor perfil de segurança.

O perfil dos usuários deste serviço mostrou um grande número de trabalhadores vinculados ao ensino, com uma renda salarial superior a média da população brasileira e de prescrições oriundas de consultórios particulares.

Destaca-se como uma conclusão importante desse estudo o fato da prescrição de medicamentos genéricos estar intimamente vinculada a uma redução de custo efetiva dessa categoria de medicamento para o paciente. Este resultado sinaliza que a prescrição de medicamentos genéricos não foi ainda assimilada como política que garante a qualidade da bioequivalência ao medicamento inovador. A grande taxa de não prescrição pelo nome genérico nas prescrições originadas no serviço público de saúde (cerca de 50%) indica que a lei não é o fator mais importante para a prescrição por esta categoria. A hipótese de que o custo é o fator determinante é apoiada pelos resultados apresentados aqui.

Em situações onde a opção por similar se mostra como uma boa opção para redução do custo observou-se uma freqüência maior de opção por essa categoria.

O não cumprimento da legislação não foi só encontrado na obrigatoriedade de prescrição pela denominação genérica no serviço público de saúde. A análise das prescrições de antidepressivos dispensados na FARMASERV em 2005 mostrou grande índice de não cumprimento das normas preconizadas pela portaria 344/98 (cerca de 25% das prescrições continham pelo menos um item em não conformidade com a legislação), mesmo com as limitações desse estudo. Esse resultado aponta a necessidade de programas contínuos de esclarecimento aos prescritores da necessidade de atendimento aos aspectos legais da prescrição.

Outro fator de grande relevância apontado aqui foi a elevada taxa de prescrição de antidepressivos tricíclicos para idosos. Como essa classe tem restrições para o uso na população idosa, essa observação deve ser aprofundada para verificar se existem situações clínicas que justifiquem o uso e para instituição de rotinas de monitoramento desses pacientes.

Ressalta-se que quase 10% das prescrições continham pelo menos uma interação medicamentosa de relevância clínica, apesar das limitações do método utilizado para a avaliação deste parâmetro. Reforça-se assim a necessidade de um acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes em uso de antidepressivo, especialmente os pacientes de risco para reações adversas.

Os fatores determinantes da prescrição da classe do antidepressivo apontados nesse estudo (especialidade médica, a idade e o gênero do paciente) podem permitir o planejamento de intervenções dirigidas ao paciente e ao prescritor que permitam um melhor acompanhamento da terapia.

Já os determinantes da categoria do medicamento prescrito (especialidade médica, o serviço de emissão da receita e a classe do antidepressivo prescrita) são alertas para retomar campanhas de esclarecimento para médicos e pacientes das propriedades dos medicamentos genéricos, reforçando essa importante política de saúde que garante a qualidade, a competitividade e acesso ao medicamento.

Diante do exposto, o estudo da utilização de antidepressivos na farmácia da prefeitura municipal de Belo Horizonte – FARMSEV mostrou-se útil para traçar o perfil dos pacientes que receberam prescrição dessa classe de medicamentos. A partir desses dados, pode-se planejar intervenções para racionalizar o uso desses medicamentos. Entre tais intervenções destacam-se a identificação de problemas relacionados ao medicamento, reações adversas e possíveis interações medicamentosas. O acompanhamento mais efetivo de pacientes em utilização de antidepressivo dentro de um modelo de atenção farmacoterapêutica, juntamente com os profissionais prescritores, pode ser uma política a ser implantada pela FARMASERV que poderia contribuir para uma evolução dos tratamentos com maior segurança, reduzindo custos e melhorando o acesso e a adesão aos tratamentos.

Paralelamente, a promoção de ações informativas e esclarecedoras para os prescritores pode contribuir para uma maior adesão aos medicamentos genéricos, melhorar o cumprimento das normas previstas na legislação e reduzir eventos adversos relacionados antidepressivos.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M. F.; ANDRADE, R. C. G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: informações contidas em receitas e notificações. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* v.40 n.4 out/dez 2004

ARAÚJO, T. M. *et al.* Mal-estar docente: Avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior *Revista Baiana de Saúde Pública* v.29 n.1, p. 6-21 jan/jun, 2005.

ARIYO *et al.*. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans. *Circulation* 2000; v. 102 p.1773-79 *apud* HARMAN *et al.*; The influence of comorbid chronic medical conditions on the adequacy of depression care for older Americans. *J Am Geriatr Soc* v.53 p.2178-83,2005.

ARROL, B. *et al.* Efficacy and tolerability of tricyclic antidepressants and SSRIs compared with placebo for treatment of depression in primary care: a meta-analysis *Annals of Family Medicine* v.3 n.5, setembro/outubro, 2005.

ASSALIAN, P. Guidelines for the pharmacotherapy of premature ejaculation *World J Urol* 2005 Jun;23(2):127-9. Epub 2005 Apr 12

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Disponível em <<http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=distritos/bairros.html>> Acesso em 15 dez 2006

BELLANTUONO, C. *et al.* The identification of depression and the coverage of antidepressant drug prescriptions in Italian general practice *Journal of Affective Disorders* 72, p. 53-59, 2002.

BENNETT K.; TEELING M.; FEELY J. Overprescribing antidepressants to children: pharmacoepidemiological study in primary care. *BMJ* v.331 p.1451-2, 2005.

BRASIL. Decreto 793 – 5 abr. 1993. Altera os decretos n. 74170, de 10 de junho de 1974 e 79094, de 5 janeiro de 1977, que regulamenta, respectivamente, as leis nos. 5991, de 17 de janeiro de 1973, e 6390, de 23 setembro de 1976, e dá outras providências. *Diário Oficial*. Brasília, v. 131, n.65, p 7-8, 6 abr. 1993

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1º de fevereiro de 1999.

BRASIL Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conceitos Gerais sobre Medicamentos, 2003. Disponível <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/profissionais/conceitos.htm>>. Acesso em 02 janeiro de 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Lista de medicamentos genéricos registrados sujeitos a controle especial. Agosto, 2006. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/profissionais/lista_farmacias_controlados.pdf> Acesso em 20 novembro de 2006.

BRILEY, M. Clinical experience with dual action antidepressants in different chronic pain syndromes. *Hum Psychopharmacol* v.19 Suppl 1:S21-S25, 2004.

BROWN *et al.* **Beliefs about antidepressant medications in primary care patients.** Relationship to self-reported adherence. *Medical Care* v. 43(12) p.1203-07, 2005.

BUCKBERG, J.; PENMAN, D.; HOLLAND, J.D. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 48; 46:199-212, 2000 *apud* FLECK, M. P. A. *et al.* Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento de depressão (versão integral). *Rev. Bras. Psiquiatr* 25(2):114-22, 2003.

CARNEY *et al.* Depression is a risk factor for cardiac mortality and morbidity. A review of potential mechanisms. *J Psychosom Res* v.53 p. 897-902, 2002 *apud* HARMAN *et al.*; The influence of comorbid chronic medical conditions on the adequacy of depression care for older Americans. *J Am Geriatr Soc* v.53 p.2178-83,2005.

CARR, R. R.; ENSOM, M. H. Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoric disorder *The Annals of Pharmacotherapy*. Vol. 36, No. 4, pp. 713-717, 2002.

CASPI, A. *et al.* Influence of life stress on depression: moderation by polymorphism in the 5-HT gene *Science* v.301, p.386-9, 2003

CONSELHO Regional de Medicina de Minas Gerais. Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=pesqmedcrm&IDUF=&portal=>> Acesso 13 setembro de 2006.

CODO, W. *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis: Vozes; CNTE, 1999 *apud* REIS, E. J. F. B. *et al.* Doença e exaustão emocional. *Educ. Soc. Campinas*, v. 27 (94), p.229-253, jan-abr, 2006

DAVIDSON, J. R. *et al.* The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry* 60(suppl 7):4-9, 1999 *apud* FLECK, M. P. A. *et al.* Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento de depressão (versão integral). *Rev. Bras. Psiquiatr* 25(2):114-22, 2003.

DEMYTTENAERE K. Noncompliance with antidepressants: who's the blame? *Int Clin Psychopharmacol* v.13 p.19-25, 1998 *apud* BROWN *et al.* **Beliefs about antidepressant medications in primary care patients.** Relationship to self-reported adherence. *Medical Care* v. 43(12) p.1203-07, 2005.

DILER R.S.; AVCI A. Selective serotonin reuptake inhibitors in children and adolescents. *Swiss Med Wkly* v.132 p.470-77, 2002.

DI MATTEO M.R.; LEPPER H.S.; CROGHAN T.W. **Depression is a risk factor for non-compliance with medical treatment**; Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* v.160 p.2101-07, 2000

DUNN, R. L. *et al.* Longitudinal patterns of antidepressant prescribing in primary care in the UK: comparison with treatment guidelines *Journal of Psychopharmacology* 13(2), p.136-143, 1999

FDA a, FDA approves Prozac for pediatric use to treat depression and OCD. January, 3, 2003. Disponível em <<http://www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2003/ANS01187.html>. Acesso em 22 de novembro de 2006.

FDA b, FDA statement regarding the antidepressant Paxil for pediatric population. June 19, 2003 Disponível em: <<http://www.fda.gov/oc/der/drug/infopage/paxil/default.html>. Acesso em 22 de novembro de 2006.

FLECK, M. P. A. *et al.* Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento de depressão (versão integral). *Rev. Bras. Psiquiatr* 25(2):114-22, 2003.

FISCHER, L. R. *et al.* Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care. *Journal of the American Geriatrics Society* 51,1554-62, 2003

GARCIA, A.; GASTELURRUTIA, M. A. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Depresión 1ª ed Granada: Espai Grafic Anagrafic, S.L., 2002.

GEDDES, J. R. *et al.* SSRIs versus other antidepressants for depressive disorder *Cochrane Database Syst Rev*, 2000 *apud* MANN, J. J. The medical management of depression *The New England Journal of Medicine* 353 (17), p. 1819-34, 2005

GRANDA, A. S. **Estudos de Farmacoeconomia**. Panorama Actual de Medicamentos n. 292, p.320325, 2006

HAMON, M.; BOURGOIN, S. Pharmacological profile of antidepressants: a likely basis for their efficacy and side effects? *European Neuropsychopharmacology* 16, S625-S632, 2006

HARMAN *et al.*; The influence of comorbid chronic medical conditions on the adequacy of depression care for older Americans. *J Am Geriatr Soc* v.53 p.2178-83,2005.

HENRY J.A.; ALEXANDER C.A.; SENNER E.K.; Relative mortality from overdose of antidepressants. *BMJ* v.310 p.221-4, 1995 *apud* HUBBARD, R.; FARRINGTON P.; SMITH C. Exposure to tricyclic and selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of hip fracture. *American Journal of Epidemiology*, v. 158 (1) p. 77-84,2003.

HOFFBRAND, S.; HOWARD, L.; CRAWLEY, H. Antidepressant drug treatment for postnatal depression *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD002018

HUBBARD, R.; FARRIGTON P.; SMITH C.; TATTERSFIELD A.; Exposure to tricyclic an selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of hip fracture. *American Journal of Epidemiology*, v. 158 (1) p. 77-84,2003

HULL S.A.; AQUINO P.; COTTER S. Explaining variation in antidepressant prescribing rates in east London: a cross sectional study. *Fam Pract* v.22(1) p.37-42, 2005.

JUNQUEIRA et al, 2000. A Equidade em Saúde: do discurso à prática. Programa EQUITY – Oriented Health Policy Analysis in Latin America, da Red de Investigación em Sistemas y Servicios de Salud em el Cono Sur, financiado pelo IDRC – International Development Research Center – Canadá.São Paulo, agosto de 2000.

LEJOYEUX, M. *et al.* Neural symptoms induced by tricyclic antidepressants: phenomenology and pathophysiology *Acta Psychiatr Scand* 85:249-56, 1992 *apud* SCALCO, M. Z. Tratamento de idosos com depressão utilizando antidepressivos tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos *Rev. Bras. Psiquiatr* 24 (Supl I), p.55-63, 2002

LENZE, E.J. *et al.* Anxiety symptoms in elderly patients with depression: what is the best approach to treatment? *apud* MANDELLI, L. *et al.* Antidepressant response in the elderly *Psychiatry Research* (2007), doi:10.1016/j.psychres.2006.10.008

KELLER *et al.*. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy and their combination for the treatment of chronic depression. *N Eng J Med* v.342 p.1462-70, 2000 *apud* ROBINSON *et al.*; Depression treatment in primary care. *The Journal of the American Board of Family Medicine* v.18 (2), p.79-86, 2005.

KROENKE *et al.* Similar effectiveness of paroxetine, fluoxetine and sertraline in primary care. A randomized trial. *JAMA* v.286 (23) p. 2947-55, 2001.

MacGILLIVRAY *et al.* Efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants in depression treated in primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ* v. 326 p.1014-1020, 2003.

MacMILLAN, H. L. *et al.* Screening for depression in primary care: recommendation statement from Canadian Task Force on Preventive Health care. *Canadian Medical Association* v.172(1) p.33-35, 2005.

MANDELLI, L. *et al.* Antidepressant response in the elderly *Psychiatry Research* (2007), doi:10.1016/j.psychres.2006.10.008

MANN, J. J. The medical management of depression *The New England Journal of Medicine* 353 (17), p. 1819-34, 2005.

MARTIN R.M.; HILTON S.R.; KERRY S.M. *et al.* General practitioners perceptions of the tolerability of antidepressant drugs: a comparison of selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants. *BMJ* v.314 p.646-51, 1997 *apud* HUBBARD, R.; FARRIGTON P.; SMITH C.; TATTERSFIELD A.; Exposure to tricyclic an selective

serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of hip fracture. *American Journal of Epidemiology*, v. 158 (1) p. 77-84, 2003.

McMANUS, P. *et al.* Use of antidepressants by general practitioners and psychiatrists in Australia *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37, p.184-189, 2003.

MENTAL HEALTH: A report of the Surgeon General. Rockville MD: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Central of Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999

MICO, J. A. *et al.* Antidepressants and pain. *Trends in Pharmacological Science* vol 27, No. 27, Julho de 2006.

MIYASAKA, L. S.; ATALLAH, A. N. Risk of drug interaction: combination of antidepressants and other drugs. *Rev Saúde Pública* 37(2):212-5, 2003.

MONTGOMERY, S. A. Major depressive disorders: clinical efficacy and tolerability of agomelatine, a new melatonergic agonist *European Neuropsychopharmacology* 16, S633-S638

MORGAN O. W. C.; GRIFFITHS C.; MAJEED A.; Association between mortality from suicide in England and antidepressant prescribing: an ecological study. *BMC Public Health* v. 63 (4) p.1-6, 2004.

NASH, J.; NUTT, D. Antidepressants *Psychiatry* 6:7, p.289-94, 2007.

NOTO *et al.* Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 24(2):p.68-73, 2002.

OLFSON M.; KLERMAN G.L.; Trends in prescription of antidepressants by office-based psychiatrists. *Am J Psychiatry* v.150 p. 571-7, 1993 *apud* HUBBARD, R.; FARRINGTON P.; SMITH C.; TATTERSFIELD A.; Exposure to tricyclic and selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of hip fracture. *American Journal of Epidemiology*, v. 158 (1) p. 77-84,2003.

OHAYON, M. M. Epidemiology of depression and its treatment in the general population. *Journal of Psychiatric Research* 41, 207-213, 2007.

PAMPALLONA S. *et al.* Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review *Arch Gen Psychiatry* 61:714-9, 2004

POLUZZI, E. *et al.* Prescriptions of antidepressants in primary care in Italy: pattern of use after admission of selective serotonin reuptake inhibitors for reimbursement *Eur J Pharmacol* 59, p.825-31, 2004.

PINESI, L. Antidepressants in the treatment of chronic headaches: therapy of psychiatric comorbidity or other mechanisms? *J Headache Pain* 5: p.121-122, 2004.

REIS, E. J. F. B. *et al.* Doença e exaustão emocional. *Educ. Soc. Campinas*, v. 27 (94), p.229-253, jan-abr, 2006

RENTSCH, M. D. *et al.* Prevalence and treatment of depression in a hospital department of internal medicine. *General Hospital Psychiatry* 29, p 25-31, 2007.

ROBINSON *et al.*; Depression treatment in primary care. *The Journal of the American Board of Family Medicine* v.18 (2), p.79-86, 2005.

RODRIGUES, J. T. **Psicologia em Estudo**. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicol. Estud, Maringá*, jan/jun. 2003, v.8, n.1.

ROST K.; SMITH J.; DICKINSON M. The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity. A randomized trial. *Med Care* v.42(12) p.1202-10, 2004.

SALLÁN *et al.*. Depresión en atención primaria: ¿cuál es su gasto farmacêutico? *Aten Primaria* v.35(3) p; 165, 2005.

SANTOS, M. J.; KASSOUF, A. L. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. *Econ. Aplic.* 11(1) jan-mar, p. 5-26, 2007.

SCALCO, M. Z. Tratamento de idosos com depressão utilizando antidepressivos tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos *Rev. Bras. Psiquiatr* 24 (Supl I), p.55-63, 2002

SCHLEIFER, S. J. *et al.* The nature and course of depression following myocardial infarction *Arch Gen Psychiatry* 149:1785-89, 1999 *apud* FLECK, M. P. A. *et al.* Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento de depressão (versão integral). *Rev. Bras. Psiquiatr* 25(2):114-22, 2003.

SCHULBERG H.C.; KATON W.J.; SIMON G.E.; RUSH A.J. Best clinical practice: Guidelines for managing major depression in primary medical care. *J Clin Psychiatry* v.60 p.19-26,1999 *apud* ROBINSON *et al.*; Depression treatment in primary care. *The Journal of the American Board of Family Medicine* v.18 (2), p.79-86, 2005.

SLEATH B.; SHIH Y. T.; Sociological influences on antidepressant prescribing. *Social Science & Medicine* v.56, p.1335-44, 2003.

STALH, S. M. Placebo-controlled comparison of the selective serotonin reuptake inhibitors citalopram and sertraline *Biol Psychiatry* v.48, p.894-901, 2002.

SURI, R.; BURT, V. K.; ALTSCHULER, L. L. Nefazodone for the treatment of postpartum depression *Arch Women Mental Health* 8:55-6, 2005 *apud* MANN, J. J. The medical management of depression *The New England Journal of Medicine* 353 (17), p. 1819-34, 2005.

TAYLOR, F. B.; PRATHER, M. R. The efficacy of nefazodone augmentation for treatment resistant depression with anxiety symptoms or anxiety disorder. *Depress*

Anxiety 18:83-8, 2003 *apud* MANN, J. J. The medical management of depression *The New England Journal of Medicine* 353 (17), p. 1819-34, 2005.

TAYLOR, R. B., SHAKOOR, O., BEHRENS, R. H. Drug quality, a contributor to drug resistance? *The Lancet*, London, v.346, n.8967, p.122, 1995

THE UNITED States pharmacopeial dispensing information. *USP DI -26 ed. Drug information for the health care professional. Advice for patient.* Massachusetts: Micromedex, 2006.

USTUN, T. B.; SARTORIUS N. Mental illness in general health care: an international study. Chichester, England: John Wiley & Sons, 1995 *apud* VALENTINI, W. *et al.* Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev Saúde Pública* 38(4), p. 522-8, 2004.

VALENTINI, W. *et al.* Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev Saúde Pública* 38(4), p. 522-8, 2004.

VASA, R. A., CARLINO, A. R., PINE, D. Pharmacotherapy of Depressed Children and Adolescents: Current Issues and Potential Directions. *Biol Psychiatry* 59:p. 1021-1028, 2006.

VON KORFF M. *et al.* Improving depression care: barriers, solution, and research needs. *J Family Pract* v.50, 2001 *apud* ROBINSON *et al.*; Depression treatment in primary care. *The Journal of the American Board of Family Medicine* v.18 (2), p.79-86, 2005.

WAGNER, K. D. Pharmacotherapy for major depression in children and adolescents *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 29; p.819-25, 2005

WEILBURG *et al.* Evaluation of the adequacy of outpatient antidepressant treatment. *Psychiatric Services* v.54(9) p.1233-39, 2003.

WEILBURG *et al.* Costs of antidepressant medications associated with inadequate treatment. *The American Journal of Managed Care* v.10 (6) p. 357-65,2004

WEISSMAN, M. M. *et al.* Cross-national epidemiologic of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 276; p.273:293-9, 1996.

WILHELM, K. *et al.* Depression – what should the doctor ask? *Australian Family Physician* v.35 n.3, março 2006.

WILLIAMS, J. *et al.* **A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults:** Evidence report summary. *Annals of Internal Medicine* v.132 (9) p. 743-56, 2000

WHO - World Health Organization. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Genebra, 1993 *apud* FLECK, M. P. A. *et al.* Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento de depressão (versão integral). *Rev. Bras. Psiquiatr* 25(2):114-22, 2003.

WHO – World Health Organization – *World Health Report. Mental Health: new understanding, new hope.* 2001

WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva. World Health Organization, 2003.

WOHLFARTH, T. D. *et al.* Antidepressants use in children and adolescents and the risk of suicide *European Neuropsychopharmacology* 16, p.79-83, 2006

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS DAS PRESCRIÇÕES

PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS PARA ANÁLISE DAS PRESCRIÇÕES

Código de identificação da receita [número de ordem da receita]
--

Primeiro bloco dados sócio-demográficos do paciente

1.1 Nome do paciente: # [1-presente 2-ausente 3-ilegível]
nome __

1.2 Sexo do paciente: # [1-masculino 2-feminino 9-desconhecido]
sexo__

1.3 Faixa Etária do paciente
idade __

1.4 Faixa Salarial:
salário__

Profissão do titular: profissão _____

1.6 Região de moradia: [código de acordo classificação de risco IQVU]
(1) Barreiro
(2) Centro Sul
(3) Venda Nova moradia __
(4) Pampulha
(5) Leste
(6) Nordeste
(7) Noroeste
(8) Oeste
(9) Norte
(99) não disponível

1.7 Serviço saúde de emissão da receita:
(1) consultório particular
(2) hospital
(3)-Cliserv servsaude __
(4)-SUS (Serviço Municipal se saúde / ambulatórios públicos)
(5) outros
(9) não disponível

Segundo bloco - Dados dos medicamentos prescritos

2.1 Medicamento antidepressivo prescrito

- (1) Fluoxetina
- (2) Sertralina
- (3) Paroxetina antidepressivo ____
- (4) Citalopram
- (5) Escitalopram
- (6) Mirtazapina
- (7) Amitriptilina
- (8) Nortriptilina
- (9) Imipramina
- (10) Clomipramina
- (11) Bupropiona
- (12) Venlafaxina
- (13) Maprotilina
- (14) Moclobemida
- (15) Trazodona

2.2 Intervalo entre doses:

- (1)-aceitável intervalo ____
- (2)-não aceitável
- (9)-não disponível

2.3 freqüência de administração

- (1) dose única diária
- (2) 12 em 12 horas freqüência ____
- (3) 8 em 8 horas
- (4) outro
- (9) não disponível

Categoria do medicamento antidepressivo prescrito:

- (1)-genérico (2)-referência (3)-similar categoria ____

Numero total de medicamentos prescritos:

- (1)-1 (2)-2 (3)-3 (4)-4 (5)-5 (6)->5 nummed ____

2.6 Outros medicamentos prescritos: outromedic _____

16) Nefazodona

(99) não disponível

2.8 Classe do antidepressivo

- (1) Tricíclicos
- (2) ISRS classe ____
- (3) IMAO
- (4) Inibidores mistos
- (5) Agonistas de dopamina
- (6) outros
- (9) não disponível

2.9 Dose:

- (1)-presente dose ____
- (2) ausente
- (3) ilegível

2.10 Dose diária prescrita do antidepressivo: dosediaria ____

- (1) Aceitável
- (2) não aceitável doseprescrita ____
- (9) não disponível

2.7 Custo médio mensal do tratamento do(s) antidepressivo(s) prescrito(s) (Segundo preço ABCFarma -mês de compra) custo _____

2.11 Duração do tratamento (por prescrição)

- menos de 30 dias
- 30 dias
- de 30 a 60 dias duração ____
- 60 dias
- mais de 60 dias*
- (9) não disponível

2.12 Se mais que 60 dias , está dentro dos aspectos legais?

- (1) sim aspecto ____
- (2) não

Terceiro bloco - dados do prescritor

3.1-Especialidade prescritor:

- (1)-neurologista
- (2)-psiquiatra
- (3)-cardiologista especmedico
- _____
- (4)-clínico geral
- (5)-endocrinologista
- (6)-pediatra
- (7)-ginecologista
- (8)-outra especialidade médica
- (9)-Outros profissionais
- (99)-não disponível

Prescritor nome:

- (1)-completo e legível nomepresc ___
- (2)-ausente ou não completo
- (3)-ilegível

Prescritor: presença de assinatura:

- (1)-sim assinatura_____
- (2)-não

Sexo prescritor:

- (1)-masculino sexoprescritor _
- (2)-feminino
- (9)-indeterminado

Registro no respectivo Conselho

- (1)-sim registro_____
- (2)-não

Data:

- (1)-sim data___
- (2)-não

ANEXO 2

CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COEP-UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº ETIC 214/06

**Interessada: Profa. Sérgia Starling Magalhães
Departamento de Farmácia Social
Faculdade de Farmácia-UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou no dia 09 de agosto de 2006, com a recomendação contida no item: Voto do parecer, o projeto de pesquisa intitulado "**Estudo da utilização de antidepressivos pelos usuários da farmácia da Clínica dos Servidores da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO 3

CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELA CLISERV

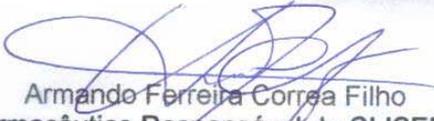
PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE
BENEFICIÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE
(BEPREM)
CLINICA DOS SERVIDORES DA BEPREM (CLISERV)

AUTORIZAÇÃO

Belo Horizonte, 24 de maio de 2006.

A CLISERV, vinculada à BEPREM, representada nesta pelo farmacêutico responsável, Armando Ferreira Correa Filho, vem por meio deste autorizar Renato Lopes Hurtado, matriculado no Mestrado de Ciências Farmacêuticas, área de saúde coletiva, na Instituição Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, a utilizar o banco de dados do sistema informatizado e as notificações de receitas e receituários de controle especial retidas na farmácia da CLISERV para a coleta de dados dos pacientes usuários de medicamentos antidepressivos e prescritores. Considerando que estes terão suas identidades preservadas, que o pesquisador (mestrando) e a orientadora asseguram a confiabilidade das informações obtidas e que os dados coletados serão utilizados exclusivamente como parte integrante de seu projeto de pesquisa do mestrado **“Estudo da utilização de antidepressivos pelos usuários da farmácia da clínica dos servidores da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte”** sob orientação da Professora SÉrgia Maria Starling Magalhães, o que implica em defesa pública da dissertação, publicação em revistas científicas e em encontros científicos da área.

Ciente da situação e de que esta pesquisa pode acarretar em melhorias no consumo de medicamentos antidepressivos pelos usuários da farmácia da clínica dos servidores da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, autorizo o acesso às prescrições e aos bancos de dados.


Armando Ferreira Correa Filho
Farmacêutico Responsável da CLISERV