

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM SAUDE MENTAL

NAYUME MAGALDI DA SILVA

USO RACIONAL DE ANTIDEPRESSIVO NA REDE PUBLICA NO
MUNICIPIO DE BOM JESUS RS

CRICIUMA

2012

NAYUME MAGALDI DA SILVA

**USO RACIONAL DE ANTIDEPRESSIVO NA REDE PUBLICA NO
MUNICIPIO DE BOM JESUS RS**

Monografia apresentada ao Setor de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC, para a obtenção do título de especialista em Saúde Mental.

Orientador: Prof. MSc Luciano Jornada

CRICIUMA

2012

Agradecimentos

Agradeço a deus, ao meu orientador professor Luciano Jornada por ter aceitado e ter atendido a todos os meus chamados mesmo que com as dificuldades de orientação (distancia), aos participantes da pesquisa e a minha mãe Ivonete que me ajudou muito em toda minha trajetória da pós-graduação.

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais que estão sempre ao meu lado incentivando e acreditando sempre.

“Não é o desafio com que nos deparamos que determina quem nós somos e em que nós estamos nos tornando, mas a maneira como respondemos ao desafio. E enquanto acreditamos em nosso sonho, nada será por acaso”

Auto desconhecido

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde estabelece que haja uso racional dos medicamentos quando “os pacientes recebem os medicamentos apropriados para sua situação clínica, nas doses que satisfaçam suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo possível para eles e sua comunidade” (OMS 2001). **Objetivo:** Avaliar o uso racional de antidepressivo na rede pública no município de Bom Jesus RS. **Método:** foi conduzido estudo de delineamento transversal, com amostragem estratificada por conglomerados, representativa da população urbana de Bom Jesus RS. Fizeram parte do estudo pacientes dos serviços de atenção básica em saúde com coleta de dados através de aplicação de questionários, de uma amostra constituída por 100 indivíduos. **Resultados:** os 100 pacientes estudados se encontraram com idades entre 11 e 72 anos, com média de 45,5(dp12,8). Conforme dados, a amostra caracteriza-se por indivíduos com predomínio do gênero feminino (83%), tendo pequena predominância de um dos polos (57%), maior prevalência de episódio depressivo (66%) e aproximadamente 3/4 de prescrições feitas por clínico geral (76%). Houve certa concentração de indivíduos que referiam estar entre 6 e 24 meses em tratamento, com revisões médicas semestrais em 29% e anuais em 26%. A classe de fármaco mais empregada foi a dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (54%), entretanto entre os tricíclicos é que houve maior discrepância entre a dose recomendada na literatura e o prescrito, havendo uso de subdose e esta mais freqüente em idosos do que adultos. **Conclusão:** foi encontrada uma população de usuários de sistema municipal de saúde predominantemente feminina, atendida por médico generalista, em tratamentos crônicos, com fármacos adequados para os diagnósticos e quando empregado tricíclicos, frequentemente com subdoses.

Palavra chave: antidepressivo, uso racional de medicação, depressão.

ABSTRACT

The World Health Organisation states that there is a rational use of drugs when "patients receive medications appropriate to their clinical situation, in doses that meet their individual needs, for an appropriate period and at the lowest possible cost to them and their community" (WHO 2001). Objective: To evaluate the rational use of antidepressants in the public in Bom Jesus RS. Method was conducted cross-sectional study with a stratified cluster sample was representative of the urban population of Bom Jesus RS. Study participants were patients of primary care services with health data collection via questionnaires, a sample of 100 individuals. Results: 100 patients met with ages between 11 and 72 years, mean 45.5 (dp12, 8). According to data, the sample is characterized by individuals with a predominance of females (83%), with a predominance of small jobs (57%), higher prevalence of depressive episode (66%) and approximately three quarters of prescriptions made by general practitioner (76%). There was some concentration of subjects who reported to be between 6 and 24 months of treatment, medical reviews half year 29% and 26%. The class of drug most used was the selective inhibitors of serotonin reuptake (54%), however among tricyclic antidepressants is that there was a greater discrepancy between the dose recommended in the literature and prescribed, with use of this subdose e more frequent in elderly than adults . Conclusion: we found a population of users of the municipal health system predominately female, met by a general practitioner for chronic treatment with antidepressant drugs for the diagnosis and tricyclic antidepressants when used, often with doses.

Keyword: antidepressant, rational use of medication, depression.

SUMÁRIO

RESUMO.....	06
1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVO GERAL	11
2.1 Objetivos específicos.....	11
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
3.1 Antidepressivos.....	12
3.2 Uso Racional de medicamentos.....	17
4 MÉTODOS	20
4.1 Tipo de estudo	20
4.2 População em estudo	20
4.3 Método de Coleta de dados.....	20
4.4 Método de processamento e coleta de dados.....	20
4.5 Aspectos Éticos.....	21
5 Resultados.....	22
6 Discussão.....	27
7 Conclusão.....	31
Referencias Bibliográficas.....	33
APÊNDICE.....	35

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde estabelece que há uso racional dos medicamentos quando “os pacientes recebem os medicamentos apropriados para sua situação clínica, nas doses que satisfaçam suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo possível para eles e sua comunidade” (OMS 2001).

Vários são os fatores determinantes do uso não racional de medicamentos, incluindo as próprias atitudes de profissionais e usuários frente ao medicamento, aspectos culturais, sociais e econômicos, influência da propaganda sobre prescritores e pacientes (SIMÕES, 2001). Na prática, observa-se prescrição excessiva ou de esquemas posológicos incorretos; alto consumo de determinados medicamentos ou classes farmacológicas. Conforme a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2001), a prescrição de medicamentos é o ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração de tratamento. Em geral, esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica. A receita é, portanto, o documento formal e escrito que estabelece o que deve ser dispensado ao paciente e como o paciente deve usá-lo. A prescrição é considerada racional quando o medicamento prescrito é eficaz para tratar o quadro clínico do paciente e isso é feito na dose certa e pelo período apropriado, constituindo-se na alternativa farmacoterapêutica mais segura e de menor custo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001) estima-se que mais de 50% de todos os medicamentos sejam prescritos inadequadamente e que 50% dos pacientes não tomem seus medicamentos corretamente. As razões mais comuns para isso são o desaparecimento dos sintomas, o aparecimento de efeitos adversos, a percepção de que o medicamento não é eficaz ou uma posologia complicada.

Os psicofármacos são aqueles que interferem primeiramente em função do sistema nervoso central (SNC). Neste grupo de medicamentos estão incluídos, os ansiolíticos, os antidepressivos, os antipsicóticos e antiepiléticos.

Para Goodman e Gilman (2006), a disponibilidade e a utilização dos fármacos que tem eficácia demonstrável nos transtornos psiquiátricos desde o final dos anos 1950 ao ponto em que 10 a 15 % das prescrições emitidas nos EUA referem-se a fármacos desenvolvidos para alterar os processos mentais, sedar, estimular, ou de alguma forma modificar o humor, o

pensamento ou o comportamento. O uso apropriado dos agentes psicotrópicos depende de conhecimentos sólidos sobre o diagnóstico diferencial dos transtornos psiquiátricos.

Os antidepressivos podem ser classificados de acordo com a estrutura química ou as propriedades farmacológicas, são drogas que aumentam o tônus psíquico melhorando o humor e, conseqüentemente, melhorando o conforto emocional e o desempenho de maneira global. Acredita-se que o efeito antidepressivo se dê às custas de um aumento da disponibilidade de neurotransmissores no SNC, notadamente da serotonina (5-HT), da noradrenalina ou norepinefrina (NE) e da *dopamina* (DA), juntamente com a diminuição no número dos neuroreceptores e aumento de sua sensibilidade. Subdividem-se em quatro classes: Antidepressivos Tricíclicos (ADT), Inibidores, da Monoaminaoxidase (IMAO), Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) e Antidepressivos Atípicos.

Os antidepressivos devem limitar-se aquelas situações em que haja alterações importantes do humor ou sentimentos vitais (apatia, desânimo, desinteresse, tristeza vital), não passíveis de abordagem por outros métodos (psicoterapias, grupos de orientação e de debate, atividades culturais, etc.) acarretando no momento prejuízos significativos para a vida do paciente. Embora possam ser usados em outros quadros que não os quadros depressivos, as preocupações devem ser as mesmas, por exemplo: a inacessibilidade do sistema a outras formas de abordagem, seu grau de insuportabilidade para o paciente, os danos efetivos que o paciente traz a sua vida no momento. Como não provocam os efeitos de abstinência física dos benzodiazepínicos, seu uso indevido, e por período de tempo indeterminado aprisiona o paciente na posição de doente ou de deprimido. Os antidepressivos não substituem o atendimento e a escuta do paciente, seu uso só tem sentido quando ajuda a viabilizar o atendimento e essa escuta. Os critérios da melhor indicação envolvem diferenças quanto a ação em outros grupos sintomáticos, características químicas, custo financeiro e efeitos colaterais.

É consenso que para um melhor conhecimento sobre os problemas individuais e sociais em conseqüências, do uso de psicofármacos, torna-se indispensável à obtenção de dados epidemiológicos para o adequado planejamento de políticas públicas a respeito. Com isso este trabalho tem como objetivo estar avaliando o uso racional de antidepressivo em rede pública no município de Bom Jesus. Pretende-se que os resultados obtidos contribuam para elaboração futuras de estratégias de tratamento e que proporcione cada vez mais qualidade no atendimento da população que faz uso de psicofármacos.

2. OBJETIVO GERAL

- Avaliar o uso racional de antidepressivo na rede publica no município de Bom Jesus RS

2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar quais antidepressivos são utilizados na rede publica
- Averiguar o tempo de uso e a dose utilizada para cada antidepressivo
- Investigar o diagnóstico do prontuário pelo qual foi prescrito o uso do antidepressivo
- Identificar a especialidade do profissional que prescreveu a medicação
- Descrever características individuais dos usuários de antidepressivos

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 ANTIDEPRESSIVO

O primeiro grupo de fármacos para o tratamento da depressão surgiu na década de 1960, designado como tricíclicos (ADT), tendo a imipramina e a amitriptilina como os protótipos desta geração. O segundo grupo é representado pelos inibidores da monoaminoxidase (IMAO), com aparecimento também nos anos 1960, sendo a iproniazida o primeiro fármaco. Em 1987, a agência reguladora de medicamentos e alimentos, Food and Drug Administration (FDA), dos Estados Unidos, aprovou o primeiro fármaco (fluoxetina) do grupo dos inibidores seletivos da Recaptação da serotonina (ISRS). Com o advento de novos antidepressivos, o médico depara-se com a necessidade de consultas frequentes à literatura científica, tendo como consequência a memorização de um grande volume de informações, entre elas as interações medicamentosas (Rocha e Hara, 2006). As interações medicamentosas tendem a desencadear tanto antagonismo como sinergismo dos fármacos, podendo levar ao agravamento dos já presentes efeitos colaterais dos antidepressivos.

Segundo Scalco (2002) Os antidepressivos tricíclicos têm sido o padrão-ouro de eficácia antidepressiva (demonstrada em grande número de estudos) e preferidos pelos psiquiatras nas depressões graves. Sua eficácia em idosos é bem estabelecida, tendo sido estudados, inclusive, em pacientes com mais de 80 anos.

Os tricíclicos atuam sobre receptores noradrenérgicos e serotoninérgicos (que, acredita-se, mediam sua ação terapêutica), bem como histaminérgicos, alfa-adrenérgicos, muscarínicos e dopaminérgicos, e são responsáveis por vários efeitos colaterais. Os mais descritos são: hipotensão ortostática, boca seca, tremores, constipação, taquicardia, aumento dos intervalos PR e QRS no ECG e diminuição da pressão arterial sistólica ao levantar. induzem sintomas neurológicos. Tremor fino, de alta frequência, em geral das extremidades superiores, ocorre em até 10% dos pacientes e parece ser devido à excessiva estimulação adrenérgica. Convulsões são observadas de 0,5% a 0,7% dos casos, associadas a uso prolongado de altas doses em pacientes vulneráveis. O ADT com maior risco para desencadear convulsões é a maprotilina. Mioclonias ocorrem frequentemente, em até 40% dos pacientes, em geral nas primeiras semanas de tratamento.¹⁵ Esses sintomas podem comprometer a aderência ao tratamento ou causar complicações em pacientes neurológicos.

Por sua ação anticolinérgica, ADTs podem causar efeitos cognitivos. O mais comum é o prejuízo da memória de curta duração. Em pacientes idosos e com déficits cognitivos preexistentes, esse efeito pode piorar sensivelmente o desempenho cognitivo. Em superdosagens, ADTs podem causar *delirium*, também mais freqüente em idosos.¹⁶ Efeitos anticolinérgicos também podem causar complicações em pacientes com glaucoma de ângulo estreito ou desencadear retenção urinária em pacientes com prostatismo.

Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) Por não apresentar efeitos sobre a estabilidade de membranas e ter pequena afinidade por receptores adrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos, os ISRS são geralmente bem tolerados e isentos de risco em cardiopatas. Seus efeitos adversos mais comuns resultam do próprio bloqueio da recaptação de serotonina: náuseas, vômitos, diarreia, insônia, ansiedade, agitação, acatisia, tremor, cefaléia e disfunção sexual. As superdosagens são menos perigosas que as dos ADT, e seus sintomas incluem agitação, nervosismo, náuseas, vômitos, convulsões e hipomania.

Sua eficácia foi comprovada em inúmeros estudos controlados comparados a placebo e a outros antidepressivos. Em idosos deprimidos, fluoxetina foi comparada a placebo, ADT e paroxetina. Sertralina foi comparada a amitriptilina, nortriptilina e fluoxetina. Foi também avaliada em 1.437 idosos com doenças físicas concomitantes e uso de outras medicações, com boa tolerabilidade e eficácia. Paroxetina foi avaliada em metanálise de dez estudos comparativos: paroxetina foi tão eficaz quanto amitriptilina, clomipramina, doxepina e mianserina. Paroxetina também foi comparada a nortriptilina em estudo duplo-cego com 80 idosos deprimidos, incluindo pacientes hospitalizados, sem diferenças quanto à eficácia ou à tolerabilidade. Citalopram foi comparado a placebo em 149 pacientes idosos deprimidos, dentre os quais 94 tinham também alguma doença física, e a amitriptilina.

Muitas revisões consideram os Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) a primeira linha de tratamento para depressão nos idosos devido a seu perfil mais vantajoso de efeitos colaterais. Porém, com mais experiência em sua administração e mais tempo de observação, tem-se descoberto que não são isentos de risco. A diminuição de apetite que pode ocorrer, levando à perda de peso, pode ter conseqüências indesejáveis para pacientes debilitados. Foram descritos efeitos extrapiramidais, como parkinsonismo, reações distônicas e acatisia, além de piora em pacientes com doença de Parkinson ou em uso de neurolépticos.

Antidepressivo é uma substância considerada eficaz na remissão de sintomas característicos da síndrome depressiva, em pelo menos um grupo de pacientes com transtorno depressivo. Algumas substâncias com atividade antidepressiva podem ser eficazes também em transtornos psicóticos.

Segundo Goodman e Gilman (2006), o tratamento da depressão baseia-se em um grupo variado de agentes terapêuticos antidepressivos, em parte porque a depressão clínica é uma síndrome complexa de gravidade amplamente variada. Os primeiros agentes com sucesso foram os antidepressivos tricíclicos, que provocam uma ampla gama de efeitos neurofarmacológicos, além de suas supostas ações primárias, inibir a captação de noradrenalina (e serotonina) pelas terminações nervosas e, assim, levando a facilitação sustentada da função noradrenérgica oxidase, os quais aumentam as concentrações cerebrais de muitas aminas, também foram empregados.

Muitos antidepressivos exercem ações importantes sobre o metabolismo dos neurotransmissores monoaminados e seus receptores, em particular a noradrenalina e a serotonina. Suas eficácias e ações terapêuticas, juntamente com a forte evidência para a predisposição genética, levaram a especulação de que a base biológica dos principais distúrbios do humor pode incluir a função anormal da neurotransmissão monoaminada.

Para GOODMAN e GILMAN (2006) **Inibidores da monoaminaoxidase (IMAO)**A inibição da MAO pode ser não-seletiva e irreversível (tranilcipromina e fenelzina) ou reversível e seletiva para MAO-A (moclobemida). Os efeitos colaterais mais importantes (mais comuns com os IMAO não-seletivos e irreversíveis) são: hipotensão ortostática, diarreia, edema periférico, taquicardia e ansiedade. Há risco de crises hipertensivas por interação com tiramina de alimentos e medicações simpatomiméticas, o que limita seu uso em idosos. O desenvolvimento dos inibidores de MAO-A, reversíveis e seletivos, ofereceu uma alternativa mais segura e bem tolerada, com resposta pressórica mínima à tiramina, minimizando a necessidade de restrições dietéticas. A moclobemida teve sua eficácia demonstrada em idosos em estudos comparativos com placebo e com outros antidepressivos: mianserina, imipramina, fluvoxamina, fluoxetina, com boa tolerabilidade. Os efeitos colaterais mais comuns foram insônia e ansiedade.

STAHL (1998) diz que os antidepressivos produzem, em média, uma melhora dos sintomas depressivos de 60% a 70%, no prazo de um mês. Poderíamos esperar que uma substância antidepressiva eficaz tivesse efeito estimulador ou elevador do humor, quando fornecida a um indivíduo normal. Embora isto possa ocorrer com os inibidores da monoamina oxidase (MAO) e com alguns antidepressivos atípicos, semelhantes a estimuladores como a bupropiona, isto não é verídico para os antidepressivos tricíclicos.

Para muitos depressivos, perda da eficácia durante o tratamento de manutenção tem sido relatada em algo entre 9% e 33% dos pacientes. As razões podem incluir: falta de adesão, perda da resposta placebo inicial, perda do efeito da droga, tolerância farmacológica, acumulação de metabólicos, mudança na patologia da doença, cicladores rápidos, perda da eficácia profilática. Estratégias para superar este problema incluem: aumento da dose, diminuição da dose de modo que fique na janela terapêutica, adição de bromocriptina, potencialização por estabilizadores do humor e anticonvulsivantes, uso de hormônios tireoidianos, mudança para uma classe diferente de droga e garantia da adesão. É necessário, antes de iniciar terapia com antidepressivo, investigar a coexistência de distúrbios decorrentes do uso de substâncias e outras condições médicas que estão sendo tratadas concomitantemente, para evitar interações medicamentosas indesejáveis. O paciente deve estar a par dos riscos envolvidos. Se ainda assim a descontinuação é processada, seria apropriado ir reduzindo as doses lentamente por um período mínimo de quatro semanas para avaliar se está ocorrendo recaída. Os níveis de descontinuação dos IRSS são menores (10%) quando comparados aos dos tricíclicos (20%). (GOODMAN E GILMAN, 2006).

Para Santos (1997), os medicamentos psicotrópicos são de grande validade no tratamento de diversos distúrbios psiquiátricos, mas não devem ser prescritos de uma forma crônica, a não se que façam ajustes para uma reavaliação regular e cuidadosa do estado da paciente. A posologia e a duração do tratamento devem ser adequadas para as necessidades de cada paciente. De forma geral, a indicação para o uso de psicofármacos irá depender do diagnóstico, considerando fatores como o tipo de droga, a dosagem, a farmacocinética e a sensibilidade individual. A efetividade no tratamento da depressão depende da terapêutica empregada, da colaboração do paciente ao tratamento e ainda da participação e apoio das famílias destes indivíduos.

Vários autores, dentre eles Kaplan et al (1997) e DSM IV (2000), defendem que nos casos de diagnóstico de depressão a terapêutica mais indicada é a psicoterapia associada a

psicofarmacologia, sendo que estas terapêuticas proporcionam um tratamento mais efetivo com prognóstico mais rápido.

3.2 USO RACIONAL DE MEDICAÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em estudo sobre o uso de medicamentos em população com, no mínimo, 18 anos, atendida ambulatoriamente nos Estados Unidos, demonstrou-se que 81% dos pacientes usavam no mínimo um medicamento, sendo que 50% utilizavam no mínimo um por prescrição médica, e 7% usavam 5 ou mais medicamentos.

Os denominados estudos de utilização de medicamentos permitem conhecer a situação atual de uso desses recursos terapêuticos e constituem sólida base para programar e realizar intervenções no sentido de corrigir os desvios detectados. Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), estes estudos tratam de “comercialização, distribuição e uso de medicamentos em uma sociedade, com destaque especial para as consequências médicas, sociais e econômicas resultantes” (LAPORTE e TOGNONI, 1993). Os objetivos intermediários são estabelecidos de acordo com a formação do profissional que os propõe. As características que devem ser avaliadas são, basicamente, pertinência da prescrição, quantidade, variabilidade e custos dos medicamentos prescritos, a partir destas, podem ser extrapoladas as consequências médicas, sociais e econômicas.

Em prescrições de pacientes idosos, têm sido relatados diversos tipos de inadequações, relacionadas tanto a dosagens e indicações, quanto a interações medicamentosas, associações e redundância (uso de fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica) (LAPORTE E TOGNONI, 1993).

O uso racional ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (MANAGEMENT, 1997). Dessa forma, o uso racional de medicamentos inclui:

- Escolha terapêutica adequada (é necessário o uso de terapêutica medicamentosa);
- Indicação apropriada, ou seja, a razão para prescrever está baseada em evidências clínicas;

- Medicamento apropriado, considerando eficácia, segurança, conveniência para o paciente e custo;
- Dose, administração e duração do tratamento apropriado;
- Paciente apropriado, isto é, inexistência de contraindicação e mínima probabilidade de reações adversas;
- Dispensação correta, incluindo informação apropriada sobre os medicamentos prescritos;
- Adesão ao tratamento pelo paciente;
- Seguimento dos efeitos desejados e de possíveis eventos adversos consequentes do tratamento.

Os resultados de estudos de utilização de medicamentos podem fornecer indicativos sobre a melhor forma dos profissionais atuarem, visando qualificar a assistência ao paciente. Servem, assim, de base para desenvolvimento de programas e projetos nas instituições onde são realizados e em outras com características similares.

Segundo MARIN *et al.* (2003), o uso racional de medicamentos envolve, de forma fundamental, dois atores: o prescritor e o paciente. Estes atores interagem de forma dinâmica. Assim, também os pacientes devem assumir sua parcela de responsabilidade quanto ao tratamento para que se obtenha sucesso. Para este fim, devem ser orientados durante a prescrição ou a dispensação, sendo que aqueles em tratamento com medicamentos de uso contínuo merecem especial atenção.

O paciente tem direito ao amplo esclarecimento sobre o seu tratamento. A informação deve ser fornecida em linguagem acessível, mas completa, certificando-se sempre de sua compreensão. Em população com baixo nível de alfabetização, devem ser usadas formas adicionais (visuais, auditivas, tácteis etc.) de apresentação das instruções sobre medicamentos.

Essa comunicação com o paciente tem como finalidades principais o

aconselhamento e a educação quanto aos procedimentos de otimização da terapêutica (independente da presença de medidas farmacológicas) e quanto a uso, adesão e cuidados corretos do medicamento.

O aumento no Serviço Único de Saúde (SUS) de casos diagnosticados, segundo os autores Rouquayrol (2003) e Bahls (2002), advogam sobre a necessidade de que as políticas públicas de saúde investiguem essa realidade, a fim de se fazerem diagnósticos precisos e intervenções acertadas. A divulgação de informações conscientiza a população para a prevenção da depressão, e também para a procura de tratamentos adequados o quanto antes possível, facilitando no prognóstico daquela e viabilizando a não-marginalização dos indivíduos. Em sua prática, o Sistema Único de Saúde (SUS) distribui medicamentos antidepressivos, desde que seja apresentada receita médica. No entanto, o SUS também possui uma cota de medicação antidepressiva, não podendo atender a todos. Em alguns casos, também é oferecido o atendimento psicoterápico gratuitos à população carente. Mas, segundo o autor, o serviço é muito demorado e o indivíduo pode ficar meses aguardando para ser chamado, pois o SUS, geralmente, dispõe de um único psicólogo para a realização desse trabalho.

De acordo com Brasil (2000), na decisão de usar um psicofármacos é essencial refletir se a relação risco-benefício potencial da droga justifica seu emprego e se outros recursos foram devidamente explorados. A autora ressalta que os psicofármacos não são remédios para todos os males, mas um recurso de primeira ordem em muitos casos, complementares para alguns e, sem dúvida, totalmente inúteis em outros. É necessário conhecê-los, assim como os demais procedimentos terapêuticos que têm demonstrado ou vêm demonstrando sua eficiência relativa e seus riscos e efeitos secundários, porque todos os têm (BRASIL, 2000).

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi conduzido estudo de delineamento transversal, com base de dados primários (dados coletados diretamente dos pacientes) e secundários (revisão de prontuários), com amostragem estratificada por conglomerados, representativa da população urbana de Bom Jesus RS. Fizeram parte do estudo pacientes do serviços de atenção básica em saúde (unidades de atendimento ambulatorial ou posto de atendimento em saúde e Estratégias de Saúde da Família) do município de Bom Jesus RS.

4.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A amostra foi constituída por todos os pacientes que buscaram a farmácia básica do município período de fevereiro a março de 2012 com prescrição de medicamento antidepressivo. Foram excluídos os indivíduos que se recusaram a participar do estudo. Não há calculo amostral (amostragem por conveniência), visto foi que utilizado toda a demanda do serviço. Entretanto, o número da amostra estimado com base em levantamento prévio foi de 100 pessoas.

4.3 MÉTODOS DE COLETA DE DADOS

O contato inicial com os pacientes se deu durante a retirada da medicação, que ocorreu na Farmácia Básica do Sistema Único de Saúde que se localiza em local adequado e separadamente das unidades básicas, postos de atendimentos e Equipe de Estratégia Saúde da Família, na qual ocorreu o esclarecimento quanto à pesquisa, assinatura do termo de consentimento livre (apêndice A) e esclarecido e aplicação de questionário com dados sociodemográficos e relativos ao uso dos medicamentos (apêndice B), dados complementares para preenchimento do protocolo foram obtidos nos prontuários dos pacientes.

4.4 MÉTODOS DE PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados com o programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 16.0 (SPSS INC., Chicago, Illinois, USA). Os dados descritivos foram

apresentados através de suas medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão) para as variáveis quantitativas, assim como descrição de frequências para as variáveis qualitativas, valendo salientar que como o n foi igual a cem elas também podem ser lidas como percentagens, na maioria dos casos. O nível de significância pré-estabelecido foi de 95% ($\alpha = 5\%$). Na presente fase do estudo as inferências foram todas bivariadas, não sendo realizada regressão múltipla, devido ao tamanho estimado da amostra.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados dos formulários foram analisados pelo orientador e pelo acadêmico responsável pela pesquisa sendo que outras pessoas não terão acesso aos dados avaliados. O estudo está de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa proposta foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC e todos os participantes da amostra assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), os voluntários poderiam se retirar da pesquisa a qualquer momento sem que isso lhes traga qualquer prejuízo.

Cabe salientar que o estudo não interferiu com o tratamento proposto ou com as prescrições medicamentosas e não medicamentosas recebidas pelos pacientes, respeitando-se as determinações estabelecidas pelos profissionais da área de saúde envolvidos no seu atendimento. E também, por se tratar de pessoas que fazem parte de um grupo vulnerável, onde possivelmente tem um grau de dependência medicamentosa, as entrevistas ocorreram em local onde houve mais segurança para o entrevistado.

5. RESULTADOS

Os 100 pacientes estudados se encontraram com idades entre 11 e 72 anos, com média de 45,5(dp12,8). Conforme dados da tabela 1, a amostra caracteriza-se por indivíduos com predomínio do gênero feminino (83%), tendo pequena predominância de um dos postos (57%), maior prevalência de episódio depressivo (66%) e aproximadamente 3/4 de prescrições feitas por clínico geral (76%).

Tabela 1: Distribuição quanto ao gênero, posto de origem, diagnóstico e especialidade do prescritor, entre os 100 pacientes.

Variável	Fator	Frequência
Gênero	Feminino	83
	Masculino	17
Posto de origem	Posto a	57
	Posto b	43
Diagnóstico	Episódio Depressivo	66
	Depressão Recorrente	2
	Transtorno Bipolar	6
	Comorbidade Humor e Ansiedade ^a	2
	Ansiedade Generalizada	16
	Misto Ansiedade e Depressão	4
	Fobia Social	1
	Transtorno Obsessivo-Compulsivo	1
	Transtorno Conversivo	1
	Epilepsia	1
Prescritor	Clínico Geral	76
	Psiquiatra	16
	Cardiologista	5
	Neurologista	2
	Pediatra	1

^aum Episódio Depressivo+Ansiedade generalizada e um Depressão Recorrente+Ansiedade Generalizada

Em relação a aspectos cronológicos, foi encontrada distribuição ampla de tempos de tratamento e frequência de consultas com o médico. Houve certa concentração de indivíduos que referiam estar entre 6 e 24 meses em tratamento (figura 1- próxima página), uma quantidade minoritária de pacientes em acompanhamento com frequência mensal (12%) e mais da metade referiram consultas semestrais ou anuais (figura 2- próxima página).

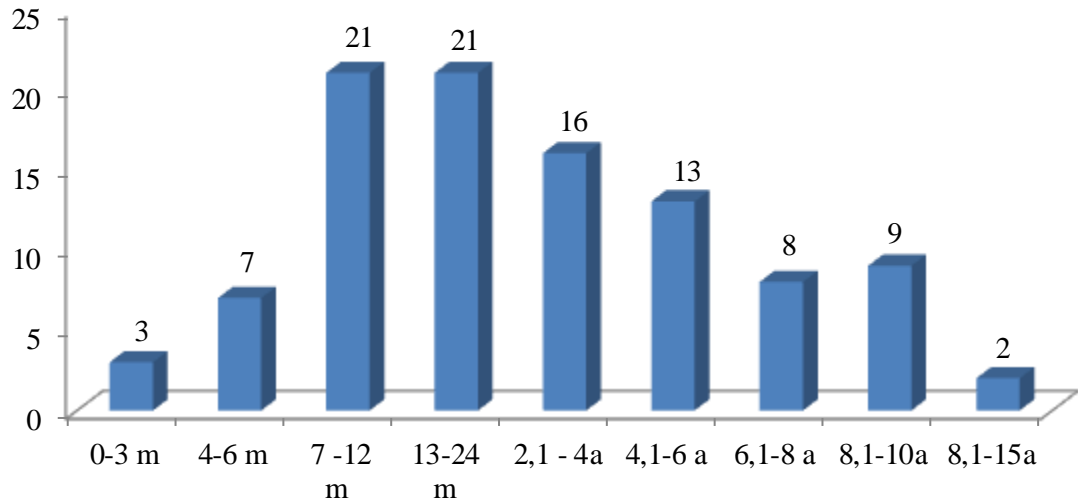


Figura1: Distribuição quanto ao tempo de tratamento referido, em diferentes faixas de tempo, entre os 100 pacientes.

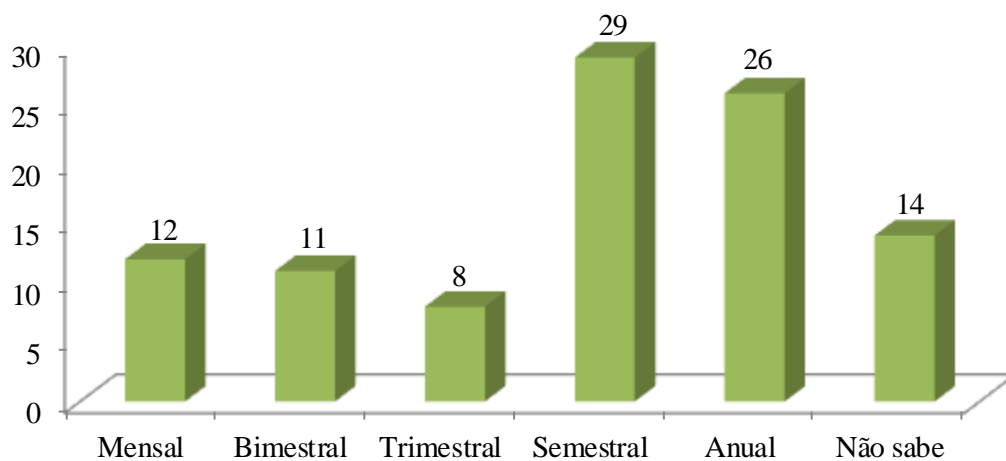


Figura2: Distribuição quanto à frequência de consultas referida, entre os 100 pacientes.

Quanto aos fármacos prescritos, inicialmente foram avaliados os 100 pacientes didaticamente separados em monoterapia e associação, conforme representado na figura 3.

Nesta chama a atenção um número ainda bastante freqüente de prescrições de tricíclicos (43%) e três associações entre inibidores de Recaptação de serotonina.

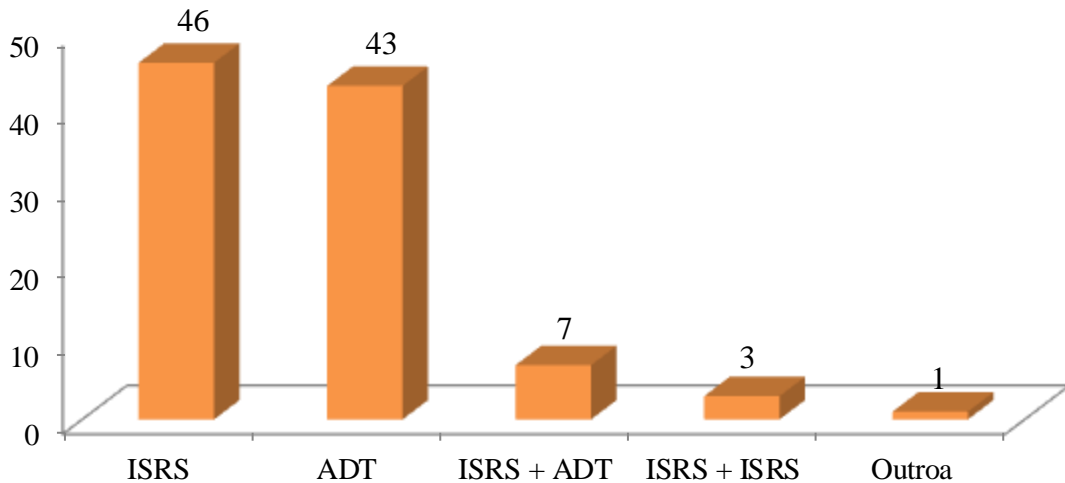


Figura3: Distribuição quanto às prescrições, representadas as classes divididas em monoterapia e associações entre os 100 pacientes (ISRS= Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina; ADT= Antidepressivo Tricíclico; outro Trazodona).

Após isso, foi feita a análise dos fármacos prescritos, passado o 'n' de 100 pacientes para 110 antidepressivos. Tendo em vista que houve apenas um menor de idade, uma menina de 11 anos que recebeu fluoxetina, isso inviabiliza comparações para a faixa etária. Portanto, os dados seguintes são referentes a adultos e idosos (n=109). Na tabela 2, pode-se observar cada medicação em suas doses diárias prescritas para adultos (até 59 anos) e idosos (60 anos ou mais), Entre os adultos houve 54,6% de prescrição de ISRS e nos idosos uma taxa semelhante 46,1% ($\chi^2 = 0,340$; $p=0,58$), valendo salientar que 53,9% dos idosos receberam tricíclicos e dentre estes o mais prescrito destes foi amitriptilina.

Tabela 2: Distribuição dos 109 antidepressivos com suas diferentes doses diárias prescritas para adultos e idosos.

	Fármaco e mg/dia	Adultos	Idosos	Geral
ISRS	Fluoxetina 20	42(43,7%)	4 (30,8%)	46 (42,2%)
	Paroxetina 20	4 (4,2%)	-	4 (3,7%)
	Paroxetina 50	1 (1,0%)	1 (7,7%)	2 (1,8%)
	Sertralina 25	2 (2,1%)	-	2 (1,8%)
	Sertralina 50	-	1 (7,7%)	1 (0,9%)
	Citalopram 20	3 (3,1%)	-	3 (2,8%)
	Subtotal	52 (54,2%)	6 (46,1%)	58 (53,3%)
ADT	Imipramina 25	22 (22,9%)	3 (23,1%)	25 (22,9%)
	Amitriptilina 25	19 (19,8%)	4 (30,8%)	23(21,1%)
	Nortriptilina 20	2 (2,1%)	-	2 (1,8%)
	Subtotal	43 (44,8%)	7 (53,9%)	50 (45,8%)
Outro	Trazodona50	1 (1,0%)	-	1 (0,9%)
TOTAL		96(100%)	13 (100%)	109(100%)

ISRS= Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina; ADT= Antidepressivo Tricíclico.

Na página seguinte, a tabela 3 apresenta a adequação da dose prescrita para cada fármaco, nas duas faixas etárias. Todas as prescrições fora da faixa recomendada nos jovens foram subdoses, nos idosos ocorreu uma prescrição de dose acima do recomendado além de subdoses. Comparando as faixas etárias não houve diferença estatisticamente significativa entre as 24,0% prescrições fora do recomendado nos adultos e as 38,5% nos idosos ($\chi^2= 1,26$; $p=0,26$). Entretanto, houve associação significativa quanto às classes de fármacos, a taxa de prescrição em doses dos ISRS foi considerada adequada em 98,4% dos casos contra 50% dos casos de tricíclicos ($\chi^2= 28,1$; $p=0,001$), conforme figura 4.

Tabela 3: Avaliação da prescrição para adultos e idosos e os critérios de VIANA (2011).

Classe	Fármaco	DDR adulto	≠ da DDR ADULTO	DDR idoso	≠ da DDR IDOSO	≠ da DDR GERAL
ISRS	Fluoxetina	20 a 80mg	0/42 (0%)	10 a 60mg	0/4 (0%)	0/46 (0%)
	Paroxetina	20 a 60mg	0/5 (0%)	20 a 40mg	1/1 (100%) ^b	1/6 (16,7%) ^b
	Sertralina	50 a 200mg	2/2(100%) ^a	50 a 200mg	0/1 (0%)	2/3(66,7%) ^a
	Citalopram	20 a 60mg	0/3 (0%)	20 a 40mg	-	0/3 (0%)
	Total ISRS	-	2/52 (3,8%)^a	-	1/6 (16,7%)	3/58(5,2%)^c
ADT	Imipramina	25 a 200mg	0/22 (0%)	10 a 75 mg	0/3 (0%)	0/25 (0%)
	Amitriptilina	50 a 200mg	19/19(100%) ^a	30 a 150mg	4/4(100%) ^a	23/23(100%) ^a
	Nortriptilina	75 a 150mg	2 / 2 (100%) ^a	30 a 50mg	-	2/2 (100%) ^a
	Total ADT	-	21/43 (48,9%)	-	4/7(57%)^a	25/50(50%)^a
Outro	Trazodona	50 a 150mg	0 / 1 (0%)	75mg	-	0/1 (0%)
TOTAL		-	24/96 (24,0%)	-	5/13	28/109(26%)

DDR= Dose diária Recomendada; ISRS= Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina; ADT= Antidepressivo Tricíclico; ^adose abaixo do recomendado; ^bdose acima do recomendado; ^c ambos.

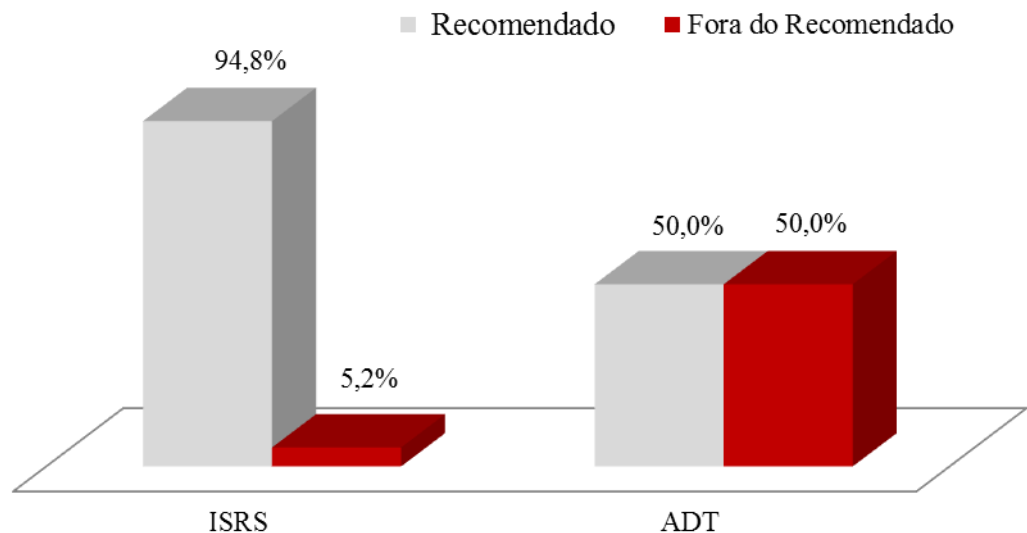


Figura 4: Distribuição das prescrições de Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina (ISRS) e Antidepressivo Tricíclico (ADT), quanto a dose diária recomendada (n=108; $\chi^2=28,1$; p=0,001)

6 DISCUSSÃO

O tratamento deve ser realizado com o paciente e não para o paciente. Assim, o médico deverá disponibilizar para informações concernentes à depressão bem como às opções terapêuticas. O tratamento antidepressivo deve ser entendido de uma forma globalizada levando em consideração o ser humano como um todo incluindo dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Deve-se questionar o próprio conceito de "antidepressivo". Afinal, as drogas antidepressivas são utilizadas para muitos outros distúrbios médicos, além da depressão como: Transtornos de ansiedades, de Transtorno Bipolar, Fobia Social, entre outros.

Segundo STAHL (1998) os antidepressivos produzem, em média, uma melhora dos sintomas depressivos de 60% a 70%, no prazo de um mês. Para muitos depressivos, perda da eficácia durante o tratamento de manutenção tem sido relatada em algo entre 9% e 33% dos pacientes. As razões podem incluir: falta de adesão, perda da resposta placebo inicial, perda do efeito da droga, tolerância farmacológica, acumulação de metabólitos, mudança na patologia da doença, cicladores rápidos, perda da eficácia. Estratégias para superar este problema incluem: aumento da dose, diminuição da dose ou uso prolongado do tratamento, fazendo com que o paciente passe a não mais procurar orientação médica para o uso da medicação.

Cordeiro (2002) afirma que é possível isolar um conjunto de fatores de associados à depressão, entre eles, podemos ressaltar os seguintes: a incidência maior no sexo feminino, as mulheres casadas, homens vivendo sozinhos, idade compreendida entre 20 e 40 anos. Esse transtorno normalmente reduz a capacidade produtiva, agrava os sintomas de doenças físicas, bem como dificulta em sua recuperação, prejudicando a qualidade de vida dessas pessoas.

O autor nos coloca ainda que uma das razões é que as mulheres procuram mais atendimentos especializados, expõem mais seus sentimentos, seus problemas, enquanto que os homens, por uma questão cultural, muitas vezes machista, fecham-se mais e não procuram ajuda especializada. Entretanto, as mulheres podem também ter mais acesso a essas medicações do que os homens, isso se deve ao conhecimento de seu diagnóstico, indo mais às consultas médicas. Sentem-se mais preparadas para fazer uso de tais medicações e, até passar

adiante erroneamente a outras mulheres com problemas semelhantes no seu círculo de amizades, esse tipo de medicação.

A Associação Psiquiátrica Americana sugere, pelo menos, 16 a 20 semanas com doses completas após a melhora ou remissão completa. A Organização Mundial da Saúde (2001) sugere 6 meses ou mais após a melhora. Entre 50% e 85% das pessoas sofrendo de um episódio de depressão aguda irão ter um futuro episódio, usualmente dentro de dois a três anos, se não for tratado. Pacientes com um episódio prévio de depressão apresentam um risco 10 vezes maior de recorrência de depressão em relação àqueles indivíduos que não apresentaram nenhum episódio prévio de depressão. O risco é 14 a 18 vezes maior em relação àqueles pacientes que tiveram mais de um episódio prévio de depressão.

Para estes indivíduos com vários episódios se justifica tratamento prolongado ou por toda vida. No presente estudo aproximadamente a metade dos pacientes (49) estavam em tratamento há mais de 2 anos, entretanto 66% receberam diagnóstico de Episódio Depressivo e 2% Episódio Recorrente. Isso aponta para possibilidade de tratamentos muito prolongados, imprecisão diagnóstica, depressões mais graves ou refratárias.

Notou-se que entre os prescritores há um maior número na especialidade de clínico geral, pois o primeiro contato do paciente é com o posto de atendimento mais próximo para selecionar um tratamento farmacológico de maneira racional, precisa-se, em primeiro lugar, definir cuidadosamente o problema clínico (o diagnóstico). Depois, especifica-se o objetivo terapêutico e elege-se, entre as diversas opções, tratamento de eficácia e segurança comprovadas. Inicia-se o tratamento, escrevendo cuidadosamente a prescrição e fornecendo informações e instruções claras ao paciente. Depois de determinado tempo, monitoram-se os resultados obtidos e verifica-se o alcance dos objetivos terapêuticos. Se o problema não foi solucionado, deve-se reavaliar cada etapa e também encaminhá-lo ao especialista porém isso muitas vezes acaba não acontecendo pois nos postos de atendimentos não é possível fazer todo esse plano terapêutico e com isso o paciente acaba permanecendo com a mesma medicação por muito tempo.

Entre os fármacos acima foi verificado a prescrição de Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina (ISRS) para uma menina de 11 anos o que não é adequado segundo a literatura de GOODMAN e GILMAN (2006) e sim Antidepressivo Tricíclico (ADT).

Para CORDIOLI (2000), esgotadas todas as etapas anteriores (monoterapia, aumento da dose, troca de antidepressivo, potencialização, uso de IMAO) e se ainda não ocorreu uma resposta favorável, o que é comum acontecer em depressões recorrentes, pode-se tentar o uso combinado de antidepressivo como, por exemplo, ISRS + ADT. É interessante associar fármacos com perfis neuroquímicos diferentes e ao mesmo tempo levar em conta o perfil sintomático do paciente, pois pode causar muitos efeitos colaterais ao paciente e por isso que o médico deve conhecer e ter a responsabilidade de entender sobre essas interações droga-droga. Nas interações acontecem mecanismos de ação, que são chamados de interações farmacodinâmicas, isto é, o seu efeito no local de ação, como um neurorreceptor, o autor ainda nos acrescenta que a idade, o sexo, e o estado de saúde do paciente têm um papel importante no entendimento e na predição de variação biológica em farmacodinâmica. E com base nesses conhecimentos, as medicações podem ser ajustadas para atingir um resultado terapêutico máximo.

Em pacientes idosos, a terapia de continuação até dois anos após a melhora pode ser necessária. Uma taxa de recaída de até 50% é observada se o tratamento é inadequado, ou nenhum tratamento após resposta inicial é observado. Em geral, os ISRS têm sido preferidos por apresentar menos riscos de complicações por efeitos adversos. Entre eles, Citalopram e Sertralina têm menor potencial para interações medicamentosas. Porém, diferentes antidepressivos podem ser preferíveis para diferentes pacientes. É indispensável que o médico conheça tanto o paciente que irá tratar quanto o perfil de efeitos adversos e de possíveis interações medicamentosas dos antidepressivos para poder escolher o mais adequado para cada paciente. (GOODMAN E GILMAN, 2006)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) 2001, o médico após selecionar o tratamento medicamentoso e prescrever a receita, deve informar ao paciente sobre: os objetivos em curto (ou longo) prazo do tratamento instituído; como, quando e por quanto tempo deve tomar o medicamento; seus benefícios e riscos (interações medicamento-medimento ou medicamento-alimento, reações adversas, intoxicações); procedimentos a seguir, se surgirem alguns efeitos adversos; como guardar os medicamentos; e o que fazer com as sobras, a receita é, portanto, o documento formal e escrito que estabelece o que deve ser dispensado ao paciente e como o paciente deve usá-lo. No Brasil, há um uso irracional de

medicamentos entorpecentes e psicotrópicos, além de uma série de práticas inadequadas que envolvem a prescrição e a dispensação destes medicamentos, sendo necessária uma urgente avaliação das políticas relativas a estas substâncias. Com relação ao conhecimento do uso de psicofármacos, observou-se que os sujeitos do estudo têm conhecimento parcial do uso correto de tais medicamentos, e isso se evidencia pela fragilidade das respostas. É de responsabilidade dos profissionais orientar e esclarecer os usuários sobre o uso devido de tais medicamentos de acordo com o que é preconizado. Outro cuidado que deve ser direcionado aos profissionais do Programa Estratégia da Família, é avaliar o uso de alguns medicamentos que basicamente tem a mesma indicação e, ainda, reavaliar o quadro clínico de cada paciente.

7. CONCLUSÃO E COMENTÁRIOS FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar o uso racional de antidepressivo na rede pública no município de Bom Jesus RS. Na prática clínica, muitas das intenções medicamentosas têm importância relativa com pequeno potencial lesivo para os pacientes. Por outro lado, outras podem causar efeitos colaterais graves, podendo inclusive levar o paciente a óbito, o que ressalta a importância do conhecimento de tema e da identificação precoce dos pacientes em risco.

Foi possível com a pesquisa identificar que dentre a maioria dos entrevistados estão estes fazendo uso de Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), e tricíclicos (ADT). Em relação às doses utilizadas foi observado que a maioria dos entrevistados faz uso de medicação por um período longo que quando retorna para realizar alguma avaliação médica possivelmente não é reavaliada a medicação, é possível afirmar que a prescrição incorreta possa acarretar gastos de 50 a 70% mais altos dos recursos governamentais destinados a medicamentos. O prescritor tem papel determinante na conduta do paciente, mas o paciente também, com suas expectativas, hábitos culturais entre outros, o que poderá influenciar os hábitos prescritos.

Dentre os diagnósticos mais citados na pesquisa é o episódio depressivo que segundo a Organização Mundial de Saúde, nas próximas décadas, haverá uma mudança nas necessidades de saúde da população mundial devido ao fato de as doenças como a depressão estar substituindo os tradicionais problemas das doenças infecciosas e de má nutrição. Em 2020, a depressão só perderá para doenças cardíacas isquêmicas. Pode-se notar que entre as entrevistadas há falta de informação à respeito da forma de atuação do profissional de psicologia. Para elas o psicólogo exerce um papel de ouvidor, alguém que podem desabafar, contar nas horas de dificuldades. Porém, para aliviar os momentos de crises, amenizar as tristezas e, até mesmo, curar algumas dores, o apoio do psicólogo não é suficiente, necessitando da ajuda dos psicofármacos, e com isso poderia então haver uma educação maior do profissional médico quanto a essas informações adequadas e também fazer uma interação da psicoterapia com os psicofármacos.

No município de Bom Jesus RS a especialidade que se destacou na pesquisa foi o clínico em função do acesso, nos postos de atendimento e Equipe de Estratégias de Saúde da Família só há médicos clínicos e para haver consultas com especialistas a comunidade tem

que estar se deslocando para outro município e muitas vezes não há condições financeiras para que isso ocorra.

Pode-se então concluir que para avaliar o uso racional de medicamentos é necessário uma serie de critérios a serem respondidos para enfim saber se isso pode estar ocorrendo ou não, com bases na pesquisa realizada foi identificado que em alguns aspectos ocorre sim o uso racional como: a não comercialização excessiva de medicação, e o uso abusivo, porém por outro lado, há ainda as pessoas que estão com diagnóstico sem reavaliação por um longo período e algumas quando empregado tricíclicos, frequentemente com subdoses.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALMEIDA, Alexander Moreira de. Exploração farmacológica do sistema endocanabinoide: novas perspectivas para o tratamento de transtornos de ansiedade e depressão?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo vol.32 supl.1 Maio 2010
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
3. CORDIOLI. **Psicofarmacologia**. 2000.
4. CABRAL, Francisco Romero. ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado. COELHO, Helena Lutécia Luna. SILVA, Cléber Domingos Cunha da. Centro de informação sobre medicamentos: contribuição para o uso racional de fármacos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo. 1997
5. **DSM –IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4ª ed. Porto Alegre:Artes Médicas Sul 4ª ed. 2000.
6. GOODMAN e GILMAN: **As bases farmacológicas da terapêutica**, Rio de Janeiro, 2006. 11 ed.
7. LIMA, Maria Cristina Pereira. MENEZES, Paulo Rossi. CARANDINA, Luana. CESAR, Chester Luiz Galvão. BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. GOLDBAUM, Moisés. Transtornos mentais comuns e o uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, 2005
8. LIMA, Ivanor Velloso Meira. SOUGEY, Everton Botelho. FILHO, Homero Pinto Vallada. Farmacogenética do tratamento da depressão: busca de marcadores moleculares de boa resposta aos antidepressivos. **Revista de Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo. vol.31 no.1. 2004.
9. LAPORTE, J.R., TOGNONI, G. **Estudos de utilização de medicamento e de farmacovigilância**. 2 ed. Barcelona: Masson; 1993.
10. KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamin J; GREBB, Jack A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Ciências da psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas. 7ª ed.1999
11. MARIN, N. *et al.* [Org.]. **Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
12. MARCOLIN, Marco Antonio. **Interações Farmacológicas com Drogas Psiquiátricas**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998

13. MORENO, Ricardo Alberto. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo vol.21 s.1 Maio 1999.
14. ROCHA, F.L.; Hara, C. **Interações medicamentosas de antidepressivos novos e o sistema citocromo**. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/edump/clm/citop450.htm>> Acesso: em 18/05/2012
15. SIMÕES, Maria Jacira Silva. Uma Introdução **Ao Estudo Da Farmacoepidemiologia. Campo Grande: Grupo de Pesquisa em Uso Racional de Medicamentos**. São Paulo: Grupuram, 2001.
16. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Guia para a boa prescrição médica**. Porto Alegre: Artmed, 1998.
17. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Guia do Instrutor em Práticas da Boa Prescrição Médica**. Genebra: OMS, 2001.
18. STAHL Sehn M. **Psicofarmacologia: Bases neurocientíficas e aplicações clínicas**. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 1998
19. SOUZA, Fábio Gomes de Matos e. Tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo vol.21 s.1 Maio 1999.
20. VIANA, Dirce Laplaca; SILVA, Evandro de Sena. **Guia de medicamentos e cuidados de enfermagem**. São Caetano do Sul SP:2011

APÊNDICES

APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE**

Estamos realizando um projeto de monografia para a obtenção do título de especialista em Saúde Mental intitulado. **USO RACIONAL DE ANTIDEPRESSIVO NA REDE PUBLICA NO MUNICIPIO DE BOM JESUS RS.** O (a) sr(a). foi plenamente esclarecido de que participando deste projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos Avaliar o uso racional de antidepressivo . Embora o (a) sr(a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que o (a) sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autoriza ainda a gravação da voz na oportunidade da entrevista.

A coleta de dados será realizada pela Nayume Magaldi da Silva (fone: 54 99439671) do curso de Pós Graduação em Saúde Mental da UNESC e orientado pelo professor MSc Luciano Jornada. O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.

Criciúma (SC)_05 de Dezembro de 2011.

Assinatura do Participante

APENDICE B

Questionário

Data da entrevista:

1.Codinome:

2.Idade: ____ anos

3. Sexo: () Masc. ()Fem.

4.Qual (is) antidepressivo (s) utilizado (s) e dose(s):

5.Quantidade de antidepressivo utilizado por dia (unidade/dia):

6.Quando começou a usar a medicação:

7.Por qual motivo iniciou o uso da medicação:

8.Especialidade médica que prescreveu a medicação:

9.Como faz para adquirir a medicação:

10.Freqüenta algum serviço de saúde no município? () sim () não qual?

11. Com que frequência consulta para o problema que está usando a medicação?

12. Diagnóstico do prontuário: