

**Universidade Católica de Santos**

**Mestrado em Saúde Coletiva**

**Uso de Antidepressivos pela população da Cidade de São Paulo**

**MARCELA POTRICH PELUFFO**

**Santos**

**2014**

**Universidade Católica de Santos**

**Mestrado em Saúde Coletiva**

**Uso de Antidepressivos pela população da Cidade de São Paulo**

**MARCELA POTRICH PELUFFO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como, requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas e Práticas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli.

**Santos**

**2014**

Dados Internacionais de Catalogação  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos  
*SibiU*

---

P393u Peluffo, Marcela Potrich

Uso de antidepressivos pela população da Cidade de São Paulo. / Marcela Potrich Peluffo ; orientador Prof.º Dr.º Sérgio Baxter Andreoli. – Santos : [s.n.], 2014.

55 f. ; (Dissertação de Mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

1. Depressão. 2. Antidepressivos. 3. Utilização. 4. Psicotrópicos. 5. CIDI. 6. Diagnóstico psiquiátrico. 7. DSM - IV I. Andreoli, Sérgio Baxter. II. Universidade Católica de Santos. III. Uso de antidepressivos pela população da cidade de São Paulo.

---

CDU MON 614(043.3)

**Universidade Católica de Santos**

**Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa**

**Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva**

**Coordenador Geral de Pós Graduação e Pesquisa**

Prof. Dr. Fernando Fernandes da Silva

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli

## **Uso de Antidepressivos pela população da Cidade de São Paulo**

Este trabalho de dissertação faz parte do Projeto: “Transtorno de estresse pós-traumático na Cidade de São Paulo: prevalência, comorbidade e fatores associados.”.

FAPESP: 2004/15039-0.

**Banca Examinadora:**

---

**Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Sérgio Baxter Andreoli - Orientador**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aylene Emília Moraes Bousquat**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Martin**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta tese aos meus pais, Hélió e Vânia por me apoiarem e tornar possível o meu estudo.

Aos meus irmãos, Hélió e Felipe por poderem ver o meu esforço quanto a minha formação e por eu ser o espelho de ambos.

Ao Felipe Ferreira, que de uma forma especial participou, teve paciência e colaborou com este processo.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador Dr. Sérgio Baxter Andreoli, pela oportunidade de trabalhar em seu projeto, por toda a paciência e atenção na hora de orientar.

As professoras Dra. Aylene Bousquat e Dra. Inês Quintana por enriquecessem meu conhecimento, sempre ajudando com as orientações para que o trabalho fosse concluído.

A professora Dra. Denise Martin, que sempre esteve por perto ajudando no meu crescimento.

A aluna de iniciação científica Aline Cacozzi, por ter participado de todo o andamento do projeto e me ajudar com o programa de estatística.

E a todas as pessoas que fizeram parte do meu crescimento intelectual.

## EPÍGRAFE

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)



## RESUMO

**PELUFFO**, Marcela Potrich. Uso de Antidepressivos pela população da Cidade de São Paulo. Santos, 2014, 53p. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva - UNISANTOS.

A Organização Mundial da Saúde estima a depressão como a terceira causa de incapacidade no ranking de todas as doenças, responsável por 4,3% de perda de anos de vida saudáveis (DALY). O transtorno depressivo prejudica a capacidade laboral de mais de 50% dos pacientes. Os tratamentos podem ser farmacoterapia, psicoterapia e, em alguns casos, o tratamento eletroconvulsivante. O objetivo deste estudo foi avaliar o uso de medicamentos antidepressivos em indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo na população da cidade de São Paulo, Brasil. Um estudo de corte transversal foi realizado com amostra probabilística, em multiestágios, da população da cidade de São Paulo, Brasil. Foram entrevistados 2536 indivíduos. As medidas incluíram diagnósticos psiquiátricos (CIDI 2.1) e o uso de medicamentos psicoativos, incluindo antidepressivos. As entrevistas foram realizadas entre Junho/2007 e Fevereiro/2008. As estimativas foram ajustadas para o efeito do desenho por meio da análise de amostras complexas. A prevalência de uso de medicação psicoativa em indivíduos com transtorno depressivo foi de 13%, 12,8% utilizando de medicação antidepressiva e 8% benzodiazepínicos, portanto com número grande de uso concomitante das duas medicações. Entre aqueles que fazem o uso de antidepressivos, 63% usam inibidores seletivos da recaptção de serotonina, 34% usam antidepressivo tricíclico e os outros 3% fazem o uso de inibidores seletivos da recaptção de noradrenalina e antidepressivos variados. O uso de medicamentos antidepressivos esteve associado ao sexo feminino (2,2; IC 95% 1,0 – 5,0), idade acima de 30 anos (2,7; IC 95% 1,1 – 6,5), ser viúvo ou divorciado ou separado não morando junto com o parceiro (2,0; IC 95% 1,0 – 4,2), com escolaridade acima de 13 anos (3,1; IC 95% 1,2 – 7,9). Foi concluído que há um grande caminho a ser percorrido em nosso país em relação às políticas de saúde mental. Avanços como a garantia de acesso aos medicamentos e profissionais qualificados já ocorreram, mas se mostram ainda insuficientes.

**PALAVRAS CHAVES:** Depressão; Utilização; Antidepressivos; Psicotrópicos; CIDI; Diagnóstico psiquiátrico; DSM – IV.

## **ABSTRACT**

**PELUFFO**, Marcela Potrich. Antidepressants use by the population of the city of São Paulo. Santos, 2014, 53p. Master Thesis in Public Health - UNISANTOS.

The World Health Organization estimated depression as the third cause of disability in the ranking of all diseases, responsible for 4.3% loss of healthy life years (DALY). The depressive disorder impairs the ability to function, leading to deficiency in the production of more than 50% of patients. The treatment may be pharmacotherapy, psychotherapy, and in some cases electroconvulsive therapy. This study examined the prevalence of the use of antidepressant medications in the city of São Paulo, Brazil and is part of a large study Post-traumatic stress disorder on the São Paulo city: prevalence, comorbidity and associated factors. This is a one phase cross-sectional survey carried out in São Paulo, Brazil. A multistage probability to size sampling scheme was performed in order to select the participants (3000). The measurements included psychiatric diagnoses (CIDI 2.1), and psychoactive medications. The interviews were carried between June/2007 February/2008. The statistical analyses will be weight-adjusted in order to take account of the design effects. The frequency of use of psychoactive medications in individuals with depressive disorder 13%, 12,8% make use of antidepressant medication and 8% benzodiazepines, so with a large number of concurrent use of two medications. Among those who are using antidepressants, 63% use selective serotonin reuptake inhibitors, 34% use a tricyclic antidepressant and the other 3% make use of selective inhibitors of noradrenaline reuptake and various antidepressants. Was associated with the use of antidepressant medications females (2,7; IC 95% 1,5 – 4,9), age over 30 years, being widowed or divorced or separate without living with the partner, with schooling above 13 years. It was concluded that there is a great way to go in our country in relation to mental health policies. Advances such as ensuring access to medicines and qualified professionals have already occurred, but show still insufficient.

**KEYWORDS:** Depression; Application; Antidepressants; Psychotropic; CIDI; Psychiatric diagnosis; DSM – IV.



## **LISTA DE TABELAS E QUADRO**

Quadro 1 - Medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central e periférico.

Quadro 2 - Medicamentos produzidos pela Fundação para remédio popular – FURP.

Tabela 1 – Descrição das características sociodemográficas (n=2536) e diagnóstico para transtorno depressivo no último ano.

Tabela 2 - Descrição das características sociodemográficas (n=2536) e diagnóstico para transtorno depressivo no último ano (incluindo distímia).

Tabela 3 – Uso de medicação psicoativa em indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo.

Tabela 4 - Descrição das características sociodemográficas (n=483) e o uso de medicação psicoativa em indivíduos com diagnóstico para transtorno depressivo no último ano.

Tabela 5 – Análise de regressão logística do uso ou não de antidepressivos, diagnóstico de transtorno depressivo e características demográficas.

Tabela 6 – Frequência do uso de medicamentos antidepressivos em indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo no último ano.

Tabela 7 – Profissional que prescreveu as drogas psicoativas.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AD = Antidepressivo.

ADT = Antidepressivos tricíclicos.

CAPS = Centro de Atenção Psicossocial.

CID – 10 = Classificação Internacional de Doenças, versão 10.

CIDI 2.1 = Composite International Diagnostic Interview.

COMARE = Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

DAF = Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

DALY = Anos de vida ajustados por incapacidade.

DSM IV = Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

ECT = Eletroconvulsoterapia.

FURP = Fundação de Remédio Popular.

IMAO = Inibidores da monoaminoxidase.

ISRN = Inibidores seletivos da recaptação de noradrenalina.

ISRS = Inibidores seletivos da recaptação de serotonina.

PNM = Política Nacional de Medicamentos.

RENAME = Relação Nacional de Medicamentos.

SNC = Sistema Nervoso Central.

SPSS 2.0 = Programa Statistical Package for Socil Sciences 2.0.

SRT = Serviços Residenciais Terapêuticos.

SUS = Sistema Único de Saúde.

## SUMÁRIO

Introdução.....	13
Transtorno depressivo.....	13
Tratamento farmacológico.....	15
Política Nacional de Medicamentos.....	19
Política Nacional de Saúde Mental .....	23
Objetivo.....	27
Objetivo Geral.....	27
Objetivo Específico .....	27
Metodologia .....	28
Desenho do Estudo .....	28
Amostra .....	28
Instrumentos.....	29
Procedimentos.....	29
Análise Estatística.....	31
Resultados.....	33
Discussão .....	41
Considerações Finais.....	45
Anexo .....	50
Anexo (A) .....	50
Anexo (B) .....	51

## 1 – INTRODUÇÃO

### 1.1 – O Transtorno Depressivo

O termo depressão só passou a ser usado em meados do século XX e com a elaboração da CID 6, passou a ser definida como uma doença mental caracterizada por tristeza, abatimento e desgosto de viver, acompanhado de um delírio ou uma ideia fixa. Nesta edição havia três tipos de transtorno depressivo, maníaco depressiva, melancolia evolutiva e depressão neurótica (TEIXEIRA, 2005). Wong e Licinio (2001) mais tarde definem o transtorno depressivo como um distúrbio afetivo comum, onde o indivíduo pode apresentar uma pré-disposição genética e fatores ambientais podem ainda contribuir.

O transtorno depressivo é considerado uma síndrome que tem como sintomas principais o humor triste e o desânimo, mas o indivíduo pode apresentar também alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Para o diagnóstico de transtorno depressivo os pacientes devem apresentar humor depressivo, redução da capacidade de realizar novas atividades que antes eram consideradas agradáveis, fadiga ou sensação de perda de energia, diminuição da capacidade de pensar ou tomar decisões. Além destes sintomas, os pacientes geralmente apresentam sintomas fisiológicos, tais como, alteração de sono, apetite, redução do interesse sexual e alterações no comportamento, tais como: retraimento social, crises de choro, comportamento suicida, retardo psicomotor ou agitação e lentidão para executar diversas atividades (DEL PORTO, 1999; DALGALARRONDO, 2008).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV),

*Uma perturbação proeminente e persistente do humor predomina no quadro clínico e se caracteriza por um dos seguintes quesitos (ou ambos): humor depressivo, ou interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades; humor elevado, expansivo ou irritável. Existem evidências, a partir da história, exame físicos ou achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Ajustamento*

*Com Humor Depressivo, em resposta ao estresse de ter uma condição médica geral). A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírio. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. São especificadas por tipo:*

*Com Características Depressivas: se o humor predominante é depressivo, mas não são satisfeitos todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior. Com Episódio Tipo Depressivo Maior: se são satisfeitos todos os para um Episódio Depressivo Maior. Com Características Maníacas: se o humor predominante é elevado, eufórico ou irritável. Com Características Mistas: se há presença de sintomas tanto de mania quanto de depressão, sem predomínio de nenhum deles*

(DSM-IV-TR, 2002).

Diversos fatores podem contribuir para o surgimento desta síndrome, tais como, fatores biológicos, genéticos e neuroquímicos, mas também, com muita frequência, podem surgir decorrentes de perdas significativas de pessoas, emprego, moradia, status socioeconômico (DALGALARRONDO, 2008). Com o decorrer dos anos neurocientistas têm apresentado novas descobertas para alterações cerebrais na depressão que podem estar associados com eventos ocorridos na vida do paciente. Os traumas ocorridos na infância podem ter um impacto estressante, e estão relacionados ao início precoce dos sintomas depressivos, curso crônico da doença, episódios recorrentes e taxas mais baixas de reemissão e recuperação (SAVEANU, 2012).

O transtorno depressivo atinge 5% da população geral (EATON, 2009) é uma das principais causas de incapacidade, responsável por 4,3% dos dias perdidos de vida saudável (DALY), a terceira causa de incapacidade no ranking de todas as doenças (WHO, 2004). 8,9% da população dos países com renda alta apresentam transtorno depressivo e os países com renda baixa 4,1% (USTUN e col, 2012). O transtorno depressivo leva à deficiência na produção em mais de 50% dos pacientes, limitando o funcionamento físico, pessoal e social do indivíduo tanto quanto os pacientes que apresentam doenças cardio vasculares, passam mais tempo no leito



que os diabéticos, hipertensos, pacientes com artrite ou doença pulmonar crônica (DUBOVSKY, 2004).

No geral, os transtornos de humor, incluindo os depressivos, ocorrem com mais frequência em mulheres do que em homens, na razão de 3,9 vezes, está relacionado a ter antecedente familiar com transtorno mental e ter sofrido dois ou mais eventos traumáticos de qualquer natureza ao longo da vida (ANDREOLI e col, 2012). Este uso excessivo também pode estar associado, com o aumento de idade, renda, apresentam mais transtornos afetivos e procuram com mais frequência o serviço de saúde. Seis vírgula cinco por cento da população brasileira faz o uso de drogas psicotrópicas, sendo que 3,1% são homens e 9,1% são mulheres (RIBEIRO, 2013). Estes resultados são semelhantes aos encontrados em países como Chile 6,4%, EUA 5,5%, Inglaterra 3,5%, Canadá 7,2% (QUINTANA e col , 2013).

O tratamento do transtorno depressivo pode ser farmacológico, psicoterápico e, em quadros clínicos refratários, é utilizada a eletroconvulsoterapia. O Instituto Nacional de Excelência Clínica (2003), não recomenda o uso de fármacos antidepressivos (AD) no tratamento inicial de depressão leve, em vez disso, preconiza o tratamento psicossocial ou alguma forma de psicoterapia. Já nos casos de depressão moderada a grave, os AD são recomendados de preferência em combinação com a psicoterapia (EBMEIER, 2006).

## **1.2 - Tratamento farmacológico**

A principal teoria da depressão surgiu em 1965, chamada de hipótese das monoaminas afirma que a depressão é resultante de um déficit de neurotransmissores monoaminérgicos, principalmente noradrenalida e serotonina no sistema nervoso central (SNC) (MARQUES, 2013). Abordagens mais atuais focam em outros mediadores, vias de transdução de sinal, fatores de crescimento entre outras coisas, mas as teorias permanecem imprecisas (RANG E DALE, 2003).

No paciente com transtorno depressivo há uma redução da liberação de neurotransmissores na fenda sináptica e o organismo se defende aumentando o número de receptores. Ao iniciar o tratamento, com qualquer medicamento antidepressivo, haverá um excesso de receptores na fenda sináptica e

neurotransmissores. É assim que temos os efeitos indesejados mais aparentes no início do tratamento, em um período de 15 a 20 dias, os efeitos indesejados já começam a diminuir, pois já ocorrerá o processo de regulação e os efeitos terapêuticos começam aparecer (MARQUES, 2013).

Os antidepressivos são tradicionalmente classificados de acordo com a sua estrutura ou seu efeito sobre os neurotransmissores e os receptores (DUBOVSKY, 2004). Pertencem as seguintes categorias: Inibidores da captura de monoaminas (Antidepressivos tricíclicos - ADT, Inibidores seletivos da recaptação de serotonina – ISRS), Inibidores da monoaminoxidase (IMAO) e estabilizadores do humor.

- **Inibidores da captura de monoaminas:**

- Os antidepressivos tricíclicos (ADT), apresentam uma relação estrutural com os fenotiazínicos e foram inicialmente produzidos em 1949. Seu mecanismo de ação é dado pelo bloqueio da recaptação de serotonina e noradrenalina e interferência na recaptação de dopamina. São fármacos bastante eficazes, porém causam bastante efeitos adversos como, hipotensão ortostática, cardiotoxicidade, efeitos anticolinérgicos, retenção urinária, boca seca, visão borrosa, déficit cognitivo. E por bloquearem os receptores de histamina causam sonolência e ganho de peso (RANG E DALE, 2003).

- Os inibidores da recaptação de serotonina (ISRS), possui a capacidade de bloquear a recaptação de serotonina com maior seletividade pela captura de serotonina (5 – HT) em relação a noradrenalina. Sua vantagem se dá pelo fato de não apresentarem atividade anticolinérgica, em caso de superdosagem não são tóxicos e não tem efeitos cardiotoxicos. No tratamento da depressão moderada são mais eficazes que os ADTs e os IMAOS. Possuem uma meia-vida longa e os efeitos adversos são: náusea, vômito, anorexia, insônia, perda do libido (RANG E DALE, 2003).

- **Inibidores da monoaminoxidase:**

- Os inibidores da monoaminoxidase (IMAO), foram os primeiros antidepressivos introduzidos. Seu mecanismo de ação é dado pela inibição da captura de monoaminas (MAO) aumentando a concentração das mesmas

(noradrenalina, dopamina, serotonina) na fenda sináptica. Existem dois tipos de IMAOs: os reversíveis e os irreversíveis. Os reversíveis (ex: moclobemida) são bem tolerados pelo organismo e possuem pouca interação com alimentos, porém são menos eficazes. Já os irreversíveis e não seletivos (ex: trinitilcipromina), são capazes de bloquear irreversivelmente as enzimas MAO-A e MAO-B levando ao acúmulo e toxicidade. Embora sejam medicamentos bastante eficazes na depressão é necessário cuidado, pois não podem ser utilizados concomitantemente com alimentos ricos em tiramina por desencadear uma crise hipertensiva (RANG E DALE, 2003).

- **Outros antidepressivos:**

- Outros antidepressivos, tais como, mianserina, bupropiona, trazodona são compostos com efeito bloqueador não-seletivo de receptor e suas ações antidepressivas são mal compreendidas (RANG E DALE, 2003).

- **Estabilizador de Humor:**

- Os fármacos estabilizadores do humor são usados para controlar as oscilações de humor características da doença maníaco-depressiva (bipolar). O lítio é o mais utilizado, mas recentemente os fármacos antiepiléticos, tais como, a carbamazepina, o valproato e a gabapentina também se mostram eficazes e possuem menos efeitos colaterais. Estes fármacos impedem as oscilações do humor e assim reduzem tanto a fase da depressão como a de mania da doença. São administrados por longos períodos e seus efeitos benéficos demoram de 3-4 semanas para se desenvolver (RANG E DALE, 2003).

O tratamento medicamentoso deve ser mantido por um período mínimo de dois a seis meses após a remissão dos sintomas, isso porque, sabe-se que um terço dos pacientes com remissão inicial recaí no primeiro ano. Para prevenir recaída o tratamento contínuo varia entre 4 a 12 meses. Sendo assim, é de extrema importância a fase de manutenção do tratamento, pois ajuda a diminuir em até 50% a chance de recaída quando comparado com o placebo. O motivo pelo qual o paciente tende a abandonar o tratamento é que com uma ou duas semanas um pouco mais já se observa melhora clínica, e, por sentir-se melhor, o indivíduo acha

que não é mais necessário o tratamento. (MARQUES, 2013; EBMEIER, 2006; SOUZA, 1999).

### **Eletroconvulsoterapia**

O uso de convulsões induzidas como terapia para transtornos psiquiátricos surgiu nos anos 30 e sua eficácia no tratamento de depressão grave foi confirmada. Eletroconvulsoterapia (ECT), em seres humanos, envolve estimulação por eletrodos colocados em cada lado da cabeça, com o paciente sob anestesia superficial, paralisado com um fármaco bloqueador neuromuscular de modo a evitar lesões físicas e sob ventilação assistida. Recentemente foi introduzida uma técnica envolvendo estimulação magnética transcraniana, que não necessita dessas preocupações. Testes controlados mostraram que a ECT é pelo menos tão eficaz quanto os fármacos ADS, parece ser o tratamento mais eficaz para o tratamento de depressão grave. Sua principal desvantagem é que com frequência causa confusão e perda da memória por dias ou semanas (RANG E DALE, 2003; EBMEIER, 2006).

### **1.3 – Política Nacional de Medicamentos**

Com o passar dos anos o Sistema Único de Saúde (SUS), sofreu mudanças e ampliações na direção de garantir o acesso e assistência á saúde. Algumas dessas mudanças podem ser notadas em relação á Assistência Farmacêutica, que foi reorganizada para aumentar a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos considerados essenciais (OLIVEIRA e col, 2010; OLIVEIRA M. A. e col, 2007).

Vieira em 2010, cita que no Brasil “... Assistência Farmacêutica tem um poder amplo para gerenciar atividades, multiprofissional e intersetorial, que possuem como objetivo de trabalho a organização das ações e serviços ligados ao medicamentos, principalmente em relação ao paciente e a comunidade a fim de promover a saúde” (MARIN et al, 2003).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), definida pela Portaria n. 3916, de 30 de outubro de 1998, tem como propósito de garantir segurança, eficácia, qualidade dos medicamentos e determina ainda a resposabilidade da Assistência Farmacêutica em apoiar as ações de saúde demandadas pela comunidade e o abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição) (OLIVEIRA e col, 2010; OLIVEIRA M. A. e col, 2007; VIEIRA F.S, 2010).

Uma das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos é a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que tem como objetivo promover a regulação sanitária dos medicamentos, descentralização da assistência farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos, o desenvolvimento científico e tecnológico e promoção da produção de medicamentos (OLIVEIRA e col, 2010; OLIVEIRA M. A. e col, 2007).

A Portaria GM n. 1.254, de 29 de Julho de 2005, define que a revisão da RENAME deve ser realizada pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (COMARE) coordenadas pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), da Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. O objetivo desta Comissão é avaliar sistematicamente a relação de medicamentos e demais produtos farmacêuticos da RENAME se necessário indicando alterações, a

fim de selecionar os mais adequados medicamentos para atender as necessidades prioritárias da maioria da população.

A RENAME possui um caráter norteador, não é uma lista obrigatória nos serviços de saúde. Para o Sistema Único de Saúde, ela consiste apenas em uma lista de referência para oferta, prescrição e dispensação de medicamentos. Assim, nem todos os medicamentos da RENAME tem financiamento definido pelo SUS. A diversidade de listas confunde o usuário sobre o que ele encontrará no serviço de saúde (VIEIRA F.S, 2010).

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde publicou o documento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, reforçando a assistência farmacêutica como parte essencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Recorde-se que a Assistência Farmacêutica é parte do cuidado individual ou coletivo, sendo o medicamento o insumo essencial, com acesso garantido e defendendo o uso racional (BRASIL, 2004).

A Assistência Farmacêutica ambulatorial que possui a responsabilidade de dispensar o medicamento direto aos pacientes para o uso em suas residências. É exercida por instituições públicas estatais, vinculadas as Secretarias de Saúde estaduais e municipais. Devido à política de descentralização do SUS, a esfera municipal ficou responsável por selecionar, programar, adquirir, armazenar, distribuir, prescrever e dispensar medicamentos (VIEIRA F. S, 2010). Com exceção dos medicamentos de alto custo que são das outras esferas.

A Organização Mundial da Saúde afirma a importância do financiamento para os sistemas de saúde, pode vir a determinar se os indivíduos podem obter atenção à saúde e se enfrentarão algumas dificuldades financeiras como resultado da obtenção deste cuidado e, assim o desenho e a implementação de um sistema de financiamento são essenciais para uma cobertura universal.

O processo de financiamento da Assistência Farmacêutica para todas as atividades descritas na PNM é feito através do financiamento tripartite, com a definição de valores per capita por ano alocado pelas esferas do governo União, estado, Distrito Federal e municípios. Os recursos são repassados as secretarias municipais e/ou estaduais de saúde ou ainda pela aquisição centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde. Alguns Estados contam com os

laboratórios farmacêuticos públicos, que produzem e distribuem para os municípios beneficiários de alguns programas de saúde (VIEIRA F.S, 2010).

A proposta de Assistência Farmacêutica que as leis e portarias delimitam, contribui para uma melhor organização dos Estados e municípios. Porém, a realidade é que a Assistência Farmacêutica passa por problemas de organização e financiamento que acabam comprometendo o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais (OLIVEIRA e col, 2010). As estratégias que melhor funcionam são as que conseguem universalizar o acesso, contendo os custos e melhorando a eficiência na demanda dos recursos (VIEIRA, ZUCCHI, 2013).

A lista de medicamentos para a síndrome depressiva da RENAME incluída especificamente no grupo de medicamentos que atuam no Sistema nervoso central e periférico é apresentada no Quadro 1.

**Quadro 1 - Medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central e periférico**

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO	CLASSE TERAPÊUTICA
Haloperidol	Comprimido 1 mg e 5 mg Solução oral 40 mg/mL Solução injetável 5 mg/mL	Antipsicóticos e adjuvantes
Decanoato de haloperidol	Solução injetável 50 mg/mL	
Risperidona	Comprimido 1 mg e 3 mg Solução oral 1 mg/mL	
		Ansiolíticos e hipnosedativos
Cloridrato de clomipramina	Comprimido 10 mg e 25 mg	
Diazepam	Comprimido 10 mg e 25 mg Solução injetável 5 mg/mL	
		Anticonvulsivantes
Carbamazepina	Comprimido 200 mg Suspensão oral 20mg/mL	
Clonazepam	Solução oral 2,5 mg/mL	
Diazepam	Solução injetável 5 mg/mL	
Fenitoína/Fenitoína sódica	Comprimido 100 mg Suspensão oral 20 mg/mL Solução injetável 50 mg/mL	
Fenobarbital/Fenobarbital sódico	Comprimido 100 mg Solução oral 40 mg/mL Solução injetável 100 mg/mL	
Sulfato de magnésio	Solução injetável 50% (4,05 mEq/mL Mg <sup>2+</sup> .)	
Valproato de sódio/Ácido valpróico	Cápsula ou comprimido 288 mg (equivalente a 250 mg ácido valpróico) Comprimido 576 mg (equivalente a 500 mg ácido valpróico) Solução oral ou xarope 57,654 mg/mL (equivalente a 50 mg ácido valpróico/mL)	
		Antidepressivos e estabilizadores de humor
Cloridrato de amitriptilina	Comprimido 25 mg	
Carbamazepina	Comprimido 200 mg Suspensão oral 20 mg/mL	
Cloridrato de clomipramina	Comprimido 10 mg e 25 mg	
Cloridrato de fluoxetina	Cápsula/comprimido 20 mg	
Cloridrato de nortriptilina	Cápsula 10 mg, 25 mg, 50 mg e 75 mg	
Carbonato de Lítio	Comprimido 300 mg	
Valproato de sódio/Ácido valpróico	Cápsula ou comprimido 288 mg (equivalente a 250 mg ácido valpróico) Comprimido 576 mg (equivalente a 500 mg ácido valpróico) Solução oral ou xarope 57,624 mg/mL (equivalente a 50 mg ácido valpróico)	

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME – 7. Ed. – Brasília, DF, 2010.



### **1.3.1 – Política Nacional de Saúde Mental**

Em 2001 a Lei nº 10.216, definiu-se a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, a defesa dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, o combate ao estigma, o cuidado com a saúde mental por meio de dispositivos extra-hospitalares e sua inclusão na atenção básica (BRASIL, 2001).

Atualmente a Política Nacional de Saúde Mental é marcada por uma linha assistencial, houve a inserção de serviços que substituíssem os hospitais psiquiátricos. Sendo assim foram introduzidos serviços comunitários, que hoje estão disponíveis na rede pública os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) com a principal função de inclusão social do indivíduo com algum sofrimento psiquiátrico (WETZEL, 2004).

Após a promulgação desta lei e das mudanças que ela gerou nas políticas e práticas de saúde mental, foram editadas novas portarias e entre elas a Portaria GM/MS 1.007, de 24 de agosto de 1999, que garante a instituição do Programa de Aquisição de Medicamentos Essenciais para a Saúde Mental seguindo o princípio da descentralização. Em 1995, o Programa Dose Certa iniciou suas atividades que consiste no fornecimento de medicamentos para os municípios do Estado de São Paulo (BRASIL, 2013).

A seleção dos medicamentos obedece aos critérios usando como referência a Lista de Medicamentos da Organização Mundial da Saúde (FILGUEIRAS, 2012). Após ampla discussão para melhorar o Programa de Assistência Farmacêutica na área de Saúde Mental, houve a formulação do Programa Estadual de Assistência Farmacêutica na Área de Saúde Mental – Programa Dose Certa para o Estado de São Paulo (MULERO, 2009). Com o objetivo de reduzir as consequências que os transtornos mentais trazem para os indivíduos e favorecendo a reinserção social. O programa disponibiliza a distribuição gratuita de medicamentos para o controle de transtornos mentais. Os produtos em sua maioria são fabricados pela FURP e entregues para os municípios, sem intermediários, porém, dos 67 medicamentos que compunham o Programa Dose Certa em 2010 (Quadro 2), 36 eram produzidos pela FURP. Os outros 31 medicamentos não produzidos pela FURP fazem parte do Programa de Saúde Mental e são adquiridos pelo Ministério da Saúde, armazenados e distribuídos pela FURP (FILGUEIRAS, 2012).

O Brasil nos últimos anos investiu apenas 2,5% do orçamento federal da saúde em políticas e práticas de saúde mental, países da região europeia gastam mais de 5% do seu orçamento em saúde mental. Isso mostra o quanto o financiamento é responsável pela falha no tratamento dos indivíduos, faz com que indivíduos que possuem algum transtorno mental não sejam tratados. É necessário saber onde e como esses investimentos são gastos, se eles oferecem efetividade para as políticas de saúde (GONÇALVEZ, 2012).

O Estado de São Paulo possui um sistema público de atendimento psiquiátrico que garante o atendimento e o acesso à medicação de diversas classes farmacêuticas. O objetivo desta pesquisa é estudar o uso de medicamentos antidepressivos em indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo na população da cidade de São Paulo.

Quadro 2 - Medicamentos produzidos pela Fundação para remédio popular – FURP

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
Aciclovir	200mg capsula
Ácido valproico*	250mg
Amitriptilina, cloridrato*	25 mg
Amoxicilina	250 mg/ml pó para suspensão oral
Amoxicilina	500 mg cápsula
Benzilpenicilina benzatina	1.200.000 ui injetável
Benzilpenicilina procaína + potássica injetável	
Biperideno	2 mg
Biperideno	5mg/ml
Captopril	25 mg comprimido
Carbamazepina**	200mg
Carbonato de lítio*	300mg
Cefalexina	125 mg/5 ml pó para suspensão oral
	500 mg cápsula
Cimetidina	200 mg comprimido
Clomipramina*	25 mg
Clonazepan*	2 mg
Clorpromazina*	100mg
Clorpromazina, cloridrato*	25 mg
Dexametasona	1 mg/g creme
Diazepam**	10 mg comprimido
Diclofenaco sódico	50 mg comprimido revestido
Digoxina	0,25 mg comprimido
Dipirona	500 mg/ml gotas
Diu – dispositivo intra-uterino	
Estradiol valerato + noretisterona anantato	5 mg + 50 mg – injetável mensal
Etinilestradiol + levonorgestrel	0,03 mg + 0,15 mg - pílula combinada
Fenitoína**	100 mg comprimido
Fenobarbital*	100 mg comprimido
Fita proteinúria	
Fluoxetina, cloridrato*	20mg
Furosemida	40 mg comprimido
Glibenclamida	5 mg comprimido
Haloperidol*	2 mg/ml sol. Oral
	5mg comprimido
	5mg/ml inj. 1ml
Haloperidol decanoato*	70,52mg/ml inj. 1ml
Hidroclorotiazida	25 mg comprimido
Imipramina, cloridrato*	25mg
Levomepromazina*	4% sol. Oral
Levonorgestrel	0,75 mg
Mebendazol	100 mg comprimido
Mebendazol	2% suspensão oral
Medroxiprogesterona acetato	150 mg - ampola
Metildopa	250 mg comprimido revestido
Metoclopramida	10 mg comprimido
Metronidazol	250 mg comprimido
Metronidazol	40 mg/ml suspensão oral
Metronidazol	500 mg/5 g geléia vaginal
Miconazol creme vaginal - bisnaga	
Naltrexona	50 mg
Nifedipina	20 mg comprimido revestido
Nistatina	100.000 ui/4 g creme vaginal
Nitrazepan*	5mg
Nitrofurantoina	100 mg capsula
Noretisterona	0,35 mg
Nortriptilina*	25 mg
Paracetamol	200 mg/ml solução oral
Polivitamínico gotas	
Prometazina cloridrato	25mg
Propranolol	40 mg comprimido
Sais para reidratação oral	

Salbutamol	100mcg dose aerosol
Sertralina*	50 mg
Sulfametoxazol + trimetoprima	Suspensão oral 100ml
Sulfametoxazol + trimetoprima	400:80 mg comprimido
Sulfato ferroso gotas	
Tiamina, cloridrato	300mg
Tioridazina*	100
<b>*Medicamentos distribuídos pela FURP para o Programa de Saúde Mental.</b>	
<b>**Medicamentos produzidos pela FURP para o Programa de Saúde Mental.</b>	

Fonte: Fundação para o remédio popular – ‘Chopin Tavares de Lima’ – FURP. Governo do Estado de São Paulo, 2013.

## **2. OBJETIVO:**

### **2.1. Objetivo geral:**

Estudar o uso de medicamentos antidepressivos em indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo na população da cidade de São Paulo, Brasil.

### **2.2. Objetivo específico:**

Analisar os fatores demográficos associados aos indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo.

Analisar os fatores demográficos associados ao uso de antidepressivos em indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo.

Estimar a prevalência do uso das medicações psicotrópicas pelos indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo.

Estudar uso das medicações antidepressivas pelos indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo, segundo o tipo de medicação e profissional que prescreveu.

### **3. METODOLOGIA:**

#### **3.1. Desenho do Estudo:**

O estudo utiliza o desenho de corte transversal e faz parte de um estudo denominado, “Violência e transtorno de estresse pós-traumático em São Paulo e Rio de Janeiro, Brasil: protocolo para um estudo epidemiológico e levantamento genético”. Disponível para acesso online (Andreoli e col, 2009). A amostra probabilística da população geral da cidade de São Paulo foi coletada entre Julho de 2007 e Fevereiro de 2008.

#### **3.2. Amostra:**

Amostra representativa da população da cidade de São Paulo foi selecionada a partir de amostragem estratificada em multi-estágios. A cidade foi estratificada por distritos administrativos, classificados segundo seu grau de violência, utilizando, para isso, o índice de homicídios na região. A partir do ranking das taxas de violência, os distritos foram agrupados em ordem crescente. Em cada grupo, foram sorteados dois distritos, cinco setores censitários por distrito, uma rua por setor e uma casa por rua. A casa sorteada serviu de referência para a seleção das demais, seguindo o sentido horário (para rua), ou de baixo para cima (para prédios) ou de frente para trás (vilas e/ou terrenos com várias casas), consecutivamente de três em três, até completar o número de sujeitos previsto para o estrato. Em cada casa, foi sorteado um indivíduo com 15 ou mais anos de idade. O tamanho da amostra em cada estrato foi proporcional ao número de habitantes com 15 anos ou mais, estimado com base em dados da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo. Nos primeiros três estratos de distritos mais violentos foram duplicados a proporção ideal, de forma a superamostrar a região. Considerando o tamanho da população da cidade, as prevalências estimadas dos transtornos mentais, o nível de confiança de 95%; a duplicação das amostras em áreas violentas e 20% de perda, o tamanho total da amostra foi calculado em 3000 pessoas.

### **3.3. Instrumentos:**

O questionário sócio-demográfico foi desenvolvido especificamente para este estudo, com questões sobre idade, sexo, estado civil, profissão/ocupação, escolaridade, renda, etnia, história de migração, histórico familiar de doença mental, condições de moradia, a escolha do indivíduo que seria entrevistado foi feita através da Tabela de Kish.

O Composite International Diagnostic Interview (CIDI) versão 2.1, é uma entrevista padronizada e estruturada que fornece diagnóstico psiquiátrico através de algoritmos informáticos de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria, 4<sup>a</sup> edição (DSM IV) e CID - 10 (WHO,1997). A versão brasileira do CIDI 2.1 foi traduzida e validada por (QUINTANA e col, 2004; QUINTANA e col, 2007).

O uso de medicamentos psicotrópicos foi avaliado através da pergunta: “Você tomou algum medicamento para os nervos, problemas emocionais, para convulsão, psicológicos ou psiquiátricos no último ano?”. Se positivo, o indivíduo era questionado sobre o tipo de medicação que foi usada, qual profissional prescreveu e uso no último mês. Cartões auxiliares foram apresentados ao entrevistado, contendo informações sobre nome comercial e genérico dos medicamentos psicotrópicos disponíveis no mercado brasileiro, especialidades médicas, profissionais de saúde, e formas de obtenção das medicações. As drogas psicotrópicas foram classificadas primeiramente pelo seu grupo farmacológico, mas levando em conta sua indicação clínica principal. A listagem completa das drogas investigadas encontra-se no anexo 1. A variável diagnóstica foi avaliada através do DSM – IV, selecionada para o período o uso de medicamentos psicotrópicos durante o último ano.

### **3.4. Procedimentos:**

O Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística foi responsável por realizar o trabalho de campo.

A formação da equipe de trabalho de campo foi de responsabilidade dos autores principais do estudo. Houve um curso de formação com módulo prático e teórico de 30 horas, seguido por um estudo piloto. Reunião semanalmente para

esclarecer dúvidas. Distribuição de um manual de procedimentos de operação padronizado que abrange todos os detalhes do trabalho de campo.

As etapas para execução do projeto são relacionadas a seguir:

1. Elaboração de Protocolo de Estudo: com base nos questionários definidos para utilização no estudo, foi elaborado um protocolo para padronização das entrevistas;

2. Contratação de entrevistadores;

3. Treinamento: o treinamento dos entrevistadores foi feito pelos autores do projeto, em parceria com o Centro de Treinamento CIDI do Brasil. Este Centro é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde;

4. Trabalho de Campo: as entrevistas foram realizadas nos domicílios selecionados a partir do procedimento de amostragem. Foram contratados supervisores de trabalho de campo para gerenciamento do trabalho e reversão de recusas;

5. A Consolidação de Banco de Dados: os questionários preenchidos foram encaminhados para dupla digitação. Os dados provenientes do CIDI tiveram os diagnósticos gerados a partir de programa estatístico desenvolvido para rodar em SPSS, programa desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde e que gera diagnósticos baseados na CID-10;



### 3.5. Análise Estatística:

O Programa Statistical Package for Social Sciences 20 (SPSS) foi utilizado para as análises estatísticas. A prevalência do uso de medicamentos antidepressivos no último ano em pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo foi estimada em intervalos de confiança de 95 %. A variável diagnóstica do último ano foi utilizada com o nível de medida categórica de duas formas, primeira com três categorias: transtorno depressivo, outros transtornos mentais, sem transtorno mental. Segunda com duas categorias, com ou sem transtorno depressivo. A variável sobre o uso de medicação no último ano foi utilizada como nível de medida categórica de três formas: primeiro em três categorias (usa antidepressivo, usa outra medicação psicotrópica, não usa medicação psicotrópica); segundo com duas categorias (usa ou não antidepressivos) e em terceiro em sete categorias (uso de Antidepressivo Tricíclico, Antidepressivos variados, Inibidor seletivo de recaptação de Serotonina - ISRS, Inibidor seletivo de recaptação de Noradrenalina - ISRN, Inibidor da Monoamino oxidase - MAO, Psicotrópicos, não usa psicotrópicos).

Análise descritiva: tabela de contingência associando o diagnóstico de transtorno depressivo (dicotômico) com as variáveis demográficas (nível de medida categórica), com o Qui-quadrado como teste de hipótese e Teste t para as variáveis com o nível de medida numérico.

Análise descritiva: tabela de contingência associando o diagnóstico de transtorno depressivo (policotômico) com as variáveis demográficas (nível de medida categórica), com o Qui-quadrado como teste de hipótese e análise de variância para as variáveis com o nível de medida numérico.

Análise do uso de medicamento antidepressivo (policotômico), entre os pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo, associados aos fatores demográficos: tabela de contingência de uso de medicamentos e variáveis demográficas utilizando teste Qui-quadrado.

Análise do uso de medicamento antidepressivo, entre os pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo: tabela de contingência com a frequência de uso de medicamentos antidepressivos (duas, três e sete categorias).

Análise do uso de medicamento antidepressivo, entre os pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo e que fazem o uso de medicamentos antidepressivos: tabela de contingência com a frequência de uso de medicamentos antidepressivo (sete categorias).

Análise do uso de medicamento antidepressivo e características, tais como quem prescreveu: tabela das características e uso de medicamento (sete categorias) dos indivíduos que fazem o uso de medicamentos antidepressivos.

Regressão logística, com variáveis dependentes o uso ou não de antidepressivos e variáveis independente: diagnóstico na forma de três categorias e as demográficas que mostraram significância estatística menor ou igual 0,10 nas análises descritivas.

#### 4. RESULTADOS

Da amostra selecionada para o estudo foram entrevistados 2536 indivíduos, 74,3% dos participantes eram mulheres com diagnóstico de transtorno depressivo no último ano, 41,0% são casadas e moram com o parceiro. Trinta e sete vírgula nove por cento possui em média 38 anos de idade (Max: 75; Min: 15), a maioria, 39,5%, estudou em média nove a doze anos (Tabela 1). Comparando os indivíduos que possuem um diagnóstico de transtorno depressivo com os indivíduos sem diagnóstico, temos mais mulheres, 63% têm entre 30 e 59 anos, 53% tem mais do que nove anos de estudo. Os indivíduos viúvos, divorciados e separados possuem mais transtorno depressivo que os indivíduos que nunca se casaram e moram sozinhos ( $\chi^2 = 10,2$ ,  $gl = 3$ ,  $p \leq 0,05$ ). A única diferença que não se mostrou significativa foi a renda média da família e ter ou não diagnóstico de depressão no último ano ( $\chi^2 = 3,0$ ,  $gl = 5$ ).

**Tabela 1 - Descrição das características sociodemográficas (n=2536) e diagnóstico para transtorno depressivo no último ano.**

Variáveis	Diagnóstico de transtorno depressivo no último ano (incluindo distímia)				TOTAL
	SIM		NÃO		
	N	%	N	%	
<b>Sexo **</b>					
Masculino	124	25,7	972	47,3	1096
Feminino	359	74,3	1081	52,7	1440
	483		2053		
<b>Idade **</b>					
15 – 29	148	30,6	703	34,2	851
30 – 44	183	37,9	690	33,6	873
45 – 59	124	25,7	421	20,5	545
60 – 75	28	5,8	239	11,6	267
	483		2053		
<b>Escolaridade *</b>					
0 – 4	89	18,4	499	24,3	588
5 - 8	139	28,8	567	27,6	706
9 – 12	191	39,5	763	37,2	954
13 ≥	64	13,3	224	10,9	288
	483		2053		
<b>Estado Civil *</b>					
Casado morando junto	198	41,0	861	41,9	1059
Viúvo, divorciado, separado, nunca casou morando junto	69	16,4	287	14,0	366
Nunca se casou e não mora junto	123	25,5	636	31,0	759
Viúvo, divorciado, separado, não morando junto.	83	17,2	269	13,1	352
	483		2053		<b>2536</b>
<b>Renda média da família (R\$)</b>					
0 – 500	91	20,5	359	19,7	450
501 - 800	93	21,0	414	22,8	507
801 - 1000	49	11,1	210	11,6	259
1001 - 1500	73	16,5	308	16,9	381
1501 - 2500	64	14,4	280	15,4	344
2500 ≥	73	16,5	247	13,6	320
	443		1818		<b>2261</b>

\*p≤ 0,05 \*\*p≤0,01

Na Tabela 2, estão descritas as características sociodemográficas e o diagnóstico de transtorno depressivo no último ano, entre os grupos de indivíduos sem diagnóstico, com diagnóstico psiquiátrico e diagnóstico de depressão. As características do grupo de diagnóstico de depressão são semelhantes às da Tabela 1, com exceção da escolaridade, de modo que o grupo com mais de 13 anos de estudo ( $\chi^2 = 12,0$ ,  $gl = 6$ ,  $p \leq 0,05$ ) tem mais diagnóstico de transtorno depressivo.

**Tabela 2 - Descrição das características sociodemográficas (n=2536) e diagnóstico para transtorno depressivo no último ano (incluindo distímia).**

Variáveis	Diagnóstico de transtorno depressivo no último ano (incluindo distímia)						TOTAL
	Sem diagnóstico		Diagnóstico psiquiátrico		Diagnóstico de depressão		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexo **</b>							
Masculino	853	49,8	119	34,9	124	25,7	1096
Feminino	859	50,2	222	65,1	359	74,3	1440
	1712		341		483		
<b>Idade **</b>							
15 - 29	575	33,6	128	37,5	148	30,6	851
30 - 44	581	33,9	109	32,0	183	37,9	873
45 - 59	343	20,0	78	22,9	124	25,7	545
60 - 75	213	12,4	26	7,6	28	5,8	267
	1712		341		483		
<b>Escolaridade *</b>							
0 - 4	412	24,1	87	25,5	89	18,4	588
5 - 8	474	27,7	93	27,3	139	28,8	706
9 - 12	624	36,4	139	40,8	191	39,5	954
13 ≥	202	11,1	22	6,5	64	13,3	288
	1712		341		483		
<b>Estado Civil *</b>							
Casado morando junto	727	42,5	134	39,3	198	41,0	1059
Viúvo, divorciado, separado, nunca casou morando junto.	241	14,1	46	13,5	79	16,4	366
Nunca se casou e não mora junto	525	30,7	111	32,6	123	25,5	759
Viúvo, divorciado, separado, não morando junto.	219	12,8	50	14,7	83	17,2	352
	1712		341		483		2536
<b>Renda média da família (R\$)</b>							
0 - 500	297	19,6	62	22,5	91	20,5	450
501 - 800	342	22,6	72	23,8	93	21,0	507
801 - 1000	167	11,0	43	14,2	49	11,1	259
1001 - 1500	261	17,2	47	15,6	73	16,5	381
1501 - 2500	240	15,8	40	13,2	64	14,4	344
2500 ≥	209	13,8	38	12,6	73	16,5	320
	1516		302		443		2261

\*p≤ 0,05 \*\*p≤0,01

A Tabela 3 mostra a frequência do uso de medicação psicoativa em indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo, na qual podemos observar que a maior parte dos indivíduos (77%) não usa qualquer tipo de droga psicoativa, que 13% fazem o uso de medicação antidepressiva e 8% benzodiazepínicos. A Tabela 6 descreve aqueles indivíduos que fazem o uso de antidepressivos, 63% usam ISRS, 34% usam AD Tricíclico e os outros 3% fazem o uso de ISRN e antidepressivos variados. A Tabela 7 mostra que a prescrição desta medicação antidepressiva foi feita por 52% dos psiquiatras, clínico geral 41% e 7% por outros profissionais.

**Tabela 3 - Uso de medicação psicoativa em indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo.**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Não usa drogas psicoativas	372	77,0
Usa Antidepressivo	62	12,8
Usa Antipsicótico	5	1,0
Usa Benzodiazepínico	38	7,9
Usa outras drogas psicoativas	6	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>483</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 4 mostra o uso de medicação entre os indivíduos diagnosticados com depressão, sendo que 87% das mulheres fazem o uso de medicamentos antidepressivo, 34% são casadas e moram com seus parceiros. Setenta e cinco por cento possui entre 30 e 59 anos de idade, 63% tem mais do que nove anos de estudo. A porcentagem de indivíduos com transtorno depressivo que não usam drogas psicoativas é expressiva, entre os homens 87% (108/124) não usa e entre as mulheres 71% (264/359). E no perfil demográfico deste grupo em relação ao grupo que usa medicamentos antidepressivos encontramos um maior uso entre os homens (29% contra 13%,  $x^2 = 9,7$ ,  $gl = 2$ ,  $p \leq 0,05$ ), com idade entre 15 e 29 anos (37% - 14%;  $x^2 = 31,3$ ,  $gl = 6$ ,  $p \leq 0,01$ ), com escolaridade entre 5 e 12 anos (71% - 56%;  $x^2 = 13,4$ ,  $gl = 6$ ,  $p \leq 0,05$ ), entre os que são viúvos ou divorciados ou separados ou nunca se casou mas que moram juntos (19% - 8%;  $x^2 = 18,9$ ,  $gl = 6$ ,  $p \leq 0,05$ ). A variável renda média da família não mostrou diferença significativa com relação ao uso e não uso de medicamentos psicoativos.

**Tabela 4 - Descrição das características sociodemográficas (n=483) e o uso de medicação psicoativa em indivíduos com diagnóstico para transtorno depressivo no último ano.**

Variáveis	Uso de medicação						TOTAL
	Antidepressivo		Outras drogas psicoativas		Não usa drogas psicoativas		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexo *</b>							
Masculino	8	12,9	8	16,3	108	29,0	124
Feminino	54	87,1	41	83,7	264	71,0	359
	62		49		372		
<b>Idade **</b>							
15 – 29	9	14,5	3	6,1	136	36,6	148
30 – 44	26	41,9	22	44,9	135	36,3	183
45 – 59	21	33,9	21	42,9	82	22,0	124
60 – 75	6	9,7	3	6,1	19	5,1	28
	62		49		372		
<b>Escolaridade *</b>							
0 – 4	11	17,7	11	22,4	67	18,0	89
5 - 8	12	19,4	11	22,4	116	31,2	139
9 – 12	23	37,1	19	38,8	149	40,1	191
13 ≥	16	25,8	8	16,3	40	10,8	64
	62		49		372		
<b>Estado Civil *</b>							
Casado morando junto	21	33,9	24	40,0	153	41,1	198
Viúvo, divorciado, separado, nunca casou morando juntos	5	8,1	4	8,2	70	18,8	79
Nunca se casou e não mora juntos	17	27,4	9	18,4	97	26,1	123
Viúvo, divorciado, separado, não morando juntos	19	30,6	12	24,5	52	14,0	83
	62		49		372		<b>483</b>
<b>Renda média da família (R\$)</b>							
0 – 500	12	21,4	5	11,9	74	21,4	91
501 – 800	11	19,6	7	16,7	75	21,7	93
801 – 1000	5	8,9	6	14,3	38	11,0	49
1001 – 1500	7	12,5	9	21,4	57	16,5	73
1501 – 2500	8	14,3	7	16,7	49	14,2	64
2500 ≥	13	23,2	8	19,0	52	15,1	73
	56		42		345		<b>443</b>

\*p≤ 0,05 \*\*p≤0,01



A Tabela 5 mostra a associação das variáveis demográficas e o diagnóstico de transtorno depressivo com o uso de medicação. Esteve associado ao uso de medicamentos antidepressivos o sexo feminino (2,2; IC 95% 1,0 – 5,0), idade acima de 30 anos (2,7; IC 95% 1,1 – 6,5), ser viúvo ou divorciado ou separado não morando junto com o parceiro (2,0; IC 95% 1,0 – 4,2), com escolaridade acima de 13 anos (3,1; IC 95% 1,2 – 7,9). A análise de regressão multinomial (Anexo B) foi ajustada para confirmar o uso de antidepressivos e o uso de outros medicamentos psicoativos associado às características demográficas da população. Confirmando a associação do uso de medicamentos antidepressivos por mulheres de faixa etária acima de 30 anos, que possuem mais anos de estudo e que são viúvas ou divorciadas ou separadas não morando com parceiro.

**Tabela 5 - Análise de regressão logística do uso de antidepressivos e sua relação com o diagnóstico de transtorno depressivo e características demográficas.**

Variáveis	Exp (B)	I.C. 95%
<b>Sexo</b>		
Masculino	1	-
Feminino	2,284	1,033 - 5,051
<b>Idade</b>		
15 - 29	1	-
30 - 44	2,784	1,188 - 6,520
45 -59	3,484	1,405 - 8,637
60 – 75	4,638	1,298 - 16,570
<b>Estado Civil</b>		
Casado morando junto.	1	-
Viúvo, divorciado, separado, nunca casou morando juntos.	0,740	0,262 - 2,089
Nunca se casou e não mora junto.	1,814	0,866 - 3,801
Viúvo, divorciado, separado, não morando juntos.	2,095	1,022 - 4,297
<b>Escolaridade</b>		
0 - 4	1	-
5 -8	0,916	0,370 - 2,238
9 – 12	1,481	0,642 - 3,416
13 ≥	3,118	1,229 - 7,915

**Tabela 6 - Frequência do uso de medicamentos antidepressivos em indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo no último ano.**

	<b>N</b>	<b>%</b>
AD Tricíclico	21	33,9
AD	1	1,6
ISRS	39	62,9
ISRN	1	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

AD Tricíclico – Antidepressivo Tricíclico; AD – Antidepressivo variado; ISRS - Inibidores seletivos da recaptção de serotonina; ISRN - Inibidores seletivos da recaptção de noradrenalina.

**Tabela 7 - Profissional que prescreveu as drogas psicoativas para pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo.**

Profissional que prescreveu	Uso de medicação Antidepressiva								TOTAL
	AD Tricíclico		AD		ISRS		ISRN		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Clínico Geral	9	45,0	0	0,0	16	41,0	0	0,0	25
Psiquiatra	10	50,0	1	100,0	20	51,3	1	100,0	32
Outros Profissionais	1	5,0	0	0,0	3	7,7	0	0,0	4
									<b>61</b>

## 5. DISCUSSÃO

Na cidade de São Paulo, entre os indivíduos que preencheram critérios para diagnósticos de transtorno depressivo, 13% fez o uso de drogas psicoativas no último ano. Os antidepressivos mais utilizados foram os ISRS (62,9%), seguido pelos antidepressivos tricíclicos (33,9%). A característica demográfica dos indivíduos que fazem uso de medicamento antidepressivo no último ano foi ser do sexo feminino, idade acima dos 30 anos, escolaridade acima de 13 anos de estudo, ser viúvo ou divorciado ou separado e não ter parceiro. Os antidepressivos foram prescritos principalmente pelo psiquiatra (52%), clínico geral (41%) e 7% por outros profissionais.

No nosso estudo encontramos uma taxa bem mais baixa de pacientes tratados em relação aos estudos em outros países. Ebmeir (2006) em recente estudo, na população dos EUA, 46-57% (95% IC) dos casos de depressão maior nos últimos 12 meses receberam tratamento, e apenas 18-25% foram adequadamente tratados. Em uma pesquisa na comunidade Europeia (n = 5993), 25-38% de homens e 21-30% das mulheres entrevistadas e classificadas como tendo transtorno depressivo maior usaram qualquer serviço de saúde serviços nos últimos 12 meses para sua depressão. Em um estudo realizado em uma Comunidade do Canadá (CCHS 1.2) 4,8% dos canadenses sofrem de transtorno depressivo grave no último ano sendo que, destes, 49,3% utilizaram antidepressivos (Sanyal, 2011).

Nós observamos que o uso mais elevado de medicamentos antidepressivos ocorreu entre as mulheres com idade média de 38 anos, com uma escolaridade alta e que não possuem parceiro. Estes resultados coincidem com aqueles apresentados na literatura, tanto quanto ao consumo de medicamentos antidepressivos pelas mulheres, como com relação ao aumento de consumo com a idade. (QUINTANA, 2013; BROMET, 2011; OHAYON, 1997). Os motivos pelos quais a mulheres utilizam mais medicamentos são explicados pelo fato destas serem mais predispostas aos transtornos de humor, apresentarem mais sintomas afetivos, são menos resistentes ao uso de medicamentos e procuram com mais frequência os serviços de saúde (QUINTANA, 2013; ALMEIDA FILHO, 1994). Os estudos também encontraram a associação entre a situação conjugal às mulheres que não possuem nenhum

parceiro atualmente com o maior índice no consumo de medicamentos antidepressivos (ALMEIDA, 1994; BROMET, 2011; KESSLER, 2012). Da mesma forma, a relação entre os níveis mais altos de estudo e o consumo de medicamentos antidepressivos também é relatado na literatura (QUINTANA, 2013; HAMALAINEN, 2009).

Em relação à distribuição de uso das classes de medicamentos antidepressivos encontramos mais semelhanças. Na Austrália, 64,8% dos indivíduos com diagnóstico de depressão fazem uso de antidepressivos tricíclicos e 42,5% fazem o uso de inibidores de recaptção de serotonina (GOLDNEY, 2006). Em Taiwan, 53,9% fazem uso de inibidores de recaptção de serotonina (WU, 2012). A classe medicamentosa de antidepressivos que mais vem sendo utilizada é a dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (GOLDNEY, 2006; ANDREOLI, 1993) que pode se justificar, por ser um dos poucos fármacos que causam menos efeitos colaterais nos indivíduos e com doses de fácil ajuste. Vale lembrar que esta classe de medicamentos também é prescrita para outros tipos de transtorno mental (HARMAN, 2009; MARQUES, 2013).

Os profissionais que mais prescrevem medicamentos antidepressivos na cidade de São Paulo são os psiquiatras (52%), seguido pelo clínico geral (41%). Em um estudo realizado na Finlândia, com uma amostra representativa da população, identificou que o tratamento dos indivíduos com diagnóstico de depressão mais comum foi do psiquiatra, com tratamento de medicamento antidepressivo e acompanhamento psicológico. Além da farmacologia para os sintomas, é necessário um bom diagnóstico de depressão e o uso do serviço psiquiátrico (HAMALAINEN, 2009).

No Brasil, um estudo realizado por Quintana et al. em 2013, na cidade do Rio de Janeiro, mostrou que o profissional que mais prescreve medicamentos psicoativos é o clínico geral 46,3%, seguido pelo psiquiatra 29,3%. Em 1994, Almeida et al. também no Rio de Janeiro, encontrou que 65,8% das prescrições eram feitas por clínico geral e apenas 23,7% foram por psiquiatras.

Uma das justificativas para essa diferença existente em território nacional é que a cidade de São Paulo conta com 81 Centros de atendimento psicossociais, o que representa aproximadamente 72,7% de cobertura da população total. A cidade de São Paulo conta ainda com 60,3% de cobertura de convênios privados,

permitindo a entrada do indivíduo diretamente ao médico psiquiatra e acaba não passando pela Atenção Primária de Saúde. Outra possível justificativa é o número grande de psiquiatras no município de São Paulo, no qual existem 0,2 médicos psiquiatras por 1000 habitantes. Até o ano de 2009 havia 1.831 profissionais com essa especialidade, desses, 1.460 atendem no Sistema Único de Saúde (SUS) e 371 não atendem pelo SUS. (BRASIL, 2014)

Embora a cidade de São Paulo apresente uma boa cobertura de atendimento psiquiátrico chama a nossa atenção a baixa taxa de indivíduos com transtorno utilizando medicação antidepressiva. Um dos motivos, provavelmente, decorre da dificuldade dos clínicos gerais em fazer um diagnóstico psiquiátrico ou de aplicar tratamentos eficazes para os transtornos mentais, devido à com pouca experiência em assistência á saúde mental (BALLASTER e col, 2005). Esta situação é agravada pelo fato de serem estes mesmos clínicos aqueles mais procurados pelos indivíduos com transtorno mental (MARI, 1987; MARI, IACOPONI et al., 1987; GOLDBERG E LECRUBIER, 1995; ANDREWS, HENDERSON et al., 2001). Ohayon em 1998 identificou que os médicos não são suficientemente treinados para lidar com o atendimento geral dos indivíduos e os problemas psiquiátricos. O Estado de São Paulo conta com o Programa Estadual de Assistência Farmacêutica na Área de Saúde Mental – Programa Dose Certa, que tem, entre outras, a responsabilidade de diminuir as consequências que os transtornos mentais trazem para os indivíduos e favorecer a reinserção social, pois disponibiliza a distribuição de medicamentos para os transtornos mentais (MULERO, 2009; BRASIL, 2013). Os produtos são produzidos pela Fundação para o Remédio Popular – FURP, que é uma Instituição inserida na rede de laboratórios oficiais responsável pela produção nacional de medicamentos. Este programa, entretanto, parece não impactar no tratamento medicamentoso dos indivíduos com depressão na comunidade.

O motivo pelo baixo impacto pode ser explicado pela baixa produção de medicamentos, dos 67 medicamentos que compunham o Programa Dose Certa, até o ano de 2010, apenas 36 é produzidos pela FURP, o restante faz parte do Programa de Saúde Mental e são adquiridos pelo Ministério da Saúde, armazenados e distribuídos pela FURP (FILGUEIRAS, 2012). Há uma dependência muito grande dos laboratórios internacionais e a indústria nacional farmacêutica enfrenta dificuldades em relação à inovação/incorporação tecnológica. A FURP trabalha

apenas na produção de medicamentos como produtos acabados, há uma dificuldade na capacidade de inovação deste setor (FILGUEIRAS, 2012).

A realidade da Assistência Farmacêutica é bem diferente daquilo que as legislações instituem. A baixa disponibilidade de medicamentos essenciais, prescrição de medicamentos que não se encontram na RENAME são alguns dos inúmeros problemas que a assistência farmacêutica passa. As melhores estratégias de oferta de medicamentos são aquelas que conseguem universalizar o acesso aos bens e serviços oferecidos à comunidade, ao mesmo tempo contendo custos e melhorando a eficiência na alocação dos recursos (VIEIRA F. S, ZUCCHI P. 2013).

Algumas limitações devem ser consideradas neste estudo. Os indivíduos podem ter recebido uma prescrição e não seguiram o tratamento independentemente da sua disponibilidade que não foi investigada; o diagnóstico de quadros depressivos leves não determina o uso de medicamentos, pois doenças com sintomas menos graves não têm, necessariamente, de ser tratados com uma droga psicotrópica.

Comparações com outros estudos devem ser feitas com cautela, levando em consideração que as metodologias podem ser diferentes. O consumo de medicamentos antidepressivos foi investigado para o último ano (12 meses), outros estudos podem apresentar diferenças no período histórico em que os dados foram coletados.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo principal do trabalho foi identificar o uso de medicamentos antidepressivos pela população da cidade de São Paulo. O desenvolvimento da pesquisa mostrou que uma porcentagem desta população tem o diagnóstico de depressão, mas não faz o uso de nenhuma droga psicoativa. Apesar de toda a estrutura existente na cidade de São Paulo, os dados sugerem que deficiências na atuação dos médicos em relação ao tratamento de pacientes com quadros de depressão e de deficiências de acesso a medicação.

Há um grande caminho a ser percorrido em nosso país em relação às políticas de saúde mental. Avanços como a garantia de acesso aos medicamentos e profissionais qualificados já ocorreram, mas se mostram insuficientes. São necessários mais esforços com a finalidade de melhorar a gestão e os profissionais que se encontram nesta área. Faz-se necessário uma reestruturação na formação de todos os profissionais da área de saúde mental para o melhor atendimento desta patologia que vem se tornando mais comum nos dias de hoje.

Este estudo mostra alguns aspectos que precisam ainda ser melhores compreendidos e explorados. Porém, foi possível, através de um recorte desta realidade compreender que mesmo com os esforços das esferas governamentais este tema continua a ser um problema de escala mundial.

É possível concluir que há necessidade de uma estratégia imediata de profissionalização dos médicos e inovação tecnológica para o desenvolvimento de fármacos no Brasil, a fim de aperfeiçoar a dispensação medicamentosa e promoção do uso racional.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Liz Maria de; COUTINHO, Evandro da S. F.; PEPE, Vera Lúcia E.. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, Mar. 1994.

ANDREOLI, Sérgio B et al . Identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos multifásicos: métodos, problemas e aplicabilidade. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 34, n. 5, out. 2000 .

ANDREOLI S.B, MARI J.J1, ALMEIDA-FILHO N, COUTINHO E, , MIRANDA CT, STREINER D. The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. Psychol Med. 1993 May;23(2):467-74.

ANDREOLI, S. B. et al. Pesquisa em Saúde Coletiva: diálogo e experiências: Saúde coletiva como Campo de produção De conhecimento na Promoção de saúde mental. In: Amélia Cohn et al (Org). Editora Universitária Leopoldianum. Santos – SP, 2012. P. 87 – 110.

\_\_\_\_\_ Violence and post-traumatic stress disorder in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: the protocol for an epidemiological and genetic survey 15. BMC.Psychiatry, v. 9, p. 34, 2009. Disponível em: <PM:19500422>.

ANDREWS, G.; HENDERSON, S.; HALL, W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation - Overview of the Australian National Mental Health Survey. British Journal of Psychiatry, v. 178, p. 145-153, Feb 2001. ISSN 0007-1250. Disponível em: <<Go to ISI>://000166887500008 >.

BALLESTER, Dinarte Alexandre et al . The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. Sao Paulo Med. J., São Paulo , v. 123, n. 2, Mar. 2005 .

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS Tecnologia da Informação a serviço do SUS. Cadernos de Informação de Saúde. Março de 2014.



Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sp.htm>> . Acesso em: 15 de Março de 2014.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 338/2004. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol\\_cns338.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf).

BRASIL. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : RENAME - 2000/ Gerência de Assistência Farmacêutica. Brasília : Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 102p.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002. Elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p 44.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_ Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo.Farmácia. / Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. – São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2013. 79 p.; 22,5 cm.

\_\_\_\_\_ Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Saúde: Programa Dose Certa. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/acoes/assistencia-farmaceutica/programa-dose-certa>> 2013. Acessado em: setembro/2013.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040203>> 2013. Acessado em setembro/2013.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : 2001. P 40.: il. - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.25). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf)>.

\_\_\_\_\_ Portaria nº 1.254/gm de 29 de Julho de 2005. Constitui Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

\_\_\_\_\_ Lei N. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 09 de abril de 2001.

\_\_\_\_\_ Portaria nº 1077/GM Em 24 de Agosto de 1999. Implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federais e estaduais do SUS. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília- DF, 25 agosto de 1999.

\_\_\_\_\_ Portaria nº 3916 de 30 de Outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta portaria. Ministério da Saúde. D.O.U. – Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, DF 10 de Novembro de 1998.

BROMET E. et al. Cross- national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Medicine 9:90, 2011.

COHN, A. ELIAS, P. E.: Decentralização e Saúde no Estado de São Paulo. As Articulações Entre as Esferas de Governo. CEDEC. São Paulo, 2005. Cap. 5. p 131 – 160.

DALGALARRONDO, P.: Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Síndromes depressivas. 2. Ed. – ARTMED. Porto Alegre, 2008. Cap 27. P 307 – 313.

DEL PORTO, J. A. Conceito e Diagnostico. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. SI p. 6-11, 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a03.pdf> >.

DSM-IV-TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4th ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.

DUBOVSKY, S. L. DUBOVSKY, A. N.: Transtorno de humor. Transtornos específicos do humor. ARTMED. Porto Alegre, 2004. Cap 1. 2. p 27 – 153.

EATON W. W. MARTINS S. S. NESTADT G, et al.: The burden of mental disorders. *Epidemiol Rev* 30: p 1-14, 2009.

EBMEIER, K. P. DONAGHEY C. STEELE J. D.: Recent developments and current controversies in depression. *Lancet* 367: p 153-67, 2006.

FILGUEIRAS F. C. R. Desenvolvimento na indústria farmacêutica: o caso da Fundação para o Remédio Popular de São Paulo – FURP. Dissertação para o Mestrado – Universidade Católica de Santos, 2012.

GOLDNEY R., BAIN M. Prevalence of psychotropic use in the a south Australian population. *Australas Psychiatry* 14: 379, 2006.

GOLDBERG, D. P.; LECRUBIER, Y. Form and frequency of mental disorders across centres. In: ÜSTÜN, T. B. e SARTORIUS, N. (Ed.). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization 1995. p.323–334. ISBN 0471954918, 9780471954910.

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 46, n. 1, fev. 2012 .

GUEDES, José da Silva. Oito anos construindo o SUS no Estado de São Paulo. *Estud. av.*, São Paulo , v. 17, n. 48, Aug. 2003 .

HAMALAINEN J. et al. Treatment of major depressive disorder in the Finish general population. *Depression and Anxiety* 26: 1049- 1059, 2009.

MARI, J. J. Psychiatric morbidity in tree primary medical care clinics in the city of Sao Paulo: issues on the mental health of the urban poor. *Soc.Psychiatr*, v. 22, p. 129-138, 1987.

MARI, J. J. et al. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Rev Saude Publica*, v. 21, n. 6, p. 501-7, 1987. ISSN 0034-8910. Disponível em: < 3452923 >.

MARIN N, LUIZA V. L, OSÓRIO-DE-CASTRO C. G. S, MACHADO-DOS-SANTOS S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Brasília: Opas/OMS; 2003.

MARQUES, L. A. M.: Atenção farmacêutica nos transtornos do humor. Transtornos do Humor. PHARMABOOKS. São Paulo, 2013. Cap. 2. p 7 – 38.

MULERO, C. A. V.: Análise do consumo dos neurolépticos usados no tratamento de pacientes com transtorno esquizofrênico atendidos na rede de assistência a saúde mental do município de Santos – SP. Santos, 2009. p. 87. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Católica de Santos.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, Nov. 2010.

OLIVEIRA M. A. e col.: Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2007. p 112.

QUINTANA, I. M. ANDREOLI, S. B. MOREIRA, F. G. et al.: Epidemiology of psychotropic drug use in Rio de Janeiro, Brazil: Gaps in mental illness treatments. Plos One 8: e63545, 2013.

QUINTANA MI, ANDREOLI SB, JORGE MR, GASTAL FL, MIRANDA CT. The reliability of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1) 38. BrazJMedBiolRes. 2004;37(11):1739-45.

QUINTANA MI, GASTAL FL, JORGE MR, MIRANDA CT, ANDREOLI SB. Validity and limitations of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1) 30. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(1):18-22.

RANG, P. H. DALE, M. M.: Farmacologia. Fármacos usados em distúrbios afetivos. ELSEVIER. Rio de Janeiro, 2004. Cap. 38. p 610-626.

SANYAL C. et al. The utilization of antidepressants and benzodiazepines among people with major depression in Canada. The Canadian Journal of Psychiatry, vol 56, n 11, 2011.

SAVEANU, V. R. NEMEROFF, B. C.: Etiology of depression: Genetic and environmental factors. Psychiatr Clin N Am 35: 51 – 71, 2012.

SOUZA, Fábio Gomes de Matos e. Tratamento da depressão. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 21, supl. 1, May 1999 .

TEIXEIRA, M. A. R.: Melancolia e depressão: Um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. Revista de Psicologia da UNESP. 2005;4(1):41.

USTUN T. B, AYUSO-MATEOS J.L, CHATTERJI S, MATHERS C, MURRAY C. J. L. Global burden of depressive disorders in the year 2000. BJP, 184, 386-392.

VIEIRA F.S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(2):149–56.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. Saúde soc., São Paulo , v. 22, n. 1, mar. 2013 .

WETZEL, Christine; KANTORSKI, Luciane Prado. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 13, n. 4, dez. 2004 .

WONG, Ma-Li; LICINIO, Julio. Research and treatment approaches to depression. Nat Rev Neurosci, v. 2, 343 – 351p, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. ARTES MÈDICAS. Porto Alegre, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1997). The Composite International Diagnostic Interview (CIDI). World Health Organization, Geneva, Switzerland.

WU C. S. et al. Utilization of antidepressants in Taiwan: a nationwide population-based survey from 2000 to 2009. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, Vol 21, Issue 9, pages 980–988, September 2012

## 8. ANEXO

### Anexo (A)

- (1) antipsicóticos (típicos: amisulprida. clorpromazina. flufenazina. haloperidol. penfluridol. pipotiazina. tianeptina. tioridazina. trifluperazina. zuclopentixol; e atípicos: aripiprazol. clozapina. quetiapina. risperidona. ziprazidona); (2) antidepressivos (típicos: amitriptilina. clomipramina. fluvoxamina. imipramina. nortriptilina. tianeptina. trazodona; e atípicos: bupropiona. citalopram. duloxetina. escitalopran. fluoxetina. paroxetina. reboxetina. sertralina. venlafaxina); (3) tranquilizantes (alprazolam. diazepam. bromazepam. clobazam. clonazepam. clorazepato. clordiazepóxido. cloxazolam. lorazepam); (4) hipnóticos (flunitrazepam. nitrazepam. midazolam. triazolam. zolpidem); (5) anticolinérgicos (acamprosato. cloridrato de biperideno); (6) estabilizadores de humor (carbamazepina. carbonato de lítio. divalproato de sódio. gabapentina. lamotrigina. topiramato. oxazepam); (7) tratamento alcoolismo (dissulfuran. naltrexona); (8) anticonvulsivantes (fenitoína. fenobarbital. hidantoína); (9) deficit de atenção (atomoxetine. metilfenidato); (10) anorexígenos (anfepramona. dietilpropiona. femproporex. fluramina. mazindol. sibutramina); (11) outros (buspirona. outros).

Anexo (B)

**Tabela – Análise de regressão multinomial do uso antidepressivos, uso de outro psicotrópico, tendo como referência o não uso de medicação psicotrópica e verificando a associação com as características demográficas.**

<b>Uso de Medicação</b>	<b>Exp (B)</b>	<b>I.C. 95%</b>
<b>Antidepressivo</b>		
<b>Sexo</b>		
Masculino	0,401	0,180 – 0,643
Feminino	-	-
<b>Idade</b>		
15 – 29	0,185	0,051 – 0,676
30 – 44	0,610	0,203 – 1,830
45 – 59	0,827	0,278 – 2,459
60 – 75	-	-
<b>Escolaridade</b>		
0 – 4	0,285	0,110 – 0,742
5 – 8	0,258	0,107 – 0,621
9 – 12	0,448	0,206 – 0,973
13 ≥	-	-
<b>Estado civil</b>		
Casado morando junto.	0,457	0,219 – 0,954
Viúvo, divorciado, separado, nunca casou morando juntos.	0,313	0,105 – 0,935
Nunca se casou e não mora junto.	0,843	0,357 – 1,935
Viúvo, divorciado, separado, não morando juntos.	-	-
<b>Outras drogas psicoativas</b>		
<b>Sexo</b>		
Masculino	0,517	0,229 – 1,165
Feminino	-	-
<b>Idade</b>		
15 – 29	0,137	0,023 – 0,806
30 – 44	1,064	0,275 – 4,119
45 – 59	1,610	0,424 – 6,120
60 – 75	-	-
<b>Escolaridade</b>		
0 – 4	0,535	0,184 – 1,556
5 – 8	0,455	0,164 – 1,263
9 – 12	0,732	0,286 – 1,874
13 ≥	-	-
<b>Estado civil</b>		
Casado morando junto.	0,827	0,374 – 1,830
Viúvo, divorciado, separado, nunca casou morando juntos.	0,401	0,118 – 1,368
Nunca se casou e não mora junto.	0,828	0,302 – 2,267
Viúvo, divorciado, separado, não morando juntos.	-	-

