

PRESCRIÇÃO INADEQUADA DE ANTIDEPRESSIVOS NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

**PAULO LUIS FARIAS FERNANDES DE BARROS
HELENA MARIA TANNHAUSER BARROS
AIRTON TETELBOM STEIN**

**Dissertação de Mestrado
Biblioteca Paulo Lacerda de Azevedo
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PRESCRIÇÃO INADEQUADA DE ANTIDEPRESSIVOS NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

PAULO LUIS FARIAS FERNANDES DE BARROS

Orientador: Prof. Dr. AIRTON T. STEIN
Co-orientadora: Profa. Dra. HELENA M. T. BARROS

Porto Alegre, novembro de 2006.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Airton Stein, cuja experiência em pesquisa e capacidade em transmiti-la foram decisivos para o planejamento e a realização deste estudo.

Aos colegas da Pós-Graduação, Juliana Caierão, Adriane Ribeiro Rosa e Carlos Eurico da Luz Pereira pelo convívio durante o Curso.

Ao ambiente que possibilitou o desenvolvimento desta pesquisa, à Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre.

À equipe de pesquisa: Robson Sari, Cristiana Londero, Daylana Martins, Ângela Bassani, Júlio Batista e Luciane Canton, que de forma cuidadosa e responsável entrevistaram os pacientes; pela sua amizade e dedicação.

Agradecimento especial aos pacientes. Sem eles, este trabalho não seria viável.

SUMÁRIO

1. ABSTRACT.....	5
2. RESUMO.....	6
3. INTRODUÇÃO.....	7
4. JUSTIFICATIVA.....	19
5. OBJETIVOS.....	20
6. BIBLIOGRAFIA.....	21
7. ANEXO I. Depressão – Categorias diagnósticas (DSMIV-TR).....	31
8. ANEXO II. Critérios Diagnósticos de Depressão (CID-10).....	33
9. ANEXO III. Classes de Antidepressivos.....	35
10. ANEXO IV. Antidepressivos disponíveis no Brasil.....	37
11. ANEXO V. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	39
12. ANEXO VI. Questionário.....	42
13. ANEXO VII. Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	45
14. ANEXO VIII. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).....	49
15. ANEXO IX. Medicamentos que necessitam receituário controlado.....	51
16. ANEXO X. Fatores que contribuem para a morbidade da Depressão.....	54
17. ANEXO XI. Estudos sobre a prescrição de sub-doses de antidepressivos.....	56
18. ARTIGO 1. Inadequate antidepressant prescribing in outpatient treatment of depression.....	58
19. ARTIGO 2. O Tratamento da depressão por médicos não-psiquiatras.....	79

ABSTRACT

This work is divided in three parts: the first part is a review of the literature, the second part, a research paper and the third a review article on inadequate antidepressant prescribing in outpatient treatment of depression.

The main objective of this study has been to describe the types of pharmacological treatment for depression and factors related to the adequacy of prescription of psychiatric drugs in a small town. A cross-sectional study was performed with 348 subjects at ages between 18 and 65 years who visited a non-psychiatrist physician in a town with 27,000 inhabitants in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The subjects answered an interview with social-medical questions, the Beck Depression Inventory and the Beck Anxiety Inventory.

Almost 80% of the patients were female, married, didn't finish elementary school, received low incomes, consult in a public health center, had no specific doctor, and weren't given advice about how to take the medication. The most frequently prescribed drugs for depression treatment were benzodiazepines. Low educational level, visiting a public health center, being of the male gender, and an older age were the factors that contributed to inadequate drug prescribing in depression treatment, when analysed in a multifactor level.

In this study we found that socioeconomic factors – schooling and low income, being of the male gender, and an older age were associated to a high prevalence of inadequate treatment for depressive disorders in the community. As benzodiazepines were most commonly prescribed drugs for depression, this study highlights that there is a need to improve the prescription habit of non-psychiatrist physicians.

RESUMO

Este trabalho está dividido em três partes: a primeira parte consiste em uma revisão da literatura, a segunda parte em uma pesquisa e a terceira parte é um artigo de revisão sobre a prescrição inadequada de antidepressivos no tratamento ambulatorial da depressão.

O principal objetivo deste estudo foi descrever os tipos de tratamento farmacológico para depressão e os fatores relacionados à adequação da prescrição de psicofármacos em uma cidade de pequeno porte. Foi realizado um estudo transversal com 348 pessoas com idade entre 18 e 65 anos que consultaram com médicos não-psiquiatras em uma cidade com 27000 habitantes no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes foram entrevistados com questões médico-sociais e aplicados os Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck.

Quase 80% dos pacientes eram do sexo feminino, casados, que não concluíram o ensino básico, com baixa renda, consultaram em postos de saúde da rede pública, não tinham médico específico e não receberam orientações quanto ao uso das medicações. Os psicofármacos mais prescritos para depressão foram os benzodiazepínicos. Baixa escolaridade, consultar em posto de saúde, sexo masculino e idade maior foram os fatores que contribuíram para a prescrição inadequada no tratamento da depressão, quando analisados em um nível multifatorial.

Neste estudo encontramos que os fatores socioeconômicos – baixa escolaridade e baixa renda, sexo masculino e ser mais velho estavam associados a uma alta prevalência de tratamento inadequado para transtornos depressivos na comunidade. Como os benzodiazepínicos foram as drogas mais comumente prescritas para depressão, este estudo enfatiza a necessidade de melhorar os hábitos de prescrição dos médicos não-psiquiatras.

INTRODUÇÃO

A depressão é altamente prevalente na população, sendo a segunda condição crônica mais comum na prática clínica. Ao menos dez por cento dos pacientes tem depressão maior, mas a maioria dos casos não são reconhecidos ou são tratados inadequadamente (Katon et al 1992, Simon et al 1993, Hirschfeld et al 1997), levando à perda de produtividade, declínio funcional e mortalidade aumentada. O tratamento correto melhora o funcionamento diário e o estado geral de saúde dos pacientes com depressão (Coulehan et al 1997, Katzelnick et al 2000).

A depressão maior é definida por humor deprimido ou perda de interesse em quase todas atividades (ou ambas) por pelo menos duas semanas, acompanhada por um mínimo de três ou quatro dos seguintes sintomas (em um total de no mínimo cinco sintomas): insônia ou hipersonia, sentimentos de desvalia ou culpa excessiva, fadiga ou perda de energia, diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, mudança substancial no apetite ou peso corporal, agitação ou lentificação psicomotora e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio (American Psychiatric Association 2000). Entre os pacientes com depressão, a doença pode ocorrer com intensidade leve, moderada ou severa (Anexos I e II). Ainda é incerto se todos os pacientes atendidos na atenção primária à saúde devem ser rotineiramente rastreados para depressão.

A maioria das pessoas não procura ou não recebe tratamento. Os serviços não especializados são responsáveis pela maior parte do atendimento de pessoas com problemas mentais. Os psicofármacos tem um papel de destaque no tratamento dos problemas psiquiátricos na atenção primária. Os médicos não-psiquiatras prescrevem mais psicofármacos do que os psiquiatras. Estudos sobre a prática de prescrição de psicofármacos referem que os clínicos prescrevem sub-doses de antidepressivos. A

prescrição de benzodiazepínicos é encontrada frequentemente associada à subdosagem de antidepressivos no tratamento da depressão.

Prevalência dos transtornos depressivos

O Epidemiological Catchment Area Study (ECA) realizado nos Estados Unidos (Robins e Regier 1991) foi o primeiro de uma nova geração de estudos de morbidade psiquiátrica baseados em instrumentos diagnósticos padronizados e em sistemas de classificação aperfeiçoados que demonstrou a alta prevalência dos transtornos psiquiátricos e permitiu a comparação dos resultados com outras pesquisas.

A prevalência/ano de todos os transtornos mentais entre adultos, inclusive uso de substâncias, encontrada em dois estudos epidemiológicos em psiquiatria (ECA e National Comorbidity Survey), variou entre 22,5 e 30,2%, (prevalência de transtornos ansiosos 12,7-18,7% e, de transtornos afetivos 5,1-11,7 %) (Kessler et al 1994, Regier et al 1993 e Robins e Regier 1991). No Brasil, Almeida-Filho e colaboradores (1997), no Estudo Multicêntrico Brasileiro de Morbidade Psiquiátrica encontrou 10% de prevalência para depressão em Porto Alegre, e Andrade e colaboradores (1999) em estudo da epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, encontraram a prevalência/ano de 26,5% para todos os transtornos psiquiátricos, 8,0% para os transtornos ansiosos e 6,7% para os transtornos afetivos.

Na Nova Zelândia, Arroll e colaboradores (2002) utilizando o Beck Depression Inventory (BDI) (Anexo VIII), encontrou a prevalência de 13,8% para depressão entre pacientes na atenção primária enquanto que Gabarrón Hortal e colaboradores (2002), usando também o BDI, encontrou 20,2% dos pacientes com depressão (homens 8,1% e mulheres 26,8%).

A distímia é um transtorno relativamente comum, com uma prevalência-vida entre 3% e 6% (Kessler et al 1994, Weissman et al 1988). A Organização Mundial da Saúde realizou um estudo com 25916 pacientes atendidos na atenção primária usando critérios da Classificação Internacional das Doenças, 10a. edição (Anexo I), e encontrou 10,4% dos pacientes com depressão e 2,1% com distímia (Lecrubier 1988).

Impacto dos transtornos depressivos

Embora os sintomas da distímia sejam menos severos que os da depressão maior, os pacientes com este transtorno experimentam disfunção social considerável e incapacidade (Broadhead et al 1990) e tem maior probabilidade do que a população geral de usar serviços médicos gerais e tomar drogas psicotrópicas não-específicas (Thase 1996 et al).

Os transtornos mentais e do comportamento são comuns, afetando mais de 25% de todas as pessoas em algum momento das suas vidas. São universais, atingem pessoas de todos os países e sociedades, indivíduos de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, no meio urbano e na zona rural. Têm grande impacto sobre as sociedades e sobre a qualidade de vida de pessoas e famílias.

Cerca de 20% de todos os pacientes atendidos por médicos de atenção primária¹ tem um ou mais transtornos mentais. Uma em quatro famílias provavelmente tem no mínimo um membro com transtorno mental ou do comportamento. Estas famílias não apenas provêm apoio físico e emocional, mas também carregam o impacto negativo do estigma e da discriminação.

¹ **primary health care physicians:** médicos de família, de emergência, clínicos gerais, médicos internistas, pediatras, ginecologistas/obstetras e geriatras

No estudo Global Burden of Disease, Murray e Lopez (1997) estimaram que os transtornos mentais e neurológicos eram responsáveis por 10% dos DALYs² perdidos devidos a todas as doenças e injúrias em 1990. Esta taxa era de 12% em 2000. Para 2020, foi projetado que o peso destas doenças terá aumentado 15%.

As doenças comuns que normalmente causam incapacidade severa incluem transtornos depressivos, transtornos secundários ao uso de substâncias, esquizofrenia, epilepsia, doença de Alzheimer, retardo mental e transtornos da infância e da adolescência. Os transtornos depressivos, em 1990, eram a primeira causa de DALYs para todas as idades em todo o mundo. Os fatores associados com a prevalência, início e curso dos transtornos mentais e do comportamento incluem pobreza, sexo, idade, conflitos, doenças físicas importantes e o ambiente familiar e social. (WHO 2001a)

O atendimento ao paciente com transtornos depressivos

No Australian National Mental Health Survey, apenas 2,4% das consultas para problemas mentais foram feitas com profissional de saúde mental, enquanto que os clínicos gerais realizaram 13,2% destas consultas (Andrews et al 2001).

Andrews reportou que apenas 35% das pessoas com transtornos mentais durante o ano anterior ao seu estudo tinham consultado um médico por apresentar um “problema mental”. As taxas no Reino Unido são similares e nos Estados Unidos são de aproximadamente 50% (WHO 2001a). Os clínicos gerais eram os principais cuidadores, tanto sozinhos como em colaboração com outros profissionais da saúde.

² **DALYs:** Disability-Adjusted Life Years (anos de vida ajustados para a incapacidade): “DALYs” para uma doença é a soma dos anos de vida perdidos devido a mortalidade prematura na população e os anos perdidos devido a incapacidade. “DALY” é o medida do intervalo que estende o conceito de anos potenciais de vida perdidos devidos a morte prematura para incluir os anos equivalentes de vida perdida em condições de saúde parcialmente integra, comumente denominados incapacidade.

Apenas uma minoria das pessoas com depressão procura tratamento. No National Comorbidity Survey, apenas 28% das pessoas com depressão maior relataram ter usado serviços de saúde durante o ano anterior devido aos seus sintomas (Kessler et al 1994); um estudo realizado através de entrevistas telefônicas na área metropolitana de Toronto, em 1996-1997, teve achados semelhantes (Ohayon et al 2000). Em dois estudos de base populacional, realizados entre 1988 e 1994, apenas 7% dos adultos jovens com episódio depressivo atual (Druss et al 2000) e 18% dos indivíduos com episódio depressivo atual no ano anterior ao estudo (Parikh et al 1999) estavam usando medicação antidepressiva. No estudo European DEPRES II (Tylee et al 1999) apenas 30% das pessoas deprimidas que consultaram em 1994 receberam tratamento antidepressivo.

Apesar das diferenças importantes entre a atenção a saúde mental nos países em desenvolvimento e nos desenvolvidos, eles compartilham um problema comum: a má utilização dos serviços psiquiátricos disponíveis. Nos países com serviços bem estruturados pouco menos que a metade dos indivíduos com transtornos mentais e do comportamento valeram-se desses serviços. É possível que isto seja relacionado ao estigma ligado aos indivíduos com transtornos mentais e do comportamento e a inadequação dos recursos oferecidos (Andrews et al 2001).

O estigma em relação a doença mental foi comentado pelo United States Surgeon General's Report de 1999:

“Apesar da eficácia das opções de tratamento e das muitas maneiras possíveis de obter um tratamento de escolha, cerca de metade de todos os americanos que apresentam uma doença mental grave não procuram tratamento. Mais freqüentemente, a relutância para procurar assistência é uma qualidade prognóstica desfavorável de muitas barreiras reais. A primeira delas é o estigma que muitos na nossa sociedade

relacionam à doença mental e às pessoas portadoras de doença mental” (US Department of Health and Human Services 1999).

Os médicos na atenção primária tem um papel crítico na melhora do tratamento das doenças mentais pois eles são o ponto de contato mais freqüente do paciente deprimido com o sistema de saúde (Freeling e Tylee 1992).

Regier e colaboradores (1978), descreveram, em estudo patrocinado pelo National Institute of Mental Health, a importância do papel dos médicos neste nível de atenção no atendimento da saúde mental nos Estados Unidos. A análise de dados dos serviços de saúde revelou que 60,1% dos americanos que se acredita terem problemas mentais foram identificados ou tratados por médicos na atenção primária e apenas 20% destes pacientes foram atendidos por especialistas em saúde mental. Schurman (1985) posteriormente confirmou estes resultados, encontrando 47,5% dos pacientes com transtornos mentais em tratamento na atenção primária. Dados do ECA analisados por Borus e colaboradores (1988), também mostraram resultados similares (56,7%).

Diversas pesquisas documentaram que a maioria dos pacientes com transtornos mentais e problemas psicológicos na comunidade são tratados por clínicos ao invés de serem tratados por psiquiatras (Freeling e Tylee 1992, Linden et al 1999). Tanto no Brasil como em outros países, os clínicos gerais são responsáveis pela maioria (85-90%) das prescrições de benzodiazepínicos (Ayd Jr 1980, Allgulander 1986, Karniol et al 1985).

A psicofarmacoterapia dos transtornos depressivos

Dados de vários estudos regionais demonstram que os psicofármacos tem um papel de destaque no tratamento dos problemas psiquiátricos no nível primário de atenção a saúde e que os médicos de atenção primária são os responsáveis pela maioria das prescrições de psicofármacos (Linden 1999 et al).

Em paralelo com a crescente conscientização da depressão como um importante problema de saúde, a década passada presenciou um aumento das opções farmacoterápicas para o tratamento da depressão com o advento de diversas novas classes de medicações antidepressivas (Anexo III) (McManus 2000, Bezchlybnik-Butler e Jeffries 1999).

No estudo realizado por Joukamaa (1999), um terço de uma amostra de mil pacientes adultos atendidos no nível de atenção primária havia recebido no mínimo a receita de uma droga psicotrópica durante um período de três anos.

Lima e colaboradores (1999) em um estudo de base populacional realizado em Pelotas, encontraram que 11,9% dos entrevistados haviam feito uso de psicofármacos nas duas semanas anteriores à pesquisa. Os benzodiazepínicos e os antidepressivos representaram 66,3% dos psicofármacos consumidos.

A descoberta no final da década de 50 de drogas antidepressivas e sua utilização na prática clínica trouxeram um avanço importante no tratamento e no entendimento de possíveis mecanismos subjacentes aos transtornos depressivos (Brunton et al 2006, Janicak et al 1996, Stahl et al 1997). A depressão tornou-se um problema médico passível de tratamento, semelhante a outras doenças como o diabetes e a hipertensão arterial.

Até os anos 80 havia duas classes de antidepressivos, os tricíclicos (ADTs) e os inibidores de monoaminoxidase (IMAOs). Embora muito eficazes, apresentavam efeitos colaterais indesejáveis causados pela inespecificidade de sua ação farmacológica e eram potencialmente letais em casos de superdosagem (Kessel e Simpson 1995). Nas últimas duas décadas entretanto, surgiram novas classes de antidepressivos (os inibidores seletivos da recaptação da serotonina e da noradrenalina) a partir da pesquisa de moléculas desprovidas dos efeitos colaterais dos heterocíclicos. Eles diferem dos clássicos ADTs e IMAOs, irreversíveis pela seletividade farmacológica, modificando e atenuando seus efeitos colaterais (Janicak et al 1996, Stahl 1997)

Os antidepressivos não influenciam de forma acentuada o organismo normal em seu estado basal, apenas corrigem condições anômalas da neurotransmissão. Em indivíduos normais não provocam efeitos estimulantes ou euforizantes como as anfetaminas. Estima-se que aproximadamente 70% dos pacientes com depressão se beneficiam com os ADTs, mas 30% a 40% fracassam na resposta à primeira terapêutica farmacológica, necessitando outra classe de antidepressivos, ou mesmo, eletroconvulsoterapia (Moreno e Moreno 1993).

Apesar dos avanços na pesquisa não dispomos de uma explicação completa e adequada do funcionamento dos antidepressivos e, assim, servimo-nos de hipóteses para entender seu mecanismo de ação. Antidepressivos com estruturas químicas diferentes possuem em comum a capacidade de aumentar agudamente a disponibilidade sináptica de um ou mais neurotransmissores, através da ação em diversos receptores e enzimas específicos. Mesmo sendo essencial, este efeito não explica a demora para se obter resposta clínica (de duas a quatro semanas em média), sugerindo que a resolução dos sintomas da depressão requeira mudanças adaptativas

na neurotransmissão (Stahl 1997). A principal teoria aceita para explicar tal demora é a da “down regulation” dos receptores pós-sinápticos. O aumento dos níveis de neurotransmissores por inibição da monoaminoxidase (MAO) ou bloqueio das bombas de recaptação de monoaminas resulta nesta “down regulation”, cuja resolução se correlaciona com o início da melhora clínica (Stahl 1997).

Os antidepressivos são indicados em diversas condições médicas e psiquiátricas além dos transtornos do humor: transtornos do sono (insônia, sonambulismo, terror noturno, apnéia do sono e narcolepsia), transtornos de ansiedade (transtorno fóbico, do pânico, obsessivo-compulsivo, de ansiedade generalizada e de estresse pós-traumático), transtornos alimentares (bulimia e anorexia), transtorno de déficit de atenção com hiperatividade, síndromes dolorosas (cefaléias, dor óssea secundária a metástases, transtorno somatoforme de dor, dor aguda e dor crônica), síndrome do cólon irritável, úlcera péptica e enurese (Brunton et al 2006, Janicak et al 1996).

"Doses diárias de 125-150 mg de antidepressivos tricíclicos são efetivas... não existem evidências de estudos controlados que doses diárias de 75 mg ou menos sejam efetivas..." (Paykel e Priest 1992)(AnexoIV).

O sub-tratamento dos transtornos depressivos parece ser ubíquo. No Reino Unido, pesquisa com clínicos gerais demonstrou que apenas 27% dos pacientes tratados com antidepressivos tricíclicos receberam doses adequadas (Johnson 1974). Donoghue e Tylee (1996) encontraram que 88% das prescrições de ADT por clínicos gerais eram de sub-doses. Mesmo no Maudsley Hospital³, apenas 36% dos pacientes

³ Hospital do Instituto de Psiquiatria, Universidade de Londres

recebiam doses terapêuticas de antidepressivos (Brugha e Bebbington 1992) e entre aqueles que não conseguiram remissão após quatro meses de tratamento a proporção de pacientes recebendo doses inadequadas alcançou 78% (Johnson 1974, Donoghue e Tylee 1996, Brugha e Bebbington 1992).

Nos Estados Unidos, entre os pacientes com depressão maior tratados na comunidade antes de serem atendidos em Hospitais universitários participantes do NIMH⁴ Collaborative Program on the Psychobiology of Depression, apenas 12% tinham recebido mais de 150 mg de imipramina/dia ou o seu equivalente (Keller et al 1982).

O consenso organizado pela National Depressive and Manic-Depressive Association concluiu que existem evidências importantes que os indivíduos com depressão estão sendo seriamente sub-tratados (Hirschfeld et al 1997).

O tratamento da depressão com sub-doses de antidepressivos é um dos fatores que contribuem para o desenvolvimento das depressões crônicas e aumentam a incapacidade secundária à depressão maior (Anexo X). O diagnóstico de depressão resistente ao tratamento muitas vezes é feito quando o diagnóstico correto não foi realizado ou o tratamento apropriado não foi instituído. A progressão da depressão não-tratada, com seu padrão de recorrência e sua gravidade crescente é um fator importante para o alta fardo⁵ das depressões resistentes ao tratamento (Greden 2001a, Greden 2001b).

De acordo com Cordas et al (1997) os quadros distímicos devem ser tratados com doses de antidepressivos iguais ou superiores às necessárias para o tratamento da depressão maior. Lima e Moncrieff (2002) relatam a existência de poucas evidências

⁴ National Institute of Mental Health

⁵ burden

favoráveis ao uso de baixas doses de antidepressivos para o tratamento da distímia embora isto seja freqüentemente visto na prática clínica.

Um aspecto importante do sub-tratamento da depressão é o ‘overtreatment’ com benzodiazepínicos, cuja eficiência contra a depressão tem sido geralmente inferior aos antidepressivos padrão (Birkenhager et al 1995). Os benzodiazepínicos podem ser mais freqüentemente prescritos do que os antidepressivos para a depressão (Gullick e King 1979). Por exemplo, entre aqueles com depressão maior tratados na comunidade antes de serem atendidos em hospitais universitários, 34% receberam algum antidepressivo, enquanto 55% receberam algum tranqüilizante menor (Keller et al 1982). De acordo com o Medical Outcomes Study (Wells et al 1994), 35% dos pacientes deprimidos atendidos por psiquiatras receberam tranqüilizantes menores (em contraste com 34% recebendo antidepressivos) e 20% daqueles consultados por clínicos gerais receberam receitas de tranqüilizantes menores (em contraste com 16% que receberam antidepressivos).

Rokstad e colaboradores (1997) realizaram um estudo sobre as práticas de prescrição de clínicos gerais na Noruega. Os três psicofármacos mais prescritos para o tratamento da depressão foram diazepam, amitriptilina e oxazepam, representando respectivamente 25,8, 13,9 e 11,5% das prescrições para homens e 27,7, 12,1 e 13,3% das prescrições para mulheres.

Os clínicos gerais foram, dentre as especialidades médicas, a que mais prescreveu tranqüilizantes (46,9%), sendo seguidos pelos cardiologistas (15,3%) e pelos psiquiatras (11,7%) em um estudo realizado na cidade de São Paulo em 1979 (Miranda et al 1998).

O uso racional de medicamentos implica o paciente receber fármacos apropriados para as suas necessidades clínicas, em doses que satisfaçam suas

necessidades⁶ individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para ele e sua comunidade. O uso correto de medicamentos aumenta a qualidade do atendimento e favorece um tratamento com boa relação custo-efetividade. Ajuda a assegurar que os medicamentos sejam utilizados somente quando forem necessários (indicados) e que as pessoas entendam o que os medicamentos são e como usá-los (WHO 2001b).

Todos os medicamentos, inclusive os essenciais, podem ser usados erroneamente. O uso errôneo é muito comum, tanto em países em desenvolvimento como nos países industrializados; ocorre tanto em serviços de saúde públicos quanto nos serviços privados e nos lares.

O uso errôneo de medicamentos tem consequências médicas e econômicas. Em termos médicos, o tratamento inadequado pode levar a iatrogenia (sofrimento e internações hospitalares desnecessárias, aumento da resistência antimicrobiana e até, à morte). Também diminui a confiança pública no sistema de saúde. Economicamente leva a um desperdício enorme de recursos e a indisponibilidade de medicamentos em outras áreas onde poderiam ser úteis (WHO 2001b).

⁶ requirements

JUSTIFICATIVA

Justifica-se o presente estudo pela necessidade de se conhecer os padrões da prescrição de psicofármacos para o tratamento da depressão por clínicos em nosso meio, pois, apesar dos diversos estudos existentes sobre o uso de psicotrópicos na atenção primária, permanecem lacunas importantes em nosso conhecimento.

Os estudos disponíveis estão frequentemente restritos a poucos países ou regiões, sendo a maioria dos dados disponíveis referentes aos países industrializados (Estados Unidos, países Europeus e Japão) (Anexo XI) (Donoghue 1996, Dunn et al 1999, Isacsson et al 1999, Isometsa et al 1998, Lawrenson et al 2000, MacDonald et al 1996, Revicki et al 1998, Rosholm et al 1995, Simon et al 1993). Há pouca informação oriunda de países asiáticos, africanos e sul americanos (Allgulander e Nasman 1991, Balestrieri et al 1991, Bellantuono et al 1989, De Girolamo et al 1987, Famuyiwa 1983, Furukawa et al 2000, Hohmann 1989, Joukamaa et al 1995, Mant et al 1983, Sakai 1991, Skegg et al 1977, Wessling et al 1991, Weyerer e Dilling 1991, Williams 1983).

Além disso, os padrões de prescrição de psicotrópicos são certamente influenciados por diferenças no ensino médico, na organização dos serviços de saúde e na disponibilidade dos recursos existentes para a saúde. Por fim, as comparações entre países são com frequência limitadas pelo uso de diversas metodologias e definições (Famuyiwa 1983, Furukawa et al 2000, Linden 1999, Sakai 1991)

OBJETIVOS

Geral:

Avaliar o padrão de prescrição de psicofármacos para o tratamento da depressão entre os médicos não psiquiatras de Frederico Westphalen, RS.

Específicos:

Identificar a prevalência de transtornos depressivos na população que consultou com médico não psiquiatra no período do estudo e recebeu prescrição de antidepressivos e/ou ansiolíticos;

Identificar a prevalência de ansiedade na população que consultou com médico-não psiquiatra no período do estudo e recebeu prescrição de antidepressivos, ansiolíticos ou ambos;

Verificar a prevalência de prescrição de sub-doses de antidepressivos;

Verificar a frequência das prescrições de benzodiazepínicos para depressão;

Verificar quais psicofármacos são mais prescritos em cada faixa etária;

Verificar o custo dos medicamentos psicotrópicos em relação a renda mensal dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allgulander C, Nasman P. Regular hypnotic drug treatment in a sample of 32,679 Swedes: association with somatic and mental health, inpatient psychiatric diagnoses and suicide, derived with automated record-linkage. *Psychosomatic Medicine* 53:101-8, 1991.
- Allgulander G. History and current status of sedative-hypnotic drug use and abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73: 465-487, 1986.
- Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF; Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED'A. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry* 171(12): 524-529, 1997.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Text Revision, Fourth Edition (DSM-IVTR)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
- Andrade LHSG, Lólio CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 26: 257-261, 1999.
- Andrews G, Hendewrson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178: 145–153, 2001.
- Andrews G, Sanderson K, Slade T, Issakidis C. Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4): 446-454, 2000.

- Arroll B, Goodyear-Smith F, Lloyd T. Depression in patients in an Auckland general practice. *New Zealand Medical Journal* Apr 26;115(1152):176-9, 2002.
- Ayd Jr FJ. Social issues of Benzodiazepines. Misuse and abuse. *Psychosomatics*, 21: 21-25, 1980.
- Balestrieri M, Bragagnoli N, Bellantuono C. Antidepressant drug prescribing in general practice: a 6-year study. *Journal of Affective Disorders* 21:45-55, 1991.
- Bellantuono C, Arreghini E, Adami M, Bodini F, Gastaldo M, Micciolo R. Psychotropic drug prescription in Italy: a survey in general practice. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1989;24:212-8.
- Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ. *Clinical handbook of psychotropic drugs*. 9th ed. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers; 1999.
- Birkenhager TK, Moleman P, Nolen WA. Benzodiazepines for depression? A review of the literature. *International Clinical Psychopharmacology* 10, 181-195, 1995.
- Borus JF, Howes MJ, Devins NP, Rosenberg R, Livingston WW. Primary health care providers' recognition and diagnosis of mental disorders in their patients. *General Hospital Psychiatry* 10:317-321, 1988.
- Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 264:2524-2528, 1990.
- Brugha TS, Bebbington PE. The undertreatment of depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 242, 103-108, 1992.
- Brunton LL, Lazo JS, Parker KL. (eds.) *The Pharmacological Basis of Therapeutics* (11th edition), New York: McGraw-Hill Companies, Inc., 2006.
- Bupropion, Cloridrato. Monografia. GlaxoSmithKline, 2002.

- Cordás TA. (ed.) *Distimia*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.
- Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Rodriguez E. Treating depressed primary care patients improves their physical, mental, and social functioning. *Archives of Internal Medicine* 157:1113-20, 1997.
- De Girolamo G, Williams P, Capiello V. Psychotropic drug utilization and audit in two Italian psychiatric services. *Psychological Medicine* 17:989-97, 1987.
- Donoghue J, Tylee A, Wildgust H. Cross sectional database analysis of antidepressant prescribing in general practice in the United Kingdom, 1993-5. *British Medical Journal* 313:861-862 (5 October), 1996.
- Donoghue JM, Tylee A. The treatment of depression: prescribing patterns of antidepressants in primary care in the UK. *British Journal of Psychiatry* 168, 164-168, 1996.
- Druss BG, Hoff RA, Rosenbeck RA: Underuse of antidepressants in major depression: prevalence and correlates in a national sample of young adults. *Journal of Clinical Psychiatry* 61:234-237, 2000.
- Dunn RL, Donoghue JM, Ozminkowski RJ, Stephenson D, Hylan TR. Longitudinal patterns of antidepressant prescribing in primary care in the UK: comparison with treatment guidelines. *Journal of Psychopharmacology* 13(2): 136-143, 1999.
- Famuyiwa OO. Psychotropic drug prescription in Nigeria. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 68:73-81, 1983.
- Freeling PR, Tylee A. Depression in general practice. In: Paykel ES. *Handbook of Affective Disorders* 2nd edn. New York. Guilford Press, 1992.

- Furukawa TA, Kitamura T, Takahashi K. Treatment received by depressed patients in Japan and its determinants: naturalistic observation from a multi-center collaborative follow-up study. *Journal of Affective Disorders* 60; 173-179, 2000.
- Gabarrón Hortal E, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix Soriano I, Jover Blanca A, Arenas Prat M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Atención Primaria* 2002. 15 de abril. 29 (6): 329-337
- Greden JF (editor): *Treatment of Recurrent Depression (Review of Psychiatry Series, Volume 20, Number 5; Oldham JM and Riba MB, series editors)*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001. [a]
- Greden JF. The Burden of Disease for Treatment-Resistant Depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 62 (suppl 16): 26-31, 2001.[b]
- Gullick EL, King LJ. Appropriateness of drugs prescribed by primary care physicians for depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders* Mar;1(1):55-8, 1979.
- Hirschfeld RMA, Keller MB, Panico S, Arons B, Barlow D, Davidoff F, Endicott J, Froom J, Goldstein M, Gorman, JM, Guthrie D, Marek RG, Maurer TA, Meyer R, Phillips K, Ross J, Schwenk TL, Sharfstein SS, Thase ME, Wyatt RJ. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *Journal of American Medical Association* 277:333-40, 1997.
- Hohmann AA. Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Medical Care* 27:478-90, 1989.
- Isacson G, Boethius G, Henriksson S, Jones JK, Bergman U. Selective serotonin reuptake inhibitors have broadened the utilisation of antidepressant treatment in

accordance with recommendations Findings from a Swedish prescription database. *Journal of Affective Disorders* 53:15-22, 1999.

- Isometsa E, Seppala I, Henriksson M, Kekki P, Lonnqvist J. Inadequate dosaging in general practice of tricyclic vs. other antidepressants for depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 98(6):451-4, 1998.
- Janicak PD, Davis JM, Preskorn SH, Ayd Jr FJ. *Princípios e Práticas em Psicofarmacoterapias*. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda. 1996.
- Johnson DAW. A study of the use of antidepressant medication in general practice. *British Journal of Psychiatry* 125, 186-192, 1974.
- Joukamaa M, Sohlman B, Lehtinen V. The prescription of drugs in primary health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92:359-64, 1995.
- Karniol IG, Botega NJ, Maciel RR, Moreira M, Capitani EM, Madureira PR, Oliveira Jr VF, Portella V, Vieira RJ. Uso e abuso de benzodiazepíνας no Brasil. *Revista ABP* 8: 30-35, 1985.
- Katon W, von Korff M, Lin E, Bush T, Ormel J. Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. *Medical Care* 30:67-76, 1992.
- Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, et al. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Archives of Family Medicine* 9:345-51, 2000.
- Keller MB, Klerman GL, Lavori PW, Fawcett JA, Coryell W, Endicott J. Treatment received by depressed patients. *Journal of American Medical Association* 248, 1848-1855, 1982.

- Kessel JB, Simpson GM. Tricyclic and Tetracyclic Drugs. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams e Wilkins; 1995. p. 2096-112
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1994;51:8-19.
- Lawrenson RA, Tyrer F, Newson RB, Farmer RD. The treatment of depression in UK general practice: selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants compared. *Journal of Affective Disorders*. 59(2):149-57, 2000.
- Lecrubier Y. Is depression under-recognised and undertreated? *International Clinical Psychopharmacology* 13 suppl5:s3-6, 1998.
- Lima MS, Moncrieff J. Drugs versus placebo for dysthymia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
- Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional, *Revista Psiquiatria Clínica* 26 (5), setembro/outubro 1999 [[http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r265/artigo\(225\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r265/artigo(225).htm), acesso em 10.08.2002]
- Linden M, Lecrubier Y, Bellantuono C, Benkert O, Kisely S, Simon G. The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1999 Apr;19(2):132-40
- MacDonald TM, Fenton GW, McMahon AD, Reid IC, McDevitt DG. Antidepressant drug use in primary care: a record linkage study in Tayside, Scotland. *British Medical Journal* 1996;313:860-861 (5 October)

- Mant A, Broom DH, Duncan-Jones P. The path to prescription: sex differences in psychotropic drug prescribing for general practice patients. *Soc Psychiatry* 1983;18:185-92.
- McManus P, Mant A, Mitchell PB, Montgomery WS, Marley J, Auland M. Recent trends in the use of antidepressant drugs in Australia, 1990-1998. *Medical Journal of Australia* 2000; 173: 458-461
- Miranda CT, Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E. O consumo de psicofármacos no Brasil. In: Organização Mundial da Saúde. Divisão de Saúde Mental e Prevenção de Toxicomanias. O Uso Racional de Medicamentos Psiquiátricos - Relatório do Encontro dos Centros Colaboradores da OMS no Brasil para Ensino e Pesquisa em Saúde Mental. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1998: 65-70.
- Moreno DH, Moreno RA. Depressões resistentes a Tratamento: proposta de abordagem. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1993; 42 (Supl.1):415-55.
- Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 349:1436-1442, 1997.
- Ohayon MM, Shapiro CM, Kennedy SH: Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: comorbidity and treatment consequences. *Canadian Journal of Psychiatry* 2000; 45:166-172
- Parikh SV, Lesage AD, Kennedy SH, Goering PN: Depression in Ontario: under-treatment and factors related to antidepressant use. *Journal of Affective Disorders* 1999; 52:67-76
- Paykel ES, Priest RG. Recognition and management of depression in general practice: Consensus Statement. *British Medical Journal*, 305, 1198-1202, 1992.

- Regier DA, Goldberg ID, Taube CA. The de facto US mental health services system: a public health perspective. *Archives of General Psychiatry* 35:685-693, 1978.
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de Facto US Mental and Addictive Disorders Service System: Epidemiologic Catchment Area Prospective 1-Year Prevalence Rates of Disorders and Services. *Archives of General Psychiatry* 50:85-94, 1993.
- Revicki DA, Simon GE, Chan K, Katon W, Heiligenstein J. Depression, Health-Related Quality of Life, and Medical Cost Outcomes of Receiving Recommended Levels of Antidepressant Treatment. *Journal of Family Practice*, Volume 47(6)December 446-452, 1998.
- Robins LN, Regier DA. *Psychiatric disorders in America: the epidemiological catchment area study*. New York: The Free Press, 1991.
- Rokstad K, Straand J, Fugelli P. General Practitioners' Drug Prescribing Practice and Diagnoses for Prescribing: The More & Romsdal Prescription Study. *Journal of Clinical Epidemiology* 50; 4: 485-494, 1997
- Rosholm JU, Gram LF, Damsbo N, Hallas J. Antidepressant treatment in general practice - an interview study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* Dec;13(4):281-6, 1995.
- Sakai A. Psychoactive drug prescribing in Japan: epistemological and bioethical considerations. *Journal of Medical Philosophy* 16:139-53, 1991.
- Simon GE, VonKorff M, Wagner EH, Barlow W. Patterns of antidepressant use in community practice. *General Hospital Psychiatry* 15:399-408, 1993.
- Skegg D, Doll R, Perry J. Use of medicines in general practice. *British Medical Journal* 1:1561-3, 1977.

- Stahl SM. Psychopharmacology of Antidepressants. London: Martin Dunitz 1997.
- Thase M, Fava M, Halbreich U, Kocsis JH, Koran L, Davidson J, Rosenbaum J, Harrison W. A placebo-controlled, randomized clinical trial comparing sertraline and imipramine for the treatment of dysthymia. *Archives of General Psychiatry* 53:777-784, 1996.
- Tylee A, Gastpar M, Lepine J-P, Mendlewicz J: DEPRES II: a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. *International Clinical Psychopharmacol* 14:139-151, 1999.
- US Department of Health and Human Services (DHHS) (1999). Mental health: a report of the Surgeon General - Executive summary. Rockville, MD, Department of Health and Human Services, US Public Health Service. In: *The World Health Report: 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization, 2001.
- Weissman MM, Leaf PJ, Bruce ML, Florio L. The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity and treatment. *American Journal of Psychiatry* 145:815-819, 1988.
- Wells KB, Katon W, Rogers B, Camp P. Use of minor tranquilizers and antidepressant medications by depressed outpatients: results from the Medical Outcomes Study. *American Journal of Psychiatry* 151, 694-700, 1994.
- Wessling A, Bergman U, Westerholm B. On the differences in psychotropic drug use between the three major urban areas in Sweden. *European Journal of Clinical Pharmacology* 40:495-500, 1991.
- Weyerer S, Dilling H. Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: results from the upper Bavarian field study. *Journal of Clinical Epidemiology* 44:303-11, 1991.

- Williams P. Factors influencing the duration of treatment with psychotropic drugs in general practice: a survival analysis approach. *Psychological Medicine* 13:45-55, 1983.
- World Health Organization. Burden of Mental and Behavioural Disorders. In: *The World Health Report: 2001: Mental health: new understanding, new hope.* Geneva, World Health Organization, 2001.[a]
- World Health Organization. *How to develop and implement a national drug policy.* 2nd ed. Updates and replaces: *Guidelines for developing national drug policies* (1988). Geneva, World Health Organization 2001.[b]

Anexo I

Depressão - Categorias diagnósticas (DSM-IVTR)

Depressão - Categorias diagnósticas (DSM-IVTR)

CATEGORIA DIAGNÓSTICA	CRITÉRIOS*	DURAÇÃO
Depressão Menor	2 a 4 sintomas depressivos, incluindo humor deprimido ou anedonia †	>= 2 semanas
Distimia	3 ou 4 sintomas distímicos, incluindo humor deprimido‡	>= 2 anos
Depressão Maior	>= 5 sintomas depressivos, incluindo humor deprimido ou anedonia	>= 2 semanas
Leve	Poucos (se alguns) sintomas em excesso daqueles necessários para o diagnóstico; prejuízo mínimo no funcionamento	
Moderada	Número maior e intensidade mais acentuada dos sintomas depressivos; prejuízo moderado no funcionamento	
Severa	Intensidade acentuada e pervasiveness dos sintomas depressivos; prejuízo substancial no funcionamento	

*Critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, (APA, 1994) que incluem critérios diagnósticos para depressão maior e distimia mas apenas critérios diagnósticos de pesquisa para depressão menor.

†Sintomas depressivos incluem humor deprimido, anedonia, alteração de peso corporal, distúrbio do sono, problemas psicomotores, falta de energia, culpa excessiva, concentração prejudicada, e ideação suicida.

‡Sintomas distímicos incluem humor deprimido, apetite diminuído ou muito aumentado, distúrbio do sono, falta de energia, baixa auto-estima, dificuldade de concentração e desesperança.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Text Revision, Fourth Edition, (DSM-IVTR) Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.

Anexo II

Critérios Diagnósticos de Depressão (CID-10)

CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESSÃO (CID-10)

A. Presença mínima de dois dos seguintes sintomas:

1. Humor deprimido em um grau anormal para o indivíduo
2. Perda de interesse ou prazer em atividades antes prazerosas
3. Energia diminuída ou fadiga aumentada

B. Presença dos sintomas abaixo:

1. Perda de confiança ou auto-estima
 2. Sentimentos de culpa ou auto-reprovação
 3. Pensamentos de morte ou suicídio
 4. Alteração na atividade psicomotora (agitação ou lentificação)
 5. Indecisão e perda da concentração
 6. Alteração do sono
 7. Alteração do apetite
-

CrITÉRIO ESPECIFICADOR DE GRAVIDADE

Depressão leve

- 2 a 3 sintomas do item A e 2 sintomas do item B

Depressão moderada

- 2 a 3 sintomas do item A e 4 sintomas do item B

Depressão grave

- 2 a 3 sintomas do item A e mais que 4 sintomas do item B
 - Com ou sintomas psicóticos (alucinações ou delírios em pacientes não esquizofrênicos)
 - Congruentes com o humor (culpa, doença, morte, punição)
 - Incongruentes com o humor (delírio persecutório, de controle)
 - Remissão parcial: persistem em menor intensidade
 - Remissão completa: dois meses sem sintomas
-

Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional das Doenças, 10a. edição. Porto Alegre. Editora Artes Médicas, 1993.

Anexo III

Classes de Antidepressivos

Classes de Antidepressivos

Inibidores da monoaminoxidase (IMAO)

- Não seletivos e Irreversíveis
Iproniazida, Isocarboxazida, Tranilcipromina e Fenelzina
- Seletivos e Irreversíveis
Clorgilina (MAO-A)
- Seletivos e Reversíveis
Brofaromina, Moclobemida, Toloxatona e Befloxadona

Inibidores não seletivos de recaptação de monoaminas (ADTs)

- Inibição mista de recaptação de 5-HT/NE
Imipramina, Desipramina, Clomipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Doxepina e Maprotilina

Inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS)

Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram, Fluvoxamina e Escitalopram

Inibidores seletivos de recaptação de 5-HT/NE (ISRSN)

Venlafaxina, Duloxetina, Milnacipram

Inibidores de recaptação de 5-HT e antagonistas ALFA-2 (IRSA)

Nefazodona, Trazodona

Estimulantes da recaptação de 5-HT (ERS)

Tianeptina

Inibidores seletivos de recaptação de NE (ISRN)

Reboxetina, Viloxazina

Inibidores seletivos de recaptação de DA (ISRD)

Amineptina, Bupropion, Minaprina

Antagonistas de alfa-2 adrenorreceptores

Mianserina, Mirtazapina

(5-HT: serotonina; NE: noradrenalina; DA: dopamina)

Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ. Clinical handbook of psychotropic drugs. 9th ed. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers; 1999.

Anexo IV

Antidepressivos disponíveis no Brasil

Antidepressivos disponíveis no Brasil

Medicamentos	Apresentações (mg)	Faixa terapêutica (mg/dia)
imipramina	drágeas: 10, 25, cápsulas: 75, 150	150 – 300
amitriptilina	comprimidos: 25	150 – 300
nortriptilina	cápsulas: 10, 25, 50, 75	25 – 150
clomipramina	drágeas: 10, 25 comprimidos: 75 ampolas (2ml): 25	150 – 300
maprotilina	comprimidos: 25, 75 ampolas: (5ml): 25	75 – 225
mianserina	comprimidos: 30	30 – 90
amineptina	comprimidos: 100	100 – 200
fluoxetina	cápsulas: 20, 40 (liberação prolongada)	20 – 60
paroxetina	cápsulas: 20	20 – 60
citalopram	comprimidos: 20	20 – 60
escitalopram	comprimidos: 10	10 – 20
sertralina	comprimidos: 50	50 – 200
fluvoxamina	comprimidos: 100	50 - 300
trazodona	comprimidos: 100	150 - 300
venlafaxina	comprimidos: 37,5; 50, 75	75 - 375
mirtazapina	comprimidos: 30, 45	15 - 45
tianeptina	comprimidos: 12,5	12,5 - 50
reboxetina	comprimidos: 4	8 – 10
nefazodona	comprimidos: 100, 150	200 - 600
milnacipram	cápsulas: 25, 50	100
bupropion	comprimidos: 150 (liberação prolongada)	225-450

Bupropion, Cloridrato. Monografia. GlaxoSmithKline, 2002.

Escitalopram, Oxalato. Monografia. Lundbeck, 2003.

Escitalopram (Lexapro). Package insert. St. Louis, Mo.: Forest Pharmaceuticals, 2002.:
[www.lexapro.com/pdfs/lexapro_pi.pdf, acesso em 10.01.2003]

Milnacipran, Cloridrato. Monografia. Roche Produtos Químicos e Farmacêuticos, 2002.

Anexo V

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada(o) Sra.(Sr.)

Estamos realizando um estudo sobre o uso de medicamentos para depressão (antidepressivos) e ansiedade (ansiolíticos) na população de Frederico Westphalen.

Precisamos da sua colaboração.

A pesquisa consiste na aplicação de um questionário onde serão feitas perguntas sobre depressão, sobre como você está se sentindo, quais as medicações que você usa e se você tem outras doenças. Se você concordar em responder, saiba que estará garantido o seu anonimato. Caso tenha dúvidas, você pode esclarecê-las com o entrevistador ou com o responsável pela pesquisa, Dr. Paulo Barros através do telefone 3744-6040 ou à Rua Tenente Lira 1199, 1º. andar.

Você será entrevistado(a) na sua casa por um(a) aluno(a) do Curso de Farmácia da URI, devidamente identificado. Caso queira desistir de responder ao questionário, você tem liberdade total para isso. Saiba que não há nenhum risco nesta pesquisa, nem possibilidade de identificação dos participantes.

Nosso objetivo é colher informações que possam ajudar a melhorar o tratamento e a orientação das pessoas com depressão e ansiedade.

Este projeto está sendo desenvolvido pelo Dr. Paulo Barros, professor do Curso de Farmácia da Universidade Regional Integrada - URI, para a sua Dissertação de Mestrado em Farmacologia, na Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre.

Autorização

Eu _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento durante o preenchimento do questionário, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão.

O entrevistador _____ certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, mas mesmo assim, eu terei liberdade de retirar meu consentimento e suspender a minha participação, durante o preenchimento do questionário se assim eu desejar.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura do(a) entrevistado(a): _____

Endereço do entrevistado: _____

Bairro: _____

Telefone do entrevistado: _____

Idade: _____ anos

Nome do entrevistador: _____

Assinatura do(a) entrevistador(a): _____

Assinatura do responsável pela pesquisa (Dr. Paulo Barros): _____

Data: _____/_____/_____.

Observação: *este documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do(a) participante e outra com o(a) aluno(a) entrevistador(a).*

Anexo VI
Questionário

Questionário

1. Nome: _____ Telefone: _____

2. Endereço/Bairro: _____

3. Data da entrevista: |_____| |_____| |_____| Entrevistador: _____

4. Questionário no. |_____| |_____| |_____| (← não escreva neste campo)

5. Qual é a sua data de nascimento ? |_____|

Sexo (1) feminino (2) masculino

Estado civil (1) solteiro (2) casado (3) viúvo

6. Até que série a Sra.(Sr.) estudou? _____ série do _____ grau

7. Para qual problema/doença a Sra.(Sr.) estas medicações foram receitadas?

8. Quem receitou estas medicações? (médica(o), enfermeira(o), etc.)

Quais as medicações a Sra.(Sr.) toma? (peça para ver receitas ou caixas)

9. medicação 1 _____

10. dose (mg) X número de doses/dia _____

11. manipulada (1) sim (2) não

12. custo R\$ _____

13. há quanto tempo a Sra.(Sr.) começou a tomar esta(s) medicação? _____

14. por quanto tempo a Sra.(Sr.) precisará tomar esta(s) medicação? _____

15. medicação 2 _____

16. dose (mg) X número de doses/dia _____

17. manipulada (1) sim (2) não

18. custo R\$ _____

19. há quanto tempo a Sra.(Sr.) começou a tomar esta(s) medicação? _____

20. por quanto tempo a Sra.(Sr.) precisará tomar esta(s) medicação? _____

21. medicação 3 _____

22. dose (mg) X número de doses/dia _____

23. manipulada (1) sim (2) não

24. custo R\$ _____

25. há quanto tempo a Sra.(Sr.) começou a tomar esta(s) medicação? _____

26. por quanto tempo a Sra.(Sr.) precisará tomar esta(s) medicação? _____

27. medicação 4 _____

28. dose (mg) X número de doses/dia _____

29. manipulada (1) sim (2) não

30. custo R\$ _____

31. há quanto tempo a Sra.(Sr.) começou a tomar esta(s) medicação? _____

32. por quanto tempo a Sra.(Sr.) precisará tomar esta(s) medicação? _____

(se houverem outras medicações – escrever atrás do questionário)

33. O(a) Sr.(a) Você tem um médico definido (médico que coordena o atendimento e é a referência quando tem um problema de saúde e também consultou com o mesmo médico nas últimas consultas)? (1) sim (2) não

34. Quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com médico nos últimos seis meses? _____

35. Identifique a(s) especialidade(s) dos médicos com quem o(a) Sr.(a) consultou nos últimos seis meses? _____

36. A Sra.(Sr.) têm outras problemas/doenças de saúde? (1) sim (2) não
Quais problemas (doenças)?

37. Qual é sua renda por mês ? R\$ _____ ~ _____ salários mínimos

38. O (a) Sr.(a) costuma verificar o prazo de validade de seus medicamentos?
(1) sim (2) não

39. O (a) Sr.(a) recebeu por escrito alguma informação do médico sobre seu medicamento? (1) sim (2) não

40. Escore BDI _____ (faça a soma da escala depois)

41. Escore BAI _____ (faça a soma da escala depois)

Anexo VII

Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 2 Estou enojado de mim.
 - 3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 - 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5,0 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck – Propriedades Psicométricas da Versão em Português. In: Gorenstein C, Andrade L HSG, Zuardi AW. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo, Lemos Editorial 2000.

Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Anexo VIII

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

Cunha JA. Inventário da Ansiedade de Beck. In: Manual das Escalas Beck. São Paulo, Casa do Psicólogo 2001.

Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Ansiedade de Beck – Propriedades Psicométricas da Versão em Português. In: Gorenstein C, Andrade L HSG, Zuardi AW. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo, Lemos Editorial 2000.

Anexo IX

Medicações que necessitam receituário controlado para a dispensação

Medicações que necessitam receituário controlado para a dispensação

LISTA - B1 SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS (Sujeitas a Notificação de Receita "B")

alobarbital	etinamato	nordazepam
alprazolam	fendimetrazina	oxazepam
amobarbital	fenobarbital	oxazolam
aprobarbital	fludiazepam	pemolina
barbexaclona	flunitrazepam	pentazonina
barbital	flurazepam	pentobarbital
bromazepam	glutetimida	pinazepam
brotizolam	halazepam	pipradol
butalbital	haloxazolam	pirovarelona
butobarbital	lefetamina	prazepam
camazepam	loflazepato etila	prolintano
cetazolam	loprazolam	propilexedrina
ciclobarbital	lorazepam	secbutabarbital
clobazam	lormetazepam	secobarbital
clonazepam	medazepam	temazepam
clorazepam	meprobamato	tetrazepam
clorazepato	mesocarbo	tiamilal
clordiazepóxido	metil fenobarbital (prominal)	tiopental
clotiazepam	metiprilona	triazolam
cloxazolam	midazolam	triexifenidil
delorazepam	n-etilanfetamina	vinilbital
diazepam	nimetazepam	zolpidem
estazolam	nitrazepam	zopiclona
etclorvinol	norcanfano (fencanfamina)	

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998
[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm, acesso em 26.04.2002]

LISTA - C1 OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL
(Sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias)

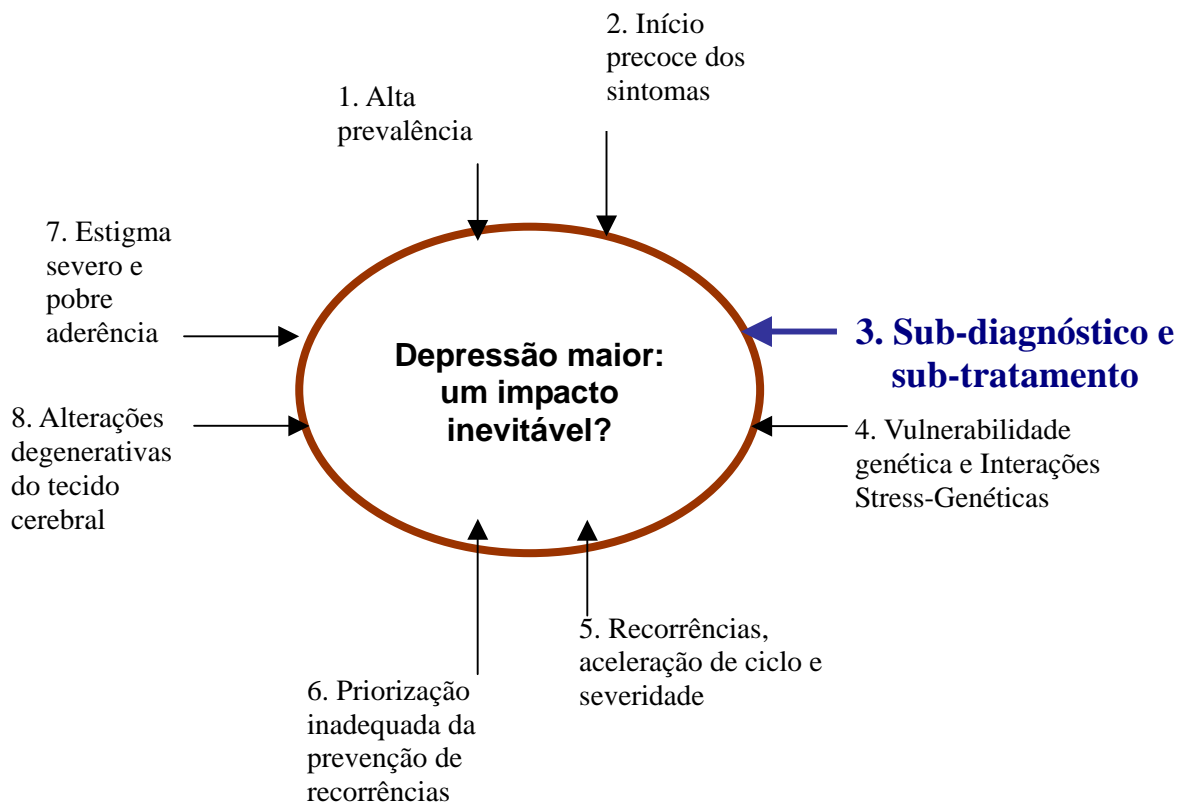
acepromazina	dissulfiram	loperamida	primidona
ácido valpróico	divalproato de sódio	loxapina	proclorperazina
amantadina	dixirazina	maprotilina	promazina
amineptina	doxepina	meclofenoxato	propanidina
amissulprida	droperidol	mefenoxalona	propiomazina
amitriptilina	emilcamato	mefexamida	propofol
amoxapina	enflurano	mepazina	protipendil
azaciclonol	etomidato	mesoridazina	protriptilina
beclamida	etossuximida	metilpentinol	proximetacaina
benactizina	ectiluréia	metisergida	risperidona
benfluorex	facetoperano (levofacetoperano)	metixeno	ropinirol
benzocetamina	fenaglicodol	metopromazina	selegilina
benzoquinamida	fenelzina	metoxiflurano	sertralina
biperideno	fenfluramina	mianserina	sevolfurano
bupiriona	fenitoina	minacipran	sibutramina
butaperazina	fenilpropanolamina	minaprina	sildenafil
butriptilina	feniprazina	mirtazapina	sulpirida
captodiamina	femprobamato	misoprostol	tacrina
carbamazepina	flufenazina	moclobemida	talcapona
caroxazona	flumazenil	moperona	tetracaína
cetamina	fluoxetina	naloxona	tianeptina
ciclarbamato	flupentixol	naltrexona	tiaprida
ciclexedrina	fluvoxamina	nefazodona	tioproperazina
ciclopentolato	haloperidol	nialamida	tioridazina
citalopram	halotano	nomifensina	tiotixeno
clomacrano	hidrato de cloral	nortriptilina	topiramato
clometiazol	hidroclorbetetilamina	noxptilina	tranilcipromina
clomipramina	hidroxidiona	olanzapina	trazodona
clorexadol	homofenazina	opipramol	triclofós
clorpromazina	imicloprazina	orlistat	tricloretileno
clorprotixeno	imipramina	oxcarbazepina	trifluoperazina
clotiapina	imipraminóxido	oxifenamato	trifluperidol
clozapina	iproclorizida	oxipertina	trimipramina
deanol	isocarboxazida	paroxetina	valproato sódico
desflurano	isoflurano	penfluridol	venlafaxina
desipramina	isopropil-crotonil-uréia	perfenazina	veraliprida
dexetimida	lamotrigina	pergolida	vigabatrina
dexfenfluramina	levodopa	periciazina (propericiazida)	ziprazidona
dextrometorfano	levomepromazina	pimozida	zuclopentixol
dibenzepina	lindano	pipamperona	
dimetracrina	lisurida	pipotiazina	
disopiramida	litio	pramipexol	

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998
[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm, acesso em 26.04.2002]

Anexo X

Fatores que contribuem para a morbidade da Depressão

Fatores que contribuem para a morbidade da Depressão



Greden JF (editor): Treatment of Recurrent Depression (Review of Psychiatry Series, Volume 20, Number 5; Oldham JM and Riba MB, series editors). Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001.

Anexo XI

Estudos sobre a prescrição de sub-doses de antidepressivos

Estudos sobre a prescrição de sub-doses de antidepressivos

Estudo	População em estudo	Antidepressivo	% Sub-dose	“DME”
Simon , General Hospital Psychiatry 1993	3905 pacientes/ 1799 episódios depressivos, 18-60 anos	Amitriptilina	72	100
		Imipramina	66	100
		Nortriptilina	38	50
		Desipramina	60	100
		Doxepine	78	100
		Fluoxetina	47	20
		Trazodone	52	100
Todos	71			
Donoghue , British Medical Journal 1996	58646 prescrições, 1993-1995	Amitriptilina	94,3/92,2	125
		Clomipramina	84,6/87,9	125
		Dothiepine	84,8/84,2	
		Tricíclicos	87,8/86,8	125
		Lofepamine	21,6/19	
		Fluoxetina	0/0	20
		Paroxetina	0,2/0,4	20
Sertralina	0/0	50		
MacDonald , British Medical Journal 1996	20195 pacientes, 85315 prescrições	ISRS	8	
		Tricíclicos	72	
Revicki , Journal of Family Practice 1998	358 pacientes, > 18 anos	Todos	45,4	
Isometsa , Acta Psychiatrica Scandinavica. 1998	55 pacientes em 22 centros de saúde, 22-84 anos	ISRS	12	
		Tricíclicos	71	
		Amitriptilina	70,1(5/7)	75
		Doxepine	62,5 (5/8)	75
		Clomipramina	100 (1/1)	75
		Imipramina	100 (1/1)	75
		Citalopram	20 (3/15)	20
		Fluoxetina	0 (0/10)	20
		Moclobemida	12,5 (1/8)	300
Mianserina	20 (1/5)	30		
Dunn , Journal of Psychopharmacology 1999	16204 pacientes em 99 clínicas	ISRS	6,9	
		Tricíclicos	80,8	
Isacsson , Journal of Affective Disorders 1999	1034 pessoas, < 65anos	Amitriptilina	94	75
		Clomipramina	92	75
		Citalopram	12	20
		Paroxetina	88	20
Lawrenson , Journal of Affective Disorders. 2000	128549 pacientes, 1234829 prescrições, 15-65 anos	Amitriptilina	82,4/98,2	75/150
		Dothiepine	31,0/96,2	75/150
		Lofreprimine	20,1/99,6	140/210
		Fluoxetina	0	20
		Paroxetina	0,2	20
		Sertralina	0,2/87,3	50/100

DME - dose mínima efetiva

ISRS - inibidores seletivos da recaptção da serotonina

Artigo 1

Inadequate antidepressant prescribing in outpatient treatment of depression

Inadequate antidepressant prescribing in outpatient treatment of depression

Paulo L. F. F. Barros¹, Helena M. T. Barros² & Airton T. Stein³

¹ Psychiatrist, Master's degree student in Medical Sciences, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA), ² Professor of Pharmacology, Coordinator of the FFFCMPA Medical Sciences Postgraduate Program, ³ Professor of the FFFCMPA Medical Sciences Postgraduate Program, Assistant of Learning and Research Management at Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre-RS

Abstract

Objective: To describe the types of pharmacological treatment for depression and factors related to the adequacy of prescription of psychiatric drugs in a small town.

Methods: Cross-sectional study with 348 subjects at ages between 18 and 65 years who visited a non-psychiatrist physician in a town with 27,000 inhabitants in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The subjects answered an interview with social-medical questions, the Beck Depression Inventory and the Beck Anxiety Inventory.

Results: Almost 80% of the patients were female, married, didn't finish elementary school, received low incomes, consult in a public health center, had no specific doctor, and weren't given advice about how to take the medication. The most frequently prescribed drugs for depression treatment were benzodiazepines. Low educational level (PR 0.96; CI 0.94-0.99), visiting a public health center (PR 1.22; CI 1.04-1.44), being of the male gender (PR 1.22; CI 1.03-1.45), and an older age (PR 1.01; CI 1.00-1.02) were the factors that contributed to inadequate drug prescribing in depression treatment, when analysed in a multifactor level.

Conclusion: In this study, we found that socioeconomic factors – schooling and low income, being of the male gender, and an older age were associated to a high prevalence of inadequate treatment for depressive disorders in the community. As benzodiazepines were most commonly prescribed drugs for depression, this study

highlights that there is a need to improve the prescription habit of non-psychiatrist physicians.

Keywords: prescription, antidepressant, primary health care, general practitioners, benzodiazepines, depression, rational drug use, quality of care.

Address for correspondence: Rua Tenente Lira, 1199/101, CEP 98400.000, Caixa Postal 281, Frederico Westphalen, RS, Brazil.

Introduction

Depressive disorders are a significant public health issue. Most cases aren't identified nor treated adequately, leading to loss of productivity, functional decline and increased mortality (Katon 1992, Simon 1993, Hirschfeld 1997).

In Brazil, Almeida-Filho (1997), in the Brazilian Multicentric Study of Psychiatric Morbidity, found point prevalence for depressive disorders of 1.3% in São Paulo, 1.5% in Brasilia and 6.7% in Porto Alegre. Andrade et al. (1999), in the Epidemiologic Catchment Area Study of Mental Disorders in the city of São Paulo, found a prevalence/year of 6.7% for affective disorders.

In New Zealand, using the Beck Depression Inventory, Arroll found a prevalence of 13.8% for depression among primary care patients, while Gabarron Hortal, in Spain, also using the BDI, found 20.2% of depressed patients (men, 8.1%, and women, 26.8%) (Arroll 2002, Gabarron Hortal 2002).

In Belgium, using the Prime-MD questionnaire, Anseau founds a prevalence of 13.9 percent for depression in general practice settings (Anseau 2004).

The prevalence of the depression presents great variability due to the different used methodologies in the epidemiologic studies and the cultural and regional differences found.

Primary care physicians play a crucial role in the improvement of treatment for mental disorders, since they are the first and most frequent contact depressed patients have with the health system (Freeling 1992, Schurman 1985, Andrews 2001). In the Australian National Mental Health Survey, only 2.4% of persons had at least one consultation with a mental health professional (psychiatrist/psychologist/mental health team) in the previous 12 months, 13.2% persons who had at least one consultation with a general practitioner and 53.6% persons had at least one consultation with any

health professional while 30.8% of population did not consult for a mental problem (Andrews 2001). No information is available in Brazil regarding mental health services utilisation or access to mental health treatment centers. Non-psychiatrist physicians prescribed more psychiatric drugs than psychiatrists, emphasizing these drugs in the treatment of psychiatric disorders in primary care (Linden 1999). Both in Brazil and in other countries, general practitioners account for most (85-90%) of benzodiazepine prescriptions (Ayd Jr 1980, Allgulander 1986, Karniol 1985). In a study carried out in the city of São Paulo in 1979, general practitioners were the ones that most prescribe tranquilizers (46.9%) among medical specialties, being followed by cardiologists (15.3%), and psychiatrists (11.7%) (Miranda 1998).

One of the reasons for the high rate of prescription of tranquilizers is that these agents are used for many different diagnoses. In fact, benzodiazepines are more prescribed than antidepressants for depression (benzodiazepine overtreatment) (Gullick 1979, Birkenhager 1995), by both psychiatrists and non-psychiatrists. According to the Medical Outcomes Study (Wells 1994), 35% of depressed patients cared for by psychiatrists received minor tranquilizers, as opposed to 34% taking antidepressants, and 20% of those who visited general practitioners were given prescriptions for minor tranquilizers, as opposed to 16% of patients who were given antidepressants.

Besides not prescribing antidepressants for the treatment of depression, low antidepressant dosages are prescribed to many patients. In the United Kingdom, general practitioners recommended an underdosage in 98.2% of the prescriptions for tricyclic antidepressants (Lawrenson 2000). In the USA, only 14.4% of the patients with Major Depression treated in a community setting received more than 150mg imipramine per day or its equivalent (Weilburg 2003). These figures are worrisome

because depression treatment with low antidepressant doses is one of the factors that contributes to the development of chronic depression and increases disability secondary to Major Depression (Andrews 2000, Greden 2001).

The study was carried out with the purpose to describe the type and adequacy of the pharmacological treatment for outpatients with depression by physicians without a psychiatric background and the factors associated with the prescribing of psychiatric drugs.

Methodology

A cross-sectional study was carried out in Frederico Westphalen, a town with 26,700 inhabitants (IBGE 2004), in the northern region of the Rio Grande do Sul State, where twenty-seven physicians work, of whom only one is a psychiatrist. The study took place from November 2004 to January 2005, in 2 stages: in the first stage in both private drugstores and drugstores at public health centers, the patients with medical prescriptions for psychiatric drugs were interviewed at the moment the medications were delivered about which disorder these drugs had been prescribed for. Patients who answered that the drugs were intended for “depression” were invited to participate in the study and were included if consented in participating in the study. All patients from 18 to 65 years old, with prescriptions for treatment of depressive disorders cared for at private clinics, by doctors on call, or at the municipal health system were included. Those who had visited a psychiatrist were excluded. In a second stage, within two weeks of the initial contact, the patients who gave their consent were visited at their home. This study was approved by the Grupo Hospitalar Conceição Medical Ethics Committee, and the physicians and patients who volunteered to participate signed an informed consent form.

“Depression” was defined as a unipolar disorder or episode of mild to severe intensity, without psychotic symptoms. (WHO 1993). Questionnaires with social-medical questions, the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Anxiety Inventory (BAI) were applied. All scales have already been validated for Portuguese language (Cunha 2001). A prescription was considered adequate when a daily dosage of an antidepressant equivalent to 20 mg fluoxetine or to 150 mg imipramine was prescribed (APA, Anderson 2000, Rosenbaum 2005).

The sample size (n=323) was calculated using the Statcalc application of the Epi Info software, estimating the prevalence of depression in primary care between 5.1% and 7.6% (AHCPR 1993), increased of 10 % for losses, with an acceptable error for the confidence interval (CI) of 95% and power of 80%. The statistical analysis was performed with the SPSS 11 and Stata 7.0 softwares, with the significance level set at 5%. Considering that in cross-sectional studies with high outcome prevalence the odds ratio tends to overestimate the prevalence ratio (PR), a multivariate analysis was employed, the Poisson regression with a robust variance estimate, in order to achieve a direct estimate for the PR, as suggested by Barros & Hirataka (2003).

Results

378 people had been contacted, of which 370 interviews were performed and 22 were excluded (6 patients with psychotic depression, 4 with bipolar affective disorder, 6 with mental retardation, and 6 patients with clinical diseases only). Eight patients refused to be interviewed. The profile of the patients studied is shown in Table 1.

[Table 1]

Medication was prescribed inadequately – antidepressant underdosing or benzodiazepines in 71.3% of cases. 136 interviewees (39.1%) did not show depressive symptomatology according to the BDI, but they were receiving some kind of pharmacological treatment thought for depression, while 31.3% (109) showed mild symptoms, and 29.6% (103) showed moderate or severe symptoms.

Only 146 (42%) patients receive antidepressants. Most of them (100 patients) receive a prescription of antidepressant in an ineffective dose (table 2).

[Table 2]

We found that diazepam (29.02%), fluoxetine (22.99%) and bromazepam (21.55%) were the most frequently prescribed drugs. The benzodiazepines are among the top three prescribed drugs.

[Table 3]

Patients cared for at public health centers had a greater chance of receiving inadequate prescriptions by 30%. Higher number of years of education reduced the chance of receiving an inadequate prescription by 4% in comparison with those that were cared for at a private medical office. The increase in each year of age elevates by 1% the chance of receiving antidepressant underdosage or benzodiazepine prescription for depression treatment.

There was no statistically significant difference for inadequate prescribing between the two groups of physicians: surgeons (general surgeons and gynecologists) vs physicians of clinical specialties (cardiologists, neurologists and general practitioners).

The depressive symptoms and anxious symptoms didn't show an association with the type of prescription (PR=1.0; p=0.84 and PR=1.0; p=0.93, respectively). In the multivariate analysis, in addition to factors such as educational level, visiting a public health center, age, being male also turned out to be statistically significant (p=0.020).

[Table 4]

Discussion and conclusions

This study has shown that more than half of patients in a small community are treated with inadequate dosages of antidepressant medication or benzodiazepines for depressive symptoms. The most common mistakes are the prescription of benzodiazepines and the use of an inadequate dose of antidepressants. Only one third of the depressed patients receive a prescription of an antidepressant in a dose that is efficient for treatment of depressive symptoms.

The three most prescribed drugs were diazepam 29.0%, fluoxetine 23% and bromazepam 21,6%, similarly to the results found by Rokstad (1997), in a study on general practitioners' drug prescribing practices in Norway, in which the 3 most often prescribed drugs for depression were diazepam, amitriptyline and oxazepam, representing, respectively, 21.1%, 12.7% and 12.7% of prescriptions, even without evidence of benzodiazepine efficacy as an antidepressant.

Simon et al. (2004), in a multicentric study found 12.1% of patients receiving prescribed antidepressant doses that were potentially effective. The prevalence of adequate treatment (effective minimum dose and 3 or more visits for a 3-month

period) ranged from 1% and 40%. In the present study, we found 28.7% of patients with an adequate prescription of antidepressants.

There are several factors related to the patient associated to this inadequate prescription: the low educational level, higher age, being from a low socioeconomic status and only affording to go to a public health system are factors related to inadequate prescription for depression.

Although these results have shown that patients who have lower level of education and seek public health sectors are more likely to have an inadequate prescription.

In this small town almost every physician take care of private as the public sector, which call attention to a possible confirmation of the inverse care law (Tudor Hart 1971).

The educational level is a very important issue on antidepressant prescribing. In the study by Wells (1994), patients with more years of education showed a greater probability of receiving antidepressants for depression treatment; in the present study limited schooling was found to be a predictor of inadequate prescribing. People with more years of education know better how to refer symptoms and the primary care provider pays more attention to complaints (Wells 1994).

Lower socioeconomic status is a barrier to a health care access with quality. It is important to stand out that people seek public health system usually do not have access to mental health services (secondary care). Indeed primary care physicians are the ones that are taking care of mental health issues as seen in other countries such as Germany and United States (Linden 1999). Most studies were carried out with patients within the same provider either public or private (Blustein 2000, Poisal and Chulis 2000). In this study, patients of the local private and public health systems

were interviewed. Visiting a public health center increased the probability of patients to receive an inadequate prescription for depression by 22%.

The multivariate analysis showed that being male is associated with inadequate prescribing of psychiatric drugs. Previous studies (Ganguli 1997, Green-Hennessy and Hennessy 1999) showed that male patients received fewer antidepressant prescriptions than female patients, without considering the prescribed dose. Women seek health services more often than men and report more complaints, receiving a more adequate attention and likely to be reviewed their diagnosis if they do not feel better. On the other hand men are more likely to settle if they do not get better, after a consultation.

Despite the emergence in the past decades of several pharmacological options and the development of countless guidelines for the outpatient treatment of depression, many studies have demonstrated that the prevalence of an inadequate treatment of depressive disorders has remained high, which had been confirmed in this study. We pointed out to the importance of socioeconomic factors on physician prescribing (patient characteristics, physician specialty and physician's relationship with the health care system) for an optimal treatment of depressed patients.

Limitations

As this study is a cross-sectional study which can also be used for analysing associations, although the cause-and-effect hypotheses are limited as there was no follow-up of patients and it is difficult to identify factors associated to inadequate antidepressant prescribing and the prevalence of unnecessary prescribing of psychiatric drugs for depression. The fact that cross-sectional studies can only

measure prevalence and not incidence limits the information they can produce on prognosis, natural history and disease causation.

Recommendations

Patients with low income or low educational level should be provided comprehensive health care. When they seek a medical consultation it is more likely that patients who are poor don't receive an adequate care. There is a need for a better continuing medical education and there are studies in which the role of an academic detailing has been demonstrated, as useful (Palmer and Coyne 2003).

Longitudinal studies are needed to examine how sociological, economic and insurance status influence patterns of antidepressant prescribing and outcomes of treatments for depression.

Acknowledgments

The authors wish to thank Vania Hirataka, MSc for her support in the statistical analysis.

References

1. Agency for Health Care Policy and Research. Depression in primary care: detection, diagnosis and treatment. Clinical practice guideline no. 5. AHCPR publications no. 93-0550. Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1993.
2. Allgulander C. History and current status of sedative-hypnotic drug use and abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73: 465-487, 1986.

3. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF; Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED'A. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry* 171(12):524-529, 1997.
4. American Psychiatric Association. Work Group On Major Depressive Disorder. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depression. [http://www.psych.org/psych_pract/t_book.cfm, acesso em 26.04.2005].
5. Anderson IM, Nutt DJ, Deakin JF. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology* Mar;14(1):3-20, 2000.
6. Andrade LHSG, Lólio CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 26: 257-261, 1999.
7. Andrews G, Henderson WS, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178: 145–153, 2001.
8. Andrews G, Sanderson K, Slade T & Issakidis C. Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *Bulletin of the World Health Organization* 78 (4): 446-454, 2000.
9. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, Vander Mijnsbrugge D. High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders* 78: 49–55, 2004.
10. Arroll B, Goodyear-Smith F, Lloyd T. Depression in patients in an Auckland general practice. *New Zealand Medical Journal* Apr 26; 115(1152):176-9, 2002.

11. Ayd Jr FJ. Social issues of Benzodiazepines. Misuse and abuse. *Psychosomatics*, 21: 21-25, 1980.
12. Barros AJD, Hirataka VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology* 3:21, 2003.
13. Birkenhager TK, Moleman P, Nolen WA. Benzodiazepines for depression? A review of the literature. *International Clinical Psychopharmacology* 10, 181-195, 1995.
14. Blustein J. Drug coverage and drug purchases by Medicare beneficiaries with hypertension. *Health Affairs (Millwood)* 19(2):219-30, 2000.
15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Frederico Westphalen - RS, 2001 [<http://www.ibge.gov.br>, acesso em 09.04.2004].
16. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
17. Dean AG. et al.: Epi Info, Version 6: a word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta GA, 1994.
18. Donoghue J, Tylee A, Wildgust H. Cross sectional database analysis of antidepressant prescribing in general practice in the United Kingdom, 1993-5. *British Medical Journal* 313:861-862 (5 October), 1996.
19. Freeling PR, Tylee A. Depression in general practice. In: Paykel ES. *Handbook of Affective Disorders* 2nd edn. New York. Guilford Press, 1992.
20. Gabarrón Hortal E, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix Soriano I, Jover Blanca A, Arenas Prat M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Atención Primaria* 29 (6): 329-337, 2002

21. Ganguli M, Mulsant B, Richards S, Stoehr G, Mendelsohn A. Antidepressant use over time in a rural older adult population: the MoVIES Project. *Journal of American Geriatrics Society* Dec;45(12):1501-3, 1997.
22. Greden JF. The Burden of Disease for Treatment-Resistant Depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 62 (suppl 16): 26-31, 2001.
23. Green-Hennessy S, Hennessy KD. Demographic differences in medication use among individuals with self-reported major depression. *Psychiatric Services*. Feb;50(2):257-9, 1999.
24. Gullick EL, King LJ. Appropriateness of drugs prescribed by primary care physicians for depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders* 1(1):55-8, 1997.
25. Hirschfeld RMA, Keller MB, Panico S, Arons B, Barlow D, Davidoff F, Endicott J, Froom J, Goldstein M, Gorman JM, Guthrie D, Marek RG, Maurer TA, Meyer R, Phillips K, Ross J, Schwenk TL, Sharfstein SS, Thase ME, Wyatt RJ. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *Journal of American Medical Association* 277:333-40, 1997.
26. Karniol IG, Botega NJ, Maciel RR, Moreira M, Capitani EM, Madureira PR, Oliveira Jr VF, Portella V, Vieira RJ. Uso e abuso de benzodiazepíνας no Brasil. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria* 8: 30-35, 1985.
27. Katon W, von Korff M, Lin E, Bush T, Ormel J. Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. *Medical Care* 30:67-76, 1992.
28. Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S, Schwenk TL. False Positives, False Negatives, and the Validity of the Diagnosis of Major Depression in Primary Care. *Archives of Family Medicine* 7:451-461, 1998.

29. Lawrenson RA, Tyrer F, Newson RB, Farmer RD. The treatment of depression in UK general practice: selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants compared. *Journal of Affective Disorders* 59(2):149-57, 2000.
30. Linden M, Lecrubier Y, Bellantuono C, Benkert O, Kisely S, Simon G. The prescribing of psychiatric drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 19(2):132-40, 1999.
31. Manning JS, Haykal RF, Connor PD, Akiskal HS. On the nature of depressive and anxious states in a family practice setting: the high prevalence of bipolar II and related disorders in a cohort followed longitudinally. *Comprehensive Psychiatry* 38(2):102-8, 1997.
32. Miranda CT, Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E. O consumo de psicofármacos no Brasil. In: Organização Mundial da Saúde. Divisão de Saúde Mental e Prevenção de Toxicomanias. O Uso Racional de Medicamentos Psiquiátricos - Relatório do Encontro dos Centros Colaboradores da OMS no Brasil para Ensino e Pesquisa em Saúde Mental. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 65-70, 1998.
33. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional das Doenças, 10a. edição. Porto Alegre. Editora Artes Médicas, 1993.
34. Palmer SC, Coyne JC. Screening for depression in medical care Pitfalls, alternatives, and revised priorities. *Journal of Psychosomatic Research* 54: 279–287, 2003.
35. Poisal JA, Chulis GS. Medicare beneficiaries and drug coverage. *Health Affairs (Millwood)*. Mar-Apr;19(2):248-56, 2000.

36. Rokstad K, Straand J, Fugelli P. General Practitioners' Drug Prescribing Practice and Diagnoses for Prescribing: The More & Romsdal Prescription Study. *Journal of Clinical Epidemiology* 50; 4: 485-494, 1997.
37. Rosenbaum JF, Arana GW, Hyman SE, Lobbate LA, Fava M. *Handbook of Psychiatric Drug Therapy*. 5th. Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
38. Schurman RA, Kramer PD, Mitchell JB. The hidden mental health network. Treatment of mental illness by nonpsychiatrist physicians. *Archives of General Psychiatry* 42:89-94, 1985.
39. Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM. Prevalence and Predictors of Depression Treatment in an International Primary Care Study. *American Journal of Psychiatry* 161:1626–1634, 2004.
40. Simon GE, VonKorff M, Wagner EH, Barlow W. Patterns of antidepressant use in community practice. *General Hospital Psychiatry* 15:399-408, 1993.
41. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 7.0*. College Station, TX: Stata Corporation, 2001.
42. *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*. Release 11.0.1. SPSS Inc., 1989-2001.
43. Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet* 1 (7696): 405-412, 1971.
44. Weilburg JB, O'Leary KM, Meigs JB, Hennen J, Stafford RS. Evaluation of the Adequacy of Outpatient Antidepressant Treatment. *Psychiatric Services* 54:1233–1239, 2003.
45. Wells KB, Katon W, Rogers B, Camp P. Use of minor tranquilizers and antidepressant medications by depressed outpatients: results from the medical outcomes study. *American Journal of Psychiatry* 151(5):694-700, 1994.

TABLE 1. Characteristics of the variables studied

N	348
mean age (sd)	45.8 (13.2)
gender	
female	276 (79.3%)
male	72 (20.7%)
marital status	
married	228 (65.5%)
unmarried + divorced + widow	120 (34.5%)
schooling (in learning years) (sd)	6.1 (4.6)
income (in minimum wages) (sd)	2.2 (1.9)
prescribed medication	
benzodiazepines only	202 (58.0%)
antidepressant – low dose	46 (13.2%)
antidepressant – adequate dose	100 (28.7%)
presence of clinical comorbidity	
yes	200 (57.5%)
no	148 (42.5%)
clinical comorbidities*	
cardiovascular diseases	102 (29.3%)
osteomuscular diseases	36 (10.3%)
respiratory diseases	16 (4.6%)
gastrointestinal diseases	14 (4.0%)
nervous system diseases	11 (3.2%)
endocrine diseases	10 (2.9%)
genitourinary diseases	10 (2.9%)
skin diseases	1 (0.3%)
consultation location	
public health center	185 (53.2%)
medical office	163 (46.8%)
BDI score (sd)	16.1 (10.8)
BAI score (sd)	16.0 (10.6)

* some patients reported more than one medical comorbidity

TABLE 2. Adequacy of antidepressant prescriptions *

Antidepressant	Prescriptions	Inadequate prescriptions (%)	Average daily dose (mg)	Dose range (mg)
amitriptyline	23	23 (100.0)	25.27	12.5-75
clomipramine	7	7 (100.0)	24.28	25-50
imipramine	7	7 (100.0)	35	25-50
nortriptyline	4	4 (100.0)	31.25	25
paroxetine	17	1 (5.9)	21.76	10-20
sertraline	6	2 (33.3)	54.17	25-100
fluoxetine	80	3 (3.8)	20.63	10-40
bupropion	2	0 (0)	150	150

*Minimum effective dose was defined according to American Psychiatric Association. Work Group on Major Depressive Disorder. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depression.

TABLE 3. Factors related to outpatient prescribing of psychiatric drugs for depression.*

	Inadequate	Adequate	PR (95% CI)	p
Mean age	47.8 (12.4)	40.6 (13.4)	1.01 (1.01-1.02)	<0.001
Gender				
male	56 (77.8)	16 (22.2)	1.12 (0.97 – 1.29)	0.135
female	192 (69.6)	84 (30.4)		
Marital status				
married	168 (73.7)	60 (26.3)	1.11 (0.95 – 1.28)	0.187
single/divorced/widow	80 (66.7)	40 (33.3)		
Schooling (in years of learning)	5.2 (4.1)	8.6 (4.9)	0.95 (0.93-0.97)	<0.001
Income (in minimum wages)	2.0 (1.7)	2.8 (2.1)	0.93 (0.86-0.99)	0.033
Clinical comorbidity				
no	153 (76.5)	47 (23.5)	1.19 (1.03-1.37)	0.016
yes	95 (64.2)	53 (35.8)		
Visit location				
Public health center	148 (80)	37 (20)	1.30 (1.13 – 1.50)	<0.001
Medical office	100 (61.3)	63 (38.7)		
Medical specialty				
Clinical specialties	150 (72.5)	57 (27.5)	1.08 (0.92 – 1.27)	0.4016
Surgical specialties	65 (67)	32 (33)		
BDI score	16.1 (10.8)	15.9 (11.0)	1.00 (0.99-1.01)	0.0837
BAI score	16.0 (10.2)	15.9 (11.5)	1.00 (0.99-1.01)	0.0931

* In n(%) values for categorical variables and means (standard deviation (sd)) for continuous variables.

TABLE 4. Multivariate analysis* of factors associated with inadequate depression treatment.

	PR	CI (95%)	P
Low income	1.00	0.94-1.06	0.924
No clinical pathology	1.04	0.88-1.24	0.645
Married	1.09	0.93-1.28	0.278
Age	1.01	1.00-1.02	0.038
Male gender	1.22	1.03-1.45	0.020
Consultation at a public health center	1.22	1.04-1.44	0.017
Years of education	0.96	0.94-0.99	0.003

*Poisson regression with a robust variance estimate

Artigo 2

O Tratamento da depressão por médicos não-psiquiatras

O Tratamento da depressão por médicos não-psiquiatras

Paulo L. F. F. Barros¹, Helena M. T. Barros², Airton Tetelbom Stein³

¹Mestrando em Ciências Médicas da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre(FFFCMPA)

² Professor Titular de Farmacologia, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da FFFCMPA,

³Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da FFFCMPA, Assistente da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre-RS

Resumo

A depressão é altamente prevalente na população, sendo a segunda condição crônica mais comum na prática clínica. Um em cada dez pacientes tem depressão maior, mas a maioria dos casos não são reconhecidos ou são tratados inadequadamente, levando à perda de produtividade, declínio funcional e mortalidade aumentada.

Os médicos de atenção primária desempenham um papel crítico na melhora do tratamento das doenças mentais pois eles são o ponto de contato mais freqüente do paciente deprimido com o sistema de saúde e quem mais prescreve psicofármacos.

O tratamento da depressão com sub-doses de antidepressivos é um dos fatores que contribuem para o desenvolvimento das depressões crônicas e aumentam a incapacidade secundária à depressão. Além do uso de doses inadequadas de antidepressivos, os benzodiazepínicos costumam ser prescritos em seu lugar.

Apesar da quantidade de estudos sobre o uso de psicotrópicos na atenção primária, permanecem lacunas importantes no nosso conhecimento. Ainda não se sabe, até o momento, como são os padrões de prescrição para o tratamento da depressão e os fatores associados com a prescrição de psicofármacos por clínicos no nosso meio.

Palavras-chave: tratamento, depressão, atenção primária

Summary

Depressive disorders present a high prevalence in general population, being the second most common chronic condition in clinical practice. One in ten patients present major depression, but most of the cases are not recognized or they are inadequately treated, leading to loss of productivity, functional decline and increased mortality.

Primary care physicians play a crucial role in the improvement of treatment for mental disorders, since they are the first and most frequent contact depressed patients have with the health system. They are the physicians that most frequently prescribe psychotropic drugs.

The treatment of depression with antidepressant underdosing is one of the factors that most contribute to the development of chronic depressions and the increment of secondary disability. Benzodiazepines are often prescribed associated to inadequate antidepressant dosages.

There are several studies on antidepressant prescribing in primary care but we don't know how are the type and adequacy of the pharmacological treatment for outpatients with depression by physicians without a psychiatric background and the factors associated with the prescribing of psychiatric drugs.

Key words: treatment, depression, primary care

A depressão é altamente prevalente na população, sendo a segunda condição crônica mais comum na prática clínica. Ao menos dez por cento dos pacientes tem depressão maior, mas a maioria dos casos não são reconhecidos ou são tratados inadequadamente, levando à perda de produtividade, declínio funcional e mortalidade aumentada (Katon 1992, Simon 1993, Hirschfeld 1997).

A depressão maior é definida por humor deprimido ou perda de interesse em quase todas atividades por pelo menos duas semanas, acompanhada por um mínimo de três ou quatro dos seguintes sintomas (em um total de no mínimo cinco sintomas): insônia ou hipersonia, sentimentos de desvalia ou culpa excessiva, fadiga ou perda de energia, diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, mudança substancial no apetite ou peso corporal, agitação ou lentificação psicomotora, e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio (American Psychiatric Association 2000). Entre os pacientes com depressão, a doença pode ocorrer com intensidade leve, moderada ou severa. Ainda é incerto se todos os pacientes atendidos na atenção primária à saúde devem ser rotineiramente rastreados para depressão.

O Epidemiological Catchment Area Study (ECA) realizado nos Estados Unidos (Robins 1991) foi o primeiro de uma nova geração de estudos de morbidade psiquiátrica, baseados em instrumentos diagnósticos padronizados e em sistemas de classificação aperfeiçoados, que demonstrou a alta prevalência dos transtornos psiquiátricos e permitiu a comparação dos resultados com outras pesquisas.

A prevalência/ano em adultos de todos os transtornos mentais, inclusive uso de substâncias psicoativas encontrada em dois estudos epidemiológicos (ECA e National Comorbidity Survey (NCS)) variou entre 22,5 e 30,2%, (prevalência de transtornos ansiosos 12,7 e 18,7% e de transtornos afetivos 5,1 e 11,7 %). No Brasil, Andrade e colaboradores, no Estudo da Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área

definida de captação da cidade de São Paulo, encontraram a prevalência/ano de 26,5% para todos os transtornos psiquiátricos, 8,0% para os transtornos ansiosos e 6,7% para os transtornos afetivos. (Andrade et al 1999, Kessler et al 1994, Robins 1991 e Regier 1993)

Na Nova Zelândia, Arroll (2002), utilizando o Beck Depression Inventory, encontrou a prevalência de 13,8% para depressão entre pacientes na atenção primária, enquanto que Gabarrón Hortal usando também o BDI encontrou 20,2% dos pacientes com depressão (homens, 8,1% e mulheres 26,8%).

A distímia é um transtorno relativamente comum, com uma prevalência-vida entre 3% e 6% (Weissman 1988, Kessler 1994). A Organização Mundial da Saúde realizou um estudo com 25916 pacientes atendidos na atenção primária usando critérios da CID-10 e encontrou 10,4% dos pacientes com depressão e 2,1% com distímia (Lecrubier 1988).

Embora os sintomas da distímia sejam menos severos que os da depressão maior, os pacientes com aquele transtorno experimentam disfunção social considerável e incapacidade e tem maior probabilidade do que a população geral de usar serviços médicos gerais e tomar drogas psicotrópicas não-específicas (Thase 1996).

Os transtornos mentais e do comportamento são universais, afetando pessoas de todos os países e sociedades, indivíduos de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, do meio urbano e do meio rural. Atingem mais de 25% de todas as pessoas em algum momento das suas vidas. Além disso, causam um forte impacto sobre as sociedades e sobre a qualidade de vida de pessoas e famílias. Os transtornos mentais e do comportamento estão presentes em cerca de dez por cento da população adulta em qualquer momento da vida.

Cerca de vinte por cento de todos os pacientes atendidos por médicos de atenção primária (médicos de família, de emergência, clínicos gerais, médicos internistas, pediatras, ginecologistas/obstetras e geriatras) tem um ou mais transtornos mentais. Uma em quatro famílias provavelmente tem no mínimo um membro com transtorno mental ou do comportamento. Estas famílias não apenas provem apoio físico e emocional, mas também carregam o impacto negativo do estigma e da discriminação.

No estudo Global Burden of Disease, Murray et al (1996) estimaram que em 1990 os transtornos mentais e neurológicos eram responsáveis por 10,7% dos anos de vida ajustados para a incapacidade devidos a todas as doenças e injúrias. Esta taxa era 12% em 2000. Para 2020, foi projetado que o peso destas doenças terá aumentado para 15%.

As doenças comuns que normalmente causam incapacidade severa incluem transtornos depressivos, transtornos secundários ao uso de substâncias, esquizofrenia, epilepsia, doença de Alzheimer, retardo mental e transtornos da infância e da adolescência. Os transtornos depressivos em 1990 eram a primeira causa de incapacidade, para todas as idades, em todo o mundo. Os fatores associados com a prevalência, início e curso dos transtornos mentais e do comportamento incluem pobreza, sexo, idade, conflitos e desastres, doenças físicas importantes e o ambiente familiar e social (WHO2001a).

No Australian National Mental Health Survey, apenas 2,4 % das consultas para problemas mentais foram feitas com profissional de saúde mental, enquanto que os clínicos gerais realizaram 13,2% destas consultas (Andrews 2001).

Andrews reportou que apenas 35% das pessoas com transtornos mentais durante o ano anterior ao seu estudo tinham consultado um médico por apresentar um “problema mental”, sendo que 27% (mais de 2/3 dos 35%) consultou com clínico

geral, 13,2% consultou apenas com o clínico e o restante, 13,8%, consultou com um profissional de saúde mental (psiquiatra, psicólogo ou outro profissional de saúde mental) (Andrews 2001)

As taxas no Reino Unido são similares as de Andrews e, nos Estados Unidos são de aproximadamente cinquenta por cento. (WHO 2001a) Os clínicos gerais eram os principais cuidadores, tanto sozinhos como em colaboração com outros profissionais da saúde. Trinta e cinco por cento das pessoas com comorbidade e 44% das pessoas com incapacidade moderada ou grave não consultaram, na maioria dos casos porque não viram necessidade (Andrews 2000, Andrews 2001).

Apenas uma minoria das pessoas com depressão procura tratamento. No NCS apenas 28% das pessoas com depressão maior que relataram ter usado serviços de saúde durante o ano anterior devido a seus sintomas (Kessler 1994); um estudo realizado através de entrevistas telefônicas na área metropolitana de Toronto, em 1996-1997, revelou achados comparáveis (Ohayon 2000). Em dois estudos de base populacional realizados entre 1988 e 1994, apenas 7% dos adultos jovens com episódio depressivo atual (Druss 2000) e 18% dos indivíduos com episódio depressivo atual no ano anterior ao estudo (Parikh 1999) estavam usando medicação antidepressiva. No estudo European DEPRES II (Tylee 1999), apenas 30% das pessoas deprimidas que consultaram em 1994 receberam tratamento antidepressivo.

Apesar das diferenças importantes entre a atenção a saúde mental nos países em desenvolvimento e nos desenvolvidos, eles compartilham um problema comum: a má utilização dos serviços psiquiátricos disponíveis. Nos países com serviços bem estruturados pouco menos que metade dos indivíduos com transtornos mentais e do comportamento utilizam os serviços existentes. Isto é relacionado ao estigma ligado

aos indivíduos com transtornos mentais e do comportamento e a inadequação dos serviços oferecidos (Andrews 2001).

O estigma em relação a doença mental foi comentado pelo United States Surgeon General's Report de 1999: “Apesar da eficácia das opções de tratamento e das muitas maneiras possíveis de obter um tratamento de escolha, cerca de metade de todos os americanos que apresentam uma doença mental grave não procuram tratamento (US Department of Health and Human Services 1999).

Os médicos da atenção primária tem um papel crítico na melhora do tratamento das doenças mentais pois eles são o ponto de contato mais freqüente do paciente deprimido com o sistema de saúde.

Regier e colaboradores (1988) no National Institute of Mental Health descreveu a importância do papel dos médicos neste nível de atenção no atendimento da saúde mental nos Estados Unidos. A análise de dados dos serviços de saúde revelou que 60,1% dos americanos que se acredita terem problemas mentais foram identificados ou tratados por médicos na atenção primária e apenas 20% destes pacientes foram atendidos por especialistas em saúde mental. Schurman (1985) posteriormente confirmou estes resultados, encontrando 47,5% dos pacientes com transtornos mentais em tratamento na atenção primária. Dados do ECA analisados por Borus (1988) também mostraram achados similares (56,7%).

Diversas pesquisas documentaram que a maioria dos pacientes com transtornos mentais e problemas psicológicos na comunidade são tratados por clínicos, ao invés de serem tratados por psiquiatras. Dados de vários estudos regionais demonstram que os psicofármacos têm um papel de destaque no tratamento dos problemas psiquiátricos no nível primário de atenção a saúde e que os médicos de

atenção primária são os responsáveis pela maioria das prescrições de psicofármacos (Linden 1999).

Em paralelo com a crescente conscientização da depressão como um importante problema de saúde, a década passada presenciou um aumento das opções farmacoterápicas para o tratamento da depressão com o advento de diversas novas classes de medicações antidepressivas (McManus 2000, Bezchlybnik-Butler 1999).

No estudo realizado por Joukamaa (1995), um terço de uma amostra de mil pacientes adultos atendidos no nível de atenção primária havia recebido no mínimo a receita de uma droga psicotrópica durante um período de três anos.

Lima e colaboradores (1999) em um estudo de base populacional realizado em Pelotas, encontraram que 11,9% dos entrevistados havia feito uso de psicofármacos nas duas semanas anteriores à pesquisa. Os benzodiazepínicos e os antidepressivos representaram 66,3% dos psicofármacos consumidos.

A descoberta no final da década de 50 de drogas antidepressivas e sua utilização na prática clínica trouxeram um avanço importante no tratamento e no entendimento de possíveis mecanismos subjacentes aos transtornos depressivos (Brunton et al 2006, Janicak et al 1996, Stahl 1997). A depressão tornou-se um problema médico passível de tratamento, semelhante a outras doenças como o diabetes e a hipertensão arterial.

Até os anos 80 havia duas classes de antidepressivos, os tricíclicos (ADTs) e os inibidores de monoaminoxidase (IMAOs). Embora muito eficazes, apresentavam efeitos colaterais indesejáveis causados pela inespecificidade de sua ação farmacológica e eram potencialmente letais em casos de superdosagem (Kessel 1995). Nas últimas duas décadas surgiram novas classes de antidepressivos (os inibidores seletivos da recaptção de serotonina, da noradrenalina) (Tabela 1) a partir da

pesquisa de moléculas desprovidas dos efeitos colaterais dos heterocíclicos. Eles diferem dos clássicos ADTs e IMAOs, irreversíveis pela seletividade farmacológica, modificando e atenuando os efeitos colaterais (Janicak 1996, Stahl 1997)

Tabela 1. Classes de Antidepressivos

Inibidores da monoaminoxidase (IMAO)

- Não seletivos e Irreversíveis
Iproniazida, Isocarboxazida, Tranilcipromina e Fenelzina
- Seletivos e Irreversíveis
Clorgilina (MAO-A)
- Seletivos e Reversíveis
Brofaromina, Moclobemida, Toloxatona e Befloxafona

Inibidores não seletivos de recaptação de monoaminas (ADTs)

- Inibição mista de recaptação de serotonina / noradrenalina
Imipramina, Desipramina, Clomipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Doxepina e Maprotilina

Inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS)

Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram, Fluvoxamina e Escitalopram

Inibidores seletivos de recaptação de serotonina / noradrenalina (ISRSN)

Venlafaxina, Duloxetina, Milnacipram

Inibidores de recaptação de serotonina e antagonistas ALFA-2 (IRSA)

Nefazodona, Trazodona

Estimulantes da recaptação de serotonina (ERS)

Tianeptina

Inibidores seletivos de recaptação de noradrenalina (ISRN)

Reboxetina, Viloxazina

Inibidores seletivos de recaptação de dopamina (ISRD)

Amineptina, Bupropion, Minaprina

Antagonistas de alfa-2 adrenoceptores

Mianserina, Mirtazapina

Os antidepressivos não influenciam de forma acentuada o organismo normal em seu estado basal, apenas corrigem condições anômalas. Em indivíduos normais não provocam efeitos estimulantes ou euforizantes como as anfetaminas. Aproximadamente 70% dos pacientes com depressão se beneficiam com os ADTs, mas 30% a 40% fracassam na resposta ao primeiro ensaio farmacológico, necessitando outra classe de antidepressivos ou mesmo eletroconvulsoterapia (Moreno 1993).

Apesar dos avanços na pesquisa não dispomos de uma explicação completa e adequada do funcionamento dos antidepressivos e, assim, servimo-nos de hipóteses

para entender seu mecanismo de ação. Antidepressivos com estruturas químicas diferentes possuem em comum a capacidade de aumentar agudamente a disponibilidade sináptica de um, ou mais, neurotransmissores, através da ação em receptores e enzimas específicos. Mesmo sendo essencial, este efeito não explica a demora para se obter resposta clínica (de duas a quatro semanas em média), sugerindo que a resolução dos sintomas da depressão requeira mudanças adaptativas na neurotransmissão (Stahl 1997). A principal teoria aceita para explicar tal demora é a da subsensibilização dos receptores pós-sinápticos. O aumento dos níveis de neurotransmissores por inibição da MAO ou pelo bloqueio das bombas de recaptação de monoaminas resulta nesta subsensibilização, cuja resolução se correlaciona com o início da melhora clínica (Stahl 1997)

Os antidepressivos são indicados em diversas condições médicas e psiquiátricas, além dos transtornos do humor: transtornos do sono (insônia, sonambulismo, terror noturno, apnéia do sono e narcolepsia), transtornos de ansiedade (transtorno fóbico, do pânico, obsessivo-compulsivo, de ansiedade generalizada e de estresse pós-traumático), transtornos alimentares (bulimia e anorexia), transtorno de déficit de atenção com hiperatividade, síndromes dolorosas (cefaléias, dor óssea secundária a metástases, transtorno somatoforme de dor, dor aguda e dor crônica), síndrome do cólon irritável, úlcera péptica e enurese (Brunton et al 2006, Janicak et al 1996).

No Reino Unido foi encontrado em uma pesquisa com clínicos gerais que apenas 27% dos pacientes tratados com antidepressivo tricíclico receberam doses adequadas (Johnson 1974). Donoghue e Tylee (1996) encontraram que 88% das prescrições de ATC por clínicos gerais eram de sub-doses. Mesmo no Maudsley Hospital, do Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres, apenas 36% dos

pacientes recebiam doses terapêuticas de antidepressivos, entre aqueles que não conseguiram remissão após quatro meses de tratamento, a proporção de pacientes recebendo doses inadequadas alcançou 78% (Brugha e Bebbington 1992, Donoghue 1996, Johnson 1974).

O sub-tratamento dos transtornos depressivos parece ser ubíquo (Tabela2). Nos Estados Unidos, entre os pacientes com depressão maior tratados na comunidade antes de serem atendidos em Hospitais universitários participantes do National Institute of Mental Health Collaborative Program on the Psychobiology of Depression, apenas 12% tinham recebido mais de 150 mg de imipramina/dia ou o seu equivalente. (Keller 1982)

A prescrição de sub-doses de antidepressivos na atenção primária

O consenso organizado pela National Depressive and Manic-Depressive Association concluiu que existem muitas evidências de que os indivíduos com depressão estão sendo seriamente sub-tratados (Hirschfeld 1997).

O tratamento da depressão com sub-doses de antidepressivos é um dos fatores que contribuem para o desenvolvimento das depressões crônicas e aumentam a incapacidade secundária à depressão maior. O diagnóstico de depressão resistente ao tratamento muitas vezes é utilizado quando um diagnóstico acurado não é feito ou o tratamento apropriado não é instituído. A progressão da depressão não-tratada com seu padrão de recorrência e sua gravidade crescente é um fator importante para a alta carga das depressões resistentes ao tratamento (Greden 2001, Greden 2001b)

De acordo com Cordas et al (1997) os quadros distímicos devem ser tratados com doses de antidepressivos iguais ou superiores às necessárias para o tratamento da depressão maior. Lima e Moncrieff (2002) relatam a existência de poucas evidências

que apoiem uso de baixas doses de antidepressivos para o tratamento da distímia embora isto seja freqüentemente visto na prática clínica.

Tabela 2. Estudos sobre a prescrição inadequada de antidepressivos

Estudo	População em estudo	Antidepressivo	% Sub-dose*	“DME**”
Simon	3905 pacientes/1799 episódios depressivos, 18-60 anos	Amitriptilina	72	100
		Imipramina	66	100
		Nortriptilina	38	50
		Desipramina	60	100
		Doxepina	78	100
		Fluoxetina	47	20
		Trazodone	52	100
		Todos	71	
Rosholm	98 pacientes	Todos	23,4	
Donoghue	58646 prescrições	Amitriptilina	94,3/92,2	125
		Clomipramina	84,6/87,9	125
		Dotiepina	84,8/84,2	
		Tricíclicos	87,8/86,8	125
		Lofepramina	21,6/19	
		Fluoxetina	0/0	20
		Paroxetina	0,2/0,4	20
		Sertralina	0/0	50
MacDonald	20195 pacientes, 85315 prescrições	ISRS	8	
		Tricíclicos	72	
Revicki	358 pacientes, > 18 anos	Todos	45,4	
Isometsa	55 pacientes em 22 centros de saúde, 22-84 anos	ISRS	12	
		Tricíclicos	71	
		Amitriptilina	70,1(5/7)	75
		Doxepina	62,5 (5/8)	75
		Clomipramina	100 (1/1)	75
		Imipramina	100 (1/1)	75
		Citalopram	20 (3/15)	20
		Fluoxetina	0 (0/10)	20
		Moclobemida	12,5 (1/8)	300
Mianserina	20 (1/5)	30		
Dunn	16204 pacientes em 99 clínicas	ISRS	2,2	
		Tricíclicos	24,4	
Isacsson	1034 pessoas, < 65anos	Amitriptilina	94	75
		Clomipramina	92	75
		Citalopram	12	20
		Paroxetina	88	20
Lawrenson	128549 pacientes, 1234829 prescrições, 15-65 anos	Amitriptilina	82,4/98,2	75/150
		Dotiepina	31,0/96,2	75/150
		Lofepramina	20,1/99,6	140/210

Fluoxetina	0	20
Paroxetina	0,2	20
Sertralina	0,2/87,3	50/100

* % de pacientes com prescrição de sub-doses de antidepressivos

**DME - "dose mínima efetiva", em mg/dia

Um aspecto do sub-tratamento da depressão é o ‘overtreatment’ com benzodiazepínicos, cuja eficiência contra a depressão tem sido geralmente inferior aos antidepressivos padrão (Birkenhager 1995). Os benzodiazepínicos podem ser mais freqüentemente prescritos do que os antidepressivos para a depressão. Por exemplo, entre aqueles com depressão maior tratados na comunidade antes de serem atendidos em hospitais universitários, 34% receberam algum antidepressivo enquanto 55% receberam algum tranqüilizante menor (Keller 1982). De acordo com o Medical Outcomes Study (Wells 1994), 35% dos pacientes deprimidos atendidos por psiquiatras receberam tranqüilizantes menores (em contraste com 34% recebendo antidepressivos) e 20% daqueles consultados por clínicos gerais receberam receitas de tranqüilizantes menores (em contraste com 16% que receberam antidepressivos) (Birkenhager 1995, Keller 1982, Wells 1994).

Rokstad et al (1997) realizaram um estudo sobre as práticas de prescrição de clínicos gerais na Noruega. Os três psicofármacos mais prescritos para o tratamento da depressão foram diazepam, amitriptilina e oxazepam, representando respectivamente 25,8%, 13,9% e 11,5% das prescrições para homens e 27,7%, 12,1% e 13,3% das prescrições para mulheres.

Os clínicos gerais foram dentre as especialidades médicas a que mais prescreveu tranqüilizantes (46,9%) seguidos por cardiologistas (15,3%) e psiquiatras (11,7%) em estudo realizado na cidade de São Paulo em 1979 (Miranda 1998).

O uso racional de medicamentos significa que o paciente recebe fármacos apropriados para a suas necessidades clínicas, em doses que satisfaçam suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para

ele e sua comunidade. Com isto, promove a qualidade do atendimento e um tratamento com boa relação custo-efetividade, assegurando que os medicamentos sejam utilizados somente quando forem necessários (indicados) e que as pessoas entendam o que são e como usá-los. (WHO 2001b)

Todos os medicamentos, inclusive os essenciais, podem ser usados incorretamente, o que é muito comum tanto em países em desenvolvimento como em países industrializados e ocorre tanto em serviços de saúde públicos quanto em privados.

O uso incorreto de medicamentos tem conseqüências médicas e econômicas. Em termos médicos o tratamento inadequado pode causar iatrogenia, internações hospitalares e morte. Ele diminui a confiança pública no sistema de saúde e, do ponto de vista econômico leva a um desperdício enorme de recursos e a escassez em áreas onde poderiam ser necessários (WHO 2001b).

Os estudos disponíveis sobre a prescrição de dosagens inadequadas de antidepressivos no tratamento das depressões estão restritos a poucos países ou regiões. A maioria dos dados disponíveis é referente aos países industrializados (Estados Unidos, Europa e Japão). De países asiáticos, africanos e sul-americanos tem-se poucas informações (Allgulander 1991, Balestrieri 1991, Bellantuono 1989, De Girolamo 1987, Famuyiwa 1983, Furukawa 2000, Hohmann 1989, Joukamaa 1995, Mant 1983, Sakai 1991, Skegg 1977, Wessling 1991, Weyerer 1991, Williams 1983)

Os padrões de prescrição de psicotrópicos são certamente influenciados por diferenças no ensino/treinamento médico, organização dos serviços de saúde e dos recursos dirigidos para a saúde. As comparações entre países são com frequência limitadas pelo uso de diversas metodologias e definições (Famuyiwa 1983, Sakai

1991, Linden 1999, Furukawa 2000). Apesar da quantidade de estudos e relatórios sobre o uso de psicotrópicos na atenção primária, permanecem lacunas importantes em nosso conhecimento, não se sabendo ainda, como são os padrões de prescrição de psicofármacos por clínicos em nosso meio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allgulander C, Nasman P. Regular hypnotic drug treatment in a sample of 32,679 Swedes: association with somatic and mental health, inpatient psychiatric diagnoses and suicide, derived with automated record-linkage. *Psychosomatic Medicine* 53:101-8, 1991.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Text Revision, Fourth Edition (DSM-IVTR)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
3. Andrade LHSG, Lólio CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 26: 257-261, 1999.
4. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178: 145–153, 2001.
5. Andrews G, Sanderson K, Slade T & Issakidis C. Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *Bulletin of the World Health Organization* 78 (4): 446-454, 2000.
6. Arroll B, Goodyear-Smith F, Lloyd T. Depression in patients in an Auckland general practice. *New Zealand Medical Journal* 115(1152):176-9, 2002.

7. Balestrieri M, Bragagnoli N, Bellantuono C. Antidepressant drug prescribing in general practice: a 6-year study. *Journal of Affective Disorders* 21:45-55, 1991.
8. Bellantuono C, Arreghini E, Adami M, Bodini F, Gastaldo M, Micciolo R. Psychotropic drug prescription in Italy: a survey in general practice. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 24:212-8, 1989.
9. Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ. *Clinical handbook of psychotropic drugs*. 9th ed. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers; 1999.
10. Birkenhager TK, Moleman P, Nolen WA. Benzodiazepines for depression? A review of the literature. *International Clinical Psychopharmacology* 10, 181-195, 1995.
11. Borus JF, Howes MJ, Devins NP, Rosenberg R, Livingston WW. Primary health care providers' recognition and diagnosis of mental disorders in their patients. *General Hospital Psychiatry* 10:317-321, 1988.
12. Brugha TS, Bebbington PE. The undertreatment of depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 242, 103-108, 1992.
13. Brunton LL, Lazo JS, Parker KL. (eds.) *The Pharmacological Basis of Therapeutics* (11th edition), New York: McGraw-Hill Companies, Inc., 2006.
14. Cordás TA. (ed.) *Distimia*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.
15. Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Rodriguez E. Treating depressed primary care patients improves their physical, mental, and social functioning. *Archives of Internal Medicine* 157:1113-20, 1997.
16. De Girolamo G, Williams P, Capiello V. Psychotropic drug utilization and audit in two Italian psychiatric services. *Psychological Medicine* 17:989-97, 1987.

17. Donoghue JM, Tylee A. The treatment of depression: prescribing patterns of antidepressants in primary care in the UK. *British Journal of Psychiatry* 168, 164-168, 1996.
18. Druss BG, Hoff RA, Rosenbeck RA: Underuse of antidepressants in major depression: prevalence and correlates in a national sample of young adults. *Journal of Clinical Psychiatry* 61:234-237, 2000.
19. Famuyiwa OO. Psychotropic drug prescription in Nigeria. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 68:73-81, 1983.
20. Gabarrón Hortal E, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix Soriano I, Jover Blanca A, Arenas Prat M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Atención Primaria* 29 (6): 329-337, 2002.
21. Greden JF (editor): *Treatment of Recurrent Depression (Review of Psychiatry Series, Volume 20, Number 5; Oldham JM and Riba MB, series editors)*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001.[a]
22. Greden JF. The Burden of Disease for Treatment-Resistant Depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 62 (suppl 16): 26-31,2001.[b]
23. Hirschfeld RMA, Keller MB, Panico S, Arons B, Barlow D, Davidoff F, Endicott J, Froom J, Goldstein M, Gorman, JM, Guthrie D, Marek RG, Maurer TA, Meyer R, Phillips K, Ross J, Schwenk TL, Sharfstein SS, Thase ME, Wyatt RJ. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *Journal of American Medical Association* 277:333-40, 1997.
24. Hohmann AA. Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Medical Care* 27:478-90, 1989.

25. Janicak PD, Davis JM, Preskorn SH, Ayd FJ Jr. Princípios e Práticas em Psicofarmacoterapias. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda. 1996.
26. Johnson DAW. A study of the use of antidepressant medication in general practice. *British Journal of Psychiatry* 125, 186-192, 1974.
27. Joukamaa M, Sohlman B, Lehtinen V. The prescription of drugs in primary health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92:359-64, 1995.
28. Katon W, von Korff M, Lin E, Bush T, Ormel J. Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. *Medical Care* 30:67-76, 1992.
29. Keller MB, Klerman GL, Lavori PW, Fawcett JA, Coryell W, Endicott J. Treatment received by depressed patients. *Journal of American Medical Association* 248, 1848-1855, 1982.
30. Kessel JB, Simpson GM. Tricyclic and Tetracyclic Drugs. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams e Wilkins; 1995. p. 2096-112
31. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 51:8-19, 1994.
32. Lecrubier Y. Is depression under-recognised and undertreated? *Int Clin Psychopharmacol* 13 suppl5:s3-6, 1998.
33. Lima MS, Moncrieff J. Drugs versus placebo for dysthymia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
34. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional, *Revista Psiquiatria Clínica* 26 (5), setembro/outubro

1999 [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r265/artigo(225).htm, acesso em 10.08.2002]

35. Linden M, Lecrubier Y, Bellantuono C, Benkert O, Kisely S, Simon G. The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 19(2):132-40, 1999
36. Mant A, Broom DH, Duncan-Jones P. The path to prescription: sex differences in psychotropic drug prescribing for general practice patients. *Social Psychiatry* 18:185-92, 1983.
37. Miranda CT, Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E. O consumo de psicofármacos no Brasil. In: Organização Mundial da Saúde. Divisão de Saúde Mental e Prevenção de Toxicomanias. O Uso Racional de Medicamentos Psiquiátricos - Relatório do Encontro dos Centros Colaboradores da OMS no Brasil para Ensino e Pesquisa em Saúde Mental. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1998: 65-70.
38. Moreno DH, Moreno RA. Depressões resistentes a Tratamento: proposta de abordagem. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 42 (Supl.1):415-55, 1993.
39. Murray CJL, Lopez AD, eds. The global burden of disease and injury series, volume 1: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press, 1996.
40. Ohayon MM, Shapiro CM, Kennedy SH: Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: comorbidity and treatment consequences. *Canadian Journal of Psychiatry* 45:166-172, 2000.

41. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional das Doenças, 10a. edição. Porto Alegre. Editora Artes Médicas, 1993.
42. Parikh SV, Lesage AD, Kennedy SH, Goering PN: Depression in Ontario: under-treatment and factors related to antidepressant use. *Journal of Affective Disorders* 52:67-76, 1999.
43. Paykel ES, Priest RG. Recognition and management of depression in general practice: Consensus Statement. *British Medical Journal*, 305, 1198-1202, 1992.
44. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of American Medical Association* 264:2511-2518, 1990.
45. Regier DA, Goldberg ID, Taube CA. The de facto US mental health services system: a public health perspective. *Archives of General Psychiatry* 35:685-693, 1978.
46. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de Facto US Mental and Addictive Disorders Service System: Epidemiologic Catchment Area Prospective 1-Year Prevalence Rates of Disorders and Services. *Archives of General Psychiatry* 50:85-94, 1993.
47. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric disorders in America: the epidemiological catchment area study*. New York: The Free Press, 1991.
48. Rokstad K, Straand J, Fugelli P. General Practitioners' Drug Prescribing Practice and Diagnoses for Prescribing: The More & Romsdal Prescription Study. *Journal of Clinical Epidemiology* 50; 4: 485-494, 1997.
49. Sakai A. Psychoactive drug prescribing in Japan: epistemological and bioethical considerations. *Journal of Medical Philosophy* 16:139-53, 1991.

50. Schurman RA, Kramer PD, Mitchell JB. The hidden mental health network. Treatment of mental illness by nonpsychiatrist physicians. *Archives of General Psychiatry* 42:89-94, 1985.
51. Simon GE, VonKorff M, Wagner EH, Barlow W. Patterns of antidepressant use in community practice. *General Hospital Psychiatry* 15:399-408, 1993.
52. Skegg D, Doll R, Perry J. Use of medicines in general practice. *British Medical Journal* 1:1561-3, 1977.
53. Stahl SM. *Psychopharmacology of Antidepressants*. London: Martin Dunitz 1997.
54. Thase M, Fava M, Halbreich U, Kocsis JH, Koran L, Davidson J, Rosenbaum J, Harrison W. A placebo-controlled, randomized clinical trial comparing sertraline and imipramine for the treatment of dysthymia. *Archives of General Psychiatry* 53:777-784, 1996.
55. Tylee A, Gastpar M, Lepine J-P, Mendlewicz J: DEPRES II: a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. *International Clinical Psychopharmacology* 14:139-151, 1999.
56. US Department of Health and Human Services (DHHS). *Mental health: a report of the Surgeon General - Executive summary*. Rockville, MD, Department of Health and Human Services, US Public Health Service, 1999.
57. Weissman MM, Leaf PJ, Bruce ML, Florio L. The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity and treatment. *American Journal of Psychiatry* 145:815-819, 1988.
58. Wells KB, Katon W, Rogers B, Camp P. Use of minor tranquilizers and antidepressant medications by depressed outpatients: results from the Medical Outcomes Study. *American Journal of Psychiatry* 151, 694-700, 1994.

59. Wessling A, Bergman U, Westerholm B. On the differences in psychotropic drug use between the three major urban areas in Sweden. *European Journal of Clinical Pharmacology* 40:495-500, 1991.
60. Weyerer S, Dilling H. Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: results from the upper Bavarian field study. *Journal of Clinical Epidemiology* 44:303-11, 1991.
61. Williams P. Factors influencing the duration of treatment with psychotropic drugs in general practice: a survival analysis approach. *Psychological Medicine* 13:45-55, 1983.
62. World Health Organization. Burden of Mental and Behavioural Disorders. In: *The World Health Report: 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization, 2001.[a]
63. World Health Organization. How to develop and implement a national drug policy. 2nd ed. Updates and replaces: *Guidelines for developing national drug policies (1988)*. Geneva, World Health Organization 2001[b].
64. World Health Organization. International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4): 413-426, 2000.

B277p Barros, Paulo Luis Farias Fernandes de

Prescrição inadequada de antidepressivos no tratamento da depressão / Paulo Luis Farias Fernandes de Barros; orient. Airton Tetelbom Stein; co-orient. Helena Maria Tannhauser Barros. Porto Alegre: FFFCMPA, 2006.

101f. ; il.

Dissertação (Mestrado) Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre. Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Área de concentração: Farmacologia.

1. Depressão. 2. Atenção primária. 3. Antidepressivos. 4. Benzodiazepínicos. 5. Prescrição. 6. Farmacoepidemiologia. 7. Uso racional de medicamentos. I. Stein, Airton Tetelbom. II. Barros, Helena Maria Tannhauser. III. Título.

CDD 615.6

CDU 615.03:616.89-008.454

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)