ANGELA MARIA CAMPANHA

**Utilização de psicofármacos pela população geral residente na região
metropolitana de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientadora: Profa. Dra. Laura Helena Silveira

Guerra de Andrade

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2015

ANGELA MARIA CAMPANHA

**Utilização de psicofármacos pela população geral residente na região
metropolitana de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientadora: Profa. Dra. Laura Helena Silveira

Guerra de Andrade

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada

Campanha, Angela Maria

Utilização de psicofármacos pela população geral residente na região metropolitana de São Paulo / Angela Maria Campanha. -- São Paulo, 2015.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.

Orientadora: Laura Helena Silveira Guerra de Andrade.

Descritores: 1.Transtornos mentais 2.Farmacoepidemiologia 3.Psicotrópicos
4.Antidepressivos 5.Ansiolíticos 6.Hipnóticos e sedativos

USP/FM/DBD-027/15

DEDICATÓRIA

*Para Gabriel, meu filho,
meu amor maior,
pela presença que me acalma,
carinho e incentivo sempre.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conduzir e me dar força em todos os momentos.

À minha orientadora, Profa. Dra. Laura Helena Silveira Guerra de Andrade, que com competência, ética, espírito aberto e incansável para pesquisa compartilhou generosamente seus conhecimentos, proporcionando-me uma qualificação de alto nível e ampliando meus horizontes. Muito obrigada pelo constante estímulo e confiança sobre mim depositados, o que me deixa muito honrada.

Ao meu filho Gabriel, razão da minha vida, pelo caráter, respeito e carinho.

À minha avó Rosa (*in memoriam*), mulher amorosa, dedicada à família, na qual tento me espelhar e de quem nunca me esqueço.

Aos meus pais, Luiz e Elza, e ao meu irmão Anilson, aos quais devo minhas bases existenciais, pelo amor recebido e por me ensinarem que é necessário buscar o melhor sempre, mesmo quando todas as condições pareçam desfavoráveis.

À minha cunhada Lívia e às minhas sobrinhas Lorena e Júlia, pela amizade e pelo carinho, que tornam minha vida muito melhor.

Aos meus tios e aos meus primos, por todos os momentos deliciosos, pela convivência e pelas boas risadas.

Aos meus amigos, em especial à Lucinara Souza e à Iane Pontes Vieira, mais próximas nestes últimos anos, pela sensibilidade, pelo carinho, pelos momentos de alegria, tão essenciais em nossa vida. A vocês dedico esta frase: *“Amigos são como anjos que nos levantam nas pontas dos pés quando nossas asas têm problemas, nos lembrando como voltar a voar”*.

Ao mestre e amigo, Agostinho Busato, por ter me mostrado a melhor direção.

À Banca de Qualificação, composta pelo Prof. Dr. Helio Elkis, Prof. Dr. Renério Fráguas Jr. e Dra. Camila Magalhães Silveira, pelas importantes sugestões que me foram dadas para aprimorar esta tese.

Ao Prof. Dr. Yuan-Pang Wang, pela sempre gentil colaboração e por estar sempre disponível em ajudar.

Ao estatístico e amigo Igor André Milhorança, pela inestimável orientação na estatística, sempre disponível e paciente em colaborar.

A todos os professores e aos funcionários do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por tornarem possível a realização desta pesquisa, proporcionando-me suporte e facilitando a convivência do dia a dia.

À Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná, através do Programa de Apoio à Capacitação Docente das Instituições Estaduais de Ensino Superior, por conceder parte da bolsa de doutoramento e auxílio na divulgação dos resultados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro concedido sob a forma de parte da bolsa de doutoramento, por meio do Programa de Excelência (PROEX).

À Fundação de Amparo à pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), que financiou o projeto “Estudo São Paulo Megacity”.

Às secretárias da pós-graduação do Programa de Psiquiatria, Eliza Fukushima e Isabel Ataíde, pela dedicada e eficiente ajuda, sempre disponíveis para auxiliar com a documentação.

À Universidade Estadual de Maringá (UEM), em especial aos professores e aos colegas da Farmácia Ensino e do Departamento de Farmácia, pelo apoio e pelo incentivo.

A impressão que eu tenho é de não ter envelhecido...

O tempo é irrealizável. Provisoriamente, o tempo parou pra mim.

Provisoriamente.

*Mas eu não ignoro as ameaças que o futuro encerra,
como também não ignoro que é o meu passado que define a minha abertura para o futuro.*

O meu passado é a referência que me projeta e que eu devo ultrapassar.

*Portanto, ao meu passado eu devo o meu saber e a minha ignorância,
as minhas necessidades, as minhas relações, a minha cultura e o meu corpo.*

Que espaço o meu passado deixa pra minha liberdade hoje?

Não sou escrava dele.

O que eu sempre quis foi comunicar da maneira mais direta o sabor da minha vida,

unicamente o sabor da minha vida.

Acho que eu consegui fazê-lo;

vivi num mundo de homens guardando em mim o melhor da minha feminilidade.

Não desejei nem desejo nada mais do que viver sem tempos mortos.

Trecho da peça "Viver Sem Tempos Mortos", inspirada na correspondência de Simone de Beauvoir e Jean-Paul Sartre, com Fernanda Montenegro.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de S. Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de figuras

Lista de quadros

Lista de tabelas

Lista de siglas

Resumo

Abstract

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Utilização de psicofármacos em transtornos psiquiátricos	2
1.1.1	Caracterização dos transtornos psiquiátricos.....	2
1.1.1.1	Transtornos do humor	3
1.1.1.2	Transtornos de ansiedade.....	4
1.1.1.3	Transtornos por uso de substâncias	4
1.1.1.4	Transtornos de controle do impulso	6
1.1.2	Prevalência dos transtornos psiquiátricos	6
1.1.2.1	Cenário internacional	7
1.1.2.2	Cenário brasileiro	8
1.1.3	<i>Treatment gap</i> dos transtornos psiquiátricos	11
1.1.3.1	Uso de psicofármacos no tratamento dos transtornos psiquiátricos	16
1.1.3.1.1	Antidepressivos	16
1.1.3.1.2	Antipsicóticos	18
1.1.3.1.3	Lítio e outros fármacos utilizados como estabilizadores do humor	18

1.1.3.1.4	Hipnóticos e sedativos	19
1.1.4	Problemas relacionados ao uso de psicofármacos	20
1.1.4.1	Acesso aos serviços de saúde e aos psicofármacos	21
1.1.4.2	Não adesão ao tratamento farmacológico.....	23
1.1.5	Estudos de utilização de medicamentos	27
1.1.5.1	Estudos internacionais de utilização de psicofármacos	28
1.1.5.2	Estudos brasileiros de utilização de psicofármacos	34
1.3.7	Importância dos estudos de utilização de medicamentos	37
2	OBJETIVOS.....	41
2.1	Objetivo geral	42
2.2	Objetivos específicos	42
3	HIPÓTESES DO ESTUDO	44
4	JUSTIFICATIVA.....	46
5	MÉTODOS.....	49
5.1	Delineamento do Estudo São Paulo Megacity	51
5.1.1	Desenho de estudo e população-alvo	52
5.1.2	Objetivos do Estudo São Paulo Megacity	53
5.1.3	Amostragem do Estudo São Paulo Megacity	53
5.1.4	Coleta de dados do Estudo São Paulo Megacity	55
5.1.5	Instrumento de avaliação “ <i>World Mental Health Survey</i> para o <i>Composite International Diagnostic Interview</i> ” (WMH-CIDI).....	56
5.1.6	Tabulação dos dados do Estudo São Paulo Megacity	61
5.2	Investigação sobre a utilização de psicofármacos	62
5.2.1	População-alvo e amostra do presente estudo	62
5.2.2	Módulo de Farmacoepidemiologia	62

5.2.2.1	Uso de psicofármacos prescritos nos 12 meses anteriores à entrevista para tratamento de transtornos mentais	63
5.2.3	Tabulação dos dados do presente estudo, padronização e classificação dos psicofármacos referido	66
5.2.4	Análise dos resultados	69
5.2.5	Amostra que referiu o uso de psicofármacos	79
5.2.6	Crítérios de inclusão e de exclusão do presente estudo	87
6	RESULTADOS.....	88
6.1	Seção I – Uso de psicofármacos na amostra total (N=2.935)	89
6.1.1	Descrição da amostra total.....	89
6.1.2	Prevalência de uso referido de psicofármacos por sujeitos da amostra total	92
6.1.3	Uso de psicofármacos por classes farmacológicas de acordo com idade e gênero.....	96
6.1.4	Uso exclusivo e combinado de psicofármacos por gênero.....	99
6.1.5	Uso de psicofármacos por características sociodemográficas...	101
6.2	Seção II – Uso de psicofármacos na subamostra com algum diagnóstico de transtorno psiquiátrico nos 12 meses anteriores à entrevista.....	107
6.2.1	Prevalência de transtornos psiquiátricos na amostra total	108
6.2.2	Uso de psicofármacos por sujeitos com algum diagnóstico de transtornos psiquiátricos na amostra total.....	110
6.2.2.1	Uso de psicofármacos por sujeitos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos	110
6.2.2.1.1	Uso de psicofármacos e comorbidade	111

6.2.2.1.2	Uso de psicofármacos e gravidade	111
6.2.2.1.3	Uso de psicofármacos e gênero.....	112
6.2.2.1.4	Uso de psicofármacos por sujeitos sem diagnóstico de transtornos psiquiátricos	112
6.2.2.2	Uso de antidepressivos por sujeitos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos nos 12 meses anteriores à entrevista.....	115
6.2.2.3	Uso de antipsicóticos por sujeitos com algum diagnóstico de transtornos psiquiátricos nos 12 meses anteriores à entrevista.....	118
6.2.2.4	Uso de estabilizadores de humor por sujeitos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos nos 12 meses anteriores à entrevista.....	121
6.2.2.5	Uso de hipnóticos e sedativos por sujeitos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos nos 12 meses anteriores à entrevista.....	123
7	DISCUSSÃO	128
7.1	Prevalência de uso de psicofármacos na população geral	130
7.1.1	Prevalência de uso por classes farmacológicas.....	131
7.1.2	Prevalência de uso por características sociodemográficas.....	134
7.2	Prevalência de uso de psicofármacos na amostra com pelo menos um diagnóstico de transtorno psiquiátrico nos 12 meses anteriores à entrevista	137
7.2.1	Prevalência de Transtornos Psiquiátricos na amostra total.....	137

7.2.2	Uso de psicofármacos por sujeitos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos	138
7.2.2.1	Uso de psicofármacos por classes farmacológicas entre as categorias de transtornos psiquiátricos	143
7.3	Força do estudo	152
7.4	Limitações do estudo	153
7.5	Considerações finais	155
8	CONCLUSÕES.....	158
9	ANEXOS	164
10	REFERÊNCIAS	176

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Representação gráfica do mapa do Brasil, do Estado de São Paulo e da Região Metropolitana de São Paulo 52
- Figura 2** – Fluxograma da entrevista do “Estudo São Paulo Megacity” 59
- Figura 3** – Fluxograma do estudo de utilização de psicofármacos 81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estudos internacionais de base populacional de utilização de psicofármacos	33
Quadro 2 – Estudos de base populacional de utilização de psicofármacos realizados no Brasil	37
Quadro 3 – Questão do módulo de farmacoepidemiologia utilizada para investigar o uso de psicofármacos (PH3.1)	64
Quadro 4 – Questão do módulo de farmacoepidemiologia utilizada para investigar o uso de psicofármacos (PH 4)	65
Quadro 5 – Medicamentos psicofármacos classificados no grupo anatômico sistema nervoso, segundo o <i>ATC/DDD Index</i>	71
Quadro 6 – Medicamentos que atuam em outros grupos anatômicos, segundo o <i>ATC/DDD Index</i>	72
Quadro 7 – Medicamentos ou outros produtos não incluídos no <i>ATC/DDD Index</i>	73
Quadro 8 – Resultados de alguns estudos farmacoepidemiológicos, segundo classes farmacológicas dos psicofármacos	74
Quadro 9 – Nomes e reagrupamento dos psicofármacos referidos pelos sujeitos da amostra	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência de transtornos psiquiátricos na amostra total, no ano anterior à entrevista, de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.942)	15
Tabela 2 – Distribuição das amostras para Parte I e Parte II por gênero e idade, ponderada e não ponderada, de acordo com a população censitária calculada pelo IBGE em 2000	60
Tabela 3 – Prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista, segundo a ATC/DDD <i>Index</i> . São Paulo Megacity Mental Health Survey (n=2.935).....	172
Tabela 4 – Características sociodemográficas da amostra total. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N= 2.935).....	91
Tabela 5 – Prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista na amostra total, segundo classes farmacológicas. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.935)	94
Tabela 6 – Prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista por classes farmacológicas, segundo categoria de idade. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.935)	97
Tabela 7 – Prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista por classes farmacológicas, segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.935).....	98

Tabela 8 – Prevalência de uso de ao menos um, uso exclusivo e combinado de psicofármacos no ano anterior à entrevista por classes farmacológicas, segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.935).....	100
Tabela 9 – Prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista na população geral, segundo características sociodemográficas. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.935)	103
Tabela 10 – Uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista, modelo de regressão logística múltipla – Modelo 1 e 2. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.935).....	106
Tabela 11 – Prevalência de transtornos psiquiátricos na amostra total, no ano anterior à entrevista, de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.935)	109
Tabela 12 – Proporção de uso de ao menos um psicofármaco no ano anterior à entrevista, entre os sujeitos com diagnóstico de transtorno mental, de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI, segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=1.271).....	114
Tabela 13 – Proporção de uso de antidepressivos no ano anterior à entrevista, entre os sujeitos com diagnóstico de transtorno mental, de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI,	

segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=1.271)	117
--	-----

Tabela 14 – Proporção de uso de antipsicóticos no ano anterior à entrevista, entre os sujeitos com diagnóstico de transtorno mental, de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI, segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=1.271)	120
---	-----

Tabela 15 – Proporção de uso de estabilizadores de humor no ano anterior à entrevista, entre os sujeitos com diagnóstico de transtorno mental, de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI, segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=1.271).....	122
---	-----

Tabela 16 – Proporção de uso de hipnóticos/sedativos no ano anterior à entrevista, entre os sujeitos com diagnóstico de transtorno mental, de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI, segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=1.271)	125
---	-----

Tabela 17 – Proporção de uso exclusivo de psicofármacos no ano anterior à entrevista, entre os sujeitos com diagnóstico de transtorno mental, de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI, segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=1.271)	126
--	-----

LISTA DE SIGLAS

ADs	Antidepressivos
ADTs	Antidepressivos tricíclicos
AIC	<i>Akaike Information Criterion</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
APs	Antipsicóticos
ATC/DDD <i>Index</i>	<i>Anatomical Therapeutic Chemical Index</i>
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BZDs	Benzodiazepínicos
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
DCB	Denominação comum brasileira
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DEF	Dicionário de Especialidades Farmacêuticas
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder</i>)
DURG	<i>Drug Utilization Research Group</i>
ECA-SP	São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
EUMs	Estudos de Utilização de Medicamentos

FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GBD	Carga Global de Doenças (<i>Global Burden of Disease</i>)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IMAOs	Inibidores da monoaminoxidase
IRSNs	Inibidores da recaptação de serotonina-norepinefrina
ISRSs	Inibidores seletivos da recaptação de serotonina
NCS	<i>National Comorbidity Survey</i>
NCS-R	<i>National Comorbidity Survey Replication</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PRMs	Problemas relacionados aos medicamentos
RC	Razão de chances
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
SAS	<i>Statistical Analysis System</i>
SNC	Sistema Nervoso Central
SPMHS	<i>São Paulo Megacity Mental Health Survey</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WMH	<i>World Mental Health</i>
WMH-CIDI	<i>World Mental Health para o Composite International Diagnostic Interview</i>
WMHS	<i>World Mental Health Survey</i>

RESUMO

Campanha AM. *Utilização de psicofármacos pela população geral residente na região metropolitana de São Paulo* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2015.

INTRODUÇÃO: Os transtornos psiquiátricos são altamente prevalentes e têm sido associados ao maior uso de serviços e de medicamentos. Entretanto resultados do *World Health Organization (WHO) World Mental Health (WMH) Surveys*, conduzidos em diversos países, têm apresentado baixas prevalências de uso de psicofármacos entre sujeitos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos no ano anterior à entrevista. **OBJETIVOS:** Estimar a prevalência, o padrão, e os fatores associados ao uso de psicofármacos em amostra da população geral e entre sujeitos com diferentes diagnósticos para doenças psiquiátricas, de acordo com DSM-IV. **MÉTODOS:** Os dados são provenientes do *São Paulo Megacity Mental Health Survey (SPMHS)*, segmento brasileiro do estudo *World Mental Health Survey (WMH survey)*. O WMH survey é uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Universidade de Harvard e Universidade de Michigan, que vem sendo realizada em mais de 28 centros de pesquisa no mundo. O *São Paulo Megacity Mental Health Survey* é um estudo de corte transversal, de base populacional, desenhado para avaliar a morbidade psiquiátrica em uma amostra representativa da população geral, com 18 anos ou mais, residentes na Região Metropolitana de São Paulo. Uma

amostra de 5.037 indivíduos (taxa de resposta: 81,3%) foi entrevistada por leigos treinados, utilizando a versão do *Composite International Diagnostic Interview* para o *World Mental Health Survey*, elaborado para gerar diagnósticos de acordo com o DSM-IV. O foco do presente estudo foi uma subamostra de 2.935 entrevistados, os quais foram avaliados com a versão longa da entrevista e que foram questionados sobre psicofármacos prescritos no ano anterior à entrevista para "problemas com emoções, nervos, saúde mental, uso de substâncias, energia, concentração, sono ou a capacidade de lidar com o estresse". Os dados foram ponderados para ajustar a subamostragem dos não casos dessa subamostra e para ajustar as discrepâncias residuais entre as distribuições amostrais e populacionais de uma série de variáveis sociodemográficas, garantindo, assim, a representatividade dessa subamostra. **RESULTADOS:** Apenas 6,13% dos respondentes relataram o uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista. Os hipnóticos e sedativos (incluindo os benzodiazepínicos) (3,63%) e os antidepressivos (3,46%) foram os mais comumente relatados, enquanto os estabilizadores de humor (0,64%) e os antipsicóticos (0,61%) foram pouco frequentes. Ser do sexo feminino (OR= 2,55; 95% IC=1,58-4,11), avançar da idade, escolaridade abaixo do nível superior e ter maior renda foram fatores associados ao maior uso de psicofármacos, assim como ter comorbidades e transtornos graves. A prevalência de transtornos psiquiátricos de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI no ano anterior à entrevista foi 29,49%. Entretanto, somente 13,75% dos sujeitos com diagnóstico de transtorno psiquiátrico no ano anterior à entrevista, 24,93% com transtorno de humor, 14,43% com transtorno de ansiedade e, aproximadamente, 10% com

transtorno por uso de substância e com transtorno de controle do impulso relataram uso de psicofármacos no mesmo período. Respondentes sem diagnóstico também reportaram uso de psicofármacos (2,94%). O uso de antidepressivos (9,10%) e de hipnóticos e sedativos (7,81%) foi pouco frequente naqueles com diagnóstico, apresentando a seguinte distribuição, respectivamente: sujeitos com transtorno de humor (17,94% e 14,70%), ansiedade (9,04% e 8,08%), controle de impulso (6,76% e 5,80%) e por uso de substâncias (5,08% e 7,86%). O uso de psicofármacos foi maior entre sujeitos que apresentaram três transtornos ou mais (26,91%) quando comparado aos que apresentaram dois (15,21%) ou um transtorno (8,96%). Entre os sujeitos com transtornos considerados leve, de moderada gravidade e grave, a prevalência de uso de psicofármacos foi 6,60%, 10,68% e 23,77%, respectivamente. Entretanto aproximadamente 75% casos graves e com três ou mais transtornos, permaneceram sem tratamento farmacológico.

CONCLUSÃO: Os resultados sugerem que a maioria dos sujeitos com transtornos psiquiátricos ativos não estão recebendo tratamento farmacológico para seus transtornos psiquiátricos na Região Metropolitana de São Paulo. Políticas públicas poderiam aumentar o acesso aos cuidados de saúde adequado, particularmente entre sujeitos com transtornos graves e comorbidades.

Descritores: Transtornos mentais. Farmacoepidemiologia. Psicotrópicos. Antidepressivos. Ansiolíticos. Hipnóticos e sedativos.

ABSTRACT

Campanha AM. *Psychotropic medication utilization in the general population resident in the metropolitan area of São Paulo* [thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

INTRODUCTION: Mental Disorders are highly prevalent and have been associated with high use of health services and medications. However results of the World Health Organization (WHO) World Mental Health (WMH) Surveys carried out in several countries have found low prevalence rates of psychotropic medication among those with 12-month disorders. **OBJECTIVES:** To estimate the prevalence, pattern, and associated factors with the use of psychotropic medication in a sample in the general population and, within this sample, among those with different diagnoses for psychiatric disorders, according to DSM-IV. **METHODS:** Data were from the São Paulo Megacity Mental Health Survey (SPMHS), the Brazilian segment of the World Mental Health (WMH) Survey Initiative, coordinated by the World Health Organization and Harvard University, which has been held in more than 28 research centers in the world. The São Paulo Megacity Mental Health Survey is a cross-sectional population-based study, designed to evaluate psychiatric morbidity in a representative sample in the general population, aged 18 years or more, living in the São Paulo Metropolitan Area. A sample of 5,037 individuals (response rate: 81.3%) was assessed by trained lay interviewers using the World Mental Health version

of the Composite International Diagnostic Interview, designed to generate DSM-IV diagnoses. The focus of the current report was a subsample of 2,935 subjects to whom the long version of the interview was applied and were asked about prescription medicines that used in the previous 12 months for “problems with emotions, nerves, mental health, substance use, energy, concentration, sleep or ability to cope with stress”. Data were weighted to adjust the undersampling of long interview respondents non-cases and to adjust residual discrepancies between the sample and population distributions of a range of sociodemographic variables. **RESULTS:** Only 6.13% of the respondents reported psychotropic medication use in the previous year the interview. Hypnotics and sedatives (including benzodiazepines) (3.63%) and antidepressants (3.46%) were the most commonly reported, while mood stabilizers (0.64%) and antipsychotics (0.61%) were used less frequently. In the general population of the SPMHS, be female gender (OR= 2.55; 95% IC=1.58-4.11), older, education low level high and higher income were associated the higher psychotropic medication use, well as have comorbidity and serious disorders. The 12-month prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorder was 29.49%. However, only 13.75% of those with 12-month disorders, 24.93% among those with mood disorder, 14.43% in those with anxiety disorder and, approximately 10% impulse-control disorder and substance use disorder reported psychotropic medication use in the same period. Respondents without diagnosis also reported psychotropic medication use (2.94%). Antidepressants (9.10%) and hypnotics and sedatives (7.81%) were commonly reported, with the following distribution, respectively: subjects with mood disorder (17.94% and 14.70%), anxiety (9.04 % and 8.08%), impulse control (6.76% and 5.80%), and

substance use (5.08% and 7.86%). Psychotropic medication use was higher among the respondents with three or more disorders (26.91%), when compared with those with two (15.21%) or with one disorder (8.96%). Among the respondents with mild, moderate, or severe disorders, the prevalence of Psychotropic medication use was 6.60%, 10.68%, and 23.77%, respectively. However approximately 75% severe cases and comorbidities, remained without pharmacologic treatment. **CONCLUSION:** These findings suggest that the majority of individuals diagnosed with an active mental disorder are not being treated with psychotropic medication in the São Paulo Metropolitan Area. Public policies should increase access to appropriate care, particularly among subjects with serious disorders and comorbidities.

Descriptors: Mental disorders. Pharmacoepidemiology. Psychotropic drugs; Antidepressants. Anxiolytics. Hypnotics and sedatives.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Utilização de psicofármacos em transtornos psiquiátricos

1.1.1 Caracterização dos transtornos psiquiátricos

Os transtornos psiquiátricos se manifestam por alterações na cognição, no humor, no controle dos impulsos e no comportamento, resultando em incapacitação, morbidade e morte prematura em todo o mundo, de acordo com a publicação do estudo intitulado *The Global Burden of Disease* (GBD) (Lopez et al., 2006). Os transtornos psiquiátricos são responsáveis por mais de 12% das incapacitações por doenças em geral, destacando-se a depressão e o uso do álcool e de drogas. O impacto dos transtornos mentais como causa de incapacitação tende a aumentar em países como México, Chile e Brasil, onde a estimativa para o ano 2020 pode ultrapassar os 20% (Lopez et al., 2006). Problemas sociais como desemprego, violência, pobreza, desigualdade social, desrespeito aos direitos humanos e, em diversos países, guerras civis e desastres naturais, tornam os indivíduos mais vulnerável a quadros clínicos relacionados ao estresse, pós-traumático ou não (Andrade et al., 2010).

A saúde mental de um indivíduo é um equilíbrio entre fatores protetores, predisponentes e desencadeantes, que vão desde predisposições genéticas a

fatores socioeconômicos e ambientais. Maus tratos e negligências na infância, exposição a conflitos, desastres naturais, abusos e violência doméstica, entre outros, são fatores que estão associados a risco elevado de desenvolver transtornos mentais (World Health Organization, 2013).

1.1.1.1 Transtornos do humor

Os transtornos do humor englobam um grande grupo de transtornos em que o humor patológico e as perturbações associadas dominam o quadro clínico. Os pacientes com humor elevado demonstram expansividade, fugas de ideias, redução do sono, elevada autoestima, ideias grandiosas, sensação de perda de controle e experiência subjetiva de grande sofrimento. Os pacientes com humor deprimido exibem perda de energia e de interesse, sentimentos de culpa, dificuldade de concentração, perda de apetite e pensamentos de morte ou de suicídio. Outros sinais e sintomas incluem modificações do nível de atividade, das capacidades cognitivas, da fala e de funções vegetativas (por exemplo: sono, atividade sexual e outros ritmos biológicos), comprometendo o desempenho interpessoal, social e ocupacional (Sadock; Sadock, 2007).

O transtorno depressivo maior (também conhecido como depressão unipolar) ocorre sem história de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos, pode provocar alterações no apetite, no peso e no sono, falta de energia, sentimentos de culpa, dificuldade para pensar e tomar decisões, pensamentos de morte e de suicídio (Sadock; Sadock, 2007). Um episódio maníaco é um período distinto de estado de humor anormal e elevado, expansivo ou irritável. Um episódio hipomaníaco é similar ao episódio maníaco, exceto por não ser

grave o suficiente para causar comprometimento do desempenho social e ocupacional e por não estarem presentes manifestações psicóticas. Tanto a mania como a hipomania associam-se a aumento da autoestima, à redução da necessidade de sono, ao excesso de atividade física e mental e ao envolvimento excessivo em comportamento prazeroso (Sadock; Sadock, 2007).

1.1.1.2 Transtornos de ansiedade

Os transtornos de ansiedade comprometem o desempenho, estão associados à morbidade e a mortalidade relacionada a problemas cardiovasculares. Outro aspecto dos transtornos de ansiedade é a interação especial entre os fatores genéticos e a experiência. Enquanto há pouca dúvida de que genes anormais predisponham a estados patológicos de ansiedade, a evidência indica que os acontecimentos traumáticos da vida e o estresse também são etiológicamente importantes (Sadock; Sadock, 2007).

1.1.1.3 Transtornos por uso de substâncias

Os transtornos de uso de substâncias tornam-se uma preocupação para todos os profissionais de saúde, quando criam dificuldades para o usuário ou deixam de ser algo inteiramente volitivo. Além da porcentagem da população que relata usar uma ou mais substâncias ilícitas durante sua vida (quase 40%) e do alarmante custo para a sociedade (mais de 200 bilhões de dólares por ano), esse fenômeno tem muitas implicações para a pesquisa sobre o cérebro e a psiquiatria clínica. Algumas substâncias podem afetar estados mentais

percebidos internamente, como o humor, e atividades observadas de forma externa, como o comportamento. Podem causar certos sintomas neuropsiquiátricos indistinguíveis de psicopatologias comuns sem causas conhecidas (por exemplo, a esquizofrenia e os transtornos de humor), o que permite concluir que há relação entre os transtornos psiquiátricos primários e os que envolvem uso de substâncias. Uma vez que os sintomas depressivos observados em algumas pessoas que não tomaram substâncias que alteram o cérebro não podem ser distinguidos dos sintomas depressivos daquela que tomou, pode haver algo em comum entre o comportamento de consumir substâncias e a depressão (Sadock; Sadock, 2007).

O uso do álcool associado a alguns medicamentos utilizados em transtornos mentais pode ser perigoso e até fatal. As anfetaminas são as substâncias ilícitas usadas de forma mais ampla, ficando atrás apenas da *cannabis*, na Grã-Bretanha, na Austrália e em vários países da Europa. Transtorno de humor, transtorno de ansiedade, disfunção sexual, transtorno do sono, entre outros, estão associados ao uso de anfetaminas. Os benzodiazepínicos tornaram-se os medicamentos mais prescritos e cerca de 15% de todas as pessoas dos Estados Unidos já receberam prescrição para esses medicamentos. Contudo a consciência crescente dos riscos de dependência e as exigências regulatórias mais rígidas diminuíram as prescrições para essa classe. Os barbitúricos tiveram seu uso reduzido em função do alto potencial de abuso. O uso indevido de esteróides anabolizantes pode provocar baixa autoestima, perturbações da imagem e da aparência do corpo, raiva, excitação, irritabilidade, hostilidade, ansiedade, somatização e depressão. Diversos estudos demonstram que de 2% a 15% dos que abusam

de esteróides anabolizantes experimentem episódios de hipomaníacos ou maníacos, e uma porcentagem menor pode ter sintomas claramente psicóticos. Outro motivo de preocupação é a correlação entre o abuso de esteróides e a violência (Sadock; Sadock, 2007).

1.1.1.4 Transtornos de controle do impulso

A impulsividade é uma característica de comportamentos descritos como reações rápidas e não planejadas, em que a avaliação das consequências é parcial ou inexistente (Tavares; Alarcão, 2007), caracterizada pela desinibição comportamental de origens diversas (por exemplo: instabilidade afetiva e cognitiva, deficiência de empatia, desejos imperiosos e dificuldade de contenção de impulsos agressivos). Tanto o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV) quanto o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI-10) apresentam a impulsividade como elemento central de algumas síndromes. O tratamento para os transtornos de controle do impulso inclui abordagem cognitivo-comportamental e farmacológica (Tavares; Bottura, 2012).

1.1.2 Prevalência dos transtornos psiquiátricos

A psiquiatria epidemiológica tem contribuído para uma ampla variedade de campos clínicos, de pesquisa e de políticas de saúde. Descobertas recentes proporcionam dados sobre o curso e a comorbidade de transtornos psiquiátricos, identificam seus possíveis fatores de risco, mensuram os

problemas funcionais que causam, estabelecem uma base para decisões políticas sobre a saúde mental e representam um ponto de partida para analisar o acesso ao cuidado e o uso dos serviços disponíveis nessa área (Sadock; Sadock, 2007).

1.1.2.1 Cenário internacional

Nos Estados Unidos, a prevalência dos transtornos no ano anterior à entrevista foi cerca de 30%, destacando-se a depressão maior, dependência de álcool, fobia social e fobia simples (Kessler et al., 1994).

Na Europa, a prevalência de transtornos psiquiátricos foi aproximadamente 10% nos últimos 12 meses e os transtornos mais prevalentes foram de ansiedade (6%), de humor (4,2%) e de uso/dependência de álcool (1%). A depressão maior (3,9%) se destacou entre os transtornos específicos (Alonso et al., 2004a).

No Japão, a prevalência de algum transtorno no ano anterior à entrevista foi 8,8%, sendo os mais prevalentes a depressão maior (2,9%), a fobia específica (2,7%) e o uso/dependência do álcool (2,0%) (Kawakami et al., 2005).

Na América Latina e Caribe, os transtornos mais frequentes foram abuso e/ou dependência de álcool (5,7%) e depressão maior (4,9%), nos 12 meses anteriores à entrevista (Khon et al., 2005).

Em relação ao gênero, os transtornos de ansiedade e de humor são mais comuns em mulheres, e os transtornos de uso de substâncias e de controle do

impulso são mais frequentes em homens (Alonso et al., 2004a; Kessler et al., 1994).

1.1.2.2 Cenário brasileiro

No Brasil, em 1991, o *Brazilian Multicentric Study of Psychiatric Morbidity* estimou que a prevalência de sintomas psiquiátricos, de acordo com DSM-III, na vida ajustada por idade foi maior na região metropolitana de Brasília (50,5%), seguida por Porto Alegre (42,5%) e São Paulo (31%). As mulheres apresentaram maiores prevalências de transtornos psiquiátricos na vida somente em Porto Alegre. Em Brasília, os transtornos mais frequentes foram ansiedade (17,6%), fobias (16,7%), somato-dissociativos (8,1%) e abuso e dependência do álcool (8%). Em São Paulo, transtorno de ansiedade (10,6%), fobias e abuso e dependência do álcool (7,6% cada) e somato-dissociativos (2,8%) foram os mais comuns. Já em Porto Alegre, as fobias (14,1%) foram mais frequentes, seguidas por estados depressivos (10,2%), transtorno de ansiedade (9,6%) e abuso e dependência do álcool (9,2%) (Almeida-Filho et al., 1997).

Enquanto ansiedades e fobias afetaram mais mulheres, problemas relacionados com álcool foram significativamente maiores entre os homens. A prevalência da potencial necessidade de tratamento nos 12 meses ajustada por idade também foi maior em Brasília (34,1%), seguida por Porto Alegre (33,7%) e São Paulo (19%), sendo significativamente maior em mulheres somente em Brasília. Em Brasília, ansiedade (12,1%), fobias (11,6%), somato-dissociativos (5,8%) e abuso e dependência do álcool (4,7%) foram bastante frequentes. Em

São Paulo, os transtornos mais comuns foram ansiedade (6,9%), fobias (5%), abuso e dependência do álcool (4,3%) e somato-dissociativos (1,9%). Já em Porto Alegre, houve maior frequência de transtornos por abuso e dependência do álcool (8,7%), fobias (7,1%), depressão (6,7%) e ansiedade (5,4%) (Almeida-Filho et al., 1997).

Entre os anos de 1996 a 1997, o estudo *Bambuí Health Survey* avaliou cerca de 1.040 sujeitos com 18 anos ou mais de idade, em Bambuí, Minas Gerais, utilizando a versão portuguesa do instrumento CIDI. As prevalências de depressão no mês, no ano anterior e na vida foram 8,2%, 10% e 15,6%, respectivamente. As análises ajustadas demonstraram associação entre a depressão no mês anterior e os seguintes fatores: gênero feminino, sujeitos com idade superior a 45 anos e não estar trabalhando na ocasião da entrevista (Vorcaro et al., 2001).

As prevalências de fobia social no mês anterior, no ano anterior e na vida foram 7,9%, 9,1% e 11,8%, respectivamente. A fobia social no mês anterior esteve positiva e significativamente associada à idade (45–64 anos) e ao estado civil (divorciado/separado). Número de meses trabalhados no último ano, número de anos de escolaridade e renda familiar mensal associaram-se negativa e independentemente à fobia social. Autorrelato de saúde razoável e ruim/muito ruim, incapacidade para desempenhar atividades diárias por problemas de saúde nas duas últimas semanas, 3 ou mais visitas ao doutor nos últimos 12 meses e 3 ou mais medicamentos usados nos últimos 3 meses estiveram positiva e independentemente associados à fobia social (Vorcaro et al., 2004).

Segundo os autores, houve um ônus importante de fobia social na população do estudo devido à alta prevalência, pelo fato de as prevalências serem similares ou superiores aos valores observados em vários países desenvolvidos e devido à sua associação com piores indicadores socioeconômicos, pior estado de saúde, maior frequência de visitas ao médico e maior uso de medicamentos prescritos (Vorcaro et al., 2004).

Em um estudo conduzido em 1995, na cidade de São Paulo, o *São Paulo Epidemiologic Catchment Area (SP-ECA) Study* verificou que aproximadamente metade dos entrevistados apresentou, no mínimo, um transtorno mental na vida, 26,5% no ano anterior e 22,2% no mês anterior à entrevista. O transtorno mais comum foi o episódio depressivo (17%) e associou-se às manifestações suicidas não fatais quando investigada a comorbidade para os transtornos por uso de álcool/substâncias. Cerca de 30% usou os serviços de saúde no mês anterior à entrevista, sendo que 29% procuraram ajuda no setor da clínica médica e 7,8% foram atendidos por profissionais da saúde mental. Dos entrevistados, 50% relataram doenças físicas, e a mais alta taxa de utilização de serviço médico geral foi por pacientes com transtorno psiquiátrico. Menos de 10% dos sujeitos recebeu atendimento por psiquiatra, psicoterapeuta ou aconselhamento psicológico. Dos indivíduos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos no ano anterior à entrevista, possuir cobertura por um seguro de saúde privado foi determinante para o uso de serviços de clínica médica. A baixa renda dificultou o acesso aos serviços de saúde mental (Andrade et al., 2008, 2011).

Resultados de um estudo mais recente (entre 2005 e 2007), conduzido com maior rigor metodológico na região metropolitana de São Paulo (RMSP), o

Estudo São Paulo Megacity, título em inglês, *São Paulo Megacity Mental Health Survey* (SPMHS), demonstraram que cerca de 30% dos respondentes preencheram critérios diagnósticos do DSM-VI para, pelo menos, um transtorno mental no ano anterior à entrevista. Os transtornos de ansiedade foram os mais frequentes (19,9%), seguidos de transtorno de humor (11%), controle de impulso (4,3%) e uso de substâncias (3,6%). Entre os respondentes com transtornos, 10% foram classificados como graves e comorbidades. A gravidade dos transtornos esteve associada à procura de tratamento e ao recebimento de serviços, embora a maioria dos sujeitos da RMSP com transtornos ativos não tenham recebido tratamento nos serviços de saúde. Para os autores, outras regiões do Brasil possivelmente apresentam um pior panorama quanto à lacuna de tratamento (*treatment gap*) (Tabela 1) (Andrade et al., 2012).

As diferenças nas prevalências dos transtornos mentais podem ser parcialmente explicadas devido às características da população estudada, como faixa etária, distribuição socioeconômica, residir em área urbana ou rural, e aspectos culturais (Andrade et al., 2010).

1.1.3 *Treatment gap* dos transtornos psiquiátricos

Um fenômeno que parece ser constante nas pesquisas ao redor do mundo é que poucos sujeitos acometidos com transtornos psiquiátricos recebem tratamento especializado no setor de saúde mental (Kessler et al., 1994; Medina-Moura et al., 2003; Andrade et al., 2012).

Kohn et al. (2004) analisaram 37 estudos que investigaram o uso de serviço de saúde em transtornos mentais, e verificaram que a diferença de tratamento da depressão maior, da distímia, do transtorno bipolar, do transtorno de pânico, do transtorno de ansiedade generalizada e do transtorno obsessivo-compulsivo foi superior a 50%, com diferença maior para o abuso e a dependência do álcool (78,1%), com variação entre os países analisados. Por exemplo, a diferença de tratamento para depressão maior em regiões da Europa foi menor (45,4%) do que nas américas (56,9%). Para esses autores, para reduzir a incapacidade causada pelos transtornos psiquiátricos deve ser construída uma ponte entre a diferença de tratamento representado pela prevalência de uma doença e a proporção de indivíduos tratados afetados por ela, o *treatment gap*. A diferença de tratamento pode ser expressa como a percentagem dos indivíduos que necessitam de cuidados, mas não os recebem.

Nesse contexto, o relatório de saúde Mundial de 2001 (World Health Organization, 2001) enumerou dez recomendações para resolver o *treatment gap*, a saber:

1. disponibilizar o acesso ao tratamento da saúde mental na atenção primária;
2. psicofármacos devem estar disponíveis;
3. deslocar o cuidado das instituições e equipamentos comunitários;
4. educar as pessoas sobre a saúde mental;
5. famílias, comunidades e usuários devem estar envolvidos na defesa, na formação de grupos de autoajuda e na formulação de políticas;
6. estabelecer programas nacionais de saúde mental;

7. aumentar e melhorar a formação de profissionais em saúde mental;
8. incrementar as relações com outras instituições governamentais e não governamentais;
9. monitorar os sistemas de saúde mental usando indicadores de qualidade
10. fornecer mais apoio às pesquisas.

Ainda, destaca-se a necessidade de integrar a psiquiatria com outras especialidades médicas, que, na maioria das vezes, desconhecem o grande progresso ocorrido nas últimas décadas acerca do diagnóstico e do tratamento desses transtornos. Transtornos não diagnosticados, conseqüentemente não tratados adequadamente, produzirão maior impacto na sociedade e sobrecarga no sistema de saúde (Andrade et al., 2002, 2010).

A *World Health Organization* (WHO) reconhece o papel essencial da saúde mental em alcançar a saúde para todos os povos. A saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo desenvolve suas próprias capacidades para lidar com as dificuldades normais da vida, para trabalhar de forma produtiva e para contribuir com a sua comunidade (World Health Organization, 2013).

O tratamento de pacientes com transtornos deve ser conduzido para uma avaliação diagnóstica completa, para o tratamento dos sintomas imediatos, evitando acontecimentos estressantes da vida associados ao aumento nas recaídas, mas que contribua para o bem-estar futuro e a segurança do paciente (Sadock; Sadock, 2007).

As mudanças adotadas nas últimas décadas nos serviços de saúde mental têm melhorado o tratamento dos transtornos mentais (Zappitelli et al., 2006), nos casos em que as ações terapêuticas atuais recomendam o emprego de alguma modalidade de psicoterapia associada ao uso racional de medicamentos (World Health Organization, 2002).

Tabela 1 – Prevalência de transtornos psiquiátricos na amostra total, no ano anterior à entrevista, de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.942)

Grupo diagnóstico	PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSQUIÁTRICOS		
	Transtorno Psiquiátrico	% (n)	EP
Transtornos de ansiedade	Transtorno de pânico	1,1 (61)	0,2
	Transtorno de ansiedade generalizada	2,3 (134)	0,2
	Fobia específica	10,6 (572)	0,5
	Fobia social	3,9 (186)	0,3
	Agorafobia sem transtorno de pânico	1,6 (88)	0,3
	Transtorno de estresse pós-traumático	1,6 (81)	0,2
	Transtorno obsessivo-compulsivo	3,9 (155)	0,4
	Ansiedade de separação em adulto	2,0 (111)	0,3
	Qualquer transtorno de ansiedade	19,9 (841)	0,8
Transtornos de humor	Transtorno depressivo maior	9,4 (491)	0,6
	Distímia	1,3 (62)	0,3
	Transtorno bipolar tipo I e II	1,5 (73)	0,2
	Qualquer transtorno de humor	11,0 (570)	0,6
Transtornos por uso de substâncias	Abuso de álcool	2,7 (135)	0,3
	Dependência de álcool	1,3 (64)	0,2
	Abuso de drogas	0,6 (31)	0,1
	Dependência de drogas	0,5 (21)	0,1
	Qualquer transtorno por uso de substâncias	3,6 (164)	0,4
Transtornos de controle do impulso	Transtorno de déficit de atenção	0,9 (49)	0,2
	Transtorno desafiante de oposição	0,5 (22)	0,2
	Transtorno de conduta	0,5 (19)	0,1
	Transtorno explosivo intermitente	3,1 (138)	0,3
	Qualquer transtorno de controle do impulso	4,2 (199)	0,4
Qualquer transtorno 12-meses	Qualquer	29,6 (1277)	1,0
	0 transtorno	70,4 (1665)	1,0
	1 transtorno	17,8 (733)	0,7
	2 transtornos	5,9 (264)	0,4
	3 ou + transtornos	5,8 (280)	0,5
Gravidade	Grave	10,0 (468)	0,6
	Moderada	9,8 (412)	0,5
	Leve	9,8 (397)	0,6

Amostra Parte II, a prevalência foi calculada usando peso Parte 2 da amostra.

EP: Erro-padrão.

FONTE: traduzido para o português de Andrade et al. (2012).

1.1.3.1 Uso de psicofármacos no tratamento dos transtornos psiquiátricos

O uso de medicamentos destaca-se como parte das ações terapêuticas no âmbito psicossocial, visando reduzir os sintomas prejudiciais das patologias psiquiátricas, com a finalidade de melhor adaptação à realidade e de colaborar para o desenvolvimento de intervenções sociais e psicológicas direcionadas às pessoas com transtorno mental (Xavier et al., 2014).

Os psicofármacos auxiliam a estabilizar o humor, a diminuir a ansiedade, a suprimir a dor, a abolir movimentos desordenados, a induzir o sono ou a excitação, a diminuir apetite, a aliviar a ânsia de vômitos e a reduzir a intensidade de sintomas psicóticos. Entre as classes terapêuticas mais utilizadas para o tratamento dos transtornos psiquiátricos mais frequentes estão os antidepressivos, os antipsicóticos, os fármacos indicados como estabilizadores do humor e os hipnóticos e sedativos (Bloom, 2007).

1.1.3.1.1 Antidepressivos

Os antidepressivos (ADs) são considerados fármacos seletivos e seguros, embora seja necessário conhecimento prévio sobre as características específicas relacionadas ao fármaco e aos transtornos psiquiátricos (Hilal-Dandan; Brunton, 2014). Os antidepressivos são os agentes de escolha para o tratamento de depressão e o transtorno obsessivo-compulsivo (Sadock; Sadock, 2007; Baldessarini, 2007; Hilal-Dandan; Brunton, 2014). Os antidepressivos (por exemplo, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs)) também apresentam efeitos ansiolíticos com eficácia

demonstrada em alguns transtornos de ansiedade (O'Donnell; Shelton, 2012). O uso de antidepressivos resulta em eficácia em cerca de 60% dos pacientes com depressão, embora 30% dos pacientes respondem ao placebo (World Health Organization, 2009). A fluoxetina está entre os fármacos mais utilizados (Sadock; Sadock, 2007; Baldessarini, 2007; Hilal-Dandan; Brunton, 2014).

Os antidepressivos tricíclicos (ADTs) frequentemente causam respostas autônomas adversas, além de efeitos cardiovasculares (Baldessarini, 2007; Teng et al., 2005). O uso prolongado dos antidepressivos tricíclicos está associado à tolerância aos efeitos sedativos e à dependência física após a interrupção repentina do tratamento, principalmente quando usadas doses altas. Reações semelhantes acrescidas de sintomas gastrintestinais, sensoriais e irritabilidade também ocorrem com a interrupção repentina do tratamento com ISRSs (Baldessarini, 2007).

Uma questão controversa importante envolvendo o tratamento com todos os antidepressivos é a sua relação com o aumento das taxas de suicídio. Gusmão et al. (2013) verificaram que as taxas de suicídio tendem a diminuir em países europeus onde se observou um maior aumento no uso de antidepressivos. Por outro lado, Björkenstam e colaboradores (2013) investigaram a relação entre o uso de antidepressivos ISRSs e os casos de suicídio, e constataram o aumento nas taxas de suicídio quando o uso foi aproximadamente um mês anterior ao suicídio e, quando o período foi de aproximadamente 10 dias do início do tratamento, o risco dobrou. Esses achados associaram o uso de ISRSs em curto prazo com o aumento do risco de suicídio. Estudos adicionais são necessários com para estabelecer a associação do uso de antidepressivos com o suicídio.

1.1.3.1.2 Antipsicóticos

Os antipsicóticos (APs) são indicados para casos de psicose, que é um sintoma de transtorno psiquiátrico caracterizado por um senso distorcido ou inexistente da realidade, com diversas etiologias. Os antipsicóticos são indicados para o tratamento dos transtornos psicóticos comuns que incluem os transtornos de humor (depressão maior ou mania) com características psicóticas, psicose induzida por uso de substâncias, entre outros transtornos. Há que considerar que a remoção do agente agressor, na maioria das psicoses induzidas por substâncias, resulta na melhora imediata dos sintomas psicóticos sem a necessidade de tratamento com antipsicóticos. Os antipsicóticos também promovem efeitos antimaníacos, possuindo indicação terapêutica para o tratamento dos transtornos bipolares (Meyer, 2012).

1.1.3.1.3 Lítio e outros fármacos utilizados como estabilizadores do humor

O tratamento dos transtornos bipolares foi revolucionado com a introdução do lítio no tratamento das fases maníaca, depressiva e do humor misto. Inicialmente, apenas para a mania aguda e, mais tarde, principalmente para a prevenção de recorrências da mania (Meyer, 2012).

Além do uso do lítio, alguns anticonvulsivantes (por exemplo: valproato de sódio e carbamazepina) também promovem efeitos antimaníacos, possuindo indicação terapêutica para o tratamento dos transtornos bipolares (Meyer, 2012; World Health Organization, 2009). Entretanto nenhum medicamento

superou a eficácia do lítio na profilaxia de mania e de fases depressivas do transtorno bipolar e na redução da suicidabilidade entre pacientes bipolares (Meyer, 2012).

1.1.3.1.4 Hipnóticos e sedativos

Muitos agentes são capazes de deprimir a função do sistema nervoso central e produzir calma e sonolência (sedação). Um fármaco sedativo diminui a atividade, modera a excitação e acalma, ao passo que um fármaco hipnótico produz sonolência e facilita o início e a manutenção do sono (Charney et al., 2007; Mihic; Harris, 2012).

Dentre os medicamentos mais utilizados para os transtornos mentais, destacam-se os benzodiazepínicos (BZDs), que atuam sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), provocando sedação, hipnose, redução da ansiedade, relaxamento muscular, amnésia anterógrada e atividade anticonvulsivante (Charney et al., 2007; Mihic; Harris, 2012). Os fármacos mais antigos produzem efeitos que vão desde a sedação branda até o coma e a morte (Meyer, 2012). Os BZDs possuem diversas indicações terapêuticas, e seus efeitos são dependentes da dose, a qual, à medida que é aumentada, a sedação progride para a hipnose e daí para o estupor (Mihic; Harris, 2012).

Embora tenham sido feitas tentativas consideráveis de separar as ações ansiolíticas dos BZDs de seus efeitos sedativo-hipnóticos, é problemático distinguir entre esses comportamentos (Mihic; Harris, 2012). A maior parte dos BZDs pode ser usada de forma intercambiável. Por exemplo, o diazepam pode ser usado para a abstinência alcoólica, e a maior parte dos BZDs age como

hipnóticos. Os BZDs são indicados como anticonvulsivantes no tratamento das epilepsias, como hipnóticos e ansiolíticos (Mihic; Harris, 2012). Aproximadamente 35% dos pacientes tratados com BZDs retornam a níveis normais de ansiedade (Ballenger, 1999¹ citado por Andreatini et al., 2001). No entanto, o uso indevido dos BZDs causa comprometimento mental e motor, toxicidade, reações alérgicas hepatotóxicas e hematológicas graves, efeitos paradoxais (reações de descontrole, paranoia, depressão e ideação suicida), além do risco de desenvolver dependência pelo uso abusivo (Mihic; Harris, 2012).

1.1.4 Problemas relacionados ao uso de psicofármacos

O aumento nos diagnósticos de transtornos psiquiátricos tem levado à maior utilização de psicofármacos por longo período. Como consequência, são frequentes os casos de problemas relacionados ao uso de psicofármacos, como reações adversas, interações medicamentosas, a não adesão ao tratamento proposto, além da falta de acesso aos medicamentos prescritos. Ainda, há evidências de que a morbidade e a mortalidade estão associadas ao uso, por vezes indevido (World Health Organization, 2002). Outra questão a ser considerada é o uso de psicofármacos por indivíduos com saúde mental preservada.

¹ Ballenger JC. Current treatments of the anxiety disorder in adults. *Biol Psychiatry* 1999;46:1579-94 apud Andreatini R, Boernegen-Lacerda R, Zorzetto Filho D. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001, p.234.

1.1.4.1 Acesso aos serviços de saúde e aos psicofármacos

Além dos problemas relacionados ao uso de psicofármacos já explorados, o acesso à assistência médica e aos medicamentos associam-se de forma clara e consistente com transtornos psiquiátricos. Lima e colaboradores (2008), estudando a influência das condições socioeconômicas nos transtornos mentais e no uso de psicofármacos, observaram que a menor renda esteve associada à presença de transtorno mental comum, mas não ao uso de psicofármacos. A associação entre transtornos psiquiátricos comuns e uso de psicofármacos e maior renda reforça a hipótese da existência de iniquidades no acesso à assistência médica na população.

O sistema de saúde pública frequentemente não é capaz de promover a atenção à saúde mental adequada, de forma que somente uma minoria das pessoas com transtornos psiquiátricos tem acesso a atendimento médico especializado e aos medicamentos (World Health Organization, 2005).

Os gastos com medicamentos adquiridos pelo sistema público ou pelo usuário do medicamento representam uma parcela considerável de gastos em saúde no Brasil (Machline, 2008). Houve aumento nos recursos financeiros por meio do Ministério da Saúde na ordem de 65,3% para a aquisição de medicamentos no SUS, entre os anos de 2005 (R\$3,4 bilhões de reais) a 2009 (R\$5,7 bilhões de reais) (Vieira; Zucchi, 2013). Se considerarmos os estados, São Paulo apresentou percentual significativo de gastos com medicamentos entre 2002 e 2004, variando de 7,95% a 10,46% (Vieira, 2009). Entretanto, a prevalência de acesso aos medicamentos através do Sistema Único de Saúde (SUS) foi 45,3%. Entre os sujeitos que não receberam os medicamentos

através do SUS, 78,1% adquiriram os medicamentos através do setor privado. Na maioria dos casos (51,5%), o principal motivo para a não aquisição dos medicamentos foi por falta de recurso financeiro (Boing et al., 2013).

Se, por um lado, o sistema de saúde tem empregado maiores recursos na aquisição de medicamentos, Fröhlich e Mengue (2013) observaram a redução na aquisição de psicofármacos por famílias brasileiras, embora a despesa mensal domiciliar sobre psicofármacos tenha aumentado. O aumento nos gastos com psicofármacos pode estar relacionado ao aumento nos seus preços, à aquisição de medicamentos mais modernos ou mais caros, ao aumento no número de medicamentos usados (Fröhlich; Mengue, 2013), às novas indicações terapêuticas de fármacos já existentes e ao aumento dos diagnósticos dos transtornos psiquiátricos na população (Rodrigues et al., 2006). Para estimar o impacto causado pelos transtornos mentais em uma população, é necessário conhecer os custos que envolvem os transtornos mentais (Thomas; Morris, 2003; Friemel et al., 2005).

Outra questão que deve ser levada em conta é a prescrição de psicofármacos por pacientes sem sintomas suficientes para um diagnóstico de transtorno psiquiátrico. Ferrazza et al. (2010) observaram que, quando os indivíduos procuram por serviço de saúde, o encaminhamento à psiquiatria sempre implica a prescrição de psicofármacos, independentemente do motivo do encaminhamento. Dos indivíduos encaminhados à psiquiatria sem medicação prévia, uma grande parte recebeu prescrição de psicofármaco. Kovačević e colaboradores (2014) observaram que, entre prescrições inadequadas, estava o uso prolongado de benzodiazepínicos.

1.1.4.2 Não adesão ao tratamento farmacológico

Outro problema relacionado ao uso de psicofármacos é a não adesão ao tratamento farmacológico proposto. Entre os fatores que contribuem para a não adesão, destacam-se alto custo do medicamento, maior número de medicamentos prescritos, ocorrência de reações adversas (Leite; Vasconcellos, 2003; Holma et al., 2010), estigma social, falta de acompanhamento farmacoterapêutico na atenção à saúde (Sharif et al., 2003), falta de motivação, esquecimento, atitudes negativas relacionadas à farmacoterapia e problemas relacionados ao uso de álcool (Holma et al., 2010).

Mojtabai e Olfson (2003) verificaram que mais de dois milhões de idosos beneficiários do sistema de saúde americano não aderiram ao tratamento farmacológico devido ao custo do medicamento. A baixa adesão ao tratamento farmacológico entre portadores de doenças crônicas, incluindo transtornos psiquiátricos, foi mais comum entre os beneficiários com nenhuma cobertura ou com cobertura parcial do custo dos medicamentos e esteve associada a problemas de saúde e a maiores taxas de internação. O risco para baixa adesão relacionado ao custo foi acentuado entre os beneficiários de baixa renda, sem recursos para gastos com medicamentos.

O maior número de medicamentos prescritos favorece interações medicamentosas e aumenta a chance de ocorrer reações adversas. Sobre as reações adversas, Rozenfeld (2007) constatou que pouco mais da metade dos 3.421 casos de reações adversas identificadas nas internações realizadas pelo Sistema Único de Saúde, no Rio de Janeiro, ocorreu no setor de psiquiatria.

Por outro lado, o uso combinado de medicamentos para o tratamento das comorbidades pode ocasionar interações medicamentosas de diferentes gravidades (Marcolin et al., 2004; Sisca et al., 2009; Sucar, 2000).

Segundo Miyasaka e Atallah (2003), 21,3% dos pacientes que usaram antidepressivos em um hospital público em São Paulo apresentaram risco de desenvolver interações medicamentosas. Esses autores identificaram vinte diferentes tipos de possíveis interações. Marcolin et al. (2004) relataram que um terço dos vinte medicamentos mais prescritos em ambulatórios de um hospital universitário eram psicofármacos, os quais apresentam interações medicamentosas com medicações prescritas para tratamento de doenças crônicas. Na atividade clínica, a prescrição de vários medicamentos simultaneamente é uma realidade que requer atenção constante, com o intuito de diminuir ao máximo o número de substâncias utilizadas (Miyasaka; Atallah, 2003; Marcolin et al., 2004).

Cooper et al. (2007), utilizando dados do estudo *British Survey of National Psychiatric Morbidity*, descobriram que 34,2% dos entrevistados reportaram adesão incompleta ao uso de psicofármacos entre sujeitos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos. As razões para a não adesão incluíram esquecimento, perda ou acabou a medicação (37,4%), crença de que a medicação era desnecessária (24,6%), não queriam usar (18,9%), surgimento de reações adversas (14,2%) e outras razões (7%), incluindo preocupações com a associação dos psicofármacos com álcool (4,0%).

As reações adversas foram relatadas com maior frequência por pessoas com menor quociente de inteligência ou com diagnóstico de psicoses. Houve menor adesão entre os mais jovens, entre aqueles com diagnóstico de

transtorno obsessivo-compulsivo e dependência de álcool. Por outro lado, também houve relato de uso de psicofármacos acima do que havia sido prescrito (9,4%), com intuito de obter melhor controle dos sintomas (81,3%), *overdose* deliberada (7,0%), sensação de estar deprimido ou estressado (8,2%) e compensar uma dose perdida (3,5%). O uso de psicofármacos acima do prescrito mostrou-se associado com o diagnóstico de depressão (Cooper et al., 2007).

Bulloch e Patten (2010) consideraram alto o nível de não adesão para o uso de psicofármacos para o tratamento da insônia, da ansiedade, do nervosismo ou dos comportamentos psicóticos entre os participantes do estudo *Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-Being*. O nível de não adesão foi maior para o uso de estabilizadores de humor (cerca de 45%), antidepressivos (cerca de 45%) e ansiolíticos (38,1%), e pouco menor para antipsicóticos (aproximadamente 35%) e hipnóticos e sedativos (aproximadamente 35%). O nível de não adesão diminuiu com a idade para o uso de antidepressivos e ansiolíticos. O esquecimento foi o principal motivo reportado para não adesão, mas variou de 36,3% a 74,5% de acordo com a classe farmacológica utilizada. A maioria das estimativas não foi influenciada por fatores socioeconômicos ou comorbidade física.

O ônus social mais amplo da não adesão ao medicamento inclui custo para o paciente (tais como perda de saúde e a subsequente perda de renda) o prestador de cuidados de saúde (custos de tratamento relacionados a morbididade), e para a sociedade (como as perdas de produtividade) (Horne et al., 2005).

Mahmood et al. (2010), estudando a adesão em pacientes com transtornos psiquiátricos em um serviço de saúde mental, observaram que as recaídas ocorreram devido à baixa adesão e à não adesão (24% cada) ao uso de psicofármacos em geral.

Já um estudo realizado em um serviço de saúde mental na cidade de São Paulo verificou que o risco de ocorrência de recaídas e de reinternações estiveram presentes em 60% dos casos em que pacientes fizeram uso irregular de antipsicóticos. A desmotivação ocasionada pelo uso prolongado pode ter contribuindo para o uso irregular (Cardoso; Galera, 2009).

Darling et al. (2008), estudando o uso de estabilizadores de humor entre pacientes bipolares, verificaram que indivíduos que não aderem ao tratamento farmacológico apresentaram mais problemas de saúde, como sentir-se para baixo, ter dificuldade em adormecer e em manter o sono, sentir-se inquieto, apresentar falta de ar e nervosismo. Por outro lado, os sujeitos que aderiram ao medicamento eram significativamente mais propensos a relatar menos estresse emocional, como solidão, nervosismo e maior contentamento com a vida.

Um estudo finlandês de seguimento de pacientes com transtorno depressivo maior em uso de antidepressivos verificou que indivíduos com baixa adesão à medicação tiveram significativamente menos episódios maníacos depressivos anteriores, uma rede social menor e atitudes mais negativas em relação à medicação (Holma et al., 2010). De las Cuevas et al. (2014) demonstraram que pacientes que aderiram ao uso de antidepressivos apresentaram depressão menos severa do que pacientes que não aderiram ao uso de antidepressivos.

1.1.5 Estudos de utilização de medicamentos

A farmacoepidemiologia consiste no estudo do uso de medicamentos como determinante de saúde ou de doença em uma população, e apresenta diversas propostas de definição (Tognoni; Laporte, 1989; Strom, 1994). Para Porta et al. (1998), é a aplicação de raciocínio, de conhecimento e de métodos epidemiológicos ao estudo do uso dos medicamentos e de seus efeitos, quer sejam eles benéficos ou adversos, em populações humanas.

A Farmacoepidemiologia contribui para a elucidação da sistemática de ação de sistemas de saúde. É um campo de pesquisa atual e relevante em quase todos os países do mundo em decorrência da crescente demanda por novos fármacos, concebidos muitas vezes com intensa pressão comercial. Um dos campos de ação da Farmacoepidemiologia é o estudo de utilização de medicamentos (EUMs) (Romano-Lieber, 2008) e entre esses, o uso de psicofármacos.

Estudos de utilização de psicofármacos são necessários para investigar as características relacionadas à população que utiliza esses medicamentos, objetivando identificar divergências entre ensaios clínicos e utilização em condições naturais (por exemplo: risco aumentado de reações adversas ou menor eficácia), identificar extensões de indicações infundadas ou perigosas devidas à propaganda das companhias farmacêuticas (Verdoux; Bégaud, 2004), estimar a frequência dos transtornos mentais (Strom, 2005; Gama, 2008) e apoiar a elaboração de políticas governamentais na área de saúde e na efetivação de programas educacionais e informativos para promover o uso racional dos medicamentos (Castro, 2000).

O uso racional de medicamentos, por definição, consiste na prescrição do medicamento apropriado às condições clínicas do paciente, em doses que satisfaçam sua necessidade individual, por um período adequado, a um menor custo possível para si e para a comunidade (World Health Organization, 1985² citado por World Health Organization, 2009). Em relação a essa definição, uso irracional de medicamentos pode referir-se à falta de acesso aos medicamentos essenciais ou ao uso inapropriado dos medicamentos que estão acessíveis ou disponíveis (World Health Organization, 2009).

A abordagem farmacoepidemiológica tem sido proveitosamente aplicada na investigação de prescrições de psicofármacos para a população. Entretanto esse campo de pesquisa necessita ser mais desenvolvido devido às inúmeras questões médicas, éticas e econômicas envolvidas no uso dos psicofármacos (Verdoux; Bégaud, 2004).

1.1.5.1 Estudos internacionais de utilização de psicofármacos

Pesquisadores de diversos países conduziram estudos de utilização de psicofármacos para mensurar a prevalência, a gravidade, a sobrecarga, a utilização de serviços e os medicamentos em transtornos mentais (World Health Organization, 2001).

Na série de levantamentos populacionais realizados a partir do ano 2000, como parte do consórcio *World Mental Health Surveys (WMHS) Initiative*

² World Health Organization. *The rational use of drugs*. Geneva: WHO; 1985 citado por World Health Organization. *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care*. Geneve: WHO; 2009. p.vii.

(<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>), em vários países do mundo, a farmacoepidemiologia foi um dos aspectos pesquisados. Na Bélgica, a prevalência de uso de psicofármacos na população geral no anterior à entrevista foi 19%. O uso foi maior entre sujeitos com diagnóstico de transtorno mental no ano anterior à entrevista (41%), sendo os ansiolíticos os psicofármacos mais usados. O uso de psicofármacos foi maior entre as mulheres e entre indivíduos com 65 anos ou mais (Bruffaertes et al., 2005).

Resultados semelhantes foram encontrados na França. Segundo Gasquet e colaboradores (2005), 21% da amostra da população geral usou psicofármacos no ano anterior à entrevista. O uso de hipnóticos ou ansiolíticos foi aproximadamente três vezes maior do que o uso de antidepressivos, sendo maior a utilização entre sujeitos com transtornos psiquiátricos (49%), em mulheres e com aumento da idade.

A prevalência de uso de psicofármacos na população geral na Espanha foi 16% no ano anterior à entrevista, os benzodiazepínicos foram os mais consumidos, seguidos pelos antidepressivos. Observou-se maior uso entre as mulheres e com o aumentar da idade, na presença de transtornos psiquiátricos (41%) e de comorbidades (Codony et al., 2007).

Alonso et al. (2004b) agruparam estudos anteriores realizados em seis países da Europa (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Espanha e Holanda). No *pool* amostral desses países europeus, a prevalência de uso de psicofármacos na população geral no ano anterior à entrevista foi 12,3%, aumentando para 32,6% entre sujeitos com algum diagnóstico de transtorno psiquiátrico, sendo o maior uso realizado por sujeitos com transtornos de humor e de ansiedade.

Houve diferença na prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista quando se fez a comparação entre esses países da Europa. Na população geral, a Alemanha apresentou a menor prevalência de uso (5,9%) e a França teve o maior uso (19,2%). As diferenças verificadas no uso de psicofármacos podem estar relacionadas com a prevalência dos transtornos mentais, o acesso e o padrão de utilização de serviços de saúde e de saúde mental, além das políticas administrativas e legais referentes à prescrição e ao uso de psicofármacos. De maneira geral, a utilização de medicamentos foi maior entre as mulheres e aumentou com a idade (Alonso et al., 2004b).

Em Israel, as prevalências estimadas do uso de psicofarmacos na população geral e para indivíduos com transtorno mental nos 12 meses anteriores à entrevista foram de 6,9% e 19,6%, respectivamente. Entre os indivíduos com diagnóstico de depressão maior, pouco menos de 15% receberam antidepressivos. Mulheres e aumento da idade mostraram-se fatores associados ao uso de psicofármacos (Grinshgpoon et al., 2007).

No Canadá, a prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista, por pelo menos dois dias, na população geral foi 7,2%. Entre indivíduos com transtornos mentais ao longo da vida, a prevalência foi maior, de 19,3%. Naqueles com transtorno de humor nos últimos 12 meses, aproximadamente um terço recebeu psicofármacos. Os autores destacaram a dificuldade em comparar os resultados obtidos com outros estudos realizados, devido a diferenças metodológicas (Beck et al., 2005).

Nos Estados Unidos, o uso de psicofármacos na população geral e entre sujeitos com transtornos mentais tem sido bastante estudado. Katz et al. (1998) demonstraram que, na década de 1990, nos Estados Unidos, um terço dos

sujeitos com depressão recebeu antidepressivos. Aproximadamente 7% dos tratamentos medicamentosos estavam adequados, e a procura por especialistas de saúde mental esteve associada ao manejo adequado da depressão quando comparados aos que procuraram médico geral, de acordo com o estudo *National Comorbidity Survey* (NCS).

Em uma pesquisa mais recente, Mojtabai (2008) comparou o estudo NCS com o *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R) no início de 2000, também realizado nos Estados Unidos, com metodologia semelhante. Verificou-se que o uso de antidepressivos aumentou mais de quatro vezes entre os dois períodos avaliados, com tendência semelhante em todos os grupos sociodemográficos, sendo que o uso de antidepressivos continuou sendo menor entre os mais jovens e os homens, em relação aos adultos de meia idade e às mulheres. Destacou-se a preocupação com o aumento do uso de antidepressivos no grupo de indivíduos com psicopatologias menos graves do que naqueles com psicopatologias mais graves. Paulose-Ram et al. (2007), nos Estados Unidos, demonstraram o aumento significativo no uso de psicofármacos no mês anterior à entrevista, quando compararam estudos de prevalência anteriores na população geral (6,1% entre os anos 1988-1994 e 11,1% entre 1999-2002, ajustado para idade). No entanto, nesse estudo, dados de uso em sujeitos com transtornos mentais não foram apresentados.

Outros estudos americanos descreveram o uso de psicofármacos entre sujeitos com categorias específicas de transtornos. Wu et al. (2013) demonstram aumento no uso de psicofármacos entre sujeitos com transtornos de ansiedade de 57,9% no ano 2004, para 63,8% no ano 2009. Dados de outro estudo revelaram que somente 5% dos sujeitos com depressão e ansiedade

receberam tratamento psicofarmacológico (Gwynn et al., 2008). Já entre indivíduos com transtornos bipolares, uma proporção muito superior (63%) recebeu prescrição de um psicofármaco (Baldessarini et al., 2007).

No Chile, em Santiago, entre os anos de 1996 e 1998, Rojas et al. (2005) estimaram que a prevalência de uso de psicofármacos foi 6,4%, sendo que aproximadamente 4% dos sujeitos usaram benzodiazepínicos, 3% usaram antidepressivos, 0,5% usaram antipsicóticos e 0,23% usaram hipnóticos não pertencentes aos benzodiazepínicos. O uso de psicofármacos foi significativamente maior entre mulheres, sujeitos com 50 anos ou mais idade, e sujeitos com transtornos mentais. Não identificamos o período de avaliação do uso de psicofármacos.

É importante destacar que, na maioria dos estudos internacionais realizados, os autores concluíram que os indivíduos com diagnóstico de transtorno mental não estão recebendo tratamento psicofarmacológico para seus transtornos ou estão recebendo tratamento inadequado (Grinshpoon et al., 2007; John et al., 2008).

Os principais estudos internacionais de base populacional de uso de psicofármacos encontrados estão expostos no Quadro 1, o qual apresenta bibliografia, local onde foi realizado o estudo, nomes dos estudos, tamanho amostral, instrumento diagnóstico utilizado e período avaliado do uso de psicofármacos.

Quadro 1 – Estudos internacionais de base populacional de utilização de psicofármacos

Referência	Local/ano do estudo	Estudo	Amostra	Idade (anos)	Instrumento	Período avaliado do uso	Prevalência de uso de psicofármacos		
							população geral	sujeitos diagnóstico	com
Alonso et al., 2004b	Europa (França, Bélgica, Itália, Alemanha, Holanda e Espanha) (2001-2003)	ESEMeD ^a	21.425	≥18	WMH/CIDI ^b	12 meses	12,3%	32,6%	qualquer transtorno
Bruffaertes et al., 2005	Bélgica (2001-2002)	ESEMeD ^a	2419	≥18	WMH/CIDI ^b	12 meses	19%	41%	qualquer transtorno
Codony et al., 2007	Espanha (2001-2002)	ESEMeD ^a Espanha	5473	≥18	WMH/CIDI ^b	12 meses	16%	41%	qualquer transtorno
Gasquet et al., 2005	França (2001-2003)	ESEMeD ^a	2894	≥18	WMH/CIDI ^b	12 meses	21%	49%	qualquer transtorno
Grinshpoon et al., 2007	Israel (2003-2004)	INHS ^c	4859	≥21	WMH/CIDI ^b	12 meses	6,9%	19,6%	qualquer transtorno
Beck et al., 2005	Canadá (2002)	CCHS ^d	36.984	≥15	WMH/CIDI ^b Versão canadense	2 dias	7,2%	19,3%	qualquer transtorno
Katz et al., 1998	EUA/Canadá (1990)	NCS/OHS ^e Supplement	574/250	21-54	CIDI ^f	12 meses	-	30%	transtorno depressivo
Mojtabai et al., (2008)	EUA (1990/1992 e 2001/2003)	NCS/NCS-R ^g	8089/9282	15-54/ ≥18	ICD,9 ^a CMC ^h	12 meses	6,1%/11,1%	-	-
Wu et al., 2013	EUA (2004-2009)	MEPS ⁱ	18.9 milhões /21.4 milhões		CCC ^j	6 anos	-	57,9%/63,8%	transtorno de ansiedade
Rojas et al., 2005	Chile (1996-1998)		3870	16-64	CIS-R ^k	-	6,4%	-	-

^aEuropean Study of the Epidemiology of Mental Disorders

^bWorld Mental Health para o Composite International Diagnostic Interview

^cIsrael National Health Survey:

^dCanadian Community Health Survey

^eNational Comorbidity Survey/ Supplement: Ontario Health Supplement

^fComposite International Diagnostic Interview

^gNational Comorbidity Survey/National Comorbidity Survey-Repliation

^hInternational Classification of Diseases Ninth Revision, Clinical Modification codes

ⁱMedical Expenditure Panel Survey

^jClinical Classification Codes

^kCIS-R Revised Clinical Interview Schedule

1.1.5.2 Estudos brasileiros de utilização de psicofármacos

Os países desenvolvidos são responsáveis pelo maior número de investigações envolvendo o uso de medicamentos. O maior produtor de conhecimentos nessa área, até o ano de 2011, era os Estados Unidos. Embora o Brasil tenha se destacado nas publicações em relação aos países da América do Sul, representou aproximadamente 10% das publicações dos Estados Unidos (Baldoni et al., 2011).

Investigações de base populacional são pouco frequentes no Brasil, especialmente as dedicadas à saúde mental. Menos frequente ainda são os estudos que investigam o uso de psicofármacos utilizados na população geral e entre indivíduos com transtornos psiquiátricos. O restrito número de estudos existentes, em sua maioria com problemas metodológicos, dificulta a obtenção de um panorama sobre a realidade brasileira em relação à prevalência de transtornos mentais e do acesso a tratamento. Contudo alguns estudos epidemiológicos investigando a saúde mental têm sido realizados nas últimas décadas e serão comentados a seguir.

O estudo pioneiro foi o de Tancredi (1979) na cidade de São Paulo. Nesse inquérito domiciliar entre indivíduos com 16 anos ou mais, o autor constatou que o uso de psicofármacos foi de aproximadamente 12%, sendo a maioria benzodiazepínicos (8,8%). A limitação mais importante desse estudo foi a ausência de medida de psicopatologia. Outro estudo clássico realizado na cidade de São Paulo (Bairros Aclimação, Vila Guilherme e Brasilândia) é o de Mari et al. (1993). Estudando o uso de psicofármacos em uma amostra de 1.792 sujeitos da comunidade, verificaram que em torno de 10% usaram

psicofármacos, sendo os tranquilizantes os mais prescritos, a maioria receitados por clínicos gerais e por cardiologistas. O uso maior foi em mulheres, com possível diagnóstico de transtorno mental medido por um instrumento de rastreamento. O consumo de tranquilizantes era maior em sujeitos de maior renda e com o aumento da idade.

Ainda no estado de São Paulo, Lima et al. (2008) conduziram um estudo na cidade de Botucatu, em sujeitos com 15 anos ou mais. O uso de psicofármacos foi 13,3% na população geral nos 3 dias anteriores à entrevista e 27,1% entre os sujeitos com transtornos psiquiátricos. Na amostra total, 13,4% procuraram serviços de saúde na quinzena anterior à entrevista, sendo a maior procura feita por mulheres e por sujeitos com transtornos mentais comuns. Os antidepressivos (5,0%) e os benzodiazepínicos (3,1%) foram os medicamentos mais referidos pelos sujeitos.

Carvalho et al. (2003), em um estudo realizado em algumas regiões do Brasil, avaliaram o uso de qualquer medicamento nos 15 dias anteriores à entrevista na população geral e verificaram que entre as classes utilizadas, as drogas psicoativas representaram 5%.

No ano de 2003, Rodrigues et al. (2006) investigaram o uso de psicofármacos nas duas semanas anteriores à entrevista, em indivíduos de 15 anos ou mais, residentes na área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, para posterior comparação com estudo semelhante realizado na mesma região realizado no ano de 1994. A prevalência de uso de psicofármacos foi 9,9%, maior entre as mulheres com aumento da idade, em hipertensos e em usuários dos serviços de saúde. A maioria dos usuários usava psicofármacos há mais de 3 meses e por indicação médica, mas somente 20% das prescrições foram

realizadas por psiquiatras. Os indivíduos que consultaram médico nos últimos três meses apresentaram consumo significativo maior de psicofármacos do que aqueles que não o fizeram em ambos os anos. No entanto, no estudo de 2003, observou-se redução significativa do consumo de psicofármacos entre os que realizaram consulta médica em comparação a 1994. Houve um aumento significativo no uso de antidepressivos, redução no uso de antipsicóticos, mas a prevalência de uso de benzodiazepínicos permaneceu a mesma na comparação entre os anos de 1994 e 2003. Para esses autores, embora a prevalência do uso de psicofármacos em geral permanecesse alta, o consumo de psicofármacos não aumentou, comparada à prevalência encontrada no ano de 1994 (11,8%). Nesse estudo, destacou-se a importância da prescrição adequada e do acompanhamento médico, dada à associação encontrada entre as consultas e o consumo de psicofármacos.

Em estudo mais recente, Quintana e colaboradores (2013) investigaram a prevalência de uso de psicofármacos no mês e no ano anterior à entrevista, na cidade do Rio de Janeiro, onde foram entrevistados 1208 sujeitos, com 15 anos ou mais. A prevalência de uso de psicofármacos encontrada no ano anterior à entrevista foi 11,2%. A prevalência de uso de psicofármacos no mês anterior à entrevista foi 6,55%, maior entre as mulheres, entre sujeitos mais velhos, com maior renda, com transtornos psiquiátricos e com história familiar de transtornos mentais. Entre indivíduos com transtornos psiquiátricos nos 12 meses anteriores à entrevista, a prevalência de uso de psicofármacos nos últimos 30 dias foi 16%. Aproximadamente 80% dos sujeitos com algum transtorno mental não utilizaram psicofármacos e cerca de 90% dos psicofármacos utilizados foram pagos pelos próprios pacientes. Os

antidepressivos foram os mais relatados pelos participantes do estudo. O maior número de prescrições foi realizado por médico geral (46,3%) do que por psiquiatra (29,3%).

Os principais estudos nacionais de base populacional de uso de psicofármacos encontrados estão aexpostos no Quadro 2, o qual apresenta referência, local onde foi realizado o estudo, tamanho amostral, instrumento diagnóstico utilizado e período avaliado do uso de psicofármacos.

Quadro 2 – Estudos de base populacional de utilização de psicofármacos realizados no Brasil

Referências	Local/ano	Amostra	Idade (anos)	Instrumento diagnóstico	Período avaliado	Prevalência de uso de psicofármacos		
						população geral	sujeitos diagnóstico	com
Tancredi, 1979	São Paulo	3690	≥16	-	-	12%	-	
Mari et al., 1993	São Paulo (Aclimação, Brasilândia e Vila Guilherme)	1742	≥14	QMPA ^a	12 meses	10%	-	
Lima et al., 2008	Botucatu/SP (2001 e 2002)	1023	≥15	SQR-20 ^b	3 dias	13,3%	27,1% qualquer transtorno	
Rodrigues et al., 2006	Pelotas/RS (1994 e 2003)	1277/3542	≥15	Questionário estruturado	15 dias	11,8%/9,9%		
Quintana et al., 2013	Rio de Janeiro (2007-2008)	1208	≥15	CIDI 2.1/DSM-IV ^c	30 dias/12 meses	6,55%/11,2%	16% uso qualquer transtorno últimos 30 dias	

^aAdult Psychiatry Morbidity Questionnaire

^bSelf Reporting Questionnaire

^cComposite International Diagnostic Interview/Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

1.3.7 Importância dos estudos de utilização de medicamentos

O padrão de utilização de medicamentos tem como pano de fundo a condição socioeconômica e cultural de uma sociedade. Consumir mais medicamento não significa necessariamente melhores condições de saúde ou qualidade de vida. O medicamento deve ser visto como um bem social, um

insumo básico na promoção da saúde da população e não como um bem econômico, um instrumento de lucro da indústria farmacêutica (Cunha et al., 2002).

Conhecer o padrão de utilização de medicamentos pode ser importante para a adoção de estratégias para melhorar o acesso aos medicamentos e aos serviços de saúde, para auxiliar na prevenção de prescrições com alto potencial para provocar reações adversas ou interações medicamentosas, para reduzir os custos totais da terapia, para prever custos totais de tratamentos, para formar consciência crítica entre os profissionais que prescrevem os medicamentos, entre os que os dispensam (Santos; Nitrinib, 2004) e entre aqueles que os utilizam, para adequar políticas de assistência farmacêutica, além de contribuir na produção e na difusão de conhecimento sobre medicamentos. Essas medidas podem ser adotadas para melhorar a utilização dos medicamentos pela população, melhorando a qualidade de vida e diminuindo ou evitando gastos no sistema de saúde (Gama, 2008; Mota 2003; Romano-Lieber, 2008).

A existência desses poucos estudos sobre o uso de medicamentos para o tratamento dos transtornos mentais no Brasil mostra a necessidade de se estimar a prevalência de uso na comunidade com metodologia utilizada em estudos internacionais, para podermos obter dados comparativos. A mesma metodologia englobaria o mesmo instrumento para coleta das informações, uma amostra representativa e com sujeitos com a faixa etária similar, o mesmo desenho de estudo e no mesmo período avaliado.

Em vista desse contexto, esta tese destina-se a estudar a prevalência da utilização de psicofármacos na região metropolitana de São Paulo, Brasil, e a

avaliar a sua relação com o diagnóstico dos transtornos mentais e com as características sociodemográficas. A região metropolitana de São Paulo é a maior mancha urbana do país, onde se concentra mais de 10% da população brasileira. Nessa região, foi realizado o Estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais São Paulo Megacity (*São Paulo Megacity Mental Health Survey – SPMHS*), executado pelo Núcleo de Epidemiologia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O São Paulo Megacity integra um estudo de âmbito mundial, coordenado por iniciativa da *World Mental Health* (WHO), o *World Mental Health Survey*, que tem como objetivo estimar a prevalência de transtornos psiquiátricos na população geral, avaliar o grau de incapacidade associada aos transtornos, estudar sua história natural e determinar possíveis fatores correlacionados. O banco de dados do SPMHS foi utilizado para o desenvolvimento desta pesquisa.

Neste estudo, denominaremos psicofármacos os medicamentos com finalidade medicamentosa, inseridos no Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial da Portaria 344/98 da Agência de Vigilância Sanitária. Como medicamentos consideraremos o produto farmacêutico tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico (Brasil, 1998).

O termo psicofármaco é um dos sinônimos do termo psicotrópico dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), criado pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). O descritor “Psicotrópicos” possui os seguintes sinônimos:

Agentes Psicoativos, Psicoativos e Psicofármacos (<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/> disponibilizado em 01 de dezembro de 2014).

Psicotrópico é entendido como substância que pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, reproduzidas nos anexos do Regulamento Técnico da Portaria 344/98 e suas atualizações (Brasil, 1998).

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Determinar a prevalência, o padrão, e os fatores associados ao uso de psicofármacos em amostra da população geral, com 18 anos ou mais, residente na região metropolitana de São Paulo, Brasil, referidos como medicamentos receitados por profissional médico para tratamento de transtornos mentais.

2.2 Objetivos específicos

a) Estimar a prevalência e descrever o padrão do uso de psicofármacos para tratamento de transtornos psiquiátricos, nos 12 meses anteriores à entrevista, em uma amostra da população geral com 18 anos ou mais, residente na região metropolitana de São Paulo, Brasil;

b) Estimar a prevalência e descrever o padrão de uso de psicofármacos entre os sujeitos da amostra que preencheram critérios diagnósticos de acordo com DSM-IV para as categorias de transtorno de ansiedade, transtorno de humor, transtornos por uso de substâncias e

transtornos de controle dos impulsos e para cada transtorno mental específico (quando o número (n) for suficiente para as análises estatísticas)), presentes nos 12 meses anteriores à entrevista.

c) Estudar os correlatos sociodemográficos para o uso de psicofármacos em uma amostra da população geral com 18 anos ou mais, residente na região metropolitana de São Paulo, Brasil;

d) Estudar a influência do gênero no uso de psicofármacos entre os sujeitos da amostra que preencheram critérios diagnósticos de acordo com DSM-IV para as categorias de transtorno de ansiedade, transtorno de humor, transtornos por uso de substâncias e transtornos de controle dos impulsos.

3 HIPÓTESES DO ESTUDO

3 HIPÓTESES DO ESTUDO

Este estudo terá o intento de testar as seguintes hipóteses:

- 1) A prevalência do uso de psicofármacos por respondentes nos 12 meses anteriores à entrevista é baixa;
- 2) Independentemente do tipo de transtorno mental, o uso de medicamentos é maior entre mulheres, entre os mais velhos e os de maior renda familiar;
- 3) Existem pessoas com diagnóstico de transtornos mentais no ano anterior à entrevista que necessitam de tratamento farmacológico, mas não o estão recebendo.

4 JUSTIFICATIVA

4 JUSTIFICATIVA

Os transtornos psiquiátricos incapacitam, geram ônus para o indivíduo, para a família, para a sociedade e para o sistema de saúde. O uso de psicofármacos aliado ao acompanhamento multiprofissional promove melhora do quadro geral dos pacientes com transtornos mentais. Entretanto os problemas relacionados ao uso de psicofármacos são muitos, a saber: a falta de acesso, o uso inadequado ou abusivo, o surgimento de reações adversas ou interações medicamentosas, e o desperdício de recursos de maneira geral. Estudos de utilização de psicofármacos têm sido conduzidos em contexto hospitalar, em farmácias e em unidades básicas de saúde, com amostra populacional pequena e específica e podem não representar as prevalências estimadas.

O presente estudo é um dos primeiros a explorar o uso de psicofármacos em uma amostra da população geral adulta, criteriosamente selecionada, de maneira a superar algumas limitações metodológicas encontradas em estudos já realizados.

O desenvolvimento desse estudo pode contribuir para um maior conhecimento sobre o uso dos medicamentos nos transtornos psiquiátricos, identificando aspectos como prescrição de classes medicamentosas inadequadas para determinados transtornos, sub ou super utilização de determinada classe por subgrupos populacionais. Pretendemos contribuir com

sugestões de melhor prescrição, dispensação e utilização, prevenindo riscos e gastos excessivos aos pacientes e ao sistema de saúde.

5 MÉTODOS

A presente investigação faz parte do projeto “Utilização de psicofármacos pela população geral residente na região metropolitana de São Paulo”, o qual é um dos vários subprojetos da pesquisa “São Paulo Megacity – Pesquisa Sobre Saúde, Bem Estar e Estresse – Transtornos Mentais e do Comportamento na população geral: prevalência, fatores de risco e sobrecarga social e econômica” (Andrade et al., 2012).

O “São Paulo Megacity – Pesquisa Sobre Saúde, Bem Estar e Estresse – Transtornos Mentais e do Comportamento na população geral: prevalência, fatores de risco e sobrecarga social e econômica” foi submetido à Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Processo 792/03) e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), como Projeto Temático 03/00204-3 (Anexo 1). O presente subprojeto de farmacoepidemiologia foi aprovado pela referida comissão sob o nº 0633/2011 (Anexo 2).

5.1 Delineamento do Estudo São Paulo Megacity

O Estudo São Paulo Megacity faz parte de uma iniciativa internacional, coordenada pela Organização Mundial da Saúde, o *World Health Organization (WHO) World Mental Health (WMH) Survey Initiative* (<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh>), que vem sendo realizada em mais de 28 centros de pesquisa no mundo, empregando-se a mesma metodologia (procedimento de amostragem e instrumentos), conforme descrito em outras publicações (Alonso et al., 2004a; Alonso et al., 2004b; Kessler; Ustün, 2009). No Brasil, esse estudo foi desenvolvido pelo Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Trata-se do primeiro levantamento realizado em toda a RMSP, com uma amostra probabilística da população geral adulta domiciliada. A RMSP é formada pela cidade de São Paulo e por 38 municípios vizinhos (Figura 1), compondo uma área territorial de 8.051 km². Com cerca de 20 milhões de habitantes, a RMSP constitui-se um dos maiores aglomerados urbanos do mundo, como as regiões metropolitana de Nova Iorque e da cidade do México (<http://www.stm.sp.gov.br/index.php/metropolitan-regionsao>).

A RMSP se destaca como maior polo de riqueza nacional, exibindo um produto interno bruto de R\$416,5 bilhões, o que representa 57,3% do produto interno bruto paulista e 16,7% do total brasileiro (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). Na RMSP, está centralizada grande parte do capital privado, concentrando a maioria das sedes brasileiras dos principais

complexos financeiros, que controla as atividades econômicas no país. Esse fenômeno atraiu um grande número de migrantes de todas as regiões brasileiras, elevando as desigualdades sociais e econômicas, com consequências negativas na qualidade de vida e na saúde mental dos seus habitantes (Ludermir; Melo-Filho, 2002).

Figura 1 – Representação gráfica do mapa do Brasil, do Estado de São Paulo e da Região Metropolitana de São Paulo

5.1.1 Desenho de estudo e população-alvo

O Estudo São Paulo Megacity é um estudo de corte transversal, do tipo inquérito, no qual foi avaliada uma amostra probabilística de 5.037 indivíduos da população geral, com idade igual ou superior a 18 anos e com residência

permanente na RMSP. Para planejamento da amostra, foram extraídas informações do banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes à contagem da população do ano 2000. A população estimada da RMSP na ocasião da realização do estudo era mais de 17,5 milhões de habitantes, dos quais cerca de 11 milhões eram indivíduos com 18 anos ou mais (Censo demográfico populacional do ano 2000 [<http://www.ibge.gov.br/censo>]).

5.1.2 Objetivos do Estudo São Paulo Megacity

O Estudo São Paulo Megacity teve os seguintes objetivos: identificar as prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses de transtornos psiquiátricos na população geral; avaliar o grau de incapacidade e determinar possíveis fatores a eles associados; estimar o grau de sobrecarga social, econômica e familiar associado aos transtornos, de modo a fornecer subsídios para o estabelecimento de novas estratégias de prevenção e de tratamento, em como direcionar a elaboração de políticas de saúde mais adequadas à realidade da região para o planejamento de serviços de saúde que atendam às demandas da população.

5.1.3 Amostragem do Estudo São Paulo Megacity

A amostra foi selecionada através da aplicação de rigoroso método de multiestratificação. O planejamento previa a seleção de 40% da amostra na cidade de São Paulo e 60% da amostra nos 38 municípios restantes. A cidade

de São Paulo foi dividida em cinco regiões geográficas (Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro), compostas por 96 distritos definidos cartograficamente, e cada um dos 38 municípios ao redor foi autorepresentativo. Todos foram representados na amostra de acordo com a sua participação na composição da população-alvo da RMSP.

Os setores censitários definidos pelo IBGE foram utilizados como menor unidade amostral da qual se tinha informação anterior e foram agrupados dependendo do número de domicílios a ser selecionado em cada município ou distrito. Em cada um desses agrupamentos, foi sorteado um quarteirão, no qual foram sorteados 5 domicílios. Foram, então, enviados rastreadores de campo que fizeram a identificação dos domicílios existentes e habitados nos quarteirões selecionados e produziram uma lista de endereços de todos os domicílios elegíveis. No centro da pesquisa, esses domicílios foram selecionados através de processo sistemático (cada quinta casa sucessivamente até completar e depois mais 3 para possíveis recusas).

Antes de o entrevistador proceder à coleta de dados, o domicílio recebeu uma carta explicativa sobre a pesquisa, enfatizando a importância de participar da mesma (Anexo 3). Uma vez no domicílio selecionado, o entrevistador fez um inventário de todos os moradores, produzindo uma lista daqueles que seriam elegíveis (com 18 anos ou mais, que falassem português e que tivessem condições de saúde para participar da entrevista), sendo então selecionado um único indivíduo por domicílio por meio da tabela de seleção aleatória de *Kish*. Uma vez selecionados, aqueles que não concordassem em participar não poderiam ser substituídos. A descrição detalhada dos métodos e dos procedimentos utilizados foi publicada por Andrade et al. (2012).

5.1.4 Coleta de dados do Estudo São Paulo Megacity

A coleta de dados foi conduzida por uma equipe de entrevistadores profissionais de uma empresa contratada devido ao seu amplo conhecimento na execução de pesquisas na área de saúde e à grande complexidade operacional e metodológica do estudo. Foi realizado um treinamento intensivo durante cinco dias (entre 3 e 7 de dezembro de 2004), com a participação dos funcionários da empresa envolvidos diretamente no trabalho, incluindo 9 supervisores de campo, o gerente geral do projeto e o diretor da empresa. Durante esse período, foram detalhados o método do estudo e o instrumento que seria aplicado.

Os entrevistadores foram pré-selecionados com base na experiência anterior e treinados pelos pesquisadores do estudo Estudo São Paulo Megacity (Laura Helena Silveira Guerra de Andrade e Maria Carmen Viana, que haviam sido certificadas pela *University of Michigan's CIDI training and Reference Center*). Ao todo, 149 pesquisadores não clínicos participaram da coleta de dados, sendo que entre 30 e 40 entrevistadores trabalharam simultaneamente organizados em 5 equipes que eram coordenadas por 5 supervisores de campo, responsáveis pela distribuição e pelo controle de qualidade das entrevistas.

A coleta de dados deu-se entre maio de 2005 e abril de 2007 e o banco de dados foi disponibilizado para análise em setembro de 2009. Ao todo, foram selecionados 5.037 participantes para o estudo (taxa global de resposta: 81,3%). Mil cento e sessenta e dois sujeitos se recusaram a participar do

estudo ou não tiveram condições de finalizar a entrevista (taxa de não resposta: 18,7%).

Os sujeitos entrevistados receberam explicações dos procedimentos do estudo e concederam consentimentos por escrito, conforme normas éticas e regulamentares vigentes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Todo o processo de verificação e de correção de erros foi realizado por meio de interação dinâmica entre a equipe de pesquisa do Brasil e o Centro de Coordenação da Organização Mundial de Saúde-*Harvard-World Mental Health Survey* (OMS-Harvard-WMHS), até que os dados fossem considerados limpos e adicionados ao banco de dados internacional do *World Mental Health Survey* (WMHS) *Initiative*. Todo processo de limpeza de dados e de preparação final ocorreu entre setembro de 2007 e março de 2008.

5.1.5 Instrumento de avaliação “*World Mental Health Survey* para o *Composite International Diagnostic Interview*” (WMH-CIDI)

O instrumento utilizado foi desenvolvido pela WHO para o estudo mundial, a partir do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), em uma versão ampliada e expandida denominada Versão do *World Mental Health* para o *Composite International Diagnostic Interview* (WMH-CIDI) (Kessler; Ustun, 2004), elaborada para ser aplicada por entrevistadores não clínicos e para produzir diagnósticos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10) (World Health Organization, 1993) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – Quarta Edição (American

Psychiatric Association, 1994). Esta versão foi completada com outros instrumentos de avaliação para exploração de fatores de risco para transtornos mentais e foi devidamente traduzida e adaptada para a língua portuguesa vigente no Brasil (Viana et al., 2004).

O WMH-CIDI é composto por dois conjuntos de módulos que se completam e que foram denominados de Parte I e Parte II. Todos os indivíduos selecionados (N=5.037) responderam à primeira parte da entrevista, composta por um módulo de rastreio para transtornos mentais e doenças crônicas e por módulos específicos para cada transtorno nuclear (módulos diagnósticos de depressão, mania, fobia específica, pânico, fobia social, agorafobia, ansiedade generalizada, transtorno explosivo intermitente, risco de suicídio e abuso e/ou dependência de álcool e de outras substâncias psicoativas). Avaliaram-se também outros transtornos mentais, como déficit de atenção e hiperatividade, transtorno desafiador de oposição, transtorno de conduta e ansiedade de separação, além de seções que avaliaram o funcionamento e a incapacitação nos 30 dias e sintomas inespecíficos que ocorreram nos últimos 30 dias. A Parte I do questionário também incluiu seções contendo informações sociodemográficas, sobre infância e sobrecarga familiar.

Aos participantes que, ao longo da aplicação da Parte I da entrevista, apresentassem determinado grau de psicopatologia, a segunda parte (Parte II) era aplicada. Todos os respondentes que preencheram critérios diagnósticos para qualquer um dos transtornos nucleares da primeira parte (N=2.236) e uma amostra aleatória de 25% que não preencheram critérios diagnósticos para nenhum dos transtornos da Parte I (N=706) responderam à entrevista composta pelas Partes I e II (2.942 indivíduos) para que tivéssemos um

número considerável de negativos a fim de se obter uma amostra que possibilitasse o estudo de fatores de risco.

Os módulos diagnósticos da Parte II da entrevista incluíram transtornos mentais menos comuns, como transtornos alimentares, transtorno pré-menstrual, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, assim como jogo patológico, neurastenia, transtorno de conduta, dependência de nicotina, além de seções de rastreamento para experiências psicóticas e personalidade. A Parte II do questionário ainda incluiu módulos não diagnósticos que exploraram questões sobre suporte familiar e social, história de infância e de relacionamento afetivo e com crianças, bem como sobre fatores de riscos, consequências ocupacionais e sociais dos transtornos psiquiátricos, informações sociodemográficas com maiores detalhes (gênero, idade, anos de escolaridade, estado civil, ocupação e nível de renda), uso de serviços psiquiátricos e de psicofármacos (Figura 2).

Figura 2 – Fluxograma da entrevista do “Estudo São Paulo Megacity”

Todos os participantes foram entrevistados utilizando o mesmo instrumento, mas os módulos clínicos que foram aplicados e a duração da entrevista dependiam da psicopatologia apresentada. Pesos foram aplicados para ajustar as diferenças na probabilidade de seleção (W1), de não resposta (W2), de pós-estratificação na amostra final para aproximá-la da população geral de acordo com o censo do ano 2.000, em relação ao gênero e à distribuição de idade (W3), e para ajustar a seleção da Parte II (W4). O conjunto W1, W2 e W3 é o peso consolidado que foi utilizado para analisar os dados da amostra da Parte I (N=5.037), enquanto o produto conjunto de todos os quatro pesos é o peso consolidado que foi utilizado para analisar os dados da amostra da Parte II (N=2.942). Quando os dados analisados incluíam variáveis da Parte I e outras variáveis avaliadas na Parte II, a amostra da Parte II e o peso consolidado da Parte II foram utilizados (Tabela 2). As informações foram traduzidas e apresentadas na Tabela 2 e as informações originais encontram-se na Tabela 2a (Anexo 4).

Tabela 2 – Distribuição das amostras para Parte I e Parte II por gênero e idade, ponderada e não ponderada, de acordo com a população censitária calculada pelo IBGE em 2000

	Amostra Parte I Não ponderada	Amostra Parte I Ponderada	Amostra Parte II Não ponderada	Amostra Parte II Ponderada	População censitária
Faixas etárias	%	%	%	%	%
18 - 29	25.6	33.5	26.5	34.0	33.9
30 - 39	23.7	24.1	23.7	24.1	24.1
40 - 49	21.6	18.9	21.8	18.8	18.8
50 - 59	16.1	11.5	15.9	11.4	11.4
60 - 69	8.2	6.9	7.5	6.8	6.8
70+	4.8	5.1	4.6	4.9	5.0
Gênero					
Masculino	43.4	47.0	42.1	47.2	47.2
Feminino	56.6	53.0	57.9	52.8	52.8

FONTE: Estudo São Paulo Megacity

5.1.6 Tabulação dos dados do Estudo São Paulo Megacity

Na medida em que os questionários eram completamente preenchidos, editados e codificados, realizava-se digitação dupla dos dados em programa de entrada de dados. As duas versões eram sistematicamente comparadas e todas as incoerências entre elas eram verificadas e corrigidas. O programa de entrada de dados foi elaborado pela equipe de coordenação *WHO/Harvard/World Mental Health Survey Initiative* (<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhci>) e adaptado de acordo com as alterações do questionário brasileiro.

O programa foi criado com o *Blaise 4.7 Enterprise®*, um sistema de software desenvolvido pelo *Statistics Netherlands* para o processamento de dados da pesquisa, que funciona no sistema operacional *Microsoft Windows®* e suporta a exportação de dados para outros programas de estatística ou banco de dados, tais como o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) ou *Statistical Analysis System* (SAS) (<http://www.cbs.nl/en-GB/menu/informatie/onderzoekers/blaise-software/blaise-voor-windows/productinformatie/default.htm>).

As informações foram transferidas para o aplicativo SAS, com a finalidade de realizar posteriormente a busca e o agrupamento das respostas e das análises estatísticas.

5.2. Investigação sobre a utilização de psicofármacos

5.2.1 População-alvo e amostra do presente estudo

A população-alvo deste estudo refere-se à população não institucionalizada, com 18 anos ou mais, de ambos os sexos, residente na cidade de São Paulo e região metropolitana composta por 38 municípios. A amostra total selecionada consta de 5.037 sujeitos, avaliados no domicílio. A subamostra, foco do presente estudo, corresponde a um total de 2.942 participantes, os quais responderam à entrevista completa (Parte I e II) e para os quais o módulo de farmacoepidemiologia foi aplicado.

5.2.2 Módulo de Farmacoepidemiologia

A investigação sobre a utilização de psicofármacos foi realizada a partir do módulo específico “Farmacoepidemiologia” localizado na Parte II do WMH-CIDI. Esse módulo explora o uso de algum psicofármaco receitado pelo médico nos últimos 12 meses, os quais o respondente entende que usou para o tratamento de “*problemas com suas emoções, nervos, saúde mental, uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono ou capacidade de lidar com o estresse*” (Anexo 5).

O módulo de farmacoepidemiologia consiste em uma pergunta de triagem inicial sobre o uso de algum psicofármaco receitado pelo médico nos últimos 12 meses, para o tratamento de “*problemas com suas emoções, nervos, saúde*

mental, uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono ou capacidade de lidar com o estresse” pelo respondente. Se o entrevistado respondesse “sim”, eram aplicadas as demais perguntas referentes às características dos psicofármacos referidos (nome de marca ou nome genérico (princípio ativo), dosagem e forma farmacêutica)), ao modo de usar (dose diária, número de tomadas ao dia, data da primeira e da última vez que usou, ocorrência de esquecimento e motivos de descontinuidade do tratamento) e ao profissional que realizou a prescrição (especialidade clínica e acompanhamento do tratamento).

As variáveis analisadas neste estudo consideram o uso de psicofármacos prescritos nos 12 meses anteriores à entrevista por respondentes para o tratamento de “*problemas com suas emoções, nervos, saúde mental, uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono, ou capacidade de lidar com o estresse*” (que serão, por motivo de síntese, referidos a partir deste ponto como transtornos mentais).

5.2.2.1 Uso de psicofármacos prescritos nos 12 meses anteriores à entrevista para tratamento de transtornos mentais

Abaixo, escreveremos as questões utilizadas para a investigação do uso de psicofármacos.

A questão PH3.1 indagava se o entrevistado havia feito uso de remédios prescritos pelo médico 12 meses anteriores à entrevista para qualquer um dos seguintes problemas: *problemas com suas emoções, nervos, saúde mental,*

uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono ou capacidade de lidar com o estresse (Quadro 3).

Quadro 3 – Questão do módulo de farmacoepidemiologia utilizada para investigar o uso de psicofármacos (PH3.1)

*PH3.1 A próxima pergunta é sobre remédios receitados pelo médico que o (a) Sr (a). pode ter tomado nos últimos 12 meses para qualquer um dos seguintes problemas: **problemas com suas emoções, nervos, saúde mental, uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono ou capacidade de lidar com o estresse.** Os remédios mais comumente usados para estes problemas estão listados nas páginas 30 e 31 de seu caderno. O (A) Sr (a). usou algum desses remédios para algum dos problemas que acabei de mencionar em algum momento nos últimos 12 meses?*

No caso de o respondente ter dito “sim” à questão PH3.1, era registrado, no módulo, sua resposta e, em seguida, era aplicada a questão PH 4, na qual foi indagado o nome do psicofármaco utilizado pelos entrevistados (Quadro 4). Como estratégia para facilitar a lembrança na ocasião da realização dessa questão, era solicitado aos entrevistados que olhassem a embalagem do psicofármaco caso fosse necessário, para evitar erro de memória ou de registro no momento de completar a entrevista. Também foram disponibilizadas para consulta duas listagens contendo a maioria dos psicofármacos disponíveis para

o tratamento de transtornos mentais. Uma listagem possui os nomes de psicofármacos de acordo com a denominação comum brasileira (DCB) (ou substância química, ou princípio ativo, ou nome genérico) e outra contendo os nomes de marca (especialidade farmacêutica, ou nome comercial, ou nome fantasia). Em cada listagem, havia um número de identificação para cada psicofármaco. Para os medicamentos cujos nomes não estivessem na lista, foi atribuído o código “998”, sendo solicitado ao entrevistador escrever o nome de forma correta e clara para prevenir erros de registro no módulo de farmacoepidemiologia (Anexo 5).

Quadro 4 – Questão do módulo de farmacoepidemiologia utilizada para investigar o uso de psicofármacos (PH 4)

PH 4. Quais eram os nomes desses remédios? Algum outro?

Após o registro do nome do primeiro remédio referido pelo respondente referente à PH 4, era perguntando se o respondente fazia uso de algum outro, ou seja, um segundo remédio, e este nome também era registrado no módulo. Esse procedimento se repetia sistematicamente para cada nome referido pelo respondente, sendo que o número máximo de registros permitido eram de até 10 (dez) nomes de psicofármacos (nome de marca ou denominação comum brasileira) (REMÉDIO N^o 1, REMÉDIO N^o 2, REMÉDIO N^o 3, REMÉDIO N^o 4,

REMÉDIO Nº 5, REMÉDIO Nº 6, REMÉDIO Nº 7, REMÉDIO Nº 8, REMÉDIO Nº 9 e REMÉDIO Nº 10) (Anexo 5).

5.2.3 Tabulação dos dados do presente estudo, padronização e classificação dos psicofármacos referidos

Após o registo das respostas obtidas na aplicação da questão PH3.1 e PH4, no módulo de farmacoepidemiologia, os nomes dos psicofármacos foram digitados no banco de dados do “Estudo São Paulo Megacity” da forma como foram referidos pelos respondentes. Para cada participante do estudo para os quais o módulo de farmacoepidemiologia foi aplicado, foram destinadas dez colunas nas planilhas do banco de dados, em que foram registrados os respectivos nomes referidos no módulo. As dez colunas continham as seguintes variáveis: MEDCAT1, MEDCAT2, MEDCAT3, MEDCAT4, MEDCAT5, MEDCAT6, MEDCAT7, MEDCAT8, MEDCAT9 e MEDCAT10.

O primeiro psicofármaco referido foi registrado na coluna MEDCAT1 com o nome de marca ou o nome, conforme a denominação comum brasileira. Para os casos dos respondentes que referiram usar um segundo psicofármaco, o registro era realizado na coluna correspondente ao MEDCAT2. Esse processo continuava até que todos os medicamentos referidos pelos respondentes fossem registrados no banco de dados, limitando-se a até 10 nomes, equivalentes ao registro do módulo de farmacoepidemiologia na ocasião da entrevista.

Os nomes registrados como nome de marca foram identificados utilizando o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF/2006/2007) e substituídos

pelo nome da DCB, obtendo-se um banco de dados padronizado. O DEF/2006/2007 foi escolhido com o intuito de identificar todos os medicamentos, pois foi o ano da conclusão da pesquisa, de forma a contemplar aqueles que não estavam mais disponíveis para venda nas farmácias.

Após a padronização dos nomes dos psicofármacos pela DCB, utilizamos os nomes equivalentes do *Anatomical Therapeutic Chemical Index (ATC/DDD Index)* (World Health Organization, 2010; 2012), criado pelo conselho Nórdico de medicamentos, recomendado pelo *Drug Utilization Research Group (DURG)*, do *World Health Organization*, para metodologia de estatísticas sobre medicamentos, com a finalidade de melhorar a qualidade do uso de medicamentos.

O *ATC/DDD Index* permite a codificação e a classificação das substâncias em cinco níveis diferentes de acordo com o órgão ou o sistema no qual elas atuam e com suas propriedades química, farmacológica e terapêutica. O primeiro nível corresponde ao “grupo anatômico principal” (*1st level, anatomical main group*), o segundo nível ao “subgrupo terapêutico” (*2nd level, therapeutic subgroup*), o terceiro nível ao “subgrupo farmacológico” (*3rd level, pharmacological subgroup*), o quarto nível ao “subgrupo químico” (*4th level, chemical subgroup*) e o quinto nível corresponde à “substância química” (*5th level, chemical substance*). O *ATC/DDD Index* está disponível em (http://www.whocc.no/atc_ddd_index/). Para os nomes de medicamentos que não constavam no *ATC/DDD Index*, foram criados códigos para identificá-los e foram incluídos em algum nível da *ATC/DDD Index*, como o farmacológico ou o terapêutico.

Após o registro de todos os nomes genéricos, foram adicionadas cinco colunas nas planilhas do banco de dados do “Estudo São Paulo Megacity” ao lado da coluna de cada medicamento referido (limitado a até 10 medicamentos). Na primeira coluna, ao lado do nome do primeiro medicamento registrado na forma em que foi referido pelo respondente, incluímos o nome da “substância química” (*5th level, chemical substance*), de acordo o quinto nível correspondente do *ATC/DDD Index*. Na segunda coluna, incluímos a classificação correspondente ao quarto nível, “subgrupo químico” (*4th level, chemical subgroup*). Na terceira coluna, adicionamos o terceiro nível, “subgrupo farmacológico” (*3rd level, pharmacological subgroup*). Na quarta coluna, classificamos de acordo com o segundo nível, “subgrupo terapêutico” (*2nd level, therapeutic subgroup*), e, finalmente, na quinta coluna, inserimos a classificação de acordo com o primeiro nível, “grupo anatômico principal” (*1st level, anatomical main group*). Este processo de inserção de colunas e de classificação foi repetido para cada medicamento referido pelo respondente, consecutivamente, de maneira a obter no máximo, dez nomes citados, classificada respectivamente nos cinco níveis do *ATC/DDD Index*.

A questão PH3.1 foi orientada para o uso de psicofármacos prescritos por médico nos transtornos mentais nos 12 meses anteriores à entrevista (*PH3.1 A próxima pergunta é sobre remédios receitados pelo médico que o (a) Sr (a). pode ter tomado nos últimos 12 meses para qualquer um dos seguintes problemas: **problemas com suas emoções, nervos, saúde mental, uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono ou capacidade de lidar com o estresse.** Os remédios mais comumente usados para estes problemas estão listados nas páginas 30 e 31 de seu caderno. O (A) Sr (a). usou algum desses*

remédios para algum dos problemas que acabei de mencionar em algum momento nos últimos 12 meses?).

Os entrevistados forneceram uma grande variedade de nomes de medicamentos em resposta à questão PH3.1, sendo que a maioria dos medicamentos eram psicofármacos indicados para tratamento de transtornos mentais. Entretanto alguns respondentes também forneceram outros nomes de medicamentos que não são classificados como psicofármacos e que são indicados para outras patologias. Mantivemos todos esses medicamentos em algumas tabelas (por exemplo, no Anexo 6, Tabela 3 e Tabela 5 (seção I dos resultados), por motivo de documentação e de tabulação de dados.

5.2.4 Análise dos resultados

Primeiramente foram analisados todos os medicamentos referidos na questão PH3.1 pelos sujeitos da pesquisa, de acordo com o *ATC/DDD Index*. Calculou-se a proporção de sujeitos na amostra que referiu o uso de algum remédio receitado pelo médico nos últimos 12 meses, para o tratamento de ***“problemas com suas emoções, nervos, saúde mental, uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono ou capacidade de lidar com o estresse”***, classificados segundo grupos anatômicos: Sistema Nervoso (Quadro 5), Agentes Antineoplásicos e Imunomoduladores, Hormônios de Uso Sistêmico (exceto Hormônios Sexuais e Insulina), Sangue e Órgãos Hematopoiético, Sistema Cardiovascular, Sistema Geniturinário e Hormônios Sexuais, Sistema Musculoesquelético, Sistema Respiratório e Trato Alimentar e Metabolismo (Quadro 6).

Alguns medicamentos ou produtos relatados (por exemplo, femproporex, *Hypericum perforatum*, ginseng associado a vitaminas, passiflora em associações e *Amorphophallus konjac*) não estão classificados no *ATC/DDD Index* (World Health Organization, 2010; 2012). Assim, o psicofármaco femproporex foi incluído no grupo anorexígenos ou produtos antiobesidade e o *Hypericum perforatum*, o ginseng associado à vitaminas e o *Amorphophallus konjac* foram incluídos no grupo dos fitoterápicos ou outros produtos (Quadro 7).

Quadro 5 – Medicamentos psicofármacos classificados no grupo anatômico Sistema Nervoso, segundo o *ATC/DDD Index*

Grupo anatômico principal (primeiro nível)	Subgrupo terapêutico (segundo nível)	Subgrupo farmacológico (terceiro nível)	Subgrupo químico (quarto nível)	Substância química (quinto nível)		
N Sistema nervoso central	Analgésicos	Preparação antimigraine	Agonista seletivo da serotonina	Naratriptano		
		Outros analgésicos e antipiréticos	Pirazolonas	Dipirona		
	Antiepilépticos	Antiepilépticos	Barbitúricos e derivados	Fenobarbital		
			Derivados de benzodiazepínicos	Clonazepam		
			Derivados da carboxiamida	Carbamazepina		
			Derivados de ácidos graxos	Ácido valpróico		
			Derivados da hidantoínas e	Fenitoína		
			Outros antiepilépticos	Gabapentina		
				Lamotrigina		
			Agentes antiparkinson	Agentes anticolinérgicos	Aminas terciárias	Biperideno
				Agentes dopaminérgicos	Inibidores monoaminoxidase B	Selegilina
			Psicolépticos	Antipsicóticos	Benzamida	Sulpirida
	Derivados da butirofenona	Haloperidol				
	Diazepinas, oxazepinas, tiazepinas e oxepinas	Olanzapina				
	Derivados do indol	Ziprasidona				
	Lítio	Lítio				
	Outros antipsicóticos	Risperidona				
	Fenotiazinas com cadeia alifática	Clorpromazina				
		Levomepromazina				
	Fenotiazinas com estrutura de piperazina	Flufenazina				
	Fenotiazinas com estrutura de piperidina	Periciazina				
		Tioridazina				
	Ansiolíticos	Benzodiazepínicos			Alprazolam	
					Bromazepam	
					Clobazam	
					Clordiazepóxido	
					Cloxacolam	
					Diazepam	
					Lorazepam	
	Hipnóticos e sedativos	Aldeídos e derivados			Hidrato de cloral	
			Derivados benzodiazepínicos	Flunitrazepam		
				Midazolam		
			Drogas relacionadas aos benzodiazapínicos	Zolpidem		
			Outros hipnóticos e sedativos	Valerianae radix		
			Psicoanalépticos	Drogas anti-dêmiência	Anticolinesterase	Donepeliza
					Outras drogas anti-demência	Ginkgo biloba
				Antidepressivos	Inibidores não seletivos da recaptção monoaminoxidase	Tranilcipromina
Inibidores não seletivos da receptação da monoamina					Amineptina	

				Amitriptilina
				Clomipramina
				Imipramina
				Nortriptilina
			Outros antidepressivos	Bupropiona
				Duloxetina
				Mirtazapina
				Trazodona
				Venlafaxina
			Inibidores seletivos da receptação de serotonina	Citalopram
				Escitalopram
				Fluoxetina
				Paroxetina
				Sertralina
	Outras drogas para o sistema nervoso	Antivertigem	Antivertigem	Cinarizina

Quadro 6 – Medicamentos que atuam em outros grupos anatômicos, segundo o ATC/DDD Index

Grupo anatômico principal (1º nível)	Subgrupo terapêutico (2º nível)	Subgrupo farmacológico (3º nível)	Subgrupo químico (4º nível)	Substância química (5º nível)
Agentes Antineoplásicos e Imunomoduladores Hormônios de Uso Sistêmico (exceto Hormônios Sexuais e Insulina)	Terapêutica endócrina	Hormônios antagonistas e agentes relacionados	Anti-estrogênios	Tamoxifeno
	Corticosteroides para uso sistêmico	Corticosteroides para uso sistêmico, simples	Glicocorticoides	Prednisona
	Terapêutica tireóidea	Preparados tireoidais	Hormônios tireoidais	Levotiroxina
Sangue e Órgãos Hematopoiético	Agentes antitromboses	Agentes antitromboses	Inibidor da agregação plaquetária, exclui heparina	Ácido acetilsalicílico Cilostazol
	Preparações antianêmicas	Preparações com ferro Vitamina D e ácido fólico	Preparação oral com Ferro bivalente Ácido fólico e derivados	Sulfato ferroso Ácido fólico
Sistema Cardiovascular	Terapêutica cardíaca	Glicosídeos cardíacos	Glicosídeos digitálicos	Digoxina
		Vasodilatadores usados em doenças cardíacas	Nitratos orgânicos	propatlnitrato
	Anti-hipertensivos	Agentes antiadrenérgicos de ação central	Metildopa	Metildopa
	Diuréticos	Agentes poupadores de potássio Diuréticos teto alto	Antagonista da aldosterona Sulfonamidas simples	Espironolactona Furosemida
		Diuréticos teto baixo, tiazidas	Tiazídicos e combinações com outras drogas Tiazídicos simples	Hidroclortiazida e combinações (sene) Hidroclortiazida
		Diuréticos teto baixo, exc. tiazidas	Sulfonamidas simples	Clortalidona
	Agentes betabloqueadores	Agentes betabloqueadores	Agentes betabloqueadores não seletivos Agentes betabloqueadores seletivos	Propranolol Atenolol
		Agentes betabloqueadores e tiazidas	Agentes betabloqueadores não seletivos, e tiazidas	Propranolol e hidroclorotiazida
	Bloqueador de canal de cálcio	Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos cardíacos diretos	Derivados benzotiazepínicos	Diltiazem

Sistema Geniturinário e Hormônios Sexuais Sistema Musculoesquelético	Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina	Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos principalmente vasculares	Derivados diidropiridinas	Nitrendipino
		Inibidor da enzima conversora da angiotensina, simples	Inibidor da enzima conversora da angiotensina, simples	Captopril
				Enalapril
		Antagonista da angiotenseína II, simples	Antagonista da angiotenseína II, simples	Losartan
	Agentes modificadores de lipídeos Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	Agentes modificadores de lipídeos, simples	Inibidores da HMG-CoA reductase	Sinvastatina
		Contraceptivos hormonais para uso sistêmico	Progestagênios e estrogênios em associação	Estradiol e levonorgestrel
		Produtos antiinflamatórios e antirreumáticos	Produtos antiinflamatórios e antirreumáticos não esteroidais	Diacereína
			Butilpirazolidina	Fenilbutazona
			Derivados do ácido propiônico	Ibuprofeno
			Derivados do ácido acético e substâncias relacionadas	Diclofenaco
Relaxante muscular		Agentes relaxantes muscular com ação central	Outros agentes de ação central	Baclofeno
				Ciclobenzaprina
Sistema Respiratório	Medicamentos para doenças obstrutivas das vias respiratórias	Outros medicamentos para doenças obstrutivas das vias respiratórias	Anticolinérgicos	Brometo de ipratrópio
		Inhantes adrenérgicos	Agonista seletivo beta-2-adrenoreceptor	Fenoterol
Trato Alimentar e Metabolismo	Anti-histamínicos para uso sistêmico	Outros medicamentos sistêmicos para doenças obstrutivas das vias respiratórias	Xantinas	Aminofilina
		Anti-histamínicos para uso sistêmico	Derivados das fenotiazinas	Prometazina
	Preparações antiobesidade excl. produtos diet	Preparações antiobesidade excl. produtos diet	Produtos antiobesidade	Anfepramona
				Sibutramina
	Medicamentos para doença gastrointestinal funcional	Propulsivos	Propulsivos	Metoclopramida
	Agentes antidiarreicos intestinal, anti-inflamatórios, anti-infecciosos	Agentes antidiarréicos intestinal	Ácido aminosalicílico e agentes similares	Sulfassarazina
Medicamentos usados em diabetes	Medicamentos redutores de glicemia	Biguanidas	Metformina	
	Vitaminas	Vitaminas do complexo B incluindo combinações	Vitaminas do complexo B, simples	Complexo B
		Suplementos minerais	Suplementos minerais	Oligoelementos

Quadro 7 – Medicamentos ou outros produtos não incluídos no ATC/DDD Index

Nomes	
Anorexígenos ou produtos antiobesidade	Femproporex
Fitoterápicos ou outros produtos	Passiflora em associações
	<i>Hypericum perforatum</i>
	Ginseng + vitaminas
	<i>Amorphophallus konjac</i>

As demais análises foram conduzidas considerando o principal desfecho desta tese (uso de medicamentos prescritos nos últimos 12 meses para tratamento de transtornos mentais), referente à questão PH3.1 “*sobre remédios receitados pelo médico que o (a) Sr (a). pode ter tomado nos últimos 12 meses para qualquer um dos seguintes problemas: **problemas com suas emoções, nervos, saúde mental, uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono ou capacidade de lidar com o estresse***”, para posteriormente comparar nossos resultados com outros estudos existentes.

A maioria dos estudos recentes de utilização de psicofármacos entre sujeitos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos com metodologia similar a este estudo utilizou o *ATC/DDD Index* para classificar os psicofármacos, embora tenha apresentado os resultados para as classes terapêuticas: antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores do humor (lítio e alguns antiepilépticos) e hipnóticos e sedativos (incluindo os benzodiazepínicos) (Quadro 8).

Quadro 8 – Resultados de alguns estudos farmacoepidemiológicos, segundo classes farmacológicas dos psicofármacos

Autores	País	Classificação dos psicofármacos
Bruffaerts et al., 2005	Bélgica	Antidepressivos, neurolépticos, estabilizadores do humor e ansiolíticos.
Gasquet et al., 2005	França	Antidepressivos (ADTs, IRSs e outros), antipsicóticos, timoreguladores (lítio, valproato, carbamazepina) e hipnóticos (benzodiazepínicos e derivados) ou ansiolíticos (benzodiazepínicos e buspirona).
Grinshpoon et al., 2007	Israel	Antidepressivos (ADTs e nova geração), antipsicóticos (convencionais e atípicos), estabilizadores do humor, ansiolíticos (benzodiazepínicos e não benzodiazepínicos) e hipnóticos.
Codony et al., 2007	Espanha	Antidepressivos, (ADTs, IRSs e outros), antipsicóticos (convencionais e de segunda geração), estabilizadores do humor, benzodiazepínicos e derivados, e outros (não específica).
Alonso et al., 2004b	Europa (França, Bélgica, Itália, Alemanha, Holanda e Espanha)	Antidepressivos (ADTs e nova geração), antipsicóticos (tradicionais e atípicos), estabilizadores do humor (lítio, carbamazepina, valproato, gabapentina, topiramato e lamotrigina) e ansiolíticos (benzodiazepínicos e não benzodiazepínicos principalmente usados como hipnóticos).
Beck et al., 2005	Canadá	Antidepressivos (ADTs, IRSs e IRSNs), antipsicóticos, estabilizadores do humor e hipnóticos e benzodiazepínicos (e buspirona).
Baldessarini et al., 2007	Estados Unidos	Antidepressivos (ADTs, IRSs e IRSNs), antipsicóticos, estabilizadores do humor (lítio e os anticonvulsivantes valproato, carbamazepina, gabapentina, lamotrigina, levetiracetam, oxcarbamazepina, topiramato e zonisamida) e sedativo-ansiolíticos (barbituratos e benzodiazepínicos, buspirona).

Semelhante aos estudos apresentados, embora tenhamos utilizado o *ATC/DDD Index* para classificar todos os psicofármacos relatados no módulo de farmacoepidemiologia, restringiremos as explorações sobre a utilização para quatro categorias: 1) antidepressivos, 2) antipsicóticos, 3) estabilizadores do humor e 4) hipnóticos e sedativos (incluindo os benzodiazepínicos (BZDs)) com indicação terapêutica para o tratamento farmacológico dos transtornos mentais nos 12 meses anteriores à entrevista.

A seleção dos psicofármacos com indicação terapêutica para tratamento dos transtornos mentais³ foi realizada segundo Brunton et al. (2012)⁴, por apresentar uma versão mais específica quanto ao mecanismo de ação e indicação terapêutica atualizada dos psicofármacos. Por exemplo, os antiepilépticos, embora tenham indicação principal para epilepsias, possuem indicação terapêutica para o tratamento de transtornos bipolares. Considerando essas informações, realizamos algumas adaptações para melhor apresentação dos resultados de nossas análises.

Os antipsicóticos foram classificados em típicos e atípicos, e o lítio foi excluído desse grupo e agrupado aos estabilizadores do humor. O ácido valproílico, a carbamazepina, a lamotrigina e a gabapetina também foram agrupados aos estabilizadores do humor. A substância femproporex foi agrupada à anfepramona e à sibutramina, e o grupo foi denominado de

³ Transtorno depressivo maior, distímia, transtorno bipolar tipo I e II, transtorno de pânico, fobia específica, fobia social, agorafobia sem transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade de separação, transtorno do uso de substâncias (abuso de álcool, dependência de álcool, abuso de drogas e dependência de droga), transtornos de déficit de controle dos impulsos (transtorno explosivo intermitente, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno desafiante de oposição e transtorno de conduta), transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático.

⁴ Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman*. 12a ed. Porto Alegre: AMGH, 2012. p. 397-607.

“anorexígenos”. As substâncias duloxetine e venlafaxina foram classificadas como inibidores da receptação da serotonina-norepinefrina (IRSNs). Incluímos o Clonazepam aos benzodiazepínicos, e estes foram incluídos aos hipnóticos e sedativos. A *Valerianae radix* e o *Ginkgo biloba* foram incluídas no grupo “Fitoterápico ou produtos naturais”.

Como relatado anteriormente, além do uso de um ou mais psicofármacos das quatro classes, os sujeitos relataram usar outros medicamentos para tratamento de **“problemas com suas emoções, nervos, saúde mental, uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono ou capacidade de lidar com o estresse”**. Esses medicamentos foram analisados exclusivamente nos casos em que os sujeitos que referiram usar ao menos um psicofármaco das classes farmacológicas dos antidepressivos, e/ou dos antipsicóticos, e/ou dos estabilizadores do humor, e/ou dos hipnóticos e sedativos relataram o uso simultâneo de algum outro medicamento pertencente aos (5) Anorexígenos e/ou (6) Fitoterápico ou produtos naturais, e/ou medicamento de outra classe farmacológica que foram agrupados em uma classe que denominamos (7) “Outros”.

No grupo “Outros”, existem medicamentos do grupo anatômico Sistema Nervoso que não possuem indicação para os transtornos mentais em estudo e também estão inseridos medicamentos que atuam em outros grupos anatômicos (Quadro 9). Esses medicamentos somente foram apresentados na Tabela 5, na seção I dos resultados.

Quadro 9 – Nomes e reagrupamento dos psicofármacos referidos pelos sujeitos da amostra

Medicamentos		Substância química
1) Antidepressivos	1.1) Inibidores da monoaminaoxidase (MAO)	Tranilcipromina
	1.1) Antidepressivos tricíclicos (ADTs)	Amineptina, Amitriptilina, Clomipramina, Imipramina e Nortriptilina
	1.2) Outros antidepressivos	Bupropiona, Trazodona e Mirtazapina
	1.3) Inibidores da receptação da serotonina-norepinefrina (IRSs)	Duloxetina e Venlafaxina
	1.4) Inibidores seletivos da receptação de serotonina (ISRSs)	Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Paroxetina e Sertralina
2) Antipsicóticos	2.1) Atípicos	Sulpirida, Haloperidol, Olanzapina, Risperidona e Ziprasidona
	2.1) Típicos	Clorpromazina, Levomepromazina, Flufenazina, Pericazina e Tioridazina
3) Estabilizadores do Humor	3.1) Lítio	Lítio
	3.2) Anticonvulsivantes	Carbamazepina, ácido valproico, Gabapentina, Lamotrigina
4) Hipnóticos e sedativos	4.1) Outros hipnóticos	Hidrato de cloral, Flunitrazepam, Midazolam e Zolpidem
	4.2) Ansiolíticos (Benzodiazepínicos)	Alprazolam, Bromazepam, Clobazam, Clonazepam, Clordiazepóxido, Cloxazolam, Diazepam e Lorazepam
5) Anorexígenos	Produtos antiobesidade	Anfepramona, Femproporex e Sibutramina
6) Outros	6.1) Agentes antiparkinson	Biperideno e Selegilina
	6.2) Analgésicos	Dipirona e Naratriptano
	6.3) Antiepilépticos	Fenobarbital e Fenitoína
	6.4) Drogas anti-dêmenia	Donepezila
	6.5) Outras drogas para o sistema nervoso	Cinazina
	6.6) Trato Alimentar e Metabolismo	Metoclopramida, Sulfassarazina, Metformina, Complexo B, Oligoelementos
	6.7) Sangue e Órgãos Hematopoiético	Ácido acetilsalicílico, Cilostazol, Sulfato ferroso e Ácido fólico
	6.8) Sistema Cardiovascular	Digoxina, Propatilnitrato, Metildopa, Espironolactona, Furosemida, Hidroclortiazida e combinações (sene), Hidroclortiazida, Clortalidona, Propranolol, Atenolol, Propranolol e hidroclortiazida, Diltiazem, Nitrendipino, Captopril, Enalapril, Losartan, Simvastatina
	6.9) Sistema Respiratório	Brometo de ipratrópio, Fenoterol, Aminofilina e Prometazina
	6.10) Sistema Geniturinário e Hormônios Sexuais	Estradiol e levonorgestrel
	6.11) Hormônios de Uso Sistêmico (exceto Hormônios Sexuais e Insulina)	Prednisona e Levotiroxina
	6.12) Sistema Musculoesquelético	Diacereína, Fenilbutazona, Ibuprofeno, Diclofenaco, Ciclobenzaprina e Baclofeno
	6.13) Agentes Antineoplásicos e Imunomoduladores	Tamoxifeno
7) Fitoterápicos ou produtos naturais		Passiflora em associações, <i>Hypericum perforatum</i> , Ginseng + vitaminas, <i>Amorphophallus konjac</i> , Fitoterápico sedativo, <i>Valeriana radix</i> e <i>Ginkgo biloba</i>

As análises referentes ao uso de psicofármacos entre aqueles com algum diagnóstico de transtorno mental serão apresentadas considerando somente uso de psicofármacos com indicação clínica para o tratamento dos transtornos mentais no ano anterior à entrevista. As análises apresentadas serão limitadas aos psicofármacos das classes farmacológicas de (1) antidepressivos, (2) antipsicóticos, (3) estabilizadores do humor e os (4) hipnóticos e sedativos listados no Quadro 9.

A distribuição dos psicofármacos foi realizada da seguinte forma:

1) Antidepressivos incluíram: antidepressivos tricíclicos (ADTs) (amineptina, amitriptilina, clomipramina, imipramina e nortriptilina); inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) (citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina e sertralina); inibidores da recaptação da serotonina-norepinefrina (IRSNs) (duloxetina e venlafaxina); inibidores da monoaminaoxidase (IMAOs) (tranilcipromina) e outros antidepressivos (bupropiona, trazodona e mirtazapina).

2) Antipsicóticos: atípicos (sulpirida, haloperidol, olanzapina, risperidona e ziprasidona) e típicos (clorpromazina, levomepromazina, flufenazina, periciazina e tioridazina).

3) Estabilizadores de humor (lítio e os anticonvulsivantes carbamazepina, ácido valpróico, gabapentina, lamotrigina).

4) Hipnóticos e sedativos: outros hipnóticos (hidrato de cloral, flunitrazepam, midazolam e zolpidem) e benzodiazepínicos (alprazolam, bromazepam, clobazam, clonazepam, clordiazepóxido, cloxazolam, diazepam e lorazepam).

5.2.5 Amostra que referiu o uso de psicofármacos

A amostra total de sujeitos que responderam à entrevista completa (Parte I e II) do WMH-CIDI foi composta por 2.942 respondentes, para os quais foi aplicado o Módulo de Farmacoepidemiologia do WMH-CIDI. Dessa amostra total (2.942), 320 sujeitos responderam “sim” à questão PH3.1, entretanto, em sete casos, não foi possível identificar o nome do medicamento referido. Para seis sujeitos, foi registrado “não sabe” como resposta à questão PH.4, que investigava qual era o nome do medicamento, e, para um sujeito, foi registrado um nome desconhecido de medicamento, o qual, mesmo após diversas tentativas de busca, não foi possível a identificação.

Esses sete sujeitos foram excluídos da amostra, pelo fato de referirem um único nome de medicamento que não foi identificado, podendo pertencer à classe dos psicofármacos ou à outra classe farmacológica, podendo causar erro no tamanho da amostra. A amostra total de sujeitos que responderam à entrevista completa (Parte I e II) do WMH-CIDI sujeitos foi reduzida, então, para 2.935, e a amostra de 320 sujeitos que responderam “sim” à questão PH3.1 do Módulo de Farmacoepidemiologia do WMH-CIDI foi reduzida para 313 sujeitos, os quais relataram usar ao menos um medicamento identificado incluído no *ATC/DDD Index*, ou citado no DEF/2006/2007, ou se tratar de fitoterápico ou algum produto natural.

Dos 313 sujeitos que referiram o uso de ao menos um medicamento para o tratamento de ***seus problemas com suas emoções, nervos, saúde mental, uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono ou capacidade de lidar com o estresse***, 24 relataram o uso de medicamentos que não possuem

indicação clínica para tratamento dos transtornos mentais de interesse (relatados acima) e nenhum psicofármaco da classe dos antidepressivos, ou dos antipsicóticos, ou dos estabilizadores do humor, ou dos hipnóticos e sedativos, por isso não foram analisados, mas fazem parte da amostra.

Destes 313, 289 sujeitos referiram o uso de ao menos um psicofármaco pertencente à classe dos antidepressivos, e/ou dos antipsicóticos, e/ou dos estabilizadores do humor, e/ou dos hipnóticos e sedativos (Figura 3).

Nesta tese, entende-se por “uso de psicofármacos” o uso único ou combinado de um ou mais psicofármacos das classes dos antidepressivos, e/ou antipsicóticos, e/ou estabilizadores do humor, e/ou hipnóticos e sedativos, referidos por sujeitos para tratamento de transtorno mental, mesmo que uma vez nos últimos 12 meses, não diferenciando o uso ocasional (um simples episódio no ano), o uso por um longo período ou o uso contínuo.

Figura 3 – Fluxograma do estudo de utilização de psicofármacos

Análise descritiva

Variáveis dependentes

Primeiramente foi realizada uma análise descritiva das variáveis categóricas dependentes do estudo (proporção de sujeitos que utilizaram medicamentos nos 12 meses anteriores à entrevista referidos como medicamentos para tratamento de transtornos mentais: primeiramente para cada subtipo de acordo com o *ATC/DDD Index* e fitoterápicos ou produtos naturais e em seguida, para ao menos um psicofármaco das classes dos antidepressivos, e/ou antipsicóticos, e/ou estabilizadores do humor, e/ou hipnóticos e sedativos/benzodiazepínicos, além do uso exclusivo e do uso combinado entre as classes analisadas, na amostra total (n=2.935), na subamostra que relatou o uso de pelo menos um medicamento (n= 313) e na amostra de sujeitos que utilizaram ao menos um psicofármacos para as classes de antidepressivos, e/ou antipsicóticos, e/ou estabilizadores do humor e/ou hipnóticos e sedativos/benzodiazepínicos (n=289)).

Calculou-se, também, a proporção de sujeitos que usaram psicofármacos na amostra de sujeitos com pelo menos um diagnóstico no ano anterior à entrevista e estratificados nas categorias de transtornos de ansiedade, de humor, por uso de substâncias e de controle dos impulsos, e de acordo com o número de transtornos e gravidade.

Variáveis independentes

Na amostra total (N=2.935) e na amostra de sujeitos que utilizaram psicofármacos (N=289), tabulou-se a porcentagem de sujeitos que usaram classes terapêuticas de psicofármacos, por característica sociodemográfica.

As variáveis independentes consideradas foram gênero, idade, anos de escolaridade (anos de estudo), nível de renda familiar *per capita*, estado civil e ocupação (incluindo estudantes).

O gênero foi categorizado em feminino e masculino.

Os grupos etários foram definidos em cinco categorias: 18-24 anos, 25-34 anos, 35-49 anos, 50-64 anos e 65 anos ou mais.

A escolaridade foi codificada de acordo com os seguintes intervalos de anos completos de estudo: 0-4 (nenhum/ensino fundamental incompleto, denominado escolaridade baixa), 5-8 (ensino fundamental parcial ou completo, denominado escolaridade média-baixa), 9-11 (ensino médio parcial ou completo, denominado escolaridade média-alta) e 12 ou mais (ensino superior ou completo, denominado escolaridade alta).

Para o nível de renda, foi considerada a renda familiar *per capita*, definida em quatro categorias: baixa (até 0,5 salário mínimo), média-baixa (0,5-1,0 salário mínimo), média-alta (1,0-2,0 salários mínimos) e alta (maior do que 2,0 salários mínimos).

O estado civil foi classificado como casado/mora junto, previamente casado (separado/divorciado/viúvo) e solteiro (nunca se casou).

A ocupação foi categorizada em trabalhadores (incluindo autônomos, proprietários, empregados, temporariamente afastados do serviço, licença-

doença, licença maternidade e estudantes), trabalhadores do lar, aposentados e desempregados (incluindo incapacitados, procurando emprego e outros).

Os cálculos das proporções foram feitos utilizando-se o peso para a correção de vieses amostrais, como vieses da probabilidade de serem selecionados para receber a Parte II da entrevista. O teste qui-quadrado de *Wald* foi utilizado para a comparação de frequências.

Devido ao desenho complexo e ponderação, as estimativas dos erros de padrão de proporções e médias serão obtidas através da aproximação série de *Taylor* (é uma conta para encontrar estimativa usada no modelo de regressão logística), usando o *software* SAS.

Fatores associados ao uso de psicofármacos

Os fatores associados (variáveis independentes) ao uso de psicofármacos (variáveis dependentes) foram estudados através de regressão logística para variáveis dicotômicas gênero (masculino e feminino, uso de psicofármacos: sim ou não), obtendo-se razão de chances (RC) (em inglês: *odds ratio* (OR)) e intervalos de confiança (IC) de 95%. Primeiramente foram realizadas regressão logística simples para verificar a influência da variável isolada no uso de psicofármacos, e não confundindo a outra variável.

Modelos de regressão logística múltipla foram construídos para testar conjuntamente quais variáveis influenciam o uso de psicofármacos, sendo controlado por outras variáveis, utilizando-se o método de passo a passo (*stepwise*) com seleção para trás (*backward*). O método passo a trás é um processo iterativo que se inicia com todas as variáveis sendo analisadas,

excluindo-se, a cada análise, a variável seguinte menos significativa, em um processo contínuo. O processo continua sem esta variável, sendo selecionadas as que apresentam valor $p < 0,05$. A análise é finalizada quando o modelo final é atingido, de modo que permanecem no modelo as variáveis significativas, com valores $p < 0,05$. Para a variável dependente, foi considerada a utilização de ao menos um psicofármaco referido pelos sujeitos da amostra e, para análise dos fatores associados, empregaram-se as variáveis gênero, idade, escolaridade, renda familiar, estado civil, ocupação, gravidade e comorbidade (número de transtorno mental).

Para a obtenção das tabelas frequência de uso de psicofármacos para cada classe farmacológica de psicofármacos, consideraram-se os sujeitos que referiram o uso de psicofármacos na amostra total ($N=2.935$). Já para o modelo de regressão logística simples segundo gênero, as razões de chances (RC) encontradas foram analisadas relacionando-se o número de psicofármacos (n) ao número (N) de cada categoria de transtorno mental. Na amostra total ($N=2.935$), além dos sujeitos que referiram o uso de psicofármacos com algum diagnóstico de transtorno psiquiátrico foram encontrados sujeitos que utilizaram psicofármaco, mas que não apresentavam diagnóstico de transtorno mental.

Foi investigada a influência da gravidade dos transtornos mentais e da comorbidade no uso de psicofármacos nos 12 meses anteriores à entrevista.

O Estudo São Paulo Megacity avaliou a gravidade dos transtornos mentais através do WMH-CIDI, que contém uma sessão que incluiu informações sobre a persistência dos sintomas, a angústia e a incapacidade associada. Os transtornos mentais foram classificados em níveis de gravidade não somente com base na psicopatologia ou nos sintomas, mas também no

desempenho em vários domínios do funcionamento, como incapacidade no trabalho, manutenção do lar, vida social e relacionamento íntimo.

Para o cálculo das tabelas de frequência simples e modelo de regressão logística simples segundo gênero, os transtornos foram classificados como grave, moderado ou leve e, a partir dessa classificação, exploramos o uso de psicofármacos.

A comorbidade psiquiátrica foi investigada estimando a ocorrência de um ou mais transtornos mentais nos 12 meses anteriores à entrevista. As categorias utilizadas foram as seguintes: 0 transtorno (nenhum), 1 transtorno, 2 transtornos e 3 ou mais transtornos.

Para a construção dos modelos de regressão logística múltipla, as variáveis explicativas estudadas foram: idade, gênero (feminino e masculino), escolaridade (baixa, média-baixa, média-alta e alta), renda familiar (baixa, média-baixa, média-alta e alta), estado civil (casado/mora junto, previamente casado (separado/divorciado/viúvo) e solteiro (nunca se casou)), ocupação (empregados (incluindo estudantes), trabalhadores do lar/aposentados e desempregados), comorbidade e gravidade.

Para decidir se as variáveis idade, comorbidade e gravidade seriam categorizadas ou não, foram selecionados modelos ajustados utilizando as variáveis idade, comorbidade e gravidade categorizadas e não categorizadas (além das demais variáveis explicativas já citadas acima), totalizando seis modelos ajustados.

A idade foi definida em cinco categorias (18-24 anos, 25-34 anos, 35-49 anos, 50-64 anos e 65 anos ou mais), a comorbidade em quatro (0 transtorno, 1 transtorno, 2 transtornos e 3 ou mais transtornos) e a gravidade em quatro

(grave, moderado, leve e nenhuma). Porém o modelo adotado foi o que não utilizou categorias para nenhuma das três variáveis, por apresentar o menor valor da medida *Akaike Information Criterion* (AIC), utilizado para comparar os modelos através das verossimilhanças e do número de parâmetros.

Foi criado um grande número de variáveis no banco de dados referentes a todos os níveis de classificação acima citados, para posterior análises. Também foram criadas variáveis para avaliar o uso exclusivo e combinado de psicofármacos.

5.2.6 Critérios de inclusão e de exclusão do presente estudo

Os critérios de inclusão do presente estudo foram ter respondido o módulo de farmacoepidemiologia do WMH-CIDI, na amostra Parte II, e ter fornecido ao menos um nome de medicamento, ou de fitoterápico ou de produto natural que pudesse ser identificado.

A seguir, apresentaremos os resultados do estudo do uso de psicofármacos na amostra total e na amostra de sujeitos com ao menos um diagnóstico de transtorno psiquiátrico e entre sujeitos sem diagnóstico.

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas seções: seção I e seção II. Na Seção I, descreveremos o uso de psicofármacos na amostra total (N=2.935). Na Seção II, apresentaremos o uso de psicofármacos na amostra de sujeitos com ao menos um diagnóstico de transtorno psiquiátrico.

6.1 Seção I – Uso de psicofármacos na amostra total (N=2.935)

6.1.1 Descrição da amostra total

As características sociodemográficas da amostra total estudada (n=2.935) para a qual foi aplicado o módulo de farmacoepidemiologia e que respondeu à questão PH3.1.... ***ao menos um psicofármaco receitado pelo médico para o tratamento de seus problemas com suas emoções, nervos, saúde mental, uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono ou capacidade de lidar com o estresse***, são apresentadas na Tabela 04.

Na amostra total (N= 2.935), a idade média foi de 41 anos (IC 95% 40,46-41,79) (analisada a partir dos dados não ponderados, não mostrados), com 44,30% dos respondentes com idade entre 18-34 anos. As mulheres

representaram 52,80% da amostra. Pouco mais de um terço possuía de 9 a 11 anos de escolaridade e renda familiar bem distribuída entre as categorias analisadas. A maioria dos entrevistados era casada ou residia com alguém (59,75%) e 66,26% estavam empregados.

Tabela 4 – Características sociodemográficas da amostra total. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N= 2.935)

AMOSTRA TOTAL (N=2.935)			
Variáveis	(Dados Ponderados)		
	n	%	EP
Idade (média)	39,05	-	0,47
Gênero			
Masculino	1387,00	47,20	1,45
Feminino	1552,00	52,80	1,45
Idade (anos)			
18-24	582,43	19,82	1,23
25-34	719,33	24,48	1,16
35-49	958,53	32,62	1,32
50-64	444,03	15,11	0,97
65 ou mais+	234,50	7,98	0,73
Escolaridade			
Baixa (0-4)	667,81	22,72	0,98
Média-baixa (5-8)	654,38	22,27	1,01
Média-alta (9-11)	1063,00	36,18	1,33
Alta (12 ou +)	553,38	18,83	1,18
Renda familiar			
Baixa (0,5 ou menos)	643,76	21,91	0,89
Média-baixa (0,5-1,0)	838,20	28,52	0,90
Média-alta (1,0-2,0)	660,59	22,48	1,04
Alta (maior do que 2,0)	796,29	27,10	1,22
Estado civil			
casado/mora junto	1756,00	59,75	1,55
Separado/divorciado/viúvo	480,23	16,34	1,01
Solteiro	702,51	23,90	1,12
Ocupação			
Empregados (inclui estudantes)	1947,00	66,26	1,23
Trabalhadores do lar	386,08	13,14	0,75
Aposentados	249,38	8,49	0,50
Desempregados	356,12	12,12	0,96

Dados da amostra Parte II (N=2935), com peso.

EP: Erro-padrão.

6.1.2 Prevalência de uso referido de psicofármacos por sujeitos da amostra total

As prevalências de uso de psicofármacos são apresentadas na Tabela 05.

De maneira geral, 6,13% (N=289) da amostra total relataram o uso de ao menos um psicofármaco entre os antidepressivos, e/ou antipsicóticos, e/ou estabilizadores do humor e/ou hipnóticos e sedativos no ano anterior à entrevista para ***o tratamento de seus problemas com suas emoções, nervos, saúde mental, uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono ou capacidade de lidar com o estresse*** (Tabela 05).

A prevalência de uso de hipnóticos e sedativos foi 3,63% (n=162) e de antidepressivos foi 3,46% (n=184). Os estabilizadores do humor (0,64%; n=37) e os antipsicóticos (0,61%; n=30) apresentaram menores prevalências de uso. Os hipnóticos e sedativos foram representados quase que na totalidade pelos benzodiazepínicos (3,55%; n=158), sendo o diazepam (1,32%; n=69) e o clonazepam (0,77%; n=43) os mais referidos. Dentre os antidepressivos, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina foram o subgrupo químico mais frequente (2,17%; n=113), representado pela fluoxetina (1,51%; n=83), seguido pelos antidepressivos tricíclicos (1,26%; n=73), representado pela amitriptilina 0,70% (n=45). Entre os psicofármacos utilizados como estabilizadores do humor, destacou-se a carbamazepina 0,38% (n=21), seguida pelo lítio 0,14%% (n=9). O principal representante dentre os antipsicóticos foi o haloperidol (0,24%, n=13) (Tabela 5).

Os sujeitos entrevistados, quando indagados a respeito de medicamentos para tratamento de transtornos mentais, também relataram o uso de outros medicamentos, cuja indicação primária não é psiquiátrica. Os seguintes medicamentos foram relatados: ácido acetilsalicílico, ácido fólico, aminofilina, atenolol, baclofeno, biperideno, brometo de ipratrópio, captopril, ciclobenzaprina, cilostazol, cinarizina,

diacereína, diclofenaco, diltiazem, enalapril, espironolactona, estradiol e levonorgestrel, fenitoína, fenobarbital, fenoterol, furosemida, hidroclortiazida, hidroclortiazida e sene, levotiroxina, losartan, metformina, metildopa, naratriptano, oligoelementos, prednisona, prometazina, propatilnitrato, selegilina, sinvastatina e sulfato ferroso. Esses medicamentos aparecem na Tabela 5 como “outros medicamentos”.

Tabela 5 – Prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista na amostra total, segundo classes farmacológicas. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.935)

Medicamentos	AMOSTRA TOTAL (N=2.935)		
	n	%	EP
Ao menos um*	289	6,13	0,60
Antidepressivos	184	3,46	0,34
ADTs^a	73	1,26	0,17
Amineptina	01	0,04	0,04
Amitriptilina	45	0,70	0,12
Clomipramina	11	0,17	0,05
Imipramina	07	0,09	0,03
Nortriptilina	10	0,26	0,09
ISRSs^b	113	2,17	0,27
Citalopram	04	0,15	0,11
Escitalopram	01	0,02	0,02
Fluoxetina	83	1,51	0,18
Paroxetina	07	0,15	0,07
Sertralina	18	0,34	0,08
IRSNs^c	02	0,02	0,02
Venlafaxina	01	0	0
Duloxetina	01	0,02	0,02
Inibidores da MAO^d	02	0,03	0,02
Tranilcipromina	02	0,03	0,02
Outros antidepressivos	06	0,1	0,03
Bupropiona	03	0,07	0,03
Mirtazapina	01	0,01	0,01
Trazodona	02	0,02	0,02
Antipsicóticos	30	0,61	0,12
Típicos	23	0,45	0,11
Clorpromazina	06	0,16	0,09
Levomepromazina	06	0,15	0,08
Haloperidol	13	0,24	0,1
Flufenazina	02	0,06	0,05
Periciazina	01	0,01	0,01
Tioridazina	01	0,01	0,01
Atípicos	09	0,18	0,06
Olanzapina	02	0,02	0,01
Risperidona	04	0,11	0,05
Sulpirida	03	0,05	0,03
Ziprazidona	01	0,03	0,03
Estabilizadores de Humor	37	0,64	0,12
Lítio	09	0,14	0,05
Carbamazepina	21	0,38	0,1
Ácido valproico	06	0,10	0,05

“continua”

Tabela 5 – (Continuação) Prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista na amostra total, segundo classes farmacológicas. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.935)

Medicamentos	AMOSTRA TOTAL (N=2.935)		
	n	%	EP
Gabapentina	02	0,02	0,01
Lamotrigina	02	0,04	0,03
Hipnóticos e sedativos	162	3,63	0,50
Outros hipnóticos e sedativos	08	0,20	0,09
Hidrato de cloral	01	0,04	0,04
Zolpidem	01	0,02	0,02
Flunitrazepam	05	0,12	0,07
Midazolam	01	0,02	0,02
Benzodiazepínicos	158	3,55	0,51
Alprazolam	18	0,42	0,18
Bromazepam	24	0,64	0,19
Clobazam	02	0,08	0,06
Clordiazepóxido	03	0,02	0,01
Cloxacolam	01	0,02	0,02
Diazepam	69	1,32	0,18
Lorazepam	07	0,39	0,24
Clonazepam	43	0,77	0,15
Anorexígenos	12	0,25	0,10
Anfepramona	06	0,09	0,05
Femproporex	06	0,17	0,08
Sibutramina	02	0,04	0,03
Outros medicamentos^e	52	1,30	0,34
Fitoterápicos ou produtos naturais^f	10	0,29	0,12

Dados da amostra Parte II (N=2935), com peso.

EP: Erro-padrão.

^aAo menos um psicofármacos entre as classes dos antidepressivos e/ou antipsicóticos e/ou estabilizadores de humor e/ou hipnóticos e sedativos.

^bAntidepressivos tricíclicos.

^cInibidores seletivos da recaptação de serotonina.

^dInibidores da recaptação de serotonina-norepinefrina.

^eInibidores da monoaminoxidase.

^fOutros medicamentos referidos na amostra N=2935 (ácido fólico, ácido acetilsalicílico, aminofilina, atenolol, baclofeno, Biperideno, brometo de ipratrópio, captopril, ciclobenzaprina, cilostazol, cinarizina, clortalidona, complexo B, diacereina, diclofenaco, digoxina, diltiazem, dipirona, donepezila, enalapril, espironolactona, estradiol e levonorgestrel, fenilbutazona, fenitoína, fenobarbital, fenoterol, furosemida, hidroclorotiazida, hidroclorotiazida e combinações (sene), ibuprofeno, levotiroxina, losartan, metformina, metildopa, metoclopramida, naratriptano, nitrendipino, oligoelementos, prednisona, prometazina, propatilnitrato, propranolol e hidroclorotiazida, propranolol, selegilina, sinvastatina, sulfassarazina, sulfato ferroso e tamoxifeno).

^gPassiflora em associações, *Hypericum perforatum*, Ginseng + vitaminas e *Amorphophallus konjac*.

(Conclusão).

6.1.3 Uso de psicofármacos por classes farmacológicas de acordo com idade e gênero

A Tabela 6 apresenta a prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista por classes farmacológicas, segundo a idade.

De maneira geral, o uso de psicofármacos aumentou com a idade, sendo menos frequente entre sujeitos com idade entre 18 e 24 anos (2,65%; n=15), e mais frequente entre sujeitos com 65 anos ou mais (11,66%; n=33). O uso de hipnóticos e sedativos foi bem maior entre sujeitos com 65 anos ou mais (7,78%; n=19). O uso de antidepressivos aumentou com a idade, ocorrendo um decréscimo nos 65 anos ou mais. O uso dos estabilizadores do humor aumentou com a idade, sendo mais frequentes entre sujeitos entre 50 e 64 (1,23%; n=10). Já os antipsicóticos, foram mais utilizados por sujeitos com idade entre 25 e 34 anos (1,15%; n=10) (Tabela 6).

A prevalência de uso de psicofármacos por homens e mulheres no ano anterior à entrevista por classes farmacológicas é apresentados na Tabela 7.

O uso de psicofármacos foi mais frequente entre as mulheres (8,81%, n=219) do que entre os homens (3,13%; n=70). As mulheres também referiram usar mais hipnóticos e antidepressivos (5,49%, n=122 e 5,30%, n=151), porém não houve diferença entre os gêneros no uso referido de antipsicóticos e estabilizadores de humor (Tabela 7).

Tabela 6 – Prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista por classes farmacológicas, segundo categoria de idade. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.935)

Psicofármacos	Idade (anos)										
	18-24 (N=406)		25-34 (N=684)		35-49 (N=1026)		50-64 (N=590)		65 ou mais+ (N=229)		
	% (n)	EP	% (n)	EP	% (n)	EP	% (n)	EP	% (n)	EP	p
Ao menos um*	2,65 (15)	1,08	4,38 (44)	0,86	6,29 (115)	0,85	10,25 (82)	1,52	11,66 (33)	3,58	<0,0001
Antidepressivos	1,50 (10)	0,61	2,26 (28)	0,53	4,20 (73)	0,68	5,60 (54)	1,02	4,91 (19)	1,60	0,0091
ADTs ^a	0,85 (05)	0,40	0,49 (10)	0,18	1,07 (23)	0,34	2,49 (27)	0,59	3,16 (08)	1,41	
ISRSs ^b	0,65 (05)	0,34	1,73 (19)	0,45	3,08 (49)	0,53	3,16 (29)	0,93	1,75 (11)	0,88	
IRSNs ^c	0,08 (01)	0,08	-	-	0,01 (01)	0,01	-	-	-		
Inibidores da MAO ^d	-	-	-	-	0,06 (01)	0,06	0,11 (01)	0,11	-		
Outros antidepressivos	-	-	0,10 (01)	0,10	0,10 (02)	0,08	0,25 (03)	0,17	-		
Antipsicóticos	0,23 (01)	0,23	1,15 (10)	0,45	0,33 (09)	0,12	0,77 (09)	0,36	0,79 (01)	0,79	0,0965
Típicos	0,23 (01)	0,23	0,61 (06)	0,33	0,27 (07)	0,11	0,70 (08)	0,36	0,79 (01)	0,79	
Atípicos	-	-	0,54 (04)	0,29	0,13 (04)	0,07	0,07 (01)	0,07	-	-	
Estabilizadores de Humor	0,08 (01)	0,08	0,52 (05)	0,21	0,77 (17)	0,19	1,23 (10)	0,28	0,75 (04)	0,57	0,0046
Hipnóticos e sedativos	1,75 (09)	0,93	2,59 (18)	0,71	3,40 (68)	0,63	6,08 (48)	1,38	7,78 (19)	3,46	0,0687
Outros hipnóticos	0,08 (01)	0,08	0,21 (01)	0,21	0,16 (02)	0,16	0,43 (02)	0,32	0,2 (02)	0,17	
Benzodiazepínicos	1,75 (09)	0,93	2,38 (17)	0,67	3,37 (67)	0,60	6,08 (48)	1,38	7,58 (17)	3,45	

Dados da amostra Parte II (N=2.935), com peso.

EP: Erro-padrão.

*Ao menos um psicofármacos entre as classes dos antidepressivos e/ou antipsicóticos e/ou estabilizadores de humor e/ou hipnóticos e sedativos

^aAntidepressivos tricíclicos.

^bInibidores seletivos da recaptação de serotonina.

^cInibidores da recaptação de serotonina-norepinefrina.

^dInibidores da monoaminoxidase.

Tabela 7 – Prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista por classes farmacológicas, segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.935)

	Amostra Total (N=2.935)		Mulheres (N=1.697)		Homens (N=1.238)		p
	% (n)	EP	% (n)	EP	% (n)	EP	
Psicofármacos							
Ao menos um*	6,13 (289)	0,60	8,81 (219)	1,11	3,13 (70)	0,49	<0,0001
Antidepressivos	3,46 (184)	0,34	5,30 (151)	0,61	1,41 (33)	0,24	<0,0001
ADTs ^a	1,26 (73)	0,17	1,93 (60)	0,29	0,52 (13)	0,12	
ISRSs ^b	2,17 (113)	0,27	3,40 (95)	0,51	0,8 (18)	0,25	
IRSNs ^c	0,02 (02)	0,02	0,01 (01)	0,01	0,03 (01)	0,03	
Inibidores da MAO ^d	0,03 (02)	0,02	0,07 (02)	0,05	(0)	-	
Outros antidepressivos*	0,10 (06)	0,03	0,09 (03)	0,06	0,1 (03)	0,02	
Antipsicóticos	0,61 (30)	0,12	0,61 (18)	0,18	0,61 (12)	0,19	0,9851
Típicos	0,45 (23)	0,11	0,48 (15)	0,16	0,42 (08)	0,16	
Atípicos	0,18 (09)	0,06	0,17 (05)	0,08	0,20 (04)	0,10	
Estabilizadores de humor	0,64 (37)	0,12	0,70 (23)	0,18	0,57 (14)	0,18	0,6321
Hipnóticos e sedativos	3,63 (162)	0,50	5,49 (122)	0,92	1,55 (40)	0,33	0,0004
Outros	0,20 (08)	0,09	0,34 (06)	0,17	0,04 (02)	0,04	
Benzodiazepínicos	3,55 (158)	0,51	5,34 (119)	0,92	1,55 (39)	0,33	

Dados da amostra Parte II (N=2.935), com peso.

EP: Erro-padrão.

*Ao menos um psicofármaco entre as classes dos antidepressivos e/ou antipsicóticos e/ou estabilizadores de humor e/ou hipnóticos e sedativos.

^aAntidepressivos tricíclicos.

^bInibidores seletivos da recaptação de serotonina.

^cInibidores da recaptação de serotonina-norepinefrina.

^dInibidores da monoaminoxidase.

6.1.4 Uso exclusivo e combinado de psicofármacos por gênero

Na Tabela 8 são apresentadas as prevalências de uso de psicofármacos, uso exclusivo e uso combinado de psicofármacos na amostra e a influência de gênero no padrão de uso (modelo de regressão logística simples).

Considerando o uso exclusivo de uma única classe terapêutica, 3,61% (n=157) dos sujeitos entrevistados referiram usar apenas uma classe de psicofármacos. O uso exclusivo de hipnóticos e sedativos foi 1,79% (65) e dos antidepressivos foi 1,69% (84).

Embora o sujeito possa ter usado outras classes de psicofármacos, a mais frequente combinação de uso foi entre os antidepressivos e os hipnóticos e sedativos (1,41%; n=79). O uso combinado entre as demais classes farmacológicas foi bem menos frequente.

As mulheres apresentaram aproximadamente três vezes a chance de usar psicofármacos em relação aos homens (OR=2,99; IC 95%=1,89-4,74), quatro vezes a chance de usar antidepressivos (OR=3,92; IC 95%=2,63-5,84) e ao redor de 3,7 a chance de usar hipnóticos/sedativos (OR=3,68; IC 95%=2,02-6,71).

O uso exclusivo de psicofármacos também foi significativo entre as mulheres, principalmente para o uso de hipnóticos/sedativos e antidepressivos (OR=3,60; IC 95% 2,01-6,45 e OR=3,49; IC 95% 1,94-6,29).

O uso combinado de antidepressivos e hipnóticos/sedativos foi significativamente maior em mulheres (OR=6,22; IC 95% 2,33-16,65), assim como o uso combinado de antipsicóticos e hipnóticos/sedativos (OR=11,33; IC 95% 2,68-47,99).

Tabela 8 – Prevalência de uso de ao menos um, uso exclusivo e combinado de psicofármacos no ano anterior à entrevista por classes farmacológicas, segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.935)

Psicofármacos	AMOSTRA TOTAL (N=2.935)				
	% (n)	EP	OR (IC 95%)	X ²	p
Ao menos um	6,13 (289)	0,6	2,99 (1,89-4,74)	21,73	<0,0001
Antidepressivos	3,46 (184)	0,34	3,92 (2,63-5,84)	45,23	<0,0001
Antipsicóticos	0,61 (30)	0,12	0,99 (0,39-2,52)	0	0,985
Estabilizadores de humor	0,64 (37)	0,12	1,23 (0,52-2,93)	0,23	0,6352
Hipnóticos e sedativos	3,63 (162)	0,50	3,68 (2,02-6,71)	18,20	<0,0001
Benzodiazepínicos	3,55 (158)	0,51	3,60 (1,97-6,55)	17,51	<0,0001
Uso exclusivo*					
Um psicofármaco ^a	3,61 (157)	0,47	3,31 (2,07-5,30)	24,96	<0,0001
Antidepressivos	1,69 (84)	0,24	3,49 (1,94-6,29)	17,31	<0,0001
Antipsicóticos	0,02 (03)	0,02	-	796,54	<0,0001
Estabilizadores de humor	0,11 (05)	0,05	0,31 (0,04-2,20)	1,37	0,2419
Hipnóticos e sedativos	1,79 (65)	0,41	3,60 (2,01-6,45)	18,51	<0,0001
Benzodiazepínicos	1,79 (65)	0,41	3,60 (2,01-6,45)	18,51	<0,0001
Uso combinado[§]					
Antidepressivos e antipsicóticos	0,31 (16)	0,08	1,78 (0,35-9,02)	0,48	0,4887
Antidepressivos e Estabilizadores de humor	0,26 (18)	0,06	1,38 (0,44-4,35)	0,30	0,5866
Antidepressivos e hipnóticos e sedativos	1,41 (79)	0,22	6,22 (2,33-16,65)	13,27	0,0003
Antipsicóticos e hipnóticos e sedativos	0,20 (11)	0,08	11,33 (2,68-47,99)	10,87	0,001
Estabilizadores de humor e antipsicóticos	0,10 (07)	0,04	1,24 (0,24-6,30)	0,07	0,7969
Estabilizadores de humor e hipnóticos e sedativos	0,35 (20)	0,09	1,54 (0,45-5,23)	0,48	0,4904

Dados da amostra Parte II (N=2.935), com peso.

OR: *Odds ratio*, IC95%: intervalo de confiança 95%, p=valor p, X²=qui-quadrado.

Gênero masculino foi usado como referência.

*Ao menos um psicofármaco entre as classes dos antidepressivos e/ou antipsicóticos e/ou estabilizadores de humor e/ou hipnóticos e sedativos.

*Uso exclusivo: apenas um psicofármaco.

§Uso combinado: duas classes farmacológicas.

6.1.5 Uso de psicofármacos por características sociodemográficas

Nesta subseção, apresentamos a influência de características sociodemográficas no desfecho de “uso de psicofármacos” no ano anterior à entrevista. Cabe ressaltar que, devido ao número pequeno de usuários de medicamentos psicotrópicos, examinaremos o desfecho agregado. As prevalências de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista na população geral, segundo características, são apresentadas na Tabela 9.

Na análise univariada, além dos resultados já apresentados anteriormente em relação ao gênero e à idade, verificamos que a proporção de pessoas que referiu utilizar psicofármacos foi maior entre os mais velhos que entre os mais novos, atingindo seu valor máximo nos indivíduos com 65 anos ou mais (OR=4,84; IC 95%=1,79-13,06).

O uso de psicofármacos apresentou relação inversa ao número de anos de estudo, sendo que a chance de usar psicofármacos para a categoria de escolaridade baixa (0-4 anos) foi quase 3 vezes maior (8,35%; OR=2,67; IC 95%=1,70-4,17, $p<0,05$), tomando-se como referência a categoria escolaridade alta (12 anos ou mais).

A renda familiar influenciou o uso. Os sujeitos com renda familiar média-baixa apresentaram menos chance de usar psicofármacos (OR=0,46; IC 95%=0,29-0,73) em relação à categoria de referência alta (maior do que 2,0).

Em relação ao estado civil, sujeitos separados, divorciados ou viúvos têm 87% a mais de chance de usar psicofármacos (OR=1,87; IC 95%=1,68-2,75) em relação à categoria de referência casado ou mora junto.

Quanto à ocupação, o uso de psicofármacos foi significativamente maior entre os trabalhadores do lar (OR=3,30; IC 95%=2,07-5,27), aposentados (OR=3,27; IC 95%=1,59-6,75) e desempregados (OR=1,94 IC 95%=1,11-3,42) do que entre os empregados (Tabela 9).

Tabela 9 – Prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista na população geral, segundo características sociodemográficas. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.935)

USO DE PSICOFÁRMACOS						
Variáveis	% (n)	EP	p	OR (IC 95%)	X ²	p
Uso geral	6,13 (289)	0,60				
Gênero			<0,0001		21,73	<0,0001
Feminino	8,81 (219)	1,11		2,99 (1,89–4,74)	21,73	<0,0001
Masculino*	3,13 (70)	0,49		1		
Idade (anos)			0,0004		27,58	<0,0001
18-24*	2,65 (15)	1,08		1		
25-34	4,38 (44)	0,86		1,68 (0,69–4,10)	1,30	0,2543
35-49	6,29 (115)	0,85		2,46 (1,00–6,02)	3,88	0,0489
50-64	10,25 (82)	1,52		4,19 (1,91–9,21)	12,70	0,0004
65 +	11,66 (33)	3,59		4,84 (1,79–13,06)	9,68	0,0019
Escolaridade			0,0002		24,05	<0,0001
Baixa (0-4)	8,35 (94)	1,00		2,67 (1,70–4,17)	18,42	<0,0001
Média-baixa (5-8)	7,39 (70)	1,60		2,33 (1,43–3,81)	11,52	0,0007
Média-alta (9-11)	5,42 (87)	0,84		1,68 (1,07–2,63)	5,068	0,0245
Alta (12 ou +)*	3,31 (38)	0,67		1		
Renda familiar			0,0258			
Baixa (0,5 ou menos)	6,70 (66)	0,94		0,79 (0,52–1,21)	1,19	0,2751
Média-baixa (0,5-1,0)	4,03 (69)	0,51		0,46 (0,29–0,73)	11,05	0,0009
Média-alta (1,0-2,0)	5,58 (68)	0,92		0,65 (0,42–1,00)	3,88	0,0489
Alta (maior do que 2,0)*	8,33(86)	1,49		1		
Estado civil			0,0161		15,02	0,0005
casado/mora junto*	5,87 (178)	0,69		1		
Separado/divorciado/viúvo	10,43 (81)	1,58		1,87 (1,68–2,75)	9,95	0,0016
solteiro	3,82 (30)	1,08		0,64 (0,33–1,21)	1,89	0,1689
Ocupação			0,0009		27,57	<0,0001
Empregados (incluindo estudantes)*	3,97 (128)	0,57		1		
Trabalhadores do lar	12,02 (75)	2,26		3,30 (2,07–5,27)	25,04	<0,0001
Aposentados	11,93 (47)	3,24		3,27 (1,59–6,75)	10,31	0,0013
Desempregados	7,45 (39)	1,39		1,94 (1,11–3,42)	5,33	0,0210

Dados da amostra Parte II (N=2.935), com peso.

EP: Erro-padrão, OR: *Odds ratio*, IC95%: intervalo de confiança 95%, p=valor p, X²=qui-quadrado, *categoria de referência.

Foram construídos modelos de regressão logística múltipla, para verificar a influência das variáveis sociodemográficas no uso de psicofármacos. No Modelo 1, incluímos as variáveis sociodemográficas, eliminando as não significativas pelo método de passo a passo (*stepwise*) com seleção para trás (*backward*). No Modelo 2, além das variáveis sociodemográficas, foram incluídas as variáveis número de transtorno e gravidade. Em ambos modelos, permaneceram as variáveis que apresentaram $p < 0,05$. Os resultados são apresentados na Tabela 10.

No modelo 1, permaneceram as variáveis gênero, idade, escolaridade, renda e ocupação.

No Modelo 1 de regressão logística múltipla, fixando as demais categorias, o aumento de um ano na idade aumenta 2% a chance de usar psicofármacos (IC 95%=1,01-1,04). As mulheres apresentam aproximadamente três vezes a chance de usar psicofármacos quando comparadas aos homens (OR=2,57; IC 95%=1,57-4,19). Em relação à escolaridade, sujeitos com escolaridade abaixo do nível superior tiveram maior chance de usar psicofármacos do que aqueles com nível superior. No que se refere à renda, sujeitos com renda abaixo do nível alto (considerado como referência) apresentaram chance significativamente menor de usar psicofármacos. Trabalhadores do lar e desempregados apresentaram aproximadamente duas vezes a chance de usar psicofármacos quando comparados aos empregados.

No Modelo 2 de regressão logística múltipla, no qual foram incluídas as variáveis número de transtorno mental e gravidade, permaneceram as variáveis idade, gênero, escolaridade e renda, com razões de chances próximas do Modelo 1, sendo que a variável ocupação foi excluída.

O uso de psicofármacos esteve associado à gravidade e ao número de transtornos. Para o aumento de uma categoria de gravidade, houve o aumento de 81% na chance de usar psicofármacos ($OR=1,81$; $IC\ 95\%=1,53-2,13$). Para o aumento de uma categoria do número de transtornos, houve um aumento de 36% na chance de usar psicofármacos ($OR=1,36$ $IC\ 95\%=1,17-1,59$) (Tabela 10).

Tabela 10 – Uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista, modelo de regressão logística múltipla – Modelo 1 e 2. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.935)

Variáveis	MODELO 1			MODELO 2		
	OR (95% IC)	X ²	p	OR (95% IC)	X ²	p
Idade (anos)	1,02 (1,01-1,04)	8,75	0,0031	1,04 (1,03-1,06)	22,50	<0,0001
Gênero		14,28	0,0002		14,71	0,0001
Feminino	2,57 (1,57-4,19)	14,28	0,0002	2,55 (1,58-4,11)	14,71	0,0001
Masculino*	1	-	-	1	-	-
Escolaridade		13,79	0,0032		22,1	<0,0001
Baixa (0-4)	2,19 (1,12-4,29)	5,28	0,0216	2,21 (1,23-3,99)	6,97	0,0083
Média-baixa (5-8)	2,52 (1,39-4,56)	9,27	0,0023	2,52 (1,41-4,52)	9,69	0,0019
Média-alta (9-11)	2,44 (1,49-4,01)	12,43	0,0004	2,90 (1,85-4,57)	21,22	<0,0001
Alta (12 ou +)*	1	-	-	1	-	-
Renda familiar		22,46	<0,0001		14,02	0,0029
Baixa (0,5 ou menos)	0,50 (0,29-0,86)	6,35	0,0117	0,51 (0,26-0,99)	4,01	0,0452
Média-baixa (0,5-1,0)	0,35 (0,22-0,55)	19,73	<0,0001	0,33 (0,18-0,62)	12,01	0,0005
Média-alta (1,0-2,0)	0,53 (0,35-0,80)	9,17	0,0025	0,51 (0,29-0,90)	5,33	0,0209
Alta (maior do que 2,0)*	1	-	-	1	-	-
Ocupação		9,53	0,023			
Empregados (incluindo estudantes)*	1	-	-	-	-	-
Trabalhadores do lar	1,82 (1,16-2,84)	6,91	0,0086	-	-	-
Aposentados	1,50 (0,85-2,63)	1,98	0,1599	-	-	-
Desempregados	1,91 (1,07-3,42)	4,75	0,0292	-	-	-
Número de transtorno	-	-	-	1,36 (1,17-1,59)	15,71	<0,0001
Gravidade	-	-	-	1,81 (1,53-2,13)	49,76	<0,0001

Dados da amostra Parte II (N=2.935), com peso.

EP: Erro-padrão, OR: Odds ratio, IC95%: intervalo de confiança 95%, p=valor p, X²=qui-quadrado.

*Categoria de referência.

Gravidade: Grave, moderado, leve e nenhuma.

Renda familiar per capita em salários mínimos.

Número de transtorno: nenhum, 1, 2 e 3 ou mais.

6.2 Seção II – Uso de psicofármacos na subamostra com algum diagnóstico de transtorno psiquiátrico nos 12 meses anteriores à entrevista

Nesta seção, descreveremos o uso de psicofármacos na subamostra de sujeitos com ao menos um diagnóstico de transtorno psiquiátrico no ano anterior à entrevista, de acordo com o WMH-CIDI.

Primeiramente, apresentaremos a prevalência de transtornos psiquiátricos na amostra total. Posteriormente, apresentaremos o uso de ao menos um psicofármaco pertencente às classes dos antidepressivos, e/ou dos antipsicóticos, e/ou dos estabilizadores do humor, e/ou dos hipnóticos e sedativos por sujeitos com algum diagnóstico de transtorno psiquiátrico (n=1.271). Apresentaremos também a prevalência do uso de cada classe medicamentosa individualmente, em sujeitos com algum diagnóstico de transtorno psiquiátrico no ano anterior à entrevista, a saber: uso dos antidepressivos, dos antipsicóticos, dos estabilizadores do humor e dos hipnóticos e sedativos (incluindo os benzodiazepínicos).

6.2.1 Prevalência de transtornos psiquiátricos na amostra total

A prevalência estimada de transtornos psiquiátricos na amostra total, Parte II, (N=2.935) é apresentada na Tabela 11.

A proporção de sujeitos residentes na região metropolitana de São Paulo com algum diagnóstico DSM-IV/CIDI no ano anterior à entrevista na amostra total foi aproximadamente 30% (29,49%; n=1.271).

Os transtornos de ansiedade (19,89%; n=836) e de humor (11,81%; n=567) foram os mais frequentes, seguidos por transtornos do controle de impulso (4,51%; n=191) e uso de substância (3,79%; n=163).

Dos transtornos específicos, fobia específica foi o mais frequente, com 11,04% (n=471) com este diagnóstico, seguido por transtorno depressivo maior, presente em 10,15%; (n=488) dos respondentes. Aproximadamente 4% dos sujeitos preencheram critérios para fobia social e para transtorno obsessivo-compulsivo e aproximadamente 3% preencheram critério para transtorno explosivo intermitente e abuso de álcool.

Aproximadamente 18% da amostra (17,80%; n=731) apresentou somente um transtorno. Entretanto a comorbidade foi frequente, em torno de 6% apresentando dois transtornos (5,86%; n=262), e a mesma proporção apresentando três ou mais transtornos psiquiátricos (5,83%; n=278).

Em relação à gravidade, os casos com transtornos ativos foram similarmente distribuídos de acordo com a categoria de gravidade: graves (9,97%; n=465), moderados (9,71%; n=409) e leves (9,82%; n=397).

Tabela 11 – Prevalência de transtornos psiquiátricos na amostra total, no ano anterior à entrevista, de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=2.935)

Grupo diagnóstico	Transtorno Psiquiátrico	PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSQUIÁTRICOS (N=2.935)	
		% (n)	EP
Transtornos de ansiedade	Transtorno de pânico	1,18 (61)	0,20
	Transtorno de ansiedade generalizada	2,24 (128)	0,27
	Fobia específica	11,04 (471)	0,72
	Fobia social	4,18 (174)	0,55
	Agorafobia sem transtorno de pânico	1,70 (88)	0,29
	Transtorno de estresse pós-traumático	1,55 (80)	0,18
	Transtorno obsessivo-compulsivo	3,88 (155)	0,38
	Ansiedade de separação em adulto	2,01 (95)	0,29
	Qualquer transtorno de ansiedade	19,89 (836)	0,76
Transtornos de humor	Transtorno depressivo maior	10,15 (488)	0,72
	Distímia	1,37 (62)	0,28
	Transtorno bipolar tipo I e II	1,57 (73)	0,21
	Qualquer transtorno de humor	11,81 (567)	0,73
Transtornos por uso de substâncias	Abuso de álcool	2,98 (134)	0,39
	Dependência de álcool	1,48 (64)	0,18
	Abuso de drogas	0,66 (31)	0,16
	Dependência de drogas	0,61 (21)	0,17
	Qualquer transtorno por uso de substâncias	3,79 (163)	0,41
Transtornos de controle do impulso	Transtorno de déficit de atenção	0,93 (45)	0,20
	Transtorno desafiante de oposição	0,63 (20)	0,19
	Transtorno de conduta	0,42 (17)	0,10
	Transtorno explosivo intermitente	3,23 (137)	0,32
	Qualquer transtorno de controle do impulso	4,51 (191)	0,48
Qualquer transtorno 12-meses	Qualquer	29,49 (1271)	1,02
	0 transtorno	70,51 (1664)	1,02
	1 transtorno	17,80 (731)	0,67
	2 transtornos	5,86 (262)	0,44
	3 ou + transtornos	5,83 (278)	0,46
Gravidade	Grave	9,97 (465)	0,62
	Moderada	9,71 (409)	0,52
	Leve	9,82 (397)	0,59
	Nenhum transtorno	70,51 (1664)	1,02

Amostra Parte II, a prevalência foi calculada usando peso Parte 2 da amostra.

EP: Erro-padrão.

6.2.2 Uso de psicofármacos por sujeitos com algum diagnóstico de transtornos psiquiátricos na amostra total

6.2.2.1 Uso de psicofármacos por sujeitos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos

O uso de ao menos um psicofármaco das classes dos antidepressivos, e/ou antipsicóticos, e/ou estabilizadores do humor, e/ou hipnóticos e sedativos por sujeitos com diagnóstico de transtorno psiquiátrico no ano anterior à entrevista e segundo gênero é apresentado na Tabela 12.

A prevalência de uso de psicofármacos entre os sujeitos da amostra com diagnóstico para transtornos mentais foi 13,75% (n=208). O uso de psicofármacos foi mais frequente entre aqueles com transtorno de humor (24,93%; n=143), seguido por transtorno de ansiedade (14,43%; n=152). Aproximadamente 10% dos sujeitos com transtorno por uso de substância (n=18) e transtorno de controle do impulso (n=27) referiram o uso de psicofármacos.

Dentre os sujeitos com diagnóstico de transtornos de humor, o uso foi mais frequente entre aqueles com diagnóstico de transtorno bipolar I e II (33,62%; n=25) e, dentre os com transtornos de ansiedade, aqueles com transtorno do pânico foram os que tiveram a maior proporção referindo ter recebido prescrição de psicofármacos para tratamento (49,88%; n=28). Aproximadamente um terço dos respondentes com diagnóstico de agorafobia sem transtorno de pânico (29,84%; n=28) foram medicados. A proporção menor de sujeitos foi medicada naqueles com transtorno por uso de

substâncias, e com transtorno de controle do impulso: somente 17% de sujeitos com dependência de álcool e cerca de 12% dos sujeitos com abuso e/ou dependência de droga. Dentre os sujeitos que preencheram critérios para transtorno de controle do impulso, somente cinco indivíduos com transtorno de conduta (22,58%; n=5) e doze com transtorno de déficit de atenção (21,79%; n=12) relataram o uso de psicofármacos (Tabela 12).

6.2.2.1.1 Uso de psicofármacos e comorbidade

Em relação à comorbidade, observou-se um aumento na frequência do uso de ao menos um psicofármaco com o aumento do número de transtornos psiquiátricos. A maior frequência de uso foi entre os sujeitos que apresentam três transtornos ou mais (26,91%; n=81), seguido por dois transtornos (15,21%; n=42). Dos sujeitos que apresentavam um transtorno, apenas 8,96% (n=85) referiram uso de psicofármacos (Tabela 12).

6.2.2.1.2 Uso de psicofármacos e gravidade

Considerando a gravidade dos transtornos, houve maior relato de uso de ao menos um psicofármaco por sujeitos com transtornos considerados graves (23,77%; n=123) e de moderada gravidade (10,68%; n=50) do que para os casos considerados leves (6,60%; n=35) (Tabela 12).

6.2.2.1.3 Uso de psicofármacos e gênero

Quando comparamos a utilização de psicofármacos segundo o gênero, observamos que o uso foi significativamente maior entre as mulheres com diagnóstico de transtorno de controle de impulso (OR=3,19; IC95%=1,07-9,50), transtorno obsessivo-compulsivo (OR=5,33; IC 95%=1,91-14,93), ansiedade de separação em adulto (OR=18,50; IC 95%=2,93-116,77), distímia (OR=16,06; IC 95%=1,40-184,97) e dependência de drogas (OR=9,31; IC 95%=1,48-58,82). O uso de psicofármaco foi significativamente maior entre as mulheres que apresentam três ou mais transtornos do que entre os homens (OR=2,51; IC95%=1,12-5,66). Em relação à gravidade, mulheres com transtornos leves tiveram quatro vezes mais chances de usar psicofármacos do que homens com transtornos de gravidade similar (OR=4,17; IC95% 1,23-14,18) (Tabela 12).

6.2.2.1.4 Uso de psicofármacos por sujeitos sem diagnóstico de transtornos psiquiátricos

Como relatado anteriormente, a prevalência de uso de ao menos um psicofármaco entre os sujeitos da amostra com diagnóstico para transtornos mentais foi 13,75% (n=208). Não obstante, foi relatado também uso de psicofármacos por 2,94% (n=81) dos sujeitos sem diagnóstico psiquiátrico. Dessa forma, verifica-se que o uso de psicofármacos entre os sujeitos da amostra com diagnóstico para transtornos mentais foi proporcionalmente cinco vezes maior do que entre os sujeitos sem diagnóstico. Em relação ao gênero, as mulheres sem diagnóstico para transtorno psiquiátrico usaram mais

psicofármacos do que os homens na mesma situação (OR=6,01; IC 95%=2,45-14,73); $p<0,0001$) (Tabela 12).

Tabela 12 – Proporção de uso de ao menos um psicofármaco no ano anterior à entrevista, entre os sujeitos com diagnóstico de transtorno mental, de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI, segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=1.271)

Transtornos Psiquiátricos	USO DE PSICOFÁRMACOS					
	N	% (n)	EP	OR (IC 95%)	χ^2	p
Transtornos de ansiedade						
Transtorno de pânico	61	49,88 (28)	9,45	2,98 (0,63-13,98)	1,91	0,1668
Transtorno de ansiedade generalizada	128	16,21 (19)	4,37	1,10 (0,19-6,54)	0,01	0,9138
Fobia específica	471	14,56 (89)	1,76	0,57 (0,25-1,31)	1,78	0,1823
Fobia social	174	21,99 (42)	3,34	1,90 (0,61-5,93)	1,23	0,2665
Agorafobia sem transtorno de pânico	88	29,84 (28)	4,24	1,86 (0,40-8,64)	0,63	0,4280
Transtorno de estresse pós-traumático	80	15,87 (19)	4,09	0,59 (0,10-3,57)	0,33	0,5677
Transtorno obsessivo-compulsivo	155	14,00 (29)	3,33	5,33 (1,91-14,93)	10,16	0,0014
Ansiedade de separação em adulto	95	19,65 (21)	4,79	18,50 (2,93-116,77)	9,64	0,0019
Qualquer transtorno de ansiedade	836	14,43 (152)	1,40	1,08 (0,55-2,12)	0,05	0,8204
Transtornos de humor						
Transtorno depressivo maior	488	23,44 (116)	2,18	1,29 (0,55-3,03)	0,35	0,5535
Distímia	62	21,34 (18)	7,30	16,06 (1,40-184,97)	4,96	0,0260
Transtorno bipolar tipo I e II	73	33,62 (25)	7,56	0,80 (0,19-3,39)	0,09	0,7589
Qualquer transtorno de humor	567	24,93 (143)	2,25	1,14 (0,50-2,62)	0,10	0,7495
Transtornos por uso de substâncias						
Abuso de álcool	134	9,70 (13)	3,06	1,39 (0,44-4,40)	0,32	0,5745
Dependência de álcool	64	16,91 (10)	7,18	1,39 (0,36-5,33)	0,23	0,6334
Abuso de drogas	31	12,38 (04)	6,36	2,21 (0,50-9,76)	1,10	0,2949
Dependência de droga	21	11,65 (03)	7,42	9,31 (1,48-58,82)	5,63	0,0176
Qualquer transtorno por uso de substâncias	163	10,85 (18)	3,09	2,01 (0,66-6,14)	1,51	0,2189
Transtornos de controle do impulso						
Transtorno de déficit de atenção	45	21,79 (12)	7,03	22,91 (6,03-87,00)	21,16	<0,0001
Transtorno desafiante de oposição	20	8,91 (03)	5,59	0,81 (0,53-1,25)	0,93	0,3361
Transtorno de conduta	17	22,58 (05)	10,46	101,15 (79,22-129,16)	1370,44	<0,0001
Transtorno explosivo intermitente	137	8,33 (16)	1,84	3,16 (0,68-14,78)	2,14	0,1438
Qualquer transtorno de controle do impulso	191	10,16 (27)	1,89	3,19 (1,07-9,50)	4,36	0,0368
Qualquer transtorno 12-meses						
Qualquer	1271	13,75 (208)	1,02	1,40 (0,78-2,48)	1,28	0,2583
0 transtorno	1664	2,94 (81)	0,60	6,01 (2,45-14,73)	15,34	<0,0001
1 transtorno	731	8,96 (85)	1,21	1,38 (0,71-2,68)	0,90	0,3426
2 transtornos	262	15,21 (42)	2,78	0,88 (0,33-2,34)	0,06	0,8011
3+ transtornos	278	26,91 (81)	3,34	2,51 (1,12-5,66)	4,95	0,0262
Gravidade						
Grave	465	23,77 (123)	2,66	1,46 (0,76-2,79)	1,30	0,254
Moderada	409	10,68 (50)	1,89	0,95 (0,34-2,65)	0,01	0,9169
Leve	397	6,60 (35)	1,13	4,17 (1,23-14,18)	5,23	0,0221
Nenhuma	1664	2,94 (81)	0,60	6,01 (2,45-14,73)	15,34	<0,0001

Dados da amostra Parte II (N=2.935), com peso. Gênero masculino foi usado como referência.

EP: Erro-padrão, OR: Odds ratio, IC95%: intervalo de confiança 95%, p=valor p, χ^2 =qui-quadrado.

6.2.2.2 Uso de antidepressivos por sujeitos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos nos 12 meses anteriores à entrevista

O uso de antidepressivos por sujeitos com qualquer diagnóstico de transtorno psiquiátrico 12 meses anteriores à entrevista e segundo gênero é apresentado na Tabela 13.

A prevalência de uso de antidepressivos no ano anterior à entrevista entre sujeitos com diagnóstico de acordo com o DSM-IV/WMH-CIDI foi 9,10% (n=145), constituindo-se a primeira classe de psicofármacos mais referida. O uso foi mais frequente entre os sujeitos com transtorno de humor (17,94%; n=107), seguido por transtorno de ansiedade (9,04%; n=103), transtorno de controle de impulso (6,76%; n=18) e transtorno por uso de substâncias (5,08%, n=10) (Tabela 13).

Dos sujeitos com diagnóstico de transtornos de humor, o uso foi similar para os sujeitos com transtorno depressivo maior, transtorno bipolar I e II e distímia (18,05%; n=90, 17,41%; n=16 e 15,01%; n=13, respectivamente).

Para a categoria transtornos de ansiedade, a proporção de uso dentre sujeitos com transtorno do pânico (36,81%; n=21) se destacou quando comparada com os outros transtornos mais frequentes, por exemplo, agorafobia sem transtorno de pânico (18,62%) e fobia social (16,57%).

Entre os sujeitos com transtornos por uso de substâncias, os dependentes de drogas (9,10%) e de álcool (6,43%) foram os que mais relataram o uso.

Para o grupo de transtornos de controle do impulso, sujeitos com transtorno de conduta (14,17%) e transtorno de déficit de atenção (9,36%) foram os que mais relataram o uso (Tabela 13).

Considerando o número de transtornos, sujeitos com três transtornos utilizaram quase o dobro (18,23%) de antidepressivos quando comparado aos sujeitos com dois transtornos (9,38%), e o triplo quando comparado aos sujeitos com somente um transtorno (6,02%) (Tabela 13).

Conforme esperado, o maior relato do uso de antidepressivos ocorreu entre sujeitos com transtornos considerados graves (15,00%; n=84), seguidos pelos casos de moderada (8,49%; n= 40) ou de leve gravidade (3,71%; n=21) (Tabela 13).

O uso de antidepressivos em mulheres foi aproximadamente três vezes maior para qualquer transtorno 12 meses do que entre os homens (OR=2,61; 95% IC 1,45-4,71) ($p=0,0014$). Mulheres com qualquer transtorno de ansiedade (OR=2,79; IC95%=1,17-6,65) ($p=0,0204$) e qualquer transtorno do uso de substâncias (OR=4,90; IC95%=1,23-19,51) ($p=0,0242$) relataram maior uso de antidepressivos que os homens. Houve maior relato de uso por mulheres com três ou mais transtornos (OR=6,29; IC 95%=2,71-14,59) e para os casos graves (OR=3,21; IC 95%=1,71-6,00) e leves (OR=4,51; IC 95%=1,26-16,09) ($p<0,05$) (Tabela 13).

A proporção de sujeitos sem diagnóstico que referiu o uso de antidepressivos foi 1,10% (n=39) (Tabela 13).

O uso exclusivo de antidepressivos foi 3,89%, e a maior proporção foi entre sujeitos com transtorno de pânico (10,61%) (Tabela 17).

Tabela 13 – Proporção de uso de antidepressivos no ano anterior à entrevista, entre os sujeitos com diagnóstico de transtorno mental, de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI, segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=1.271)

Transtorno Psiquiátrico	USO DE ANTIDEPRESSIVOS					
	N	% (n)	EP	OR (IC 95%)	χ^2	p
Transtornos de ansiedade						
Transtorno de pânico	61	36,81 (21)	6,74	13,68 (1,82-102,89)	6,45	0,0111
Transtorno de ansiedade generalizada	128	10,24 (14)	3,29	3,96 (0,48-32,75)	1,63	0,2022
Fobia específica	471	8,65 (58)	1,20	1,56 (0,55-4,44)	0,68	0,409
Fobia social	174	16,57 (32)	2,85	4,85 (1,01-23,23)	3,89	0,0485
Agorafobia sem transtorno de pânico	88	18,62 (21)	3,19	-	-	-
Transtorno de estresse pós-traumático	80	10,72 (14)	3,64	6,28 (1,75-22,55)	7,94	0,0048
Transtorno obsessivo-compulsivo	155	11,04 (22)	2,37	11,82 (2,11-66,33)	7,88	0,005
Ansiedade de separação em adulto	95	14,39 (15)	4,25	11,93 (1,84-77,25)	6,77	0,0093
Qualquer transtorno de ansiedade	836	9,04 (103)	0,95	2,79 (1,17-6,65)	5,38	0,0204
Transtornos de humor						
Transtorno depressivo maior	488	18,05 (90)	1,95	1,44 (0,64-3,21)	0,77	0,3797
Distímia	62	15,01 (13)	4,75	10,10 (0,88-116,07)	3,44	0,0635
Transtorno bipolar tipo I e II	73	17,41 (16)	4,57	7,78 (1,55-39,04)	6,21	0,0127
Qualquer transtorno de humor	567	17,94 (107)	1,77	1,81 (0,87-3,73)	2,54	0,1108
Transtornos por uso de substâncias						
Abuso de álcool	134	3,63 (6)	1,65	2,36 (0,41-13,75)	0,92	0,3382
Dependência de álcool	64	6,43 (5)	3,37	3,51 (0,49-25,24)	1,55	0,2131
Abuso de drogas	31	4,29 (2)	3,10	-	-	-
Dependência de droga	21	9,10 (2)	6,93	-	-	-
Qualquer transtorno do uso de substâncias	163	5,08 (10)	1,82	4,90 (1,23-19,51)	5,08	0,0242
Transtornos de controle do impulso						
Transtorno de déficit de atenção	45	9,36 (6)	4,67	-	-	-
Transtorno desafiante de oposição	20	7,11 (2)	5,16	1,30 (0,86-1,96)	1,49	0,2227
Transtorno de conduta	17	14,17 (4)	8,26	26,36 (20,64-33,65)	688,27	<0,0001
Transtorno explosivo intermitente	137	7,17 (13)	1,83	3,26 (0,59-17,95)	1,84	0,1747
Qualquer transtorno de controle do impulso	191	6,76 (18)	1,68	2,95 (0,97-8,98)	3,65	0,0561
Qualquer transtorno 12-meses						
Qualquer	1271	9,10 (145)	0,77	2,61 (1,45-4,71)	10,20	0,0014
0 transtorno	1664	1,10 (39)	0,25	3,52 (1,12-11,01)	4,67	0,0308
1 transtorno	731	6,02 (57)	0,92	2,37 (0,99-5,69)	3,74	0,0532
2 transtornos	262	9,38 (28)	2,22	1,35 (0,55-3,32)	0,43	0,5129
3 ou + transtornos	278	18,23 (60)	1,99	6,29 (2,71-14,59)	18,36	<0,0001
Gravidade						
Grave	465	15,00 (84)	1,75	3,21 (1,71-6,00)	13,23	0,0003
Moderada	409	8,49 (40)	1,79	1,76 (0,46-7,27)	0,61	0,4357
Leve	397	3,71 (21)	0,85	4,51 (1,26-16,09)	5,38	0,0204
Nenhuma	1664	1,10 (39)	0,25	3,52 (1,12-11,00)	4,67	0,0308

Dados da amostra Parte II (N=2.935), com peso.

EP: Erro-padrão, OR: Odds ratio, IC95%: intervalo de confiança 95%, p=valor p, χ^2 =qui-quadrado. Gênero masculino foi usado como referência.

6.2.2.3 Uso de antipsicóticos por sujeitos com algum diagnóstico de transtornos psiquiátricos nos 12 meses anteriores à entrevista

O uso de antipsicóticos por sujeitos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos nos 12 meses anteriores à entrevista e segundo gênero é apresentado na Tabela 14.

Os antipsicóticos foram pouco referidos pelos sujeitos com qualquer transtorno no ano anterior à entrevista (1,61%; n=24). O relato de uso foi discretamente maior para a categoria transtorno de humor (3,01; n=18). Houve maior relato de uso entre os sujeitos com os seguintes transtornos específicos: agorafobia sem transtorno de pânico (13,20%; n=8), transtorno bipolar tipo I e II (12,59%; n=7), abuso de drogas (7,53%; n=2) e transtorno de conduta (7,86%; n=2) (Tabela 14).

Em relação à comorbidade, observou-se que sujeitos com três ou mais transtornos fizeram maior uso do que os sujeitos com dois ou um transtorno (4,01%, n=12; 2,17%, n=5 e 0,64%, n=7, respectivamente) (Tabela 14).

Houve maior aumento no uso de antipsicóticos por sujeitos com transtornos considerados graves (2,99%, n=16) (Tabela 14).

O uso de antipsicóticos foi significativamente maior entre as mulheres para os seguintes transtornos: obsessivo-compulsivo (OR=6,47 IC 95%=1,56-26-87, p=0,0101), desafiante de oposição (OR=2,46 IC 95%=1,64-3,69, p<0,0001) e transtorno de conduta (OR=8,83 IC 95%=6,92-11,28, p<0,0001). Por outro lado, as mulheres apresentaram chance significativamente menor de usar antipsicóticos para os casos de fobia específica (OR=0,19 IC 95%=0,07-0,51, p=0,0009) (Tabela 14), quando comparadas aos homens.

A proporção de sujeitos sem diagnóstico que referiu o uso de antipsicóticos foi 0,19% (n=6) (Tabela 14).

O uso exclusivo de antipsicóticos foi muito pequeno (0,05%; n=2) (dados não mostrados).

Tabela 14 – Proporção de uso de antipsicóticos no ano anterior à entrevista, entre os sujeitos com diagnóstico de transtorno mental, de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI, segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=1.271)

Transtorno Psiquiátrico	USO DE ANTIPSICÓTICOS					
	N	%	EP	OR (IC 95%)	χ^2	p
Transtornos de ansiedade						
Transtorno de pânico	61	3,24 (03)	2,41	0,40 (0,04-3,71)	0,65	0,4219
Transtorno de ansiedade generalizada	128	0	-	-	-	-
Fobia específica	471	2,29 (13)	0,89	0,19 (0,07-0,51)	10,95	0,0009
Fobia social	174	3,63 (06)	1,99	0,49 (0,06-3,92)	0,46	0,4991
Agorafobia sem transtorno de pânico	88	13,20 (08)	4,41	0,59 (0,11-3,33)	0,35	0,5526
Transtorno de estresse pós-traumático	80	2,54 (03)	1,69	1,08 (0,37-3,15)	0,02	0,8863
Transtorno obsessivo-compulsivo	155	4,86 (09)	1,88	6,47 (1,56-26,87)	6,61	0,0101
Ansiedade de separação em adulto	95	0,96 (02)	0,80	1,59 (0,11-23,28)	0,11	0,7364
Qualquer transtorno de ansiedade	836	1,88 (18)	0,54	0,58 (0,17-1,98)	0,75	0,3868
Transtornos de humor						
Transtorno depressivo maior	488	1,56 (11)	0,53	1,24 (0,20-7,68)	0,05	0,8203
Distímia	62	0,55 (01)	0,56	-	-	-
Transtorno bipolar tipo I e II	73	12,59 (07)	5,42	0,51 (0,09-3,05)	0,54	0,4626
Qualquer transtorno de humor	567	3,01 (18)	0,91	0,56 (0,15-2,03)	0,78	0,3771
Transtornos por uso de substâncias						
Abuso de álcool	134	0	-	-	-	-
Dependência de álcool	64	0	-	-	-	-
Abuso de drogas	31	7,53 (02)	5,83	1,17 (0,16-8,81)	0,02	0,8776
Dependência de droga	21	0	-	-	-	-
Qualquer transtorno do uso de substâncias	163	1,31 (02)	1,10	1,09 (0,07-18,25)	0,00	0,9518
Transtornos de controle do impulso						
Transtorno de déficit de atenção	45	2,49 (02)	1,77	1,86 (0,26-13,42)	0,38	0,5398
Transtorno desafiante de oposição	20	5,59 (02)	4,32	2,46 (1,64-3,69)	19,15	<0,0001
Transtorno de conduta	17	7,86 (02)	5,75	8,83 (6,92-11,28)	305,05	<0,0001
Transtorno explosivo intermitente	137	1,64 (03)	1,00	-	-	-
Qualquer transtorno de controle do impulso	191	1,62 (05)	0,79	2,57 (0,38-17,69)	0,92	0,3363
Qualquer transtorno 12-meses						
Qualquer	1271	1,61 (24)	0,42	0,81 (0,28-2,40)	0,14	0,709
0 transtorno	1664	0,19 (06)	0,11	0,34 (0,04-2,70)	1,04	0,3071
1 transtorno	731	0,64 (07)	0,38	1,34 (0,16-11,21)	0,07	0,7884
2 transtornos	262	2,17 (05)	0,73	0,53 (0,04-7,81)	0,22	0,6408
3+ transtornos	278	4,01 (12)	1,49	1,02 (0,17-6,13)	0,00	0,9828
Gravidade						
Grave	465	2,99 (16)	1,01	0,96 (0,26-3,73)	0,00	0,9817
Moderada	409	0,69 (04)	0,46	0,01 (<0,001-0,12)	13,06	0,0003
Leve	397	1,12 (04)	0,67	11,35 (1,01-127,99)	3,86	0,0493
Nenhuma	1664	0,19 (06)	0,11	0,34 (0,04-2,70)	1,04	0,3071

Dados da amostra Parte II (N=2.935), com peso.

EP: Erro-padrão, OR: Odds ratio, IC95%: intervalo de confiança 95%, p=valor p, χ^2 =qui-quadrado. Gênero masculino foi usado como referência.

6.2.2.4 Uso de estabilizadores de humor por sujeitos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos nos 12 meses anteriores à entrevista

O uso de estabilizadores de humor por sujeitos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos nos 12 meses anteriores à entrevista na amostra total, segundo gênero, é apresentado na Tabela 15.

Os estabilizadores de humor foram os psicofármacos menos utilizados pelos sujeitos com qualquer transtorno no ano anterior à entrevista (1,42%; n=25). O uso foi similar entre os sujeitos com transtorno do uso de substâncias (2,62%; n=6) e com transtorno de humor (2,57%, n=19), destacando-se nessa categoria de transtornos a distímia (7,19%; n=4) e o transtorno bipolar tipo I e II (5,55%; n=6) (Tabela 15).

Os estabilizadores do humor foram mais usados por sujeitos com três ou mais transtornos (4,12%, n=16) do que por sujeitos com dois (1,03%, n=2) ou um (0,67%, n=7) (Tabela 15).

Sujeitos com transtornos considerados graves referiram mais uso de estabilizadores do humor (2,54%, n=17) do que os sujeitos com casos considerados moderados (1,65%, n=7) ou leves (0,05%, n=1) (Tabela 15).

Não houve diferença entre os gêneros no uso de estabilizadores de humor (Tabela 15).

A proporção de sujeitos sem diagnóstico que referiu o uso de estabilizadores do humor foi 0,31%, n=12 (Tabela 15).

O uso exclusivo de estabilizadores de humor foi muito pequeno (0,23%; n=2) (dados não mostrados).

Tabela 15 – Proporção de uso de estabilizadores de humor no ano anterior à entrevista, entre os sujeitos com diagnóstico de transtorno mental, de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI, segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=1.271)

Transtorno Psiquiátrico	USO DE ESTABILIZADORES DE HUMOR					
	N	% (n)	EP	OR (IC 95%)	χ^2	p
Transtornos de ansiedade						
Transtorno de pânico	61	2,03 (01)	2,25	-	-	-
Transtorno de ansiedade generalizada	128	2,26 (03)	1,25	-	-	-
Fobia específica	471	1,30 (10)	0,45	0,62 (0,10-4,02)	0,25	0,6199
Fobia social	174	2,63 (06)	1,40	0,77 (0,09-6,80)	0,06	0,8101
Agorafobia sem transtorno de pânico	88	2,16 (04)	1,04	-	-	-
Transtorno de estresse pós-traumático	80	3,40 (03)	2,49	0,10 (0,01-1,95)	2,31	0,1289
Transtorno obsessivo-compulsivo	155	0,16 (01)	0,16	-	-	-
Ansiedade de separação em adulto	95	1,57 (03)	1,07	2,99 (0,23-38,85)	0,70	0,4028
Qualquer transtorno de ansiedade	836	1,48 (18)	0,47	0,87 (0,23-3,25)	0,05	0,832
Transtornos de humor						
Transtorno depressivo maior	488	1,90 (12)	0,51	0,59 (0,13-2,62)	0,49	0,4849
Distímia	62	7,19 (04)	4,50	-	-	-
Transtorno bipolar tipo I e II	73	5,55 (06)	1,53	0,82 (0,11-6,41)	0,03	0,8523
Qualquer transtorno de humor	567	2,57 (19)	0,65	0,67 (0,17-2,69)	0,32	0,5691
Transtornos por uso de substâncias						
Abuso de álcool	134	2,38 (04)	1,27	1,35 (0,12-14,80)	0,06	0,8075
Dependência de álcool	64	4,15 (03)	2,51	1,87 (0,14-25,56)	0,22	0,6386
Abuso de drogas	31	4,29 (02)	3,10	-	-	-
Dependência de droga	21	2,72 (01)	2,73	-	-	-
Qualquer transtorno do uso de substâncias	163	2,62 (06)	1,20	3,22 (0,60-17,30)	1,86	0,1723
Transtornos de controle do impulso						
Transtorno de déficit de atenção	45	2,11 (02)	1,58	-	-	-
Transtorno desafiante de oposição	20	0	-	-	-	-
Transtorno de conduta	17	0	-	-	-	-
Transtorno explosivo intermitente	137	1,12 (03)	0,67	1,01 (0,14-7,44)	0,00	0,9899
Qualquer transtorno de controle do impulso	191	0,98 (04)	0,63	1,67 (0,32-8,87)	0,37	0,5446
Qualquer transtorno 12-meses						
Qualquer	1271	1,42 (25)	0,33	0,56 (0,18-1,71)	1,05	0,3057
0 transtorno	1664	0,31 (12)	0,12	2,56 (0,61-10,87)	1,63	0,2014
1 transtorno	731	0,67 (07)	0,28	0,12 (0,02-0,65)	6,07	0,0138
2 transtornos	262	1,03 (02)	0,76	-	-	-
3+ transtornos	278	4,12 (16)	1,21	2,60 (0,58-11,71)	1,55	0,2136
Gravidade						
Grave	465	2,54 (17)	0,70	1,05 (0,26-4,30)	0,00	0,9465
Moderada	409	1,65 (07)	0,62	0,22 (0,04-1,27)	2,87	0,0902
Leve	397	0,05 (01)	0,05	-	254,29	-
Nenhuma	1664	0,31 (12)	0,12	2,56 (0,61-10,87)	1,63	0,2014

Dados da amostra Parte II (N=2.935), com peso. EP: Erro-padrão, OR: Odds ratio, IC95%: intervalo de confiança 95%, p=valor p, χ^2 =qui-quadrado. Gênero masculino foi usado como referência.

6.2.2.5 Uso de hipnóticos e sedativos por sujeitos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos nos 12 meses anteriores à entrevista

O uso de hipnóticos/sedativos por sujeitos com algum diagnóstico de transtornos psiquiátricos nos 12 meses anteriores à entrevista na amostra total, segundo gênero é apresentado na Tabela 16.

A prevalência de uso de hipnóticos/sedativos no ano anterior à entrevista entre sujeitos com diagnóstico de acordo com o DSM-IV/WMH-CIDI foi 7,81% (n=117), constituindo-se a segunda classe de psicofármacos mais referidas. O uso foi mais frequente em sujeitos com transtorno de humor (14,70%; n=82), seguidos por de ansiedade (8,08%; n=89), uso de substâncias (7,86%; 13) e de controle do impulso (5,80%; 16). Dentre os transtornos específicos, sujeitos com transtorno de pânico (33,66%; n=17), transtorno bipolar I e II (23,28%; n=19) e de conduta (15,89%; n=3), foram os que mais referiram o uso (Tabela 22) (Tabela 16). Os hipnóticos/sedativos foram representados quase na totalidade pelos benzodiazepínicos (7,55%; n=113) (Dados não mostrados).

Semelhante às outras classes de psicofármacos, o uso de hipnóticos/sedativos foi aproximadamente três vezes maior entre os indivíduos que apresentam três ou mais transtornos (16,20%; n=50) do que entre os que apresentam dois transtornos (6,08%, n= 19) ou um transtorno (5,62%, n=48) (Tabela 16).

Para os transtornos considerados graves, houve maior relato de uso de hipnóticos/sedativos (15,34%; n=77, benzodiazepínicos 14,68%; n=74) do que para os transtornos de moderada gravidade (4,21%; n=21) ou leve (3,73%; n=19) (Tabela 16).

O uso de hipnóticos/sedativos foi significativamente maior em mulheres com transtorno obsessivo-compulsivo (OR=6,95; IC95%=1,61-30,04; $p=0.0094$), abuso de drogas (OR=8,24; IC95%=1,87-36,38; $p=0,0054$), dependência de drogas (OR=9,31; IC95%=1,48-58,32; $p=0,0176$), transtorno de controle do impulso (OR=5,59; IC95%=1,13-27,71; $p=0,0352$) e transtorno de déficit de atenção (OR=17,53; IC95%=2,09-146,82; $p=0,0083$) (Tabela 16).

Sujeitos sem diagnóstico também referiram o uso de hipnóticos/sedativos (1,88%; $n=45$), sendo maior entre as mulheres (OR=13,02; IC 95%=4,11-41,25; $p<0,0001$) (Tabela 16).

Aproximadamente 3% dos sujeitos com transtorno mental ativo utilizaram exclusivamente um hipnótico/sedativo no ano anterior à entrevista. A maior frequência ocorreu entre os sujeitos com transtorno de déficit de atenção, dos quais 10,07% somente receberam esse tipo de medicação (Tabela 17).

Tabela 16 – Proporção de uso de hipnóticos/sedativos no ano anterior à entrevista, entre os sujeitos com diagnóstico de transtorno mental, de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI, segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=1.271)

Transtorno Psiquiátrico	USO DE HIPNÓTICOS/SEDATIVOS					
	N	% (n)	EP	OR (IC 95%)	χ^2	p
Transtornos de ansiedade						
Transtorno de pânico	61	33,66 (17)	8,90	1,74 (0,29-10,43)	0,37	0,542
Transtorno de ansiedade generalizada	128	8,39 (08)	3,58	0,46 (0,06-3,34)	0,60	0,4391
Fobia específica	471	7,66 (54)	1,30	0,79 (0,27-2,34)	0,18	0,6757
Fobia social	174	10,39 (23)	3,06	2,33 (0,55-9,79)	1,32	0,25
Agorafobia sem transtorno de pânico	88	13,51 (16)	3,29	9,87 (0,93-104,58)	3,61	0,0573
Transtorno de estresse pós-traumático	80	6,58 (10)	2,46	0,65 (0,09-4,69)	0,18	0,6714
Transtorno obsessivo-compulsivo	155	8,75 (19)	2,48	6,95 (1,61-30,04)	6,75	0,0094
Ansiedade de separação em adulto	95	12,58 (12)	4,31	-	-	-
Qualquer transtorno de ansiedade	836	8,08 (89)	1,04	1,09 (0,47-2,52)	0,04	0,8466
Transtornos de humor						
Transtorno depressivo maior	488	13,37 (62)	2,21	1,37 (0,44-4,28)	0,29	0,5879
Distímia	62	11,76 (09)	5,60	7,47 (0,54-104,15)	2,24	0,1349
Transtorno bipolar tipo I e II	73	23,28 (19)	5,48	1,43 (0,49-4,12)	0,43	0,5106
Qualquer transtorno de humor	567	14,70 (82)	2,34	1,30 (0,47-3,62)	0,26	0,6112
Transtornos por uso de substâncias						
Abuso de álcool	134	7,75 (10)	3,05	1,96 (0,48-8,05)	0,88	0,3492
Dependência de álcool	64	13,22 (07)	6,32	2,05 (0,44-9,53)	0,83	0,3614
Abuso de drogas	31	6,64 (03)	3,64	8,24 (1,87-36,38)	7,75	0,0054
Dependência de droga	21	11,65 (03)	7,42	9,31 (1,48-58,82)	5,63	0,0176
Qualquer transtorno por uso de substâncias	163	7,86 (13)	2,50	3,63 (0,87-15,06)	3,14	0,0763
Transtornos de controle do impulso						
Transtorno de déficit de atenção	45	13,27 (07)	5,98	17,53 (2,09-146,82)	6,98	0,0083
Transtorno desafiante de oposição	20	3,78 (01)	3,82	-	-	-
Transtorno de conduta	17	15,89 (3)	9,26	-	-	-
Transtorno explosivo intermitente	137	4,64 (10)	1,50	4,12 (0,73-23,28)	2,56	0,1096
Qualquer transtorno de controle do impulso	191	5,80 (16)	1,74	5,59 (1,13-27,71)	4,44	0,0352
Qualquer transtorno 12-meses						
Qualquer	1271	7,81 (117)	0,81	1,45 (0,66-3,16)	0,85	0,3563
0 transtorno	1664	1,88 (45)	0,55	13,02 (4,11-41,25)	19,03	<0,0001
1 transtorno	731	5,62 (48)	0,85	1,18 (0,46-3,02)	0,12	0,7294
2 transtornos	262	6,08 (19)	0,97	1,23 (0,24-6,25)	0,06	0,8004
3+ transtornos	278	16,26 (50)	2,99	2,33 (0,89-6,06)	2,99	0,0836
Gravidade						
Grave	465	15,34 (77)	2,06	1,30 (0,58-2,90)	0,417	0,5226
Moderada	409	4,21 (21)	1,10	2,18 (0,44-10,86)	0,90	0,3438
Leve	397	3,73 (19)	0,77	3,37 (0,79-14,39)	2,71	0,0999
Nenhuma	1664	1,88 (45)	0,55	13,02 (4,11-41,25)	19,03	<0,0001

Dados da amostra Parte II (N=2.935), com peso.

EP: Erro-padrão, OR: *Odds ratio*, IC95%: intervalo de confiança 95%, p=valor p, χ^2 =qui-quadrado. Gênero masculino foi usado como referência.

Tabela 17 – Proporção de uso exclusivo de psicofármacos no ano anterior à entrevista, entre os sujeitos com diagnóstico de transtorno mental, de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI, segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=1.271)

Transtorno Psiquiátrico	USO EXCLUSIVO DE PSICOFÁRMACOS			USO EXCLUSIVO DE ANTIDEPRESSIVOS			USO EXCLUSIVO DE HIPNÓTICOS/SEDATIVOS		
	% (n)	EP	OR (IC 95%)	% (n)	EP	OR (IC 95%)	% (n)	EP	OR (IC 95%)
Transtornos de ansiedade									
Transtorno de pânico	20,45 (11)	5,42	1,14 (0,20-6,60)	10,61 (7)	6,09	-	9,84 (4)	4,22	0,35 (0,03-3,76)
Transtorno de ansiedade generalizada	7,78 (8)	3,42	0,51 (0,06-4,35)	3,49 (5)	1,65	-	4,29 (3)	3,06	0,12 (0,01-1,93)
Fobia específica	7,56 (43)	1,31	0,77 (0,31-1,94)	4,31 (22)	1,05	0,99 (0,24-4,09)	2,77 (19)	0,73	0,8 (0,19-3,37)
Fobia social	10,74 (18)	2,48	2,06 (0,58-7,29)	7,90 (12)	2,80	5,41(0,58-50,24)	2,13 (5)	1,10	0,76 (0,11-5,23)
Agorafobia sem transtorno de pânico	12,39 (12)	3,54	8,88 (1,00-78,94)	8,47 (8)	2,90	-	3,92 (4)	2,22	2,31 (0,20-26,48)
Transtorno de estresse pós-traumático	8,93 (8)	3,89	0,25 (0,02-2,97)	3,96 (4)	3,15	-	2,45 (3)	1,63	0,05 (0-0,75)
Transtorno obsessivo-compulsivo	4,25 (9)	1,37	1,42 (0,26-7,84)	2,84(5)	1,12	3,28 (0,23-46,39)	1,41 (4)	0,75	0,37 (0,04-3,19)
Ansiedade de separação em adulto	9,99 (9)	3,19	-	5,77 (5)	2,83	-	4,21 (4)	2,43	-
Qualquer transtorno de ansiedade	7,26 (73)	1,11	0,94 (0,51-1,73)	3,93 (39)	0,93	2,14 (0,63-7,33)	2,92 (31)	0,60	0,55 (0,21-1,45)
Transtornos de humor									
Transtorno depressivo maior	12,45 (59)	1,59	1,14 (0,48-2,71)	8,46 (41)	1,43	1,26 (0,46-3,46)	3,98 (17)	0,99	0,93 (0,21-3,99)
Distímia	8,21 (7)	3,38	-	5,53 (5)	3,1	-	2,68 (2)	1,92	-
Transtorno bipolar tipo I e II	6,61 (5)	3,25	3,95 (1,01-15,53)	2,16 (1)	2,02	-	4,45 (4)	2,83	2,34 (0,52-10,65)
Qualquer transtorno de humor	11,58 (64)	1,3	1,33 (0,62-2,87)	7,56 (42)	1,3	1,48 (0,52-4,21)	4,01 (21)	0,99	1,07 (0,28-4,10)
Transtornos por uso de substâncias									
Abuso de álcool	4,08 (6)	1,46	0,59 (0,06-5,59)	1,25 (2)	0,87	<0.001	2,83 (4)	1,69	0,92 (0,07-11,85)
Dependência de álcool	6,19 (4)	3,87	<0.001	2,26 (2)	1,65	<0.001	3,93 (2)	3,09	<0.001
Abuso de drogas	2,35 (1)	2,19	<0.001	0			2,35 (1)	2,19	<0.001
Dependência de droga	2,56 (1)	2,58	<0.001	0			2,56 (1)	2,58	<0.001
Qualquer transtorno do uso de substâncias	3,66 (7)	1,42	0,46 (0,07-3,10)	1,43 (3)	0,83	<0.001	2,22 (4)	1,33	0,84 (0,07-10,32)

“continua”

Tabela 17 – (Continuação) Prevalência de uso exclusivo de psicofármacos nos 12 meses anteriores à entrevista, entre os sujeitos com diagnóstico de transtorno mental de acordo com os critérios do DSM-IV/WMH-CIDI, segundo gênero. São Paulo Megacity Mental Health Survey (N=1.271)

Transtorno Psiquiátrico	USO EXCLUSIVO DE PSICOFÁRMACOS			USO EXCLUSIVO DE ANTIDEPRESSIVOS			USO EXCLUSIVO DE HIPNÓTICOS/SEDATIVOS		
	% (n)	EP	OR (IC 95%)	% (n)	EP	OR (IC 95%)	% (n)	EP	OR (IC 95%)
Transtornos de controle do impulso									
Transtorno de déficit de atenção	17,37 (7)	6,83	28,46 (3,51-230,94)	7,29 (4)	4,48		10,07 (3)	5,77	11,25 (1,40-90,61)
Transtorno desafiante de oposição	3,33 (1)	3,38	<0.001	3,33 (1)	3,38	<0.001	0		
Transtorno de conduta	12,95 (2)	8,59		4,55 (1)	4,36		8,40 (1)	7,9	
Transtorno explosivo intermitente	4,85 (9)	1,64	2,24 (0,35-14,32)	3,69 (6)	1,55	2,18 (0,22-21,25)	1,16 (3)	0,72	2,31 (0,17-30,88)
Qualquer transtorno de controle do impulso	6,82 (15)	1,66	2,98 (0,80-11,18)	3,90 (9)	1,54	2,25 (0,50-10,12)	2,91 (6)	1,1	4,22 (0,47-37,62)
Qualquer transtorno 12-meses									
Qualquer	6,89 (104)	0,67	1,26 (0,82-1,93)	3,89 (60)	0,57	2,21 (1,13-4,32)	2,72 (40)	0,39	0,82 (0,38-1,76)
0 transtorno	2,24 (53)	0,58	8,59 (2,82-26,14)	0,77 (24)	0,22	3,73 (1,07-13,00)	1,41 (25)	0,55	20,94 (5,35-81,94)
1 transtorno	4,69 (49)	0,8	1,06 (0,54-2,08)	2,29 (26)	0,41	2,84 (0,79-10,22)	2,15 (20)	0,53	0,59 (0,20-1,77)
2 transtornos	8,76 (24)	2,17	0,97 (0,30-3,11)	5,54 (15)	1,74	1,16 (0,27-5,03)	2,55 (8)	0,99	1,37 (0,19-9,75)
3 ou + transtornos	11,73 (31)	1,48	2,41 (0,96-6,02)	7,10 (19)	1,98	4,48 (1,10-18,30)	4,63 (12)	1,37	1,12 (0,24-5,18)

Dados da amostra Parte II (N=2.935), com peso.

EP: Erro-padrão, OR: *Odds ratio*, IC95%: intervalo de confiança 95%, p=valor p, χ^2 =qui-quadrado.

Gênero masculino foi usado como referência.

Conclusão.

7 DISCUSSÃO

Nossos dados são provenientes de um estudo epidemiológico transversal de base populacional realizado com adultos (≥ 18 anos), residentes na maior área metropolitana do Brasil (composta pela cidade de São Paulo e 38 municípios), o *São Paulo Megacity Mental Health Survey* (SPMHS).

O *São Paulo Megacity Mental Health Survey* (SPMHS) é um dos poucos estudos no Brasil que utilizou uma entrevista estruturada para investigar com detalhes o uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista entre sujeitos da população geral. Esse estudo foi o primeiro a investigar o uso de psicofármacos entre sujeitos com algum diagnóstico para transtornos psiquiátricos no ano anterior à entrevista categorizados por gravidade. A metodologia do estudo SPMHS foi a mesma empregada em aproximadamente 28 países, possibilitando a comparação dos resultados encontrados e a obtenção de uma prevalência mundial aproximada. Esse estudo também pode ser visto como modelo para pesquisas futuras no Brasil, em regiões da América Latina ou em outros países em desenvolvimento no mundo.

A utilização do questionário totalmente estruturado, versão do *World Mental Health* para o *Composite International Diagnostic Interview* (WMH-CIDI), e a seleção de sujeitos com idade idêntica a dos outros países participantes permitem a comparação dos resultados com os resultados encontrados na população brasileira.

7.1 Prevalência de uso de psicofármacos na população geral

Os resultados revelam que a prevalência estimada do uso de ao menos um psicofármaco (entre antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores do humor e hipnóticos e sedativos) foi 6,13% na amostra total no ano anterior à entrevista. Esse resultado revela que o uso de psicofármacos é pouco frequente no Brasil em comparação com as prevalências estimadas nos estudos WMHS dos outros 28 países participantes, confirmando a primeira hipótese do nosso estudo de que a prevalência do uso de psicofármacos por respondentes nos 12 meses anteriores à entrevista é baixa. Esse resultado é próximo à prevalência encontrada em Israel (6,9%) (Grinshpoon et al., 2007), na Alemanha (5,9%) e na Holanda (7,4%) (Alonso et al., 2004b), mas muito inferior à encontrada em outros países da Europa, como Itália (13,7%) (Alonso et al., 2004b), Espanha (16,1%) (Codony et al., 2007), Bélgica (19,1%) (Bruffaerts et al., 2005) e França (21,4%) (Gasquet et al., 2005). Quando comparamos a prevalência de uso de psicofármacos com outros estudos brasileiros em que metodologia diferente foi utilizada, a prevalência foi aproximadamente a metade da prevalência encontrada por Tancredi (1979) (12%) na cidade de São Paulo, por Mari et al. (1993) na cidade de São Paulo (10,16%) e por Quintana et al. (2013) no Rio de Janeiro (11,18%).

Nos Estados Unidos, o uso de psicofármacos aumentou nos últimos anos (6,1% entre os anos 1988-1994 e 11,1% entre 1999-2002), embora não tenha se diferenciado muito dos valores europeus (Paulose-Ram et al., 2007). A

prevalência de uso de psicofármacos no Canadá (7,2%) (Beck et al., 2005) foi próxima a nossos resultados.

Levando-se em conta outros países do consórcio *World Mental Health Survey*, diferenças nas prevalências de uso de psicofármacos podem estar relacionadas a diversos fatores, como diferenças na prevalência dos transtornos mentais, na taxa de utilização de serviços de saúde e serviços de saúde mental, ou ainda nas leis que regulamentam as prescrições e a venda de psicofármacos (Alonso et al., 2004b). No caso dos estudos brasileiros, divergências metodológicas como a seleção e o tamanho da amostra, o instrumento utilizado, a idade dos participantes e a diferentes classes farmacológicas avaliadas (por exemplo, no estudo de Quintana et al. (2013), além dos antidepressivos, dos hipnóticos e sedativos, dos antipsicóticos e dos estabilizadores do humor, apresentaram-se dados de anticolinérgicos, anorexígenos, entre outras classes) podem justificar as diferenças nas prevalências.

7.1 1 Prevalência de uso por classes farmacológicas

Em nosso estudo, os hipnóticos e sedativos (representados em sua maioria pelos benzodiazepínicos) e os antidepressivos foram as duas classes de psicofármacos mais frequentemente referidas pela população geral, que, por outro lado, reportou pouco uso de estabilizadores de humor e antipsicóticos. Esse é o padrão de uso encontrado na maioria dos estudos prévios realizados na população geral, que utilizaram as classes farmacológicas como desfecho (Grinshpoon et al., 2007; Mari et al., 1993).

A prevalência de hipnóticos e sedativos/BDZs encontrada na região metropolitana de São Paulo (3,63%) foi próxima à prevalência encontrada em Israel (aproximadamente 6%) (Grinshpoon et al., 2007), mas inferior à achada na Espanha (11,4%) (Codony et al., 2007), na França (18,6%) (Gasquet et al., 2005) e na Bélgica (12,3%) (Bruffaerts et al., 2005).

Embora a comparação com outros estudos realizados no Brasil seja prejudicada por causa da metodologia diferente, podemos ressaltar que a prevalência de uso de hipnótico e sedativos/BZDs foi semelhante à da RMSP em algumas capitais brasileiras (BZDs 3,9%) na cidade de Botucatu (Brunoni et al., 2013), (BZDs 3,1%) no estudo de Lima et al. (2008) e aproximadamente 2% na pesquisa reportada por Quintana et al. (2013). É interessante observar que Mari e colaboradores (1993) encontraram uma prevalência de uso de hipnóticos/BZDs de aproximadamente 9%, bem superior a de outros estudos já mencionados, o que poderia indicar um efeito de período (contexto de época), ou seja, o padrão de prescrição da época.

Comparando nossos achados com outros estudos do WMHS, a prevalência de uso dos antidepressivos na RMSP (3,46%) foi superior à prevalência de uso no estudo israelense (2%) (Grinshpoon et al., 2007), mas inferior aos estudos espanhol (4,7%) (Codony et al., 2007), francês (6%) (Gasquet et al., 2005) e belga (7,2%) (Bruffaerts et al., 2005).

Em comparação com outros estudos brasileiros, a prevalência de uso de antidepressivos na RMSP foi inferior ao valor encontrado nas várias capitais brasileiras do estudo ELSA (6,9%) (Brunoni et al., 2013), na pesquisa de Lima et al. (2008) em Botucatu (5%) e no Rio de Janeiro (4,6%) por Quintana et al. (2013). Vale ressaltar que, na pesquisa de Mari et al. (1993) realizada também

na cidade de São Paulo há mais de vinte anos, somente 0,3% da amostra recebeu um antidepressivo, indicando que o padrão de prescrição na época privilegiava o uso de benzodiazepínicos, em detrimento dos antidepressivos, considerados hoje a primeira escolha no tratamento medicamentoso dos transtornos ansiosos e depressivos.

Dentro da classe antidepressivos, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina se destacaram, corroborando os achados na Bélgica (Bruffaerts et al., 2005) e na Espanha (Codony et al., 2007) e no Rio de Janeiro (Quintana et al., 2013). Dentre os inibidores seletivos da receptação de serotonina, a fluoxetina foi a substância mais reportada em nosso estudo.

A prevalência de estabilizadores de humor (0,64%) e antipsicóticos (0,61%) foi bastante baixa tanto nos nossos achados como nos outros estudos apresentados pela maioria dos países do *World Mental Health Survey Initiative* (Gasquet et al., 2005; Grinshpoon et al., 2007), sendo levemente superior na Bélgica e na Espanha (aproximadamente 2%) (Codony et al., 2007; Bruffaerts et al., 2005). Em nosso meio, Quintana e colaboradores (Quintana et al., 2013) encontraram uma prevalência bem maior para o uso de estabilizadores de humor (1,76%) no Rio de Janeiro.

Similar à prevalência encontrada na França (0,8%) (Gasquet et al., 2005) e em Israel (0,5%) (Grinshpoon et al., 2007), o uso de antipsicóticos foi baixo em nossa amostra. Bélgica (2,2%) (Bruffaerts et al., 2005) e Espanha (2,1%) (Codony et al., 2007) encontraram índices bem maiores. Na pesquisa relatada por Quintana e colaboradores (Quintana et al., 2013), a prevalência estimada esteve ao redor de 1,33% no Rio de Janeiro.

7.1.2 Prevalência de uso por características sociodemográficas

O uso declarado de psicofármacos no ano anterior à entrevista na amostra total foi maior em mulheres, em sujeitos mais velhos, entre aqueles com escolaridade abaixo do nível superior e nos de renda mais alta.

No modelo controlado para número de transtornos e gravidade, o uso de psicofármacos foi maior entre os casos mais graves e com maior número de transtornos psiquiátricos.

Consistentemente com a maioria de outros estudos, mulheres utilizaram mais psicofármacos que homens (Mari et al., 1993; Lima et al., 2008; Alonso et al., 2004b; Grinshpoon et al., 2007). O maior uso de psicofármacos por mulheres pode ser explicado por diversos fatores, como maior frequência de comorbidades psiquiátricas, principalmente depressão e ansiedade (Alonso et al., 2004b; Andrade et al., 2012; Medina-Mora et al., 2005), maior procura por ajuda profissional (Alonso et al., 2004b; Wang et al., 2007), maior frequência de abuso de psicofármacos prescritos (Simoni-Wastila, 2000) e maior frequência de uso de álcool entre os homens em situações de estresse que poderia restringir o uso dessa modalidade de medicamento, os quais potencialmente têm maior interação com o álcool (Cooper et al., 2007; Mellinger et al., 1971).

O aumento do uso de psicofármacos com o avançar da idade foi condizente com estudos prévios realizados (Codony et al., 2007; Bruffaerts et al., 2005; Quintana et al., 2013; Rodrigues et al., 2006). O uso aumentado com o avançar da idade pode ser explicado devido ao maior número de doenças crônicas e de medicamentos em geral, ao maior número de consultas médicas, à pior autopercepção da saúde (Carrasco-Garrido et al., 2013), ao declínio na

prevalência do uso do álcool e de outras substâncias (Alonso et al., 2004b). Todos esses fatores contribuem para aumentar o uso de psicofármacos entre os sujeitos com mais idade.

O uso de psicofármacos foi maior entre os previamente casados na análise univariada. O maior uso de psicofármacos entre separados, divorciados ou viúvos comparados aos casados ou aos solteiros tem sido comumente reportado na literatura e pode estar associado a uma maior prevalência de transtornos mentais comuns nesse grupo (Alonso et al., 2004b; Codony et al., 2007; Quintana et al., 2013). Essa hipótese pode explicar a saída desta variável na análise múltipla. Raciocínio semelhante pode ser empregado em relação à ocupação.

Em trabalhadores do lar, aposentados e desempregados, o uso de psicofármacos foi maior quando comparado aos empregados na análise univariada, achados que têm sido confirmados por estudos prévios (Grinshpoon et al., 2007; Lima et al., 2008). Entretanto a variável ocupação não revelou significância na análise múltipla incluindo as variáveis gravidade e comorbidade.

No que se refere à escolaridade, nossos achados indicam que, similarmente a outros estudos (Alonso et al., 2004b; Grinshpoon et al., 2007), com o aumento da escolaridade, diminui o uso desse tipo de medicação. Maior escolaridade pode estar associada à maior possibilidade de acesso à psicoterapia. Outras análises são necessárias para testar essa hipótese.

Em nosso estudo, observamos um menor uso de psicofármacos com a diminuição da renda familiar, achado consistente com Quintana et al. (2013), que demonstrou que a maior renda esteve associada ao maior uso de

psicofármacos na cidade do Rio de Janeiro. Resultados similares têm sido encontrados em outros estudos brasileiros (Lima et al., 2008; Mari et al., 1993). Lima et al. (2008) supõe que a baixa renda foi um fator limitante na aquisição de benzodiazepínicos e antidepressivos, apesar de essas classes de fármacos estarem disponíveis na rede pública.

Os resultados observados confirmaram a segunda hipótese de que o uso de psicofármacos é maior entre as mulheres, entre os mais velhos, e os de maior renda familiar.

Os achados discutidos até este ponto se limitaram ao uso de psicofármacos prescritos para sujeitos da população geral com situações patológicas diversas ou mesmo saudáveis. Entretanto é de se esperar uma maior frequência de uso de psicofármacos para o tratamento dos transtornos psiquiátricos entre sujeitos com algum diagnóstico de acordo com o DSM-IV/WMH-CIDI, o qual será abordado deste ponto em diante.

7.2 Prevalência de uso de psicofármacos na amostra com pelo menos um diagnóstico de transtorno psiquiátrico nos 12 meses anteriores à entrevista

7.2.1 Prevalência de Transtornos Psiquiátricos na amostra total

O estudo SPMHS apresenta os primeiros dados sobre a prevalência de transtornos mentais e os respectivos graus de gravidade na população adulta residente na maior área metropolitana do Brasil, podendo servir como modelo para futuros estudos na América Latina e em países em desenvolvimento. Os resultados revelam uma alta prevalência (29,49%) de transtornos mentais, dos quais em torno de 10% foram considerados de gravidade moderada a alta (9,97%), indicando a necessidade de cuidados de saúde mental em uma parcela expressiva da população geral adulta residente nesta região.

A comorbidade esteve presente em aproximadamente 12% dos sujeitos, os quais apresentam dois ou mais transtornos. Os transtornos de ansiedade (19,89%) e de humor (11,81%) foram os mais frequentes, destacando-se nessas categorias a fobia específica (11,04%) e o transtorno depressivo maior (10,15%). Menos frequentes foram os transtornos de controle de impulso (4,51%) e por uso de substâncias (3,79%).

Andrade et al. (2012), comparando esses resultados com as estimativas de prevalências de transtornos mentais em residentes de outros 23 países participantes da pesquisa, observaram que, na RMSP, as estimativas de

prevalência são maiores do que nos Estados Unidos e cerca de duas vezes as estimativas de países participantes com renda média-alta. Além disso, RMSP parece ter também a maior proporção de casos graves, assim como os transtornos de ansiedade e a depressão que também apresentaram prevalência maior do que em outros países participante.

As características da amostra da RMSP refletem o padrão de crescimento populacional desta megacidade na última década, em que cerca da metade da população é formada por imigrantes vindos de pequenas cidades e de áreas rurais, a maioria vivendo agora em regiões afastadas e com privação social. Ao mesmo tempo, houve aumento da violência urbana, uma das principais causas de morbidade e de mortalidade por causas externas. Eventos relacionados com crime estão associados com as comorbidades e gravidade, confirmando achados anteriores de que transtornos psiquiátricos são mais comuns entre habitantes expostos a eventos traumáticos em razão da urbanicidade (Andrade et al., 2012).

Lamentavelmente, embora a gravidade do transtorno esteja associada à procura por tratamento e por recebimento de serviços, a maioria da RMSP adulta com transtornos mentais ativos não recebeu tratamentos. Os resultados são descritos com detalhes por Andrade et al. (2012).

7.2.2 Uso de psicofármacos por sujeitos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos

Considerando os sujeitos da RMSP que apresentaram diagnóstico de transtorno mental no ano anterior à entrevista (N=1.271), menos de 15%

reportaram ter utilizado ao menos um psicofármaco para o tratamento de seus problemas com suas emoções, nervos, saúde mental, uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono ou capacidade de lidar com o estresse no mesmo período. Em relação à comorbidade, aproximadamente 40% dos sujeitos com dois ou mais transtornos referiram o uso de psicofármacos. Considerando à gravidade dos transtornos, houve um maior relato de uso de psicofármaco entre sujeitos com transtornos considerados graves (23,77%). Observa-se um *treatment gap* alto entre os sujeitos com algum diagnóstico de acordo com o DSM-IV/WMH-CIDI (aproximadamente 85%), entre os transtornos considerados graves (cerca de 75%) e entre aqueles com dois transtornos ou mais (aproximadamente 60%), pois não receberam tratamento farmacológico para seus transtornos

Comparando nossos resultados com o de outros países participantes do estudo, observamos que esta prevalência esteve mais próxima da prevalência encontrada em Israel (19,6%) (Grinshpoon et al., 2007), mas muito inferior à prevalência reportada na Espanha (41,2%) (Codony et al., 2007), na Bélgica (42%) (Bruffaerts et al., 2005) e na França (49%) (Casquet et al., 2005) no mesmo período.

Existem outros estudos prévios brasileiros que empregaram metodologias distintas da adotada no *São Paulo Megacity Mental Health Survey*. Em Botucatu, Lima et al. (2008), utilizando o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), verificaram que um em cada três sujeitos com provável transtorno mental comum (27,1%) utilizou psicofármacos nos três dias anteriores à entrevista. Já na cidade do Rio de Janeiro (Quintana et al., 2013), a prevalência de uso de psicofármacos em transtornos psiquiátricos nos 30 dias anteriores à entrevista

em sujeitos com 15 anos ou mais (instrumento CIDI 2.1 DSM-IV) foi 16% nos últimos 30 dias, estando mais próxima do nosso estudo (13,75%).

Houve variação na frequência de uso de psicofármacos de acordo com o transtorno apresentado. O uso de psicofármacos foi mais frequente entre aqueles com transtorno de humor (24,93%) e de ansiedade (14,43%) do que entre os sujeitos com transtorno por uso de substância e de controle do impulso (aproximadamente 10% cada).

O uso de psicofármaco em transtornos de humor na RMSP foi inferior à prevalência de uso de países como Israel (21,1%) (Grinshpoon et al., 2007), que foi bem menor que a apresentada por Codony et al. (2007) (62,4%) na Espanha, e por Bruffaerts et al. (2005) na Bélgica (61,1%). No Canadá, Beck et al. (2005) demonstraram que cerca de 30% dos sujeitos com transtornos de humor no ano anterior à entrevista usaram psicofármacos nos 2 dias anteriores à entrevista.

O uso declarado de psicofármacos para o tratamento dos transtornos de ansiedade em nosso estudo foi bastante inferior aos estudos em outros países — (Israel (25%) (Grinshpoon et al., 2007); Espanha (35,5%) (Codony et al., 2007); Bélgica (38,7%) (Bruffaerts et al., 2005) e França (49%) (Casquet et al., 2005).

Considerando diagnósticos específicos, em nosso estudo aproximadamente um terço dos sujeitos com diagnóstico de transtorno bipolar I ou II usou psicofármacos. Já o uso por sujeitos com transtorno depressivo maior foi um pouco menor (23,4%). Nossos resultados se aproximam, mais uma vez, do estudo israelense (20%; Grinshpoon et al., 2007). Em contraste, quase 70% dos franceses com transtorno de humor puro (69%) receberam tratamento farmacológico (Casquet et al., 2005), e mais da metade dos

espanhóis (61,4%) (Codony et al., 2007). No Canadá, cerca de 34% dos sujeitos com transtorno depressivo maior segundo o CIDI no ano anterior à entrevista usaram psicofármacos nos 2 dias anteriores à entrevista (Beck et al., 2005). Já na cidade de Nova Iorque, em pesquisa de 14 anos atrás (Gwynn et al., 2000), somente 5% dos sujeitos com depressão e ansiedade referiram o uso de psicofármacos. No Rio de Janeiro, entre os sujeitos depressivos nos 30 dias anteriores à entrevista (n=48), 8 (16,7%), usaram antidepressivos e 3 (6,3%) benzodiazepínicos (Quintana et al., 2013).

Dentre os transtornos ansiosos, a maior prevalência de uso de psicofármacos em nosso estudo se deu entre os sujeitos com transtorno do pânico (49,88%), seguida por 30% dos sujeitos com agorafobia sem transtorno de pânico (29,84%). Não conseguimos encontrar informações assim detalhadas para comparar nossos resultados com o dos países participantes do consórcio WMHS. Entretanto, no estudo de Quintana et al. (2013), no Rio de Janeiro, entre os sujeitos com ansiedade e fobias nos 30 dias anteriores à entrevista (n=118), somente 9 (7,6%) usaram antidepressivos, e 3 (2,5%), benzodiazepínicos.

Dependentes de álcool (16,91%) e transtorno de abuso e dependência de droga (cerca de 12% cada) foram os que mais referiram o uso de psicofármacos na categoria de transtorno por uso de substâncias. Casquet et al. (2005) reportaram uma alta prevalência de uso de psicofármacos entre sujeitos com transtornos de abuso e dependência de álcool (63%) na França.

O *under-treatment* caracterizado pela baixa prevalência de uso de psicofármacos no tratamento dos transtornos psiquiátricos foi um fenômeno geral reportado pelos pesquisadores dos países participantes (Alonso et al.,

2004b; Codony et al., 2007; Bruffaerts et al., 2005; Casquet et al., 2005). Para Demyttenaere et al. (2008), embora o principal achado de seu estudo seja a forte relação entre diagnóstico de transtornos mentais e prescrição de psicofármacos, estes resultados reforçam os achados anteriores de que muitos pacientes que sofrem de transtornos psiquiátricos não estão sendo tratados.

Na nossa amostra, ao redor de 3% dos sujeitos sem diagnóstico de transtornos psiquiátricos no ano anterior à entrevista também referiram uso de psicofármacos (2,94%). A ocorrência de uso de psicofármacos por sujeitos sem transtornos psiquiátricos também foi demonstrada por outros pesquisadores, com variação de 5,6%, em Israel (Grinshpoon et al., 2007) a 16,7% na França (Casquet et al., 2005). O estudo brasileiro de Lima et al. (2008) demonstrou que aproximadamente 10% dos sujeitos sem transtornos psiquiátricos declararam uso de psicofármacos.

Tanto a ausência de tratamento farmacológico de um transtorno psiquiátrico como a implementação de tratamento na ausência de transtorno são consideradas problemas relacionados aos medicamentos (PRMs). Rao et al. (2007) classificaram as razões para o surgimento de PRMs nos Estados Unidos e na Austrália. Nos Estados Unidos, as principais causas de PRMs estiveram relacionadas à necessidade de terapia adicional (33%), à subdosagem (23%), à não adesão (16%), às reações adversas (11%), ao uso desnecessário (6%), tratamento inefetivo (6%) e superdosagem (6%). Já na Austrália, as causas mais frequentes foram a não adesão (32%), a necessidade de terapia adicional (16%) e tratamento inefetivo (16%), e as menos frequentes foram as reações adversas (12%), a subdosagem (11%), o uso desnecessário e a superdosagem (7%).

7.2.2.1 Uso de psicofármacos por classes farmacológicas entre as categorias de transtornos psiquiátricos

Nossos achados sobre o uso de classes específicas de psicofármacos utilizados em cada categoria de transtornos psiquiátricos em particular, são bastante interessantes, e merecem uma discussão detalhada. Contudo não pretendemos explorar todas as análises nesta tese, limitando-nos à abordagem de somente alguns transtornos psiquiátricos.

Resumo dos nossos principais achados

Aproximadamente 18% dos sujeitos com qualquer transtorno de humor foram tratados com antidepressivos. O uso de antidepressivos foi similar entre os sujeitos com diagnóstico de transtorno depressivo maior (18,05%) e transtorno bipolar I ou II (17,41%). Dos sujeitos com diagnóstico de qualquer transtorno de humor, somente 7,56% reportaram uso exclusivo de antidepressivos. O uso exclusivo de antidepressivos também foi baixo entre sujeitos com transtorno bipolar I ou II (2,16%) e transtorno depressivo maior (8,56%).

Já nos transtornos de ansiedade, uma menor proporção de respondentes relatou o uso de antidepressivos (9,04%). Entre os sujeitos com transtorno do pânico, o uso de antidepressivos foi maior (36,81%). O uso exclusivo de antidepressivos entre os respondentes com transtornos de ansiedade foi

3,93%. O uso exclusivo de antidepressivo foi 10,61% entre sujeitos com transtorno de pânico.

Menos de 3% dos sujeitos com qualquer transtorno de humor e menos de 6% dos casos de transtorno bipolar tipo I ou II relataram ter usado estabilizadores de humor. Não houve pacientes com transtorno de humor que tenham relatado uso exclusivo de estabilizadores de humor.

Aproximadamente 15% dos sujeitos com transtornos de humor mencionaram o uso de hipnóticos/sedativos, sendo que 4,01% relataram uso exclusivo, e esta distribuição de uso foi semelhante no transtorno depressivo maior. Quase um quarto dos sujeitos com transtornos bipolar I ou II usou hipnóticos/sedativos, e 4,45% fizeram uso exclusivo. Quase 10% dos sujeitos com transtorno de ansiedade referiram o uso de hipnóticos/sedativos, sendo que 2,92% fizeram uso exclusivo. Mais de um terço dos sujeitos com transtorno de pânico usaram hipnóticos/sedativos, sendo que menos de 10% usaram exclusivamente esse fármaco.

Nossos resultados revelam um *treatment gap* com antidepressivos acima 80% entre os sujeitos com algum diagnóstico de transtorno de humor de acordo com o DSM-IV/WMH-CIDI. Por outro lado, quando os antidepressivos são utilizados, em mais de 40% dos casos são associados a outros psicofármacos. Essa proporção de uso reflete nos quadros de transtorno depressivo maior e bipolares, mas que os pacientes que mais recebem tratamento com antidepressivos são os com transtornos de pânico, o que pode estar relacionado com a dificuldade que os pacientes apresentam em desenvolver atividades normais, necessitando de tratamento.

Embora o tratamento farmacológico dos transtornos psiquiátricos envolva o emprego de um ou mais fármacos de diferentes classes terapêuticas (Moreno et al., 2012; Lafer et al., 2012; Bernik et al., 2012), em linhas gerais, a primeira linha de tratamento para os transtornos depressivos é o emprego de antidepressivos (Moreno et al., 2012; Sadock; Sadock, 2007; Baldessarini, 2007; Hilal-Dandan; Brunton, 2014), que funcionam como ansiolíticos em alguns transtornos de ansiedade (O'Donnell; Shelton, 2012). Entretanto é necessário sempre avaliar o risco-benefício pelo fato de poderem ocasionar os efeitos adversos cardiovasculares (Baldessarini, 2007; Teng et al., 2005), a tolerância (Baldessarini, 2007) e a controvérsia sobre a diminuição (Gusmão et al., 2013) ou o aumento das taxas de suicídio (Björkenstam et al., 2013).

O uso de estabilizadores de humor nos transtornos de humor foi muito pequeno, e não houve uso exclusivo, parecendo demonstrar a subutilização dos estabilizadores de humor por esses sujeitos. Os estabilizadores de humor, especificamente o lítio, possui eficácia na profilaxia de mania, na fase depressiva do transtorno bipolar e na redução da suicidabilidade (Meyer, 2012).

Os hipnóticos/sedativos são utilizados quase na mesma proporção que os antidepressivos nos transtornos de humor. Além disso, hipnóticos/sedativos são mais usados nos transtornos de humor do que nos transtornos de ansiedade, em que teriam maior indicação, podendo essa situação caracterizar a inespecificidade de tratamento desses transtornos pela não utilização dos antidepressivos como primeira linha de tratamento farmacológico.

Nos transtornos ansiosos, como transtorno de ansiedade generalizada, fobias, transtorno de estresse pós-traumático, o tratamento de escolha é o uso de antidepressivos, embora para os transtornos de pânico, recomende-se o uso

de antidepressivos e BZDs (Bernik et al., 2012). Não podemos, porém, deixar de evidenciar os riscos de reações alérgicas hepatotóxicas e hematológicas graves, depressão, ideação suicida e dependência, entres outros efeitos dos BZDs quando usados indevidamente (Mihic; Harris, 2012).

Nossos achados confirmam a terceira hipótese desta pesquisa de que existem pessoas com diagnóstico de transtornos mentais no ano anterior à entrevista, que necessitam de tratamento farmacológico, mas não estão recebendo.

A baixa proporção de sujeitos que recebem tratamento farmacológico e o uso inespecífico de psicofármacos utilizados nos transtornos específicos encontrados em nosso estudo têm sido uma discussão constante entre os países participantes do WMHS e em outros estudos.

Em Israel, Grinshpoon et al. (2007) sugerem que os indivíduos com transtornos psiquiátricos não estão recebendo tratamento farmacológico ou estão sendo tratados inadequadamente. O uso de antidepressivos (13,9%) e ansiolíticos (9,2%) no transtorno de humor foi considerado baixo, assim como o uso exclusivo de antidepressivos (5,8%) e ansiolíticos (3,3%), embora quase 30% consumiram as duas classes. Entre sujeitos com transtorno de ansiedade, o uso de antidepressivos e de ansiolíticos foi similar (aproximadamente 12% cada), mas o uso exclusivo de ansiolíticos (6,5%) foi maior do que o consumo de antidepressivos (3,3%).

Na Espanha, Codony et al. (2007) acreditam ser pequena a relação entre o tipo de transtorno mental e a classe de psicofármaco utilizado, evidenciando a inespecificidade dos tratamentos farmacológicos. Esses pesquisadores observaram que uso de BZDs (51,1%) entre os sujeitos com transtornos de

humor foi quase duas vezes superior ao uso de antidepressivos (29,1%) e, entre os sujeitos com transtornos de ansiedade, o uso de BZDs (27,1%) também foi superior ao uso de antidepressivos (18,2%). Entre pacientes com depressão maior pura, quase 20% fizeram uso exclusivo de ansiolíticos, embora o uso exclusivo de antidepressivos tenha sido baixo.

Na Bélgica, Bruffaerts et al. (2005) destacaram que a questão não é tanto sobre o consumo de psicofármacos, mas sobre o uso específico, levantando a dúvida sobre a adequação do tratamento farmacológico em que o baixo uso de psicofármacos soma-se ao uso inespecífico. A proporção de uso de ansiolíticos (36,1%) não foi muito diferente do uso de antidepressivos (38,7%) entre sujeitos com transtorno de humor, bem como uso exclusivo de ansiolíticos (33,9%) e de antidepressivos (37,2%). Contudo quase 30% consumiram as duas classes de psicofármacos. Entre sujeitos com transtorno de ansiedade, observou-se similar uso de ansiolíticos e de antidepressivos (aproximadamente 23% cada), bem como uso exclusivo de ansiolíticos (36,8%) e de antidepressivos (39,5%). Aproximadamente um quarto dos sujeitos utilizou as duas classes de psicofármacos.

Na França, Casquet et al. (2005) demonstraram que o uso de antidepressivos foi maior entre os transtornos depressivos do que entre os ansiosos (28,5% vs 16,4%) e o uso de hipnóticos/sedativos foi semelhante entre as duas categorias de transtornos (43,4% vs 42,5%). Os pesquisadores consideraram que o uso de hipnóticos/sedativos foi elevado entre os deprimidos, provavelmente refletindo dificuldades no estabelecimento do diagnóstico da depressão ou no manejo na prática clínica. Por outro lado, com

relação ao tratamento dos transtornos de ansiedade, o estudo revelou baixa proporção de sujeitos tratados eficazmente.

Quando os resultados do *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD) de seis países europeus foram compilados, Alonso et al. (2004b) concluíram que os achados dos estudos lançam dúvidas sobre a estratégia farmacológica adequada para o tratamento da depressão maior, em que o *under-treatment* associou-se ao alto uso de psicofármacos não específicos, tais como os ansiolíticos. Por exemplo, sujeitos com transtorno de humor receberam mais ansiolíticos (35,3%) do que antidepressivos (24%), com mais baixo uso exclusivo de antidepressivos (6%) do que de ansiolíticos (17,3%).

Especificamente nos casos de depressão maior pura, o uso de ansiolíticos (32,5%) foi maior que o uso de antidepressivos (21,2%), bem como o uso exclusivo de antidepressivos (4,6%) e de ansiolíticos (18,4%). Entre os sujeitos com diagnóstico de transtorno de humor puro, o uso de ansiolíticos (32,7%) também foi maior que o uso dos antidepressivos (19,8%), e também foi maior o uso exclusivo de ansiolítico (18,8%) do que de antidepressivos (4,4%). Uma proporção maior de sujeitos com transtorno de ansiedade foi tratada mais com ansiolíticos (25,3%) do que com antidepressivos (14,5%), sendo que o uso exclusivo de ansiolíticos foi 13,4% e de antidepressivos foi 5,1%. Nos transtornos de ansiedade puro, o uso de ansiolíticos (20,1%) foi superior ao uso dos antidepressivos (8,6%), com maior uso exclusivo de ansiolíticos (12,6%) e menor uso exclusivo de antidepressivos (4,1%) (Alonso et al.; 2004b). Analisando os dados dessa população amostral, Demyttenaere et al. (2008) concluíram que tanto indivíduos com episódio depressivo maior quanto

com transtorno de ansiedade estiveram mais associados a usar BZDs do que antidepressivos.

No Canadá, Beck et al. (2005) demonstraram um maior consumo de antidepressivos (27,5%) do que de hipnóticos/sedativos ou de ansiolíticos (10,9%) e estabilizadores de humor (4,5%) nos dois dias anteriores à entrevista entre os canadenses com transtorno de humor no ano anterior à entrevista. Os casos de episódio depressivo maior no ano anterior à entrevista apresentaram similar proporção de uso e, nos transtornos bipolares na vida, diminuiu o uso de antidepressivos (20,1%) e (8,6%), mas aumentou o uso de estabilizadores de humor (8,2%). Para os pesquisadores, o baixo uso de estabilizadores de humor e o maior uso de antidepressivos no transtorno bipolar foram interpretados como diagnóstico e/ou tratamento inadequado. Outra interpretação é que a versão do instrumento CIDI não é específica para detectar os casos de mania.

Nos Estados Unidos, Baldessarine et al. (2007) reportaram o uso exclusivo de psicofármacos entre pacientes com diagnóstico de transtorno bipolar (I, II e não especificado) segundo ICD-9. Os pesquisadores observaram um maior uso de antidepressivos (49,8%), seguidos pelos estabilizadores de humor (24,6%), hipnóticos/sedativos (14,8%) e antipsicóticos (10,7%). Contudo a maioria dos pacientes, após aproximadamente sete semanas, já havia iniciado o tratamento com dois ou mais psicofármacos. O uso exclusivo de antidepressivos nos transtornos bipolares foi considerado alto e baixo uso dos estabilizadores de humor (especificamente o lítio). Já Wu et al. (2013) estudaram os transtornos de ansiedade na cidade de Nova Iorque e reportaram um aumento significativo do uso de BZDs em idosos, mas diminuição do uso de algumas classes de antidepressivos.

O estudo de Katz et al. (1998), realizado nos Estados Unidos e no Canadá, afirma que somente um terço dos pacientes com depressão recebeu tratamento com antidepressivos, levando os autores a concluir que a maioria dos pacientes não está recebendo tratamento para os transtornos.

No Brasil, Brunoni et al. (2013) investigaram o uso de BZDs e de antidepressivos no transtorno de ansiedade generalizada e no transtorno depressivo maior no *Brazilian Longitudinal Study of Adult Health* (ELSA). Segundo os pesquisadores, ocorreu uma subutilização de antidepressivos por sujeitos com transtorno de ansiedade generalizada (14%) e transtorno depressivo maior (16,5%) e uma superutilização de BZDs (9,5%) nos transtornos de ansiedade generalizada e no transtorno depressivo maior (13,9%).

Outro Achado interessante foi que esses transtornos foram pobres preditores para o uso de antidepressivos, sugerindo inconsistência entre o uso de antidepressivos nesses transtornos, sendo prescritos para outras condições clínicas ou mentais. Os autores consideraram alta a frequência de prescrição de BZDs, além de inconsistente com diretrizes, podendo estar relacionada com baixo custo e dependência de BZDs no Brasil (Brunoni et al., 2013). No estudo de Quintana et al. (2013), foi demonstrado que o uso exclusivo de BZDs foi maior que as demais classes de psicofármacos entre alguns transtornos de ansiedade. Para os autores, os sujeitos não receberam a primeira opção para o tratamento, os antidepressivos.

Nesse estudo, também foi demonstrado que a maioria das prescrições foram emitidas por médico geral (46,3%), seguido por psiquiatra (29,3%) e por outros profissionais não médicos (11%). Mari et al. (1993), há mais de duas

décadas, reportaram que somente 11,7% das prescrições de tranquilizantes foram emitidas por psiquiatras. Segundo os autores, a maioria das prescrições foi realizadas por médico geral (46,9%) e por médicos de outras especialidades, como cardiologistas (15,3%) e neurologistas (4,5%). Esses pesquisadores também observaram a ocorrência de tratamento inadequado dos transtornos psiquiátricos, destacando que médicos gerais deveriam melhorar o reconhecimento dos transtornos depressivos bem como o tratamento com os antidepressivos no Brasil.

O tratamento dos transtornos mentais exige abordagem multiprofissional envolvendo o uso de medicamentos e acompanhamento dos profissionais da saúde, incluindo o farmacêutico.

O farmacêutico deve adquirir conhecimentos necessários para identificar os sintomas em indivíduos que sofrem com transtornos mentais, e orientá-los à procurar um profissional da saúde mental para a realização do diagnóstico adequado, e se necessário, a obtenção da prescrição. Durante a aquisição do medicamento pelo usuário, o farmacêutico deve orientar para o uso racional, informando sobre a necessidade da adesão ao tratamento prescrito, sobre a importância de adotar a posologia indicada, de maneira a evitar sobredose ou subdose, orientar sobre a possibilidade de ocorrências de reações adversas, auxiliar na prevenção de interações medicamentosas e fornecer informações sobre o uso desnecessário.

7.3 Força do estudo

A principal força do *São Paulo Megacity Mental Health Survey* foi empregar a metodologia rigorosa para investigar detalhadamente o uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista entre sujeitos da população geral e entre sujeitos com algum diagnóstico para transtornos psiquiátricos de acordo com níveis de gravidade no mesmo período. A metodologia foi idêntica à utilizada em outros países do *World Mental Health Survey* (Alonso et al., 2004b), quanto ao procedimento de amostragem, à entrevista estruturada *World Mental Health* para o *Composite International Diagnostic Interview* (WMH-CIDI) (Kessler; Üstün, 2004), aos entrevistadores treinados e supervisionados por profissionais altamente capacitados, à faixa etária, ao período avaliado e à padronização dos nomes dos psicofármacos utilizando o ATC/DDD *index* (World Health Organization, 2010, 2012).

Além disso, nosso estudo expandiu os resultados dos demais estudos com relação a outros diagnósticos psiquiátricos. Todos esses fatores auxiliaram na minimização de erros e superação de limitações de estudos prévios, melhorando a qualidade dos resultados dos estudos de uso de medicamentos, podendo servir como modelo para futuras pesquisas em megacidades da América Latina, além de fornecer informações úteis para melhor reflexão e intervenção dos profissionais de saúde e consequente utilização de psicofármacos pela população.

7.4 Limitações do estudo

Em primeiro lugar, a população da RMSP é a maior do Brasil e da América Latina, formada por sujeitos originados de muitas regiões do Brasil e do mundo e, como consequência, com diferentes características socioeconômicas e culturais. Entretanto não poderemos inferir nossos resultados para outras regiões.

Em segundo lugar, a amostra dos sujeitos do estudo não abrangeu pessoas com alto risco de usar psicofármacos, como moradores de rua, profissionais de trabalho noturno, hospitalizados com quadros psiquiátricos graves e indivíduos com faixa etária inferior a 18 anos.

Em terceiro lugar, não avaliamos a influência da religião (Grinshpoon et al., 2007), não abordamos o uso de psicofármacos nos transtornos psiquiátricos na vida, a duração do tratamento (Gasquet et al., 2005), a forma como foram utilizados os psicofármacos e o uso de serviços. Essas questões poderão responder com maior segurança e detalhes a ocorrência de uso indevido relacionado à duração do tratamento, a dose diária utilizada e o uso combinado, permitindo avaliar apropriadamente o tratamento farmacológico recebido em cada transtorno específico. Tais questões serão exploradas em publicações futuras.

Em quarto lugar, o período avaliado de uso de psicofármacos nos 12 meses anteriores à entrevista poderia levar ao esquecimento de usos menos recentes, o que refletiria no baixo relato nesta pesquisa.

Em quinto lugar, nosso estudo avaliou somente o uso prescrito de psicofármacos, existindo a possibilidade de os respondentes terem utilizado

psicofármacos através da automedicação, sem uma prescrição formal, o que elevaria a prevalência de uso de psicofármacos.

7.5 Considerações finais

O presente estudo apresenta uma baixa prevalência de uso de psicofármacos na população geral e entre sujeitos com diagnóstico de transtornos psiquiátricos residentes na Região Metropolitana de São Paulo. Quando comparado a estudos prévios internacionais, estes valores equivalem aos menores valores encontrados. Somado à baixa prevalência, está o uso inespecífico de psicofármacos, além da utilização entre sujeitos sem transtornos psiquiátricos.

Fatores de exclusão social, como baixa escolaridade, baixo nível de renda e falta de acesso a serviços psiquiátricos, contribuem para restringir o acesso ao tratamento farmacológico entre esses grupos populacionais. Estes achados demonstram que somente uma minoria das pessoas que sofre com transtornos psiquiátricos está recebendo tratamento farmacológico e grande parte pode estar sendo tratada inadequadamente.

Embora existam estudos demonstrando que a grande maioria dos sujeitos possui opinião favorável aos medicamentos psiquiátricos, por ajudar a lidar com as tensões diárias, controlar os sintomas e a facilitar as relações com a família e com os amigos, há preocupação de que medicamentos psiquiátricos são prejudiciais para o corpo ou podem interferir no desenvolvimento das atividades diárias (Mojtabai, 2008). Nesse contexto, a psiquiatria enfrenta o novo e crescente desafio de educar o público e os provedores de saúde na correta identificação dos sintomas que realmente justifiquem o emprego de

psicofármacos, distinguindo condições de tensões da vida diária que não requerem tratamento medicamentoso (Mojtabai, 2008).

Utilizando dados de 24 países do *World Health Organization (WHO) World Mental Health Survey*, Andrade et al. (2014) examinaram as razões para iniciar e dar continuidade ao tratamento na saúde mental entre indivíduos com transtornos mentais comuns. A razão mais comum para não iniciar o tratamento profissional foi a baixa percepção da necessidade de tratamento. Entretanto, entre os sujeitos que reconheciam a necessidade de tratamento, a barreira para iniciá-lo foi o desejo de lidar por conta própria com o transtorno psiquiátrico. Entre os sujeitos que abandonaram o tratamento, as principais barreiras reportadas para o abandono (*drop-out*) foram a percepção de que o tratamento foi ineficaz (39,3%) e as experiências negativas anteriores com provedores de saúde (26,9% dos entrevistados com transtornos graves). Esses fatores podem interferir diretamente no baixo relato de uso de psicofármacos.

É desejado que as prescrições de psicofármacos estejam de acordo com diretrizes atuais de tratamento, considerando o uso racional, e que o emprego de hipnóticos e sedativos seja limitado para os casos em que outras opções terapêuticas não resolveram o problema, devido ao alto risco de desenvolvimento de tolerância, de dependência, de quedas, de uso indevido para práticas de estupros e outros crimes.

Questões complexas que envolvem o uso de psicofármacos se destacam entre as maiores preocupações na saúde pública, especificamente na saúde mental dos brasileiros. Barreiras como a não procura por ajuda profissional, a não identificação adequada dos sintomas pelos profissionais, aliadas à falta de recursos financeiros contribuem para explicar o baixo uso de psicofármacos

entre os desprivilegiados socialmente. Identificar as barreiras associadas com o recebimento de atenção à saúde e uma melhor compreensão do estigma relacionado à procura de tratamento são decisivos para melhorar o tratamento dos transtornos psiquiátricos (Quintana et al., 2013).

8 CONCLUSÕES

8 CONCLUSÕES

Nossas explorações sobre utilização de psicofármacos em uma amostra representativa da Região Metropolitana de São Paulo, disponibilizadas a partir do presente estudo, configuram-se em dados inéditos que complementam os estudos prévios. Ainda, representa um avanço importante na farmacoepidemiologia abrindo espaço para reflexões sobre o manejo atual e futuro no tratamento farmacológico dos transtornos psiquiátricos no Brasil, na América Latina ou em outras megacidades e, permitiu-nos chegar às seguintes conclusões:

- O uso de psicofármacos nos 12 meses anteriores à entrevista na população geral do Brasil foi baixo, e esteve entre as menores estimativas de prevalência se comparados às prevalências estimadas no *World Mental Health Survey Initiative* em outros países.
- Os hipnóticos/sedativos e os antidepressivos foram as duas classes mais referidas pelos sujeitos da população geral. Já os estabilizadores do humor e os antipsicóticos apresentaram menores prevalências de uso. Os hipnóticos/sedativos foram representados quase que na totalidade pelos benzodiazepínicos e os antidepressivos, pelos inibidores seletivos da recaptação de serotonina.
- Na população geral do SPMHS, as variáveis gênero, idade, escolaridade e renda foram preditores para o aumento ou a diminuição do uso de

psicofármacos. Ser do sexo feminino, mais velhos, ter escolaridade abaixo do nível superior, e ter maior renda foram fatores associados ao maior uso de psicofármacos, assim como ter comorbidades e transtornos graves.

- A prevalência de uso declarado de psicofármacos para o tratamento de problemas com “emoções, nervos, saúde mental, uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono ou capacidade de lidar com o estresse” entre os sujeitos ao menos um diagnóstico de transtorno psiquiátrico o ano anterior à entrevista de acordo com o WMH-CIDI foi baixa (13,75%). Essa baixa prevalência de uso de psicofármacos sugere que a maioria dos sujeitos diagnosticados não recebeu tratamento farmacológico para o seus transtornos psiquiátricos.
- Aproximadamente 40% dos sujeitos com dois ou mais transtornos referiram o uso de psicofármacos. Considerando à gravidade dos transtornos, houve um maior relato de uso de psicofármaco entre sujeitos com transtornos considerados graves (23,77%). Contudo a maioria dos casos considerados graves e com dois ou mais transtornos permanecem sem psicofarmacoterapia.
- O recebimento de tratamento farmacológico para os transtornos psiquiátricos específicos no Brasil foi muito inferior quando comparado a outros países onde a mesma metodologia foi empregada.
- Sujeitos sem diagnóstico de transtornos psiquiátricos também referiram uso de psicofármacos (2,94%).
- Houve variação da prevalência de uso de psicofármacos entre os transtornos psiquiátricos específicos, embora as prevalências

permaneceram baixas. Menos de um quarto entre aqueles com qualquer transtorno de humor (24,93%) em que aproximadamente um terço dos sujeitos com algum diagnóstico de transtorno bipolar I ou II (33,62%) e aproximadamente um quarto (23,44%) dos sujeitos com transtorno depressivo referiu o uso de psicofármacos. Menos de um quinto dos sujeitos com transtornos de ansiedade (14,43%) relataram ter utilizado psicofármacos, com maior prevalência de uso entre os sujeitos com transtorno do pânico (49,88%) e agorafobia sem transtorno de pânico (29,84%).

- O uso de antidepressivos foi observado em aproximadamente 18% dos sujeitos com qualquer transtorno de humor, com proporção similar entre os sujeitos com transtorno depressivo maior e entre os sujeitos com transtorno bipolar I ou II. Nos transtornos de ansiedade, menor proporção de respondentes relatou o uso de antidepressivos (9,04%), reduzindo também a proporção de uso exclusivo (3,93%). Contudo o uso de antidepressivos entre os sujeitos com transtorno do pânico foi maior (36,81%). Esses resultados revelaram *treatment gap* em relação aos antidepressivos superior a 80% entre os sujeitos com algum diagnóstico transtorno de humor de acordo com o DSM-IV/WMH-CIDI. Esta proporção de uso também se refletiu no transtorno depressivo maior e no transtorno bipolar.
- O uso de estabilizadores de humor nos transtornos de humor foi muito pequeno (menos de 3%), principalmente nos transtornos bipolares tipo I e II (menos de 6%) e não houve relato de uso exclusivo, parecendo

demonstrar a subutilização dos estabilizadores de humor nos transtornos de humor.

- Os hipnóticos/sedativos foram utilizados por aproximadamente 15% dos sujeitos com transtornos de humor e esta distribuição de uso foi semelhante nos transtornos depressivos maior. Quase um quarto dos sujeitos com transtornos bipolar I ou II usou hipnóticos/sedativos. Em torno de 10% dos sujeitos com transtorno de ansiedade relatou o uso de hipnóticos/sedativos. Mais de um terço dos sujeitos com transtorno de pânico referiu o uso de hipnóticos/sedativos.
- Os antidepressivos e os hipnóticos/sedativos foram utilizados quase na mesma proporção nos transtornos de humor, embora esses últimos tenham sido mais comumente utilizados nos transtornos de humor que em transtornos de ansiedade, parecendo caracterizar a inespecificidade de tratamento desses transtornos pela não utilização dos antidepressivos como primeira opção de tratamento farmacológico.
- O uso exclusivo de antidepressivos e hipnóticos/sedativos foi mínimo, indicando o uso simultâneo de outros psicofármacos na maioria dos casos (em torno de 34% e 42%, respectivamente).

Políticas públicas que promovam o acesso adequado aos medicamentos prescritos são necessárias, pois a maioria dos indivíduos com diagnóstico de um transtorno mental não está recebendo psicofarmacoterapia, especialmente nos casos graves e com comorbidades. Ainda, promover a educação sobre a saúde mental e o uso racional de psicofármacos, aumentar e melhorar a formação de profissionais em saúde mental, estabelecer programas nacionais

de saúde mental, monitorar os sistemas de saúde mental usando indicadores qualidade e fornecer mais apoio às pesquisas também contribuiriam para melhorar o manejo dos transtornos psiquiátricos (World Health Organization, 2001).

Anexo 1 – Aprovação do “Estudo São Paulo Megacity”

DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa**APROVAÇÃO**

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 23.10.03, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **792/03**, intitulado: “Transtornos mentais e do comportamento na população geral: Prevalência, Fatores de Risco e Sobrecarga Social e Econômica” apresentado pelo Departamento de **PSIQUIATRIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisador(a) Responsável: **DRA. LAURA HELENA SILVEIRA GUERRA DE ANDRADE**

CAPPesq, 23 de Outubro de 2003.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

OBSERVAÇÃO: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra “c”)

Anexo 2 – Aprovação subprojeto “Utilização de psicofármacos pela população geral residente na região metropolitana de São Paulo”

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CAPPesq

Nº Protocolo: 0633/11

Título: UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS PELA POPULAÇÃO GERAL
RESIDENTE NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

Pesquisador Responsável: Laura Helena Silveira Guerrade Andrade

Pesquisador Executante: Angela Maria Campanha

Co-autores: Maria Carmen Viana

Finalidade Acadêmica: Doutorado

Departamento: PSIQUIATRIA

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, **APROVOU / TOMOU CIÊNCIA** na sessão datada de 14/09/2011 o protocolo acima.

A CAPPesq em obediência à Resolução CNS 196/96, solicita ao pesquisador (a) s elaboração de relatório parcial e final.

No caso de relatório parcial é necessário informar o tempo previsto para a conclusão do protocolo e breve resumo dos resultados obtidos.

CAPPesq, 14 de Setembro de 2011

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Anexo 3 – Carta explicativa sobre a pesquisa enviada para domicílio enfatizando a importância de participar do “Estudo São Paulo Megacity”

Organização
Mundial da Saúde

São Paulo, janeiro de 2007.

Prezados Senhores,

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em parceria com a FAPESP, está realizando um grande estudo, denominado “*São Paulo Megacity: Pesquisa sobre Saúde, Bem-estar e Estresse*”, que envolve a comunidade residente nos 39 municípios da Região Metropolitana de São Paulo.

Sob a responsabilidade de Dra. Laura Helena Silveira Guerra de Andrade e Dra. Maria Carmen Viana, o estudo brasileiro “*São Paulo Megacity*” faz parte de uma pesquisa mundial, coordenada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que vem sendo realizada em diversos países, como Japão, Estados Unidos, México, Colômbia, Alemanha, França, Nigéria, entre outros. O objetivo do estudo é obter informações inéditas sobre como as pessoas se ajustam às experiências estressantes da vida e estimar qual o impacto dessas experiências na saúde física e mental da população. Além disso, seus resultados serão de grande utilidade para a compreensão global dos problemas de saúde da atualidade e para a elaboração de estratégias de prevenção e tratamento.

Por meio de um sorteio censitário selecionamos 7.700 domicílios, dentre os quais este endereço foi sorteado para participar do estudo. Nos próximos dias, um entrevistador se apresentará devidamente identificado com um crachá da empresa *Sampling Pesquisas* em sua residência. Para obter maiores informações, consulte o site <http://www.hcnet.usp.br/ipq/projetos/spmegacity.htm> ou ligue para a Central de Atendimento (11) 3038-1850.

Ressaltamos que sua participação é extremamente importante. Ao ser ouvido por profissionais de saúde altamente especializados, você estará contribuindo para a compreensão das reais necessidades da nossa população em relação aos cuidados e serviços de saúde.

“Nós esperamos que você faça parte da nossa pesquisa, participando da entrevista e colaborando para melhorar os serviços de saúde da Região Metropolitana de São Paulo”.

Agradecemos desde já por sua cooperação.

Prof. Dr.ª. Laura Helena Silveira Guerra de Andrade
Coordenadora da pesquisa “*São Paulo Megacity:*
Pesquisa sobre Saúde, Bem-estar e Estresse”

Anexo 4

Tabela 2a – Demographic distribution of the sample compared to the population on post-stratification variables

	Part I Unweight ed	Part I Weighted	Part II Unweighted	Part II Weighted	Census
	%	%	%	%	%
Age					
18 - 29	25.6	33.5	26.5	34.0	33.9
30 - 39	23.7	24.1	23.7	24.1	24.1
40 - 49	21.6	18.9	21.8	18.8	18.8
50 - 59	16.1	11.5	15.9	11.4	11.4
60 - 69	8.2	6.9	7.5	6.8	6.8
70+	4.8	5.1	4.6	4.9	5.0
Sex					
M	43.4	47.0	42.1	47.2	47.2
F	56.6	53.0	57.9	52.8	52.8

Anexo 5 – Módulo “Farmacoepidemiologia” localizado na Parte II do WMH-CIDI.

FARMACOEPIDEMOLOGIA (PH)	
<p>*PH3.1. (CAD, PG 30-31) A próxima pergunta é sobre remédios receitados pelo médico que o(a) Sr(a). pode ter tomado nos últimos 12 meses para qualquer um dos seguintes problemas: problemas com suas emoções, nervos, saúde mental, uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono, ou capacidade de lidar com o estresse. Os remédios mais comumente usados para estes problemas estão listados nas páginas 30 e 31 de seu caderno. O(A) Sr(a). usou algum desses remédios para algum dos problemas que acabei de mencionar em algum momento nos últimos 12 meses?</p> <p>SONDE ZERO INICIAL/NS: Por favor, inclua todos os remédios, mesmo que só os tenha tomado uma vez.</p> <p>SIM..... 1 NÃO 5 VÁ PARA *SR2, PRÓXIMA SEÇÃO NÃO SABE..... 8 VÁ PARA *SR2, PRÓXIMA SEÇÃO RECUSOU 9 VÁ PARA *SR2, PRÓXIMA SEÇÃO</p>	
<p>*PH4. Quais eram os nomes desses remédios? SONDE: Algum outro?</p> <p>ENTREVISTADOR: SE NEC, PEÇA PARA R OLHAR OS FRASCOS DE REMÉDIO PARA SABER OS NOMES. REGISTRE ATÉ 10 REMÉDIOS. REGISTRE OS NÚMEROS SE OS REMÉDIOS ESTIVEREM NA LISTA DA PÁGINA 302. SE NÃO ESTIVEREM, REGISTRE “998” COMO NÚMERO DO REMÉDIO. TENHA O CUIDADO DE ESCREVER OS NOMES DOS REMÉDIOS CORRETAMENTE E DE ESCREVER DE FORMA CLARA OS REMÉDIOS QUE NÃO ESTÃO NA LISTA.</p>	

	NOME DO REMÉDIO	NÚMERO ID
4a. (REM N ^o 1)		
4b. (REM N ^o 2)		
4c. (REM N ^o 3)		
4d. (REM N ^o 4)		
4e. (REM N ^o 5)		
4f. (REM N ^o 6)		
4g. (REM N ^o 7)		
4h. (REM N ^o 8)		
4i. (REM N ^o 9)		
4j. (REM N ^o 10)		

Anexo 5 – (Continuação) Módulo “Farmacoepidemiologia” localizado na Parte II do WMH-CIDI.

N. ID	NOME GENÉRICO		
71	Ácido Valpróico	288	Memantina
2	Alprazolam	43	Metilfenidato
176	Amineptina	293	Mianserina
178	Amisulprida	291	Midazolam
3	Amitriptilina	295	Milnaciprano
186	Anfepramona	44	Mirtazapina
190	Aripiprazol	297	Moclobemida
192	Bisperideno	46	Nefazodona
193	Bromazepam	299	Nitrazepam
7	Bupropiona	47	Nortriptilina
8	Buspirona	48	Olanzapina
9	Carbamazepina	302	Oxcarbazepina
205	Ciclobenzaprina	50	Paroxetina
13	Citalopram	307	Penfluridol
211	Clobazam	309	Pergolida
14	Clomipramina	311	Periciazina
15	Clonazepam	54	Pimozida
217	Clopentixol	313	Pipotiazina
10	Cloral (Hidrato de Cloral)	318	Prometazina
16	Clorazepato	56	Propofol
11	Clordiazepoxido	59	Quetiapina
12	Clorpromazina	321	Reboxetina
17	Clorprotixeno	60	Risperidona
226	Cloxazolam	326	Rivastigmina
18	Clozapina	328	Seleginina
188	D-Anfetamina	61	Sertralina
21	Diazepam	335	Sibutramina
236	Donepezil	337	Sulpiride
23	Droperidol	340	Tacrina
240	Duloxetina	62	Temazepam
242	Escitalopram	343	Tianeptina
24	Estazolam	63	Tioridazina
245	Fenfluramina	64	Tiotixeno
251	Fenobarbital	346	Topiramato
254	Fenproporex	65	Tranilcipromina
27	Flufenazina	66	Trazodona
260	Flunitrazepam	68	Trifluoperazina
26	Fluoxetina	70	Trimipramina
28	Flurazepam	72	Venlafaxina
29	Fluvoxamina	73	Zaleplon
30	Gabapentina	353	Ziprasidona
270	Galantamina	74	Zolpidem
32	Haloperidol	357	Zopiclone
274	Hidantoína	997	Outros
33	Imipramina		
35	Lamotrigina		
280	Levomepromazina		
36	Lítio		
37	Lorazepam		
39	Maprotilina		

“continua”

Anexo 5 – (Continuação) Módulo “Farmacoepidemiologia” localizado na Parte II do WMH-CIDI.

ID	NOME DE MARCA				
191	Abilify	329	Elepril	281	Neozine
246	Adifax	228	Elum	312	Neuleptil
210	Alcytam	338	Equilid	278	Neurium
223	Amplictil	237	Eranz	285	Neurolithium
180	Amytril	265	Eufor	130	Neurontin
78	Anafranil	327	Exelon	239	Nilperidol
258	Anatensol	320	Fenalerg	301	Nitrapan
230	Ansilive	319	Fenergan	234	Noan
199	Ansitec	259	Flufenan	244	Noctal
173	Apraz	247	Fluril	342	Normison
304	Aropax	262	Fluserin	331	Novativ
298	Aurorix	266	Fluxene	187	Obesil
195	Brozepax	212	Frisium	227	Olcadil
200	Buspanil	175	Frontal	132	Orap
83	Buspar	252	Gardenal	133	Pamelor
201	Buspar	354	Geodon	134	Parnate
231	Calmociteno	107	Haldol	135	Paxil-CR
204	Carbazol	273	Haloper	314	Piportil
283	Carbolim	275	Hidantal	306	Pondera
282	Carbolitium	184	Hipofagin S	209	Procimax
305	Cebrilin	276	Imipra	269	Progresse
310	Celance	358	Imovane	322	Prolift
207	Cipramil	185	Inibex S	315	Propovan
216	Clonotril	256	Inobesin	141	Prozac
217	Clopixol	248	Isomeride	220	Psicosedin
224	Clorpromaz	296	Ixel	336	Reductil, Plenty
290	Concerta	330	Jumexil	142	Remeron
203	Convulsan	233	Kiatrium	271	Reminyl
241	Cymbalta	111	Lamictal	325	Respidon
263	Daforin	279	Lamitor	144	Risperda
268	Dalmadorm	229	Leponex	324	Risperidon
208	Denyl	243	Lexapro	145	Ritalina
91	Depakene	194	Lexotan	214	Rivotril
92	Depakote	181	Limbitrol	261	Rohypnol
277	Depramina	219	Limbitrol	308	Semap
264	Deprax	355	Lioram	334	Serenata
196	Deptran	249	Lipese Ap	332	Seronip
255	Desobesi	284	Litiocar	148	Seroquel
189	Dexedrina	225	Longactil	149	Serzone
232	Dienpax	272	Loperidol	179	Socian
317	Diprivan	286	Lorax	197	Somalium
316	Diprofol	120	Ludiomil	151	Sonata
257	Diserim	121	Luvox	300	Sonebon
339	Dogmatil	323	IZargus	344	Stablon
349	Donaren	123	Melleril	348	Stelapar
292	Dormonid	221	Menotensil	350	Stelapar
238	Droperdal	287	Mesmerin	152	Stelazine
183	Dualid S	250	Minifage Ap	356	Stilnox
289	Ebix	206	Miosan	351	Surmontil
253	Edhanol	186	Moderine	177	Survector
99	Efexor	345	Navane	341	Tacrinal
		215	Navotrax	202	Tegretard
				155	Tegretol
				158	Tofranil
				333	Tolrest
				294	Tolvon
				347	Topamax
				174	Tranquinal
				222	Tranxilene
				303	Trileptal
				182	Tryptanol
				213	Urbanil
				162	Valium
				235	Valix
				172	Valpakine
				171	Valprene
				352	Venlift
				267	Verotina
				165	Wellbutrin
				198	Zetron
				167	Zoloft
				168	Zyban
				169	Zyprexa
				997	Outros

conclusão.

Anexo 6

Tabela 3 – Prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista, segundo a ATC/DDD Index. São Paulo Megacity Mental Health Survey (n=2935)

Grupo anatómico	AMOSTRA TOTAL (n=2935)			USO DE MEDICAMENTO (n=313)		
	n	%	EP	n	%	EP
Ao menos um	313	7,09	0,73	313	-	-
Sistema Nervoso	300	6,48	0,61	300	91,82	2,31
Analgésicos	02	0,14	0,10	02	1,95	1,44
Naratriptano	01	0,05	0,05	01	0,67	0,66
Dipirona	01	0,09	0,09	01	1,28	1,28
Antiepilépticos	76	1,35	0,24	76	19,09	3,59
Fenobarbital	10	0,20	0,10	10	2,83	1,30
Clonazepam	43	0,77	0,15	43	10,87	2,24
Carbamazepina	21	0,38	0,10	21	5,38	1,69
Ácido valproico	06	0,10	0,05	06	1,43	0,67
Fenitoína	07	0,10	0,05	07	1,38	0,60
Gabapentina	02	0,02	0,01	02	0,28	0,21
Lamotrigina	02	0,04	0,03	02	0,53	0,37
Agentes antiparkinson	04	0,11	0,06	04	1,58	0,85
Biperideno	03	0,07	0,05	03	0,99	0,65
Selegilina	01	0,04	0,04	01	0,59	0,57
Psicolépticos	150	3,42	0,49	150	48,46	3,62
Antipsicóticos	35	0,70	0,13	35	9,88	1,88
Sulpirida	03	0,05	0,03	03	0,72	0,49
Haloperidol	13	0,24	0,10	13	3,43	1,26
Olanzapina	02	0,02	0,01	02	0,28	0,20
Ziprasidona	01	0,03	0,03	01	0,40	0,40
Lítio	09	0,14	0,05	09	2,04	0,67
Risperidona	04	0,11	0,05	04	1,62	0,88
Clorpromazina	06	0,16	0,09	06	2,23	1,29
Levomepromazina	02	0,06	0,05	02	0,89	0,69
Flufenazina	02	0,06	0,05	02	0,89	0,69
Periciazina	01	0,01	0,01	01	0,07	0,07
Tioridazina	01	0,01	0,01	01	0,12	0,12
Ansiolíticos	121	2,85	0,49	121	40,32	4,30
Alprazolam	18	0,42	0,18	18	5,97	2,31
Bromazepam	24	0,64	0,19	24	9,12	2,49
Clobazam	02	0,08	0,06	02	1,16	0,79
Clordiazepóxido	03	0,02	0,01	03	0,34	0,20
Cloxacolam	01	0,02	0,02	01	0,22	0,22

"continua"

Tabela 3 – (Continuação) Prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista, segundo a ATC/DDD Index. São Paulo Megacity Mental Health Survey (n=2935)

Grupo anatómico	n	%	EP	n	%	EP
Diazepam	69	1,32	0,18	69	18,68	1,84
Lorazepam	07	0,39	0,24	07	5,49	3,22
Hipnóticos e sedativos	09	0,21	0,09	09	3,00	1,26
Hidrato de cloral	01	0,04	0,04	01	0,59	0,57
Flunitrazepam	05	0,12	0,07	05	1,66	1,04
Midazolam	01	0,02	0,02	01	0,33	0,33
Zolpidem	01	0,02	0,02	01	0,23	0,23
<i>Valerianae radix</i>	01	0,01	0,01	01	0,19	0,20
Psicoanalépticos	186	3,55	0,36	186	50,28	4,06
Drogas anti-demência	03	0,11	0,08	03	1,54	1,07
Donepezila	01	0,02	0,02	01	0,22	0,23
<i>Ginkgo biloba</i>	02	0,09	0,08	02	1,32	1,04
Antidepressivos	184	3,46	0,34	184	49,0	4,12
Tranilcipromina	02	0,03	0,02	02	0,49	0,33
Amineptina	01	0,04	0,04	01	0,57	0,57
Amitriptilina	45	0,70	0,12	45	9,87	1,47
Clomipramina	11	0,17	0,05	11	2,45	0,75
Imipramina	07	0,09	0,03	07	1,34	0,48
Nortriptilina	10	0,26	0,09	10	3,74	1,03
Bupropiona	03	0,07	0,03	03	0,94	0,36
Duloxetina	01	0,02	0,02	01	0,23	0,23
Mirtazapina	01	0,01	0,01	01	0,11	0,11
Trazodona	02	0,02	0,02	02	0,31	0,24
Venlafaxina	01	0,00	0,00	01	0,06	0,06
Citalopram	04	0,15	0,11	04	2,14	1,44
Escitalopram	01	0,02	0,02	01	0,30	0,29
Fluoxetina	83	1,51	0,18	83	21,39	3,07
Paroxetina	07	0,15	0,07	07	2,16	0,93
Sertralina	18	0,34	0,08	18	4,82	1,13
Outras drogas para o sistema nervoso	01	0,00	0,00	01	0,04	0,04
Cinarizina	01	0,00	0,00	01	0,04	0,04
Produtos antiobesidade^a	12	0,25	0,10	12	3,60	1,47
Anfepramona	06	0,09	0,05	06	1,26	0,67
Femproporex	6	0,17	0,08	06	2,42	1,17
Sibutramina	02	0,04	0,03	02	0,58	0,50
Sangue e órgãos hematopoético	04	0,05	0,03	04	0,77	0,43
Ácido acetilsalicílico	01	0,02	0,02	01	0,32	0,31
Cilostazol	01	0,01	0,01	01	0,10	0,11
Sulfato ferroso	01	0,01	0,01	01	0,08	0,08
Ácido fólico	01	0,0191	0,0192	01	0,27	0,27

"continua"

Tabela 3 – (Continuação) Prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista, segundo a ATC/DDD Index. São Paulo Megacity Mental Health Survey (n=2935)

Grupo anatômico	n	%	EP	n	%	EP
Sistema cardiovascular	16	0,55	0,20	16	7,84	2,52
Digoxina	01	0,09	0,09	01	1,22	1,25
propatilnitrato	01	0,01	0,01	01	0,10	0,11
Metildopa	01	0,01	0,01	01	0,09	0,09
Espironolactona	01	0,02	0,02	01	0,26	0,25
Furosemida	01	0,02	0,02	01	0,26	0,25
Hidroclortiazida e combinações (sene)	01	0,01	0,01	01	0,07	0,07
Hidroclortiazida	03	0,15	0,10	03	2,14	1,38
Clortalidona	01	0,11	0,11	01	1,50	1,45
Propranolol	01	0,08	0,08	01	1,16	1,12
Atenolol	01	0,02	0,02	01	0,32	0,31
Propranolol e hidroclortiazida	01	0,01	0,01	01	0,19	0,20
Diltiazem	02	0,02	0,02	02	0,30	0,24
Nitrendipino	01	0,03	0,03	01	0,38	0,38
Captopril	8	0,36	0,18	08	5,13	2,29
Enalapril	01	0,02	0,02	01	0,32	0,31
Losartan	01	0,01	0,01	01	0,10	0,11
Sinvastatina	02	0,11	0,09	02	1,54	1,30
Sistema digestivo e metabolismo	05	0,18	0,11	05	2,51	1,49
Metoclopramida	01	0,07	0,07	01	0,99	1,00
Sulfassarazina	01	0,07	0,07	01	0,99	1,00
Metformina	02	0,07	0,07	01	0,99	1,00
Complexo B	01	0,07	0,08	01	1,06	1,03
Oligoelementos	01	0,01	0,01	01	0,11	0,12
Sistema respiratório	08	0,11	0,06	08	1,62	0,76
Brometo de ipratrópio	01	0,01	0,01	01	0,09	0,09
Fenoterol	01	0,01	0,01	01	0,09	0,09
Aminofilina	01	0,01	0,01	01	0,09	0,09
Prometazina	07	0,11	0,06	07	1,53	0,75
Sistema geniturinário e hormônios sexuais	01	0,01	0,01	01	0,07	0,07
Estradiol e levonorgestrel	01	0,01	0,01	01	0,07	0,07
Hormônios de uso sistêmico (exc. HSI)	03	0,08	0,08	03	1,19	1,09
Prednisona	02	0,08	0,08	02	1,08	1,09
Levotiroxina	01	0,01	0,01	01	0,11	0,11
Sistema músculoesquelético	10	0,10	0,03	10	1,42	0,43
Diacereina	01	0,01	0,01	01	0,10	0,11
Fenilbutazona	01	0,01	0,01	01	0,20	0,20
Ibuprofeno	01	0,01	0,01	01	0,15	0,15
Diclofenaco	01	0,01	0,01	01	0,07	0,07

“continua”

Tabela 3 – (Continuação) Prevalência de uso de psicofármacos no ano anterior à entrevista, segundo a ATC/DDD Index. São Paulo Megacity Mental Health Survey (n=2935)

Grupo anatômico	n	%	EP	n	%	EP
Ciclobenzaprina	05	0,05	0,02	05	0,68	0,32
Baclofeno	01	0,01	0,01	01	0,21	0,21
Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	01	0,07	0,07	01	0,99	1,00
Tamoxifeno	01	0,07	0,07	01	0,99	1,00
Fitoterápicos ou produtos naturais^b	07	0,18	0,09	07	2,55	1,19
Passiflora em associações	01	0,02	0,02	01	0,22	0,22
<i>Hypericum perforatum</i>	03	0,05	0,03	03	0,77	1,00
Ginseng + vitaminas	01	0,07	0,07	01	0,93	1,19
<i>Amorphophallus konjac</i>	01	0,04	0,04	01	0,52	0,46

Amostra Parte II, a prevalência foi calculada usando peso Parte 2 da amostra.

EP: Erro-padrão.

Conclusão.

10 REFERÊNCIAS

10 REFERÊNCIAS

Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997;171: 524–9.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WAM, The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004a;109(Suppl 420):21–7.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M,

Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WAM, The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004b;109(Suppl 420):55-64.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington (DC): APA; 1994.

Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(7):316-25.

Andrade LH, Viana MC, Farah LF, Tófoli LFF, Wang YP. Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic determinants on use of service in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43(1):45-53.

Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, Bromet E, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Hinkov HR, Hu C, Huang Y, Hwang I, Jin R, Karam EG, Kovess-Masfety V, Levinson D, Matschinger H, O'Neill S, Posada-Villa J, Sagar R, Sampson NA, Sasu C, Stein DJ, Takeshima T, Viana MC, Xavier M, Kessler RC. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med.* 2014;44(6):1303-17.

Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, Nishimura R, Anthony JC, Gattaz WF, Kessler RC, Viana MC. Mental Disorders in Megacities: findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS One*. 2012;7(2):e31879. Available from:<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0031879>. doi:10.1371/journal.pone.0031879.

Andrade LHSG, Alexandrino da Silva CJ, Wang YP, Viana MC. Epidemiologia dos transtornos mentais na população geral adulta. In: Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF, organizadores. *Clínica psiquiátrica - a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri: Editora Manole; 2011. v.2, p. 1802-16.

Andrade LHSG, Wang YP, Silveira CM, IM Benseñor, Moreno DH, MC Viana. *Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos: um retrato da cidade de São Paulo*. São Paulo; 2010. 30 folhas. Versão impressa.

Andreatini R, Boernegen-Lacerda R, Zorzetto Filho D. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(4):233-42.

Baldessarini RJ, Leahy L, Arcona S, Gause D, Zhang W, Hennen J. Patterns of psychotropic drug prescription for U.S. patients with diagnoses of bipolar disorders. *Psychiatr Serv*. 2007;58(1):85-91.

Baldessarini RJ. Tratamento farmacológico da depressão e dos transtornos de ansiedade. In: Brunton LL, Lazo JS, Perker KL. *Goodman & Gilman: as bases*

farmacológicas da terapêutica. 11a ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2007. p.383-410.

Baldoni AO, Guidoni CM, Pereira LRL. A farmacoepidemiologia no Brasil: estado da arte da produção científica. *Rev Univ Vale do Rio Verde*. 2011;9(1):78-88.

Beck CA, Williams JVA, Wang JL, Kassam A, El-Guebaly N, Currie SR, Maxwell CJ, Patten SB. Psychotropic medication use in Canada. *Can J Psychiatry*. 2005;50(10):605-13.

Bernik M, Corregiari F, Stella F, Asbahr FR. Transtornos de ansiedade ao longo da vida. In: Forlenza OV, Miguel EC. *Compêndio de clínica psiquiátrica*. Barueri: Manole; 2012. p.337-62.

Björkenstam C, Möller J, Ringbäck G, Salmi P, Hallqvist J, Ljung R. An association between initiation of selective serotonin reuptake inhibitors and suicide-a nationwide register-based case-crossover study. *PLoS One*. 2013;8(9):e73973.

Bloom FE. Neurotransmissão e sistema nervoso central. In: Brunton LL, Lazo JS, Perker KL. *Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica*. 11a ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2007. p.283-304.

Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(4):691-701.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1998; 31 dez.;Seção I.

Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H, Demarest S, Demyttenaere K. Consommation de médicaments psychotropes dans la population belge: resultats de l'european study of the epidemiology of mental disorders (ESEMED). *Rev Med Liege*. 2005;60(3):181-8.

Brunoni AR, Nunes MA, Figueiredo R, Barreto SM, Fonseca MJM, PA Lotufo, Benseñor IM. Patterns of benzodiazepine and antidepressant use among middle-aged adults. The Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). *J Affect Disord*. 2013;15(1):71-7.

Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC. *As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman*. 12a ed. Porto Alegre: AMGH; 2012. p.397-607.

Bulloch AGM, Patten SB. Non-adherence with psychotropic medications in the general population. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol*. 2010;45(1):47-56.

Cardoso L, Galera SAF. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):161-7.

Carrasco-Garrido P, López de Andrés A, Hernández Barrera V, Jiménez-Trujillo I, Jiménez-García R. National trends (2003–2009) and factors related to

psychotropic medication use in community-dwelling elderly population. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(2):328–38.

Carvalho MF, Pascom ARP, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(Suppl 1):S100-8.

Castro CGSO. Uma nova disciplina: a farmacoepidemiologia. In: Castro CGSO. *Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p.15-25.

Charney DS, Mihic SJ, Harris RA. Hipnóticos e sedativos. In: *Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica*. 11a ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill; 2007. p.359-81.

Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, Fernández A, Serrano-Blanco A, Márquez M, Haro JM. Uso de fármacos psicotrópicos en España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(Suppl 2):29-36.

Cooper C, Bebbington P, King M, Brugha T, Meltzer H, Bhugra D, Jenkins R. Why people do not take their psychotropic drugs as prescribed: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116(1):47-53.

Cunha MCN, Zorzatto JR, Castro LLC. Avaliação do uso de medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. *Rev Bras Cienc Farm*. 2002;38(2):215-27.

Darling CA, Olmstead SB, Lund VE, Fairclough JF. Bipolar disorder: medication adherence and life contentment. *Arch Psychiatr Nurs*. 2008;22(3):113-26.

De las Cuevas C, Peñate W, Sanz EJ. Risk factors for non-adherence to antidepressant treatment in patients with mood disorders. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014;70(1):89-98.

Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, De Girolamo G, Gasquet I, Kovess V, Haro JM, Alonso J. Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD). *J Affect Disord*. 2008;110(1-2):84–93.

Dicionário de especialidades farmacêuticas: DEF 2006/07. 35a ed. Rio de Janeiro: Ed. de Publicações Científicas; 2006.

Ferrazza DA, Luzio CA, Rocha LC, Sanches RR. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *Paidéia*. 2010;20(47):381-90.

Friemel S, Bernert S, Angermeyer MC, König HH.[The direct costs of depressive disorders in Germany]. *Psychiatr Prax*. 2005;32(3):113-21.

Fröhlich SE, Mengue SS. The impact of psychotropic drug costs on the Brazilian family budget: an analysis of the family budget surveys of 2003 and 2009. *Value Health Regional Issues*. 2013;2(3):361-7.

Gama H. Drug utilization studies. *Arq Med*. 2008;22(2-3):69-74.

Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A, Nachbaur G, El-Hasnaoui A, Kovess V, Lépine JP. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD) en population générale. *L'Encephale*. 2005;31(2):195-206.

Grinshpoon A, Marom E, Weizman A, Ponizovsky AM. Psychotropic drug use in Israel: results from the national health survey. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9(5):356–63.

Gusmão R, Quintão S, McDaid D, Arensman E, Audenhove CV, Coffey C, Värnik A, Värnik P, Coyne J, Hegerl U. Antidepressant utilization and suicide in Europe: An Ecological Multi-National Study. *PLoS One*. 2013;(8):e66455.

Gwynn RC, McQuiston HL, McVeigh KH, Garg RK, Frieden TR, Thorpe LE. Prevalence, diagnosis, and treatment of depression and generalized anxiety disorder in a diverse urban community. *Psychiatr Serv*. 2008;59(6):641-7.

Hilal-Dandan R, Brunton LL. *Goodman and Gilman manual of pharmacology and therapeutics*. 2nd ed. California: McGraw-Hill Education; 2014 [eBook Kindle].

Holma IAK, Holma KM, Melartin TK, Isometsä ET. Treatment attitudes and adherence of psychiatric patients with major depressive disorder: A five-year prospective study. *J Affect Disord*. 2010;127(1-3):102-12.

Horne R, Weinman J, Barbe N, Elliott R, Morgan M. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). Brighton:

National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organization (NCCSDO) research programme; 2005 dec. Available from: <http://www.sdo.lshtm.ac.uk/files/project/76-final-report.pdf>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico populacional do ano 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo>.

John U, Baumeister SE, Völzke H, Grabe HJ, Freyberger HJ, Alte D. Estimation of psycholeptic and psychoanaleptic medicine use in an adult general population sample using the Anatomical Therapeutic Chemical classification. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2008;17(4):220-31.

Katz SJ, Kessler RC, Lin E, Wells KB. Medication management of depression in the United States and Ontario. *J Gen Intern Med*. 1998;13(2):77-85.

Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N, Furukawa TA, Kikkawa T. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59:441-52.

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. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.

Kessler RC, Ustün TB. *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press; 2009.

Kessler RC, Ustün TB. The World Mental Health (WMH) Survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):93-121.

Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;18(4-5):229-40.

Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004;82(11):858-66.

Kovačević SV, Simišić M, Rudinski SS, Čulafić M, Vučićević K, Prostran M, Miljković B. Potentially inappropriate prescribing in older primary care patients. *PLoS One*. 2014;9(4):e95536.

Lafer B, Caetano SC, Kleinman A, Ladria RB. Transtorno bipolar ao longo da vida. In: Forlenza OV, Miguel EC. *Compêndio de clínica psiquiátrica*. Barueri: Manole; 2012. p.315-36.

Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc. Saúde Colet*. 2003;8(3):775-82.

Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros BA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):717-23.

Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. *Global burden of disease and risk factors*. Washington (DC): World Bank; 2006.

Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associada a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(2):213-21.

Machline C. Assistência à saúde no Brasil. In: Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E, Porta V. *Farmácia clínica e atenção farmacêutica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p.3-14.

Mahmood KT, Khalid N, Makhdum Z. Adherence to drug therapy in psychiatric patients. *J Pharm Sci Res*. 2010;2(11):700-3.

Marcolin MA, Cantarelli MG, Garcia Júnior M. Interações farmacológicas entre medicações clínicas e psiquiátricas. *Rev Psiquiatr Clín*. 2004;31(2):70-81.

Mari JJ, Almeida-Filho N, Coutinho E, Andreoli SB, Miranda CT, Streiner D. The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. *Psychol Med*. 1993;23(2):467-74.

Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J. Prevalence, service use, and demographic correlates of

12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. 2005. *Psychol Med*. 2005;35(12):1773-83.

Mellinger GD, Balter MB, Manheimer DI. Patterns of psychotherapeutic drug use among adults in San Francisco. *Arch Gen Psychiatry*. 1971;25(5):385-394.

Meyer JM. Farmacoterapia da psicose e da mania. In: Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman*. 12a ed. Porto Alegre: AMGH; 2012. p.417-55.

Mihic SJ, Harris RA. Hipnóticos e sedativos. In: Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC. *As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman*. 12a ed. Porto Alegre: AMGH; 2012. p.457-79.

Miyasaka LS, Atallah AN. Risk of drug interaction: combination of antidepressants and other drugs. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(2):212-5.

Mojtabai R, Olfson M. Medication costs, adherence, and health outcomes among medicare beneficiaries. *Health Aff(Millwood)*. 2003;22(4):220-9.

Mojtabai R. Increase in antidepressant medication in the US adult population between 1990 and 2003. *Psychother Psychosom*. 2008;77(2):83-92.

Moreno DH, Moreno RA, Soeiro-de-Souza MG. Transtorno depressivo ao longo da vida. In: Forlenza OV, Miguel EC. *Compêndio de clínica psiquiátrica*. Barueri: Manole; 2012. p.296-314.

Mota DM. Avaliação farmacoeconômica: instrumentos de medida dos benefícios na atenção farmacêutica. *Acta Farm Bon*. 2003;22(1):73-80.

O'Donnell JM, Shelton RC. Tratamento farmacológico da depressão e dos transtornos de ansiedade. In: Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC. *As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman*. 12a ed. Porto Alegre: AMGH; 2012. p.397-415.

Paulose-Ram R, Safran MA, Jonas BS, Gu Q, Orwig D. Trends in psychotropic medication use among U.S. adults. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007;16(5):560-70.

Porta MS, Hartzema AG, Tilson HH. The contribution of epidemiology to the study of drugs of uses and effects. In: Hartzema AG, Porta MS, Tilson HH. *Pharmacoepidemiology: introduction*. Cincinnati: Harvey Whitney Books; 1998. p.1-28.

Quintana MI, Andreoli SB, Moreira FG, Ribeiro WS, Feijo MM, Bressan RA, Coutinho ESF, Mari JJ. Epidemiology of psychotropic drug use in Rio de Janeiro, Brazil: gaps in mental illness treatments. *PLoS One*. 2013;8(5):e62270.

Rao D, Gilbert A, Strand LM, Cipolle RJ. Drug therapy problems found in ambulatory patient populations in Minnesota and South Australia. *Pharm World Sci*. 2007;29(6):647-54.

Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(1):107-14.

Rojas G, Fritsch R, Galleguillos T, Gaete J, Araya R. Use of psychotropic medication in Santiago, Chile. *J Mental Health*. 2005;14(4):407-14.

Romano-Lieber NS. Princípios de epidemiologia. In: Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E, Porta V. *Farmácia clínica e atenção farmacêutica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p.258-65.

Rozenfeld S. Agravos provocados por medicamentos em hospitais do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(1):108-15.

Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9a ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p.160-204;1037-8;1226.

Santos V, Nitrinib SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(6):819-26.

Sharif SA, Ogunbanjo GA, Malete NH. Reasons for non-compliance to treatment among patients with psychiatric illness. *S Afr Fam Pract*. 2003;45(4):10-3.

Simoni-Wastila L. The use of abusable prescription drugs: the role of gender. *J Womens Health Gend Based Med*. 2000;9(3):289-97.

Sisca AAM, Porto AR, Santos JRB. Avaliação de interações medicamentosas de antidepressivos e antipsicóticos em pacientes submetidos à farmacoterapia antirretroviral. *ConScientiae Saúde*. 2009;8(2):345-51.

Strom BL. *Pharmacoepidemiology*. 4th ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2005.

Strom BL. What is pharmacoepidemiology? In: *Pharmacoepidemiology*. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 1994. p.3-13.

Sucar DD. Interação medicamentosa de venlafaxina com captopril. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):134-7.

Tancredi FB. *Aspectos epidemiológicos do consumo de medicamentos psicotrópicos pela população de adultos do distrito de São Paulo* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1979.

Tavares H, Alarcão G. Psicopatologia da impulsividade. In: Abreu CN, Tavares H, Cordás T, organizadores. *Manual clínico dos transtornos dos impulsos*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p.19.

Tavares H, Bottura. In: Impulsidade e transtorno do controle dos impulsos. In: Forlenza OV, Miguel EC. *Compêndio de clínica psiquiátrica*. Barueri: Manole; 2012. p.432-43.

Teng CT, Humes EC, Demétrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clín*. 2005;32(3):149-59.

Thomas CM, Morris S. Cost of depression among adults in England in 2000. *Br J Psychiatry*. 2003;183:514-9.

Tognoni G, Laporte JR. Estudos de utilização de medicamentos e farmacovigilância. In: Laporte JR, Tognoni G, Rozenfeld S. *Epidemiologia do medicamento: princípios gerais*. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1989. p.153-76.

Verdoux H, Bégaud B. Pharmaco-epidemiology: what do (and don't) we know about utilisation and impact of psychotropic medications in real-life conditions? *Br J Psychiatry*. 2004;185:93-4.

Viana, MC. Viana-Moldes I, Teixeira M, Basani I, Andrade LH. *The World Mental Health Survey Initiative Version of the Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI)*: Translation and adaptation to Brazilian-Portuguese: The instrument used in the “São Paulo Megacity Mental Health Survey”. Printed Version; 2004.

Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Saude soc*. 2013;22(1):73-84.

Vieira FS. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):674-81.

Vorcaro CM, Lima-Costa MF, Barreto SM, Uchoa E. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambui Study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(4):257–63.

Vorcaro CM, Rocha FL, Uchoa E, Lima-Costa MF. The burden of social phobia in a brazilian community and its relationship with socioeconomic circumstances, health status and use of health services: The Bambui Study. *Int J Soc Psychiatry*. 2004;50(3):216-26.

Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Tat Chiu W, DE Girolamo G, Fayyad J, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Kessler RC, Kovess V, Levinson D, Nakane Y, Oakley Brown MA, Ormel JH, Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S,

Alonso J, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Chatterji S, Ustün TB. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6(3):177-85.

World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. *Guidelines for ATC Classification and DDD assignment 2011*. Oslo; 2010.

World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. *Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013*. Oslo, 2012.

World Health Organization. *Improving access and use of psychotropic medicines. Mental health policy and service guidance package*. Geneva: WHO; 2005.

World Health Organization. *International Statistical of Classification Diseases and Related Health Problems*. 10th rev. Geneva: WHO; 1993.

World Health Organization. *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: WHO; 2013.

World Health Organization. *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care*. Geneva: WHO; 2009.

World Health Organization. *Safety of medicines: a guide to detecting and reorting adverse drug reations*. Geneva: WHO; 2002.

World Health Organization. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO; 2001.

Wu CH, Wang CC, Katz AJ, Farley J. National trends of psychotropic medication use among patients diagnosed with anxiety disorders: results from Medical Expenditure Panel Survey 2004–2009. *J Anxiety Disord*. 2013;27(2):163-70.

Xavier MS, Terra MG, Silva CT, Mostardeiro SCTS, Silva AA, Freitas FF. O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. *Esc Anna Nery*. 2014;18(2):323-29.

Zappitelli MC, Gonçalves EC, Mosca I. Panorama da saúde mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar. *Rev Adm Saúde*. 2006;8(31):71-8.