

**UTILIZAÇÃO DE RECURSOS NO TRANSTORNO
DEPRESSIVO MAIOR E NA DEPRESSÃO RESISTENTE A
TRATAMENTO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO
DE SÃO PAULO**

BÉATRICE ALINKA LÉPINE

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre

Departamento de Prática de Saúde Pública
Área de concentração: Administração Hospitalar

ORIENTADOR: PROF. DR. BERNARD FRANÇOIS COUTTOLENC

**SÃO PAULO
2004**



44844/2004 cg

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação de mestrado, por processos fotocopiadores.

Ao usá-lo, cite a fonte.

Assinatura:

Data:

Dedico esta dissertação aos meus queridos pais Alinka e Jacques Lépine, que me deram todas as condições para desenvolver este estudo.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Bernard Couttolenc, por colocar o seu saber e sua experiência na orientação deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Ricardo Alberto Moreno, coordenador do Grupo de Estudos dos Distúrbios Afetivos (GRUDA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, pelo interesse e colaboração no estudo.

Aos Drs. Ana Cláudia Taveira e Carlos Henrique Rodrigues, do GRUDA, pela coleta dos dados de prontuário.

À Eliane Soares do Nascimento (GRUDA) pela solicitude e por me acompanhar e me apresentar aos responsáveis das enfermarias do IPq, ambulatório, farmácia, departamento de estatística e depósito de materiais.

Ao José Roberto Góes Barroso (Beto) por seu amor, sua compreensão e seu apoio em todos os momentos difíceis.

À Dra. Anna Maria Niccolai Costa pelo incentivo, enorme ajuda no delineamento do tema e por acreditar nesta empreitada.

Aos colegas de mestrado Cláudio Robson Fracalanza, Maria Ignez Garcia Aveiro e Ana Leticia Silva pela ajuda em inúmeros momentos, pelo espírito de equipe e pela amizade.

À Antônia Jineti Girardi Mangione, do Instituto da Criança, pelo empenho na obtenção de valiosas informações.

À Paula Souza Moura (UNICAMP) por sua inestimável contribuição, sua enorme paciência e serenidade.

Ao Ricardo Maissa, por sua ajuda na digitação dos dados.

À Profª Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre (Faculdade de Saúde Pública da USP), pela contribuição nas análises estatísticas.

À Dra. Sheila Assunção pelas importantes sugestões e críticas na fase final do trabalho.

À Cleide Harue Maluvayshi, do Instituto da Criança, por sua atenção e por viabilizar a coleta de informações sobre preços de materiais.

Ao Laboratório Eli Lilly do Brasil, pelo investimento nesta pesquisa.

RESUMO

Lepine, BA. **Utilização de Recursos do Transtorno Depressivo Maior e da Depressão Resistente a Tratamento em um Hospital Terciário de São Paulo.** São Paulo, 2003. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo: O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é uma condição debilitante com grande impacto social. Estimativas indicam que 30% dos indivíduos com TDM são resistentes a tratamento (DRT). Os objetivos deste estudo são identificar e comparar a utilização de recursos por pacientes com DRT e com TDM não resistente no Hospital das Clínicas da FM-USP. **Método:** Foram analisados retrospectivamente prontuários de 212 pacientes do Instituto de Psiquiatria do hospital com diagnóstico de TDM; de acordo com os critérios da CID-10. Utilizaram-se critérios específicos para identificar os pacientes com DRT dentre aqueles diagnosticados com TDM. A utilização de recursos foi estimada contando procedimentos e insumos listados nos prontuários de 1997 a 2002. **Resultados:** Os pacientes com DRT utilizaram em média significativamente mais exames anualmente (11,23 vs. 8,47) e tiveram maior consumo de medicamentos e mais hospitalizações (3,53 diárias vs. 1,72). Pacientes com depressão resistente a tratamento tiveram um maior custo direto anual, R\$ 6.171,78, do que pacientes com depressão não resistente, R\$ 4.351,08 (reais de novembro de 2003). **Conclusões:** Pacientes com DRT utilizaram mais recursos e tiveram um custo mais elevado do que pacientes não resistentes. Este estudo é o primeiro no Brasil a avaliar o custo de tratamento da depressão e poderá ajudar a estimar o custo social da depressão.

Descritores: depressão, resistência ao tratamento, utilização de recursos, custos do tratamento, custos hospitalares.

SUMMARY

Lepine, BA. **Resource utilization for Major Depressive Disorder and Treatment-Resistant Depression in a Sao Paulo Tertiary Hospital.** Sao Paulo, 2003. [Master's degree thesis – Faculty of Public Health of Sao Paulo University].

Objective: Major Depressive Disorder (MDD) is a debilitating condition with a marked social impact. Estimates indicate that 30% of individuals with MDD have treatment-resistant depression (TRD). The study objectives were to identify and compare the resource utilization by non-resistant MDD and TRD patients in a university psychiatric hospital in São Paulo- Brazil. **Methods:** We analyzed retrospectively 212 hospital charts of patients from the Hospital's Psychiatry Institute, diagnosed with MDD according to CID-10 criteria. Specific criteria were used to identify patients with TRD among those with MDD. Resource utilization was estimated by counting procedures listed on the hospital charts from 1997 to 2002. **Results:** Patients with TRD had on average significantly more laboratory exams yearly (11.23 vs. 8.47) than non-TRD patients, as well as more medication consumption and hospitalizations (3.53 hospital days vs.1.72). TRD patients had higher yearly treatment costs (R\$ 6,171.78) than MDD patients (R\$ 4,351.08) did. **Conclusions:** Patients with TRD used more resources and had higher direct costs than non-TRD patients. This study is the first in Brazil to evaluate depression treatment costs, and might be helpful to evaluate the economic burden of depression to society.

Descriptors: depression, treatment resistance, resource utilization, treatment costs, hospital costs.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos pacientes na Matriz DRT.....	40
Figura 2 – Distribuição dos pacientes segundo critérios de classificação DRT.....	41
Figura 3 – Distribuição dos pacientes DRT de acordo com o número de critérios ...	41
Figura 4 - Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo e o grupo.....	43
Figura 5 – Distribuição dos pacientes de acordo com a raça e o grupo	43
Figura 6 – Distribuição dos pacientes de acordo com a idade e o grupo	44
Figura 7 – Distribuição dos pacientes de acordo com o estado civil e o grupo.....	44
Figura 8 – Distribuição dos pacientes de acordo com a ocupação e o grupo.....	45
Figura 9 – Distribuição dos pacientes de acordo com a escolaridade e o grupo	45
Figura 10 – Prevalência de comorbidades psiquiátricas nos grupos DRT e não DRT.....	48
Figura 11 – Prevalência de comorbidades não psiquiátricas nos grupos DRT e não DRT.....	49
Figura 12 - Participação de cada local de atendimento no custo total do tratamento de pacientes com TDM.	71
Figura 13 - Participação de cada tipo de recurso utilizado no custo total do tratamento de pacientes com TDM.....	72
Figura 14 - Participação de cada tipo de recurso no custo total do tratamento de pacientes com depressão, por local de tratamento.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estatística descritiva do número de titulações e trocas de antidepressivos na amostra total	39
Tabela 2 - Teste Qui-quadrado de Pearson para verificar associação entre variáveis sócio-demográficas e grupo.....	42
Tabela 3 – Estatística Descritiva do Tempo de Tratamento, segundo o grupo	46
Tabela 4– Estatística Descritiva do número médio de diagnósticos psiquiátricos por paciente segundo o grupo.....	47
Tabela 5- Distribuição dos Pacientes de acordo com o número de diagnósticos psiquiátricos.....	47
Tabela 6 - Distribuição dos pacientes de acordo com o número de comorbidades não psiquiátricas, segundo o grupo.....	50
Tabela 7 – Estatística descritiva do número anual de consultas por paciente no IPq, segundo o grupo	50
Tabela 8 - Estatística descritiva para o número anual de exames ano no IPq.....	52
Tabela 9 - Distribuição dos pacientes de acordo com o número anual de exames laboratoriais solicitados no ambulatório do IPq, segundo o grupo do paciente.....	52
Tabela 10 - Distribuição dos pacientes de acordo com o número de exames de imagem solicitados no IPq por ano e segundo o grupo do paciente	53
Tabela 11 - Estatística descritiva do número de procedimentos realizados no Ambulatório de Psiquiatria por paciente por ano, segundo o grupo.....	54
Tabela 12- Distribuição dos Pacientes de acordo com o número de medicamentos psicotrópicos utilizados.....	54
Tabela 13- Medicações psiquiátricas consumidas no IPq, segundo o grupo do paciente	55
Tabela 14 - Número de ambulatórios freqüentados, de acordo com o grupo do paciente	56
Tabela 15 - Número e Proporção de pacientes atendidos em outros Ambulatórios do HC, de acordo com o grupo do paciente e com o ambulatório.....	57

Tabela 16 – Estatística descritiva do número médio anual de consultas realizadas em outros ambulatórios.....	57
Tabela 17 - Distribuição dos pacientes de acordo com o número de consultas realizadas em outros ambulatórios e o grupo	58
Tabela 18 – Estatística descritiva do número médio anual de exames efetuados em outros ambulatórios.....	58
Tabela 19 – Distribuição dos pacientes de acordo com o número anual de exames realizados nos ambulatórios.	59
Tabela 20 - Distribuição dos Pacientes de acordo com o número de medicamentos não psicotrópicos utilizados, segundo o grupo.....	60
Tabela 21 - Consumo de medicações não psiquiátricas por classe terapêutica e por grupo	61
Tabela 22 - Distribuição dos pacientes de acordo com o número de internações realizadas	63
Tabela 23 – Estatística descritiva do número médio anual de consultas e atendimentos por paciente na internação	64
Tabela 24 - Estatística descritiva do número médio anual de exames na internação.....	65
Tabela 25 – Estatística descritiva do número anual de procedimentos na internação	66
Tabela 26 - Distribuição dos pacientes de acordo com o número de medicamentos consumidos na internação	66
Tabela 27 - Utilização média anual de recursos, por local de atendimento e segundo o grupo do paciente.	67
Tabela 28 - Número Médio Anual de Recursos Utilizados, por tipo de recurso e segundo o grupo do paciente.	68
Tabela 29 - Custos médios anuais por paciente, por local de atendimento e segundo o grupo do paciente.	69
Tabela 30 - Custos médios anuais para tratar depressão	70
Tabela 31 - Custos totais anuais para tratar comorbidades não psiquiátricas	71
Tabela 32 - Participação de cada local de atendimento no custo total do tratamento de pacientes com TDM, por grupo.	72

Tabela 33 - Participação de cada tipo de recurso utilizado no custo total do tratamento, por grupo de pacientes.....	73
Tabela 34 - Custos anuais no ambulatório de psiquiatria, segundo grupo	95
Tabela 35 - Custos anuais dos medicamentos consumidos no ambulatório de psiquiatria, segundo o grupo do paciente.....	97
Tabela 36 - Custos anuais nos outros ambulatórios, segundo o grupo	100
Tabela 37 - Custos anuais da medicação não psicotrópica nos outros ambulatórios, segundo o grupo	102
Tabela 38 - Custos anuais no pronto socorro, segundo o grupo.....	106
Tabela 39 - Custos anuais na Internação, segundo grupo	107
Tabela 40 - Custos anuais de medicamentos na internação, segundo o grupo.....	109
Tabela 41 – Frequência de consumo de medicamentos na internação por classe terapêutica de medicamento, segundo o grupo do paciente	115

LISTA DE ABREVIATURAS

TDM	=	Transtorno depressivo maior
DRT	=	Depressão resistente a tratamento
PNAD	=	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
CID-10	=	Classificação Internacional das Doenças, 10ª revisão
DSM-IV-TR	=	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Revision
AVAI	=	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
AVI	=	Anos de Vida vividos com Incapacidade
DALY	=	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
ECT	=	Eletroconvulsoterapia
IMAO	=	antidepressivo Inibidor da Monoamino Oxidase
IPQ-HC-FMUSP	=	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
AMB	=	Associação Médica Brasileira
FFM	=	Fundação Faculdade de Medicina
ADISRS	=	Antidepressivo Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina
ADIRSN	=	Antidepressivo Inibidor da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
ADO	=	Antidepressivos de Outras Classes
ANS	=	Ansiolítico
EH	=	Estabilizador do Humor

APT	=	Antipsicótico Típico
APA	=	Antipsicótico Atípico
EHAC	=	Estabilizador do Humor / Anticonvulsivante
AC	=	Anticolinérgico
ACO	=	Anticonvulsivante
X	=	Outra Classe de Medicamento
CH	=	Coefficiente de Honorários
CNS	=	Conselho Nacional de Saúde
IC-95%	=	Intervalo de Confiança de 95%
GL	=	Graus de Liberdade
PS	=	Pronto Socorro
PU	=	Preço Unitário
QTA	=	Quantidade Total Anual
QMA	=	Quantidade Média Anual
CTA	=	Custo Total Anual
CMA	=	Custo Médio Anual

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	1
II. REVISÃO DA LITERATURA	6
1. CONCEITO DE DEPRESSÃO	7
2. CONCEITO DE DEPRESSÃO RESISTENTE A TRATAMENTO	10
3. ALGUNS CONCEITOS ECONÔMICOS	13
4. ESTIMAÇÃO DE CUSTOS	15
III. OBJETIVOS.....	20
IV. MATERIAL E MÉTODOS.....	22
1. DESENHO DO ESTUDO	23
2. POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	23
2.1 <i>Crítérios de inclusão</i>	23
2.2 <i>Crítérios de exclusão</i>	24
2.3 <i>Amostra</i>	24
3. METODOLOGIA	26
3.1 <i>Definição dos grupos de pacientes</i>	26
3.2 <i>Utilização de recursos</i>	27
3.3 <i>Cálculo dos custos</i>	29
3.4 <i>Variáveis de Estudo</i>	31
3.5 <i>Análise estatística</i>	32
4. ASPECTOS ÉTICOS RELACIONADOS AO PROJETO.....	37
V. RESULTADOS.....	38
1. CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES EM DRT E NÃO DRT	39
1.1 <i>Escala DRT</i>	39
1.2 <i>Matriz DRT</i>	40
1.3 <i>Uso de IMAO e ECT</i>	40
2. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	42
2.1 <i>Idade, Sexo, Raça, Escolaridade, Estado Civil e Ocupação</i>	42
2.2 <i>Tempo de Tratamento</i>	46
2.3 <i>Diagnósticos Psiquiátricos</i>	46
2.4 <i>Diagnósticos Não Psiquiátricos</i>	48
3. UTILIZAÇÃO DE RECURSOS NO AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA	50
3.1 <i>Consultas</i>	50
3.2 <i>Exames</i>	51
3.3 <i>Procedimentos</i>	53
3.4 <i>Medicamentos psicotrópicos</i>	54
4. UTILIZAÇÃO DE RECURSOS EM OUTROS AMBULATÓRIOS.....	56
4.1 <i>Consultas</i>	57
4.2 <i>Exames</i>	58
4.3 <i>Procedimentos</i>	59
4.4 <i>Medicações</i>	60
5. UTILIZAÇÃO DE RECURSOS NO PRONTO SOCORRO.....	62
6. UTILIZAÇÃO DE RECURSOS NA INTERNAÇÃO	63
6.1 <i>Consultas</i>	64
6.2 <i>Exames</i>	65
6.3 <i>Procedimentos</i>	65
6.4 <i>Medicamentos</i>	66
7. UTILIZAÇÃO TOTAL DE RECURSOS.....	67

8.	CUSTOS TOTAIS	68
VI.	DISCUSSÃO.....	75
1.	DISCUSSÃO SOBRE O MÉTODO	76
2.	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	77
3.	UTILIZAÇÃO DE RECURSOS	78
4.	CUSTOS	79
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
VII.	CONCLUSÕES	83
VIII.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS.....		94
ANEXO 1		95
ANEXO 2		97
ANEXO 3		100
ANEXO 4		102
ANEXO 5		115

I. INTRODUÇÃO

A depressão, também denominada de Transtorno Depressivo Maior (TDM) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000), situa-se entre as doenças mais comuns, com uma prevalência pontual em torno de 4% (ANGST, 1992), prevalência anual de 10%, mas que pode afetar 17% dos norte-americanos e europeus ao menos uma vez na vida (KESSLER et al., 1994; ANDRADE et al., 2003). Além de comum, é uma doença altamente incapacitante e associada a um grande impacto sócio-econômico. O custo do tratamento da depressão é significativamente maior que o de várias doenças crônicas como a asma, osteoporose, hipertensão arterial e esquizofrenia entre outras (BERTO et al., 2000).

O TDM está associado na literatura a uma utilização mais elevada de serviços de saúde bem como a custos de tratamento acentuadamente maiores em relação a pacientes não deprimidos com as mesmas comorbidades (LUBER, 2000). SIMON et al. (1995) encontraram uma forte associação entre custo do tratamento e a presença de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes de cuidados primários à saúde, controladas outras morbidades não psiquiátricas.

A carga econômica da depressão, representada pelos custos do tratamento (custos diretos), custos da perda de produtividade (custos indiretos ou econômicos) e o sofrimento infligido aos indivíduos e suas famílias (custos intangíveis), foi avaliada em 4 grandes estudos internacionais realizados por STOUDEMIRE et al. (1986), GREENBERG et al. (1993), KIND e SORENSEN (1993) e RICE e MILLER (1995). GREENBERG et al. estimaram o custo da depressão nos Estados Unidos em 1990. Os custos relacionados ao tratamento foram estimados em aproximadamente 12,4 bilhões de dólares e os custos econômicos em 31,3 bilhões de dólares (dos quais 24% devido às perdas de produção atribuídas aos suicídios e 76% ao absenteísmo e diminuição da produtividade no trabalho).

Aproximadamente metade dos pacientes com um episódio de depressão maior terá um episódio recorrente e 80% a 90% daqueles que tiveram 2 ou mais episódios terão outras recaídas, freqüentemente levando à cronificação da doença. A literatura estima que cerca de 30% dos pacientes não respondem ao tratamento antidepressivo (GREDEN, 2001; CADIEUX, 1998; OLSZEWSKI et al., 1999), mas a proporção de pacientes que respondem apenas parcialmente é muito maior. Estudos recentes

mostram que só 20 a 40% dos pacientes recebendo seu primeiro tratamento atingem um estado completamente assintomático (SACKHEIM, 2001). Outros autores relatam que até 30% dos pacientes falham em responder a um tratamento com antidepressivo e pelo menos 60% a 75% podem não atingir a remissão completa dos sintomas (AMSTERDAM e HORNIG-ROHAN, 1996). Outras estimativas, mais conservadoras, avaliam que entre 10 e 20% dos pacientes com TDM são resistentes a múltiplos tratamentos antidepressivos (SOUERY et al., 1999). Pacientes com Depressão Resistente a Tratamento (DRT) têm um maior número de consultas ambulatoriais, uma chance duas vezes maior de serem hospitalizados e um consumo de medicações psicotrópicas mais elevado em relação a pacientes com TDM não resistente (FINKELSTEIN et al., 2001).

No Brasil, os dados epidemiológicos sobre estas morbidades são escassos e os econômicos são inexistentes. O Estudo Multicêntrico Brasileiro de Morbidade Psiquiátrica estimou a prevalência de transtornos depressivos nos 30 dias anteriores à entrevista em 2,8% em Brasília, 1,9% em São Paulo e 10,2% em Porto Alegre (ALMEIDA FILHO et al., 1997). Tal discrepância nos resultados foi atribuída pelos autores a problemas metodológicos com o instrumento diagnóstico e diferenças no método de amostragem nas três cidades. ANDRADE et al. (2002) estimaram a prevalência de depressão em uma amostra populacional de 1.464 residentes da área de captação do Hospital das Clínicas, na cidade de São Paulo, e encontraram uma prevalência de depressão de 4,5% nos últimos 30 dias, 7,1% nos últimos 12 meses e 16,8% em toda a vida. Na Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) de 1998, que entrevistou 344.975 pessoas em todo o território nacional, com exceção das áreas rurais da antiga Região Norte, a prevalência auto-referida de depressão foi estimada em 5,1% da população. Entretanto, pelo fato da caracterização da morbidade ter sido feita por meio da auto-avaliação da presença de doença crônica, importantes vieses de classificação podem ter sido introduzidos.

Em relação à depressão resistente a tratamento, existe apenas um estudo, realizado em um centro de atenção psiquiátrica terciário de São Paulo, no qual 5,6% dos pacientes com depressão foram considerados verdadeiramente resistentes a tratamento. Os critérios utilizados foram mais restritivos do que em outras pesquisas da literatura internacional e os pacientes considerados resistentes foram inicialmente

selecionados baseado na lembrança dos médicos que os atenderam (MORENO et al., 1993).

Embora não existam na nossa literatura artigos publicados sobre custos da depressão, dois estudos pesquisaram a utilização de serviços de saúde. Um aumento na utilização de serviços geralmente está associado a custos de tratamento mais elevados. ANDRADE et al. (2002) estimaram a porcentagem de pessoas que utilizaram serviços de saúde nos trinta dias anteriores à entrevista. A presença de transtornos psiquiátricos se mostrou correlacionada com um aumento no uso de serviços: 45,5% dos que tiveram transtorno psiquiátrico no ano anterior à pesquisa utilizaram algum serviço de saúde, versus 28,2% na população sem transtorno psiquiátrico. O fato de não haverem sido discriminados os tipos de serviços de saúde utilizados por esta população, apenas o uso de atendimento médico não psiquiátrico e de atendimento psicológico, não permitiu a estimativa dos custos associados aos transtornos psiquiátricos. FLECK et al. (2002) observaram uma associação positiva entre frequência de sintomas depressivos e utilização de recursos médico-hospitalares (consultas e diárias hospitalares) em pacientes de serviços de atenção primária em Porto Alegre.

Este trabalho pretende estimar a utilização de recursos e os custos do tratamento do Transtorno Depressivo Maior e da Depressão Resistente a Tratamento em um Hospital terciário de São Paulo. Na medida em que a melhora dos sintomas depressivos leva a uma diminuição dos custos de tratamento e custos econômicos da doença, espera-se que a utilização de recursos e, conseqüentemente, os custos do tratamento sejam significativamente maiores na DRT do que na depressão não resistente.

Este estudo visa a suprir a falta de trabalhos de análise econômica na área de saúde mental e poderá contribuir para uma futura avaliação do custo social da doença. Um dos grandes problemas na área de saúde no Brasil é a relativa escassez de dados epidemiológicos e de custos em saúde mental. Em uma sociedade como a nossa, cujos recursos financeiros destinados à saúde são insuficientes face à demanda e freqüentemente são mal distribuídos, é fundamental que se conduzam estudos de análise econômica. Tais estudos podem fornecer subsídios técnicos para a tomada de decisão quanto à alocação de recursos e auxiliar a formulação de políticas públicas.

Segundo MAYNARD (1993), a idéia dos estudos de análise econômica é a de procurar quantificar, quando possível, os fundamentos para a tomada de decisões quanto à alocação de recursos em saúde, tornando-as mais transparentes.

Atualmente, com a introdução das empresas de medicina de grupo na área de saúde mental, uma ênfase crescente será dada aos custos do tratamento. Não podemos nos esquecer, entretanto, que para a sociedade como um todo não apenas os custos do tratamento, mas principalmente os econômicos, são de grande importância. Os custos econômicos representam a maior parte do custo das doenças mentais. Assim, se por um lado, a falta de tratamento devido a uma oferta de serviços insuficiente leva a uma diminuição de custos de tratamento, por outro lado ela pode elevar os custos econômicos ao prolongar a duração dos transtornos não tratados e da incapacidade deles decorrente (CHISHOLM et al., 2000).

II. REVISÃO DA LITERATURA

1. Conceito de Depressão

O estudo do conceito de depressão é de especial relevância devido à multiplicidade de usos deste termo em Medicina e na linguagem corrente. O termo “depressão” é empregado tanto para designar um estado afetivo normal (a tristeza) quanto um sintoma, ou ainda quanto uma doença.

O uso leigo se refere à tristeza comum, uma reação humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades e que faz parte da vida psíquica normal. Este sentimento em geral dura pouco e não requer atenção de um profissional de saúde.

Quando analisada como um sintoma, a depressão pode surgir em diversas patologias, como na esquizofrenia, alcoolismo, demência, etc.

A doença depressão propriamente dita é uma alteração patológica da afetividade caracterizada por um conjunto de sintomas e sinais, cujas intensidades atingem um certo limiar e uma duração definida. Embora a característica mais típica da depressão seja o sentimento de tristeza, não se deve confundir tristeza comum com depressão doença, pelo fato de a primeira integrar o conjunto sintomático da segunda (GUZ, 1990). A doença depressão tem uma etiologia biológica, com forte influência de fatores genéticos mas também de fatores ambientais (KENDELL, 1993).

Nos episódios de depressão típica, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade, tanto motora quanto psíquica. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e frequentemente idéias de culpa e/ ou de indignidade. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode ser acompanhado de sintomas ditos "somáticos", por exemplo, despertar matinal precoce, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante,

agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. Existem sintomas opostos em muitos casos de depressão atípica: hipersonia, agitação, ansiedade, hiperfagia..

A depressão tem sido classificada de várias formas de acordo com o período histórico, com os autores e com o ponto de vista adotado. À medida que se acumulam os conhecimentos sobre etiologia e tratamento da depressão, modificam-se os sistemas de classificação e diagnóstico. Os principais e mais recentes sistemas de classificação em Psiquiatria são a Classificação Internacional das Doenças, da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1993), em sua décima revisão (CID-10) e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, na 4ª edição revisada (DSM-IV-TR), da ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (2000).

A CID-10 reserva o Capítulo V aos Transtornos Mentais e Comportamentais (códigos F00 a F99). Neste capítulo, o grupo dos Transtornos do humor (ou Transtornos afetivos) é subdividido em Episódio maníaco, Transtorno afetivo bipolar, Episódios depressivos, Transtorno depressivo recorrente, Transtornos de humor persistentes, Outros transtornos do humor e Transtorno do humor não especificado.

É importante a distinção entre depressões bipolares, que se alternam com fases de exaltação de humor e de aumento de energia (mania) e fazem parte do transtorno afetivo bipolar, e depressões unipolares (Episódios depressivos e Transtorno depressivo recorrente), caracterizada por episódios depressivos ocorrendo em um mesmo paciente, sem a presença de mania ou hipomania.

Os Episódios depressivos (F32) são por sua vez subdivididos em leve, moderado e grave, de acordo com o número de sintomas apresentados. Os sintomas são agrupados em fundamentais (humor deprimido, perda de interesse e fadigabilidade) e acessórios (concentração e atenção reduzidas, diminuição da auto-estima e auto-confiança, idéia de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído). No mínimo 2 sintomas fundamentais são necessários para o diagnóstico de Episódio depressivo, além da presença de 2 sintomas acessórios para a depressão leve e 3 ou 4 para a moderada. Para o diagnóstico de Episódio depressivo grave são

necessários 3 sintomas fundamentais e 5 ou mais sintomas acessórios, com ou sem a presença de sintomas psicóticos.

O Transtorno depressivo recorrente (F33) é caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, separados por períodos assintomáticos, com a condição de nunca ter apresentado episódios de mania. Ele também é dividido em episódio atual leve, moderado e grave.

O DSM-IV-TR classifica os transtornos do humor em:

- Transtornos Bipolares e suas respectivas subdivisões;
- Episódios Depressivos, subdividido em Transtorno Depressivo Maior (TDM), Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo sem outras especificações.

O TDM se divide em Episódio Único e TDM Recorrente, que correspondem ao Episódio depressivo (F32) e Transtorno depressivo recorrente (F33) da CID-10, respectivamente. Cada um pode ser seguido de especificadores de severidade, de remissão, de presença de sintomas psicóticos e outros como: crônico, catatônico, melancólico, atípico ou pós-parto.

Para o diagnóstico de TDM, a pessoa deve apresentar “humor deprimido” ou “perda de interesse ou prazer” durante um período mínimo de duas semanas, além de cinco sintomas de uma lista de nove.

De acordo com DEL PORTO (1999), o conceito de TDM, como aparece no DSM-IV, é muito abrangente e por isso mesmo pouco preciso, incluindo provavelmente uma gama muito heterogênea de condições, que vão desde a fronteira com a normalidade até as formas mais graves de depressão. Esta amplitude dificulta a avaliação de hipóteses sobre a etiologia das depressões, respostas a tratamentos biológicos e tampouco auxilia na decisão de medicar ou não a pessoa que preencha tais critérios.

A depressão pode afetar as pessoas em qualquer fase da vida, embora a incidência seja maior nas idades médias. A depressão é essencialmente um transtorno episódico recorrente e cada episódio dura desde alguns meses até alguns anos, intervalado por

períodos eutímicos¹. Em cerca de 20% dos casos, porém, a depressão segue um curso crônico, sem remissão, especialmente quando não há tratamento adequado disponível (THORNICROFT e SARTORIUS, 1993 apud ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). A taxa de recorrência para os que se recuperam do primeiro episódio fica ao redor de 35% dentro de 2 anos e cerca de 60% dentro de 12 anos. A taxa de recorrência é mais alta naqueles que têm mais de 45 anos de idade. Um dos desfechos particularmente trágicos de um transtorno depressivo é o suicídio. Cerca de 15-20% dos pacientes depressivos cometem suicídio (GOODWIN; JAMISON, 1990 apud ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

A análise da Carga Global da Doença 2000 (MURRAY et al., 2001) mostra que os transtornos depressivos unipolares impõem pesado encargo à sociedade e se situam em quarto lugar entre as principais causas de ônus entre todas as doenças na população mundial. Eles respondem por 4,4% do total de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI, ou DALY, em inglês), e são a principal causa de anos de vida vividos com incapacidade (AVI), representando quase 12% do total. Apesar do nível atual da carga da depressão já ser extremamente alto, as perspectivas para o futuro são ainda mais preocupantes. Até 2020, se persistirem as tendências atuais, a depressão se tornará a segunda causa de AVAI perdidos, sendo superada somente pela doença isquêmica cardíaca. Do ponto de vista epidemiológico, os fatores que mais contribuem para este aumento da incidência de depressão na população são a diminuição da idade de instalação da doença e o aumento das taxas de depressão em todas as idades (KLERMAN E WEISSMAN, 1989; ANDRADE et al., 2003).

2. Conceito de Depressão Resistente a Tratamento

Embora a depressão resistente a tratamento seja um fenômeno amplamente reconhecido, não existe ainda definição universalmente aceita para esta condição. Uma definição geral de resistência ao tratamento seria a “falha em se obter resposta completa com um tratamento reconhecidamente eficaz para depressão maior”. O conceito de tratamento adequado implica doses apropriadas de antidepressivo (ou

¹ Com humor normal

intensidade de tratamentos não farmacológicos), administradas por um período de tempo suficiente. Também é necessário certificar-se da adesão do paciente ao tratamento e que os níveis plasmáticos de antidepressivos (para antidepressivos tricíclicos) estejam adequados (FAVA e DAVIDSON, 1996). É portanto necessário não confundir a noção de resistência ao tratamento com depressões tratadas inadequadamente (depressões pseudo-resistentes), que respondem normalmente desde que as doses e a duração do tratamento antidepressivo sejam suficientes (SOUGEY, 1988; CARNEIRO e RUSCHEL, 1993). Entretanto, não existe consenso quanto aos valores ideais para as variáveis dose e tempo.

FAVA e DAVIDSON (1996) propõem a definição de resistência ao tratamento antidepressivo como uma ausência de resposta a doses padrão (i.e., significativamente superiores ao placebo em estudos duplo-cego) de antidepressivos administrados continuamente por um período de 6 semanas. OLSZELSKI et al. (1999) definem a depressão resistente como um episódio de depressão maior, não secundário a outra condição médica e não induzida por drogas, que falha em responder ou manter a resposta a dois tratamentos sucessivos, com antidepressivos de classes farmacológicas diferentes, em doses adequadas e durante um período não inferior a seis semanas.

SOUERY e colaboradores (1999) apresentam o conceito de resistência relativa, definida como a falta de resposta a uma dose média de antidepressivo (150 a 200 mg/dia de imipramina, 20 mg de fluoxetina ou equivalente) por no mínimo 4 semanas. A severidade da resistência seria um contínuo até a resistência absoluta. De acordo com estes autores, pacientes com resistência absoluta são aqueles que não respondem à dose máxima não tóxica de antidepressivos (equivalente a 300 mg/dia de imipramina) em até 8 semanas de tratamento. Uma não-resposta à um único tratamento antidepressivo adequado pode também ser insuficiente para concluir o diagnóstico de resistência. De acordo estes mesmos autores, são necessários dois ensaios farmacoterapêuticos com classes diferentes de antidepressivos para se considerar o primeiro estágio de DRT. MORENO e MORENO (1993a) adotam critérios muito mais restritivos: é considerado resistente ao tratamento um episódio depressivo no qual “houve resposta parcial ou ausente a pelo menos três ensaios clínicos, incluindo ao menos dois dos seguintes: antidepressivo tricíclico (ADT), em

doses equivalentes a 300 mg/dia de imipramina ou a máxima tolerada; inibidor de monoaminoxidase (IMAO), na dose equivalente até 80 mg/dia ou máxima tolerada de tranilcipromina; ou eletroconvulsoterapia (ECT), com uma série de no mínimo dez aplicações bilaterais. No caso dos antidepressivos, cada aplicação deve durar ao menos oito semanas, sendo duas em doses terapêuticas”.

Diversas estratégias terapêuticas são empregadas na abordagem das depressões resistentes: aumento de dose (titulação), troca de medicação, associações de antidepressivos, potencialização dos antidepressivos com estabilizador do humor ou antipsicótico, potencialização com hormônios tireoidianos, uso de Inibidores da Monoamino Oxidase (IMAO) e eletroconvulsoterapia (AMSTERDAM e HORNIG-ROHAN, CARNEIRO e RUSCHEL).

COREY-LISLE et al. (2002) desenvolveram um algoritmo para identificar pacientes com TRD baseado no seu padrão de tratamento, registrado no banco de dados administrativo de uma seguradora de saúde, e compararam seus custos de tratamento com aqueles de pacientes não resistentes. O algoritmo definiu como DRT qualquer paciente que tenha recebido IMAO ou ECT, terapias frequentemente consideradas como último recurso. Também foram classificados como DRT pacientes atingindo pontuação determinada em uma escala (baseada no número de aumentos de dose e trocas de antidepressivos) e simultaneamente preenchendo critérios específicos em uma matriz de combinação de trocas e aumentos de dose. A vantagem deste método é permitir uma classificação retrospectiva, quando não se tem acesso a informações clínicas (prontuários) e não se possui dados sobre a resposta dos pacientes ao tratamento. O estudo classificou como DRT 12% dos pacientes com TDM, resultado consistente com dados conservadores de prevalência de DRT na literatura. A soma dos custos de tratamento e custos econômicos da DRT foi mais de duas vezes superior aos custos do TDM não resistente.

3. Alguns conceitos econômicos

O custo total de uma doença para a sociedade pode ser dividido em duas categorias principais: os custos tangíveis e os intangíveis.

3.1 Custos tangíveis, por sua vez se dividem em:

3.1.1. Custos do Tratamento ²

Os custos do tratamento são aqueles que podem ser atribuídos ao diagnóstico, tratamento e reabilitação da doença. Eles podem, por sua vez, ser divididos em :

3.1.1.1. Custos médicos: tempo dos profissionais de saúde e materiais consumidos, que por sua vez podem ser divididos – de acordo com a terminologia de contabilidade de custos - em:

3.1.1.1.a Custos diretos: são recursos consumidos exclusivamente na produção de um bem ou serviço, e portanto são aqueles que podem ser diretamente relacionados ao tratamento da doença em questão, como por exemplo medicamentos, materiais, equipamentos, tempo dos profissionais em consultas e atendimentos (COUTTOLENC e ZUCCHI, 1998).

3.1.1.1.b Custos indiretos: são aqueles que não podem se relacionar claramente com determinada atividade, pois são “compartilhados” entre diferentes programas ou serviços, como por exemplo gastos com energia elétrica, com administração central e todos os gastos ligados à atividades de apoio e infraestrutura que são usados simultaneamente por várias áreas ou atividades. Estes custos devem ser rateados entre os diversos setores para se chegar ao custo por área ou atividade (COUTTOLENC e ZUCCHI, 1998).

3.1.1.2 Custos não-médicos: são geralmente gastos incorridos pelo paciente e sua família como consequência direta do tratamento, como por exemplo

² Os termos “custos do tratamento” e “custos econômicos” são chamados na literatura de Economia da Saúde (inclusive a citada no texto) de custos diretos e indiretos, respectivamente. Entretanto, neste estudo não empregaremos estes termos, para evitar confusão com aquilo que os administradores de serviços de saúde denominam de custos diretos e indiretos, como foi definido nos itens 3.1.1.1.a e 3.1.1.1.b.

gastos em transporte para chegar no local de tratamento, gastos em hotel ou gastos em dietas especiais.

3.1.2 Custos Econômicos: Estes custos se referem à perda de produtividade e renda incorrida pela economia nacional, resultante da doença. Esta perda de produtividade pode ser provocada pela morte prematura de um trabalhador causada pela doença, pela diminuição na sua produtividade ou pelo seu absenteísmo e o de seus familiares no trabalho (GREENBERG et al., 1995).

3.2 Custos intangíveis:

Estes não representam perda de recursos reais e sim perdas emocionais que podem ser atribuídos à dor e ao sofrimento psicológico causados pela doença nos pacientes e seus familiares e às limitações que estes impõem à sua qualidade de vida. Estes valores são de difícil mensuração (KIELHORN e GRAF VON DER SCHULENBERG, 2000), e raramente entram na conta dos custos totais, embora costumam ser mencionados.

Ao se calcular os custos de uma doença, é fundamental especificar qual a perspectiva adotada, ou seja, do ponto de vista de quem estamos medindo os custos. As perspectivas mais empregadas são basicamente quatro: a do paciente, a do provedor dos serviços de saúde, a do pagador e a da sociedade como um todo (DRUMMOND et al., 1987).

Do ponto de vista do paciente, os componentes do custo da doença são os gastos efetuados diretamente pelo paciente em medicamentos, exames, consultas (custos médicos), em transporte, fisioterapia, etc. (custos não médicos) e os custos econômicos associados à perda de renda do paciente, resultantes do absenteísmo e perda de produtividade no trabalho, além dos custos intangíveis.

Do ponto de vista dos prestadores de serviços de saúde, públicos ou privados, são levados em conta os custos médicos, ou seja, os custos do diagnóstico e do tratamento propriamente dito.

Para o pagador, público (governos das esferas federal, estadual ou municipal) ou privado (operadoras de planos de saúde ou seguradoras), o custo de uma doença se refere ao valor pago aos prestadores de serviços de saúde ou aos pacientes, pela parte do tratamento da doença que por ele é coberta. Assim, o custo para o governo seria o reembolso do tratamento de acordo com a tabela do Sistema Único de Saúde e a compra de medicamentos por ele fornecidos. Para seguradoras e planos de saúde os custos seriam os valores reembolsados pelos procedimentos efetuados para diagnosticar e tratar a doença, de acordo com preços previamente negociados com os prestadores ou com os pacientes. É importante ressaltar que esse conceito corresponde mais ao de gasto e não ao custo real do tratamento. O gasto acontece quando dinheiro é desembolsado, ao passo que o custo não envolve necessariamente desembolso.

Finalmente, o ponto de vista da sociedade é o mais amplo, levando em conta os custos do tratamento, econômicos e intangíveis, e inclui custos além do escopo do pagador ou do sistema de saúde. Estes podem incluir custos legais e de serviços como também dos dias de trabalho perdidos (se o paciente ainda trabalha) e/ou perda de remuneração e conseqüentemente perda de impostos arrecadados.

4. Estimação de custos

O custo de um serviço de saúde é o valor de todos os recursos utilizados na produção de serviços e atividades de saúde. Um custo ocorre quando uma atividade produtiva acontece, a qual consome recursos escassos, que poderiam ser empregados em outra atividade. É importante distinguir o conceito de custo de oportunidade do de custo financeiro ou contábil. O custo de oportunidade de uma atividade ou de um bem é definido pelos economistas como o valor dos benefícios que seriam obtidos com seu melhor uso alternativo e são portanto perdidos. A escassez leva a escolhas que levam a custos. O custo financeiro, mais relevante na gestão e financiamento dos serviços de saúde, é o gasto financeiro necessário para a provisão da atividade ou do bem em um período determinado. O custo financeiro existe por causa do dinheiro desembolsado, enquanto os custos de oportunidade continuariam a existir na ausência de gasto ou desembolso. A diferença é importante na determinação do que será valorado ou não em uma avaliação econômica (Mc CRONE, 1998).

Em um mercado perfeitamente competitivo, o preço de qualquer produto seria igual ao seu custo de oportunidade. Sob tais condições, a análise de custos seria muito facilitada; entretanto, quando o mercado diverge da competição ideal, os preços não são mais adequados para estimar os verdadeiros custos de um produto. O preço, ou a taxa de um serviço, é então apenas uma *proxy* grosseira de seu custo de oportunidade. No mercado da Saúde, esta divergência é atribuível a diversos fatores de distorção, entre eles o fato de produtos e serviços menos lucrativos serem subsidiados pelos ganhos provenientes de outros mais rentáveis (LUCE e ELIXHAUSER, 1990).

Avaliações econômicas em saúde podem se concentrar nos custos dos insumos³ básicos (como tempo dos profissionais, materiais, equipamentos, instalações, etc.) ou nos custos dos produtos intermediários, que são as consultas, as cirurgias, os exames, ou as diárias hospitalares. De acordo com DRUMMOND e McGUIRE (2001), o nível de detalhe no método de estimação dos custos pode variar de acordo com o objetivo do estudo. Caso se queira fornecer uma ordem de grandeza dos custos totais e uma maior capacidade de generalização dos resultados, uma estimação grosseira pode ser apropriada. Neste caso é possível utilizar um indicador do custo de um produto ou de um grupo de atividades (por exemplo de uma diária hospitalar ou de uma consulta). Exemplos de indicadores de custo seriam o preço ou uma tarifa existente. Embora o custo correto de um recurso seja o seu custo de oportunidade, a abordagem pragmática para valoração é utilizar o seu preço de mercado, a não ser que haja algum motivo particular para não fazê-lo. Assim, se existe mercado para os bens e serviços objeto da medição, se aceita como custo de oportunidade o seu preço de mercado (DRUMMOND et al., 1987; SACRISTÁN, 1995).

Por outro lado, se o que se deseja é uma maior precisão nos resultados, pode-se optar por uma avaliação mais detalhada, listando, medindo e valorando cada insumo utilizado no produto intermediário. No exemplo da diária hospitalar, os insumos ou “ingredientes” seriam o tempo do pessoal de enfermagem, tempo dos médicos, custo

³ COUTTOLENC e ZUCCHI (1998) definem Insumos como: “recursos ou matérias primas. Os insumos incluem recursos humanos, materiais médicos ou hospitalares, equipamentos e instalações e a tecnologia para operá-los; eles tem, necessariamente, um custo, mesmo que a unidade que os utilize não realize nenhum desembolso direto por eles”.

das refeições, da água, luz, roupa de cama lavada, entre muitos outros. Determinar tais custos não é uma tarefa fácil. Para calcular os custos das atividades ou procedimentos é necessária a existência de um controle contábil, que organize e sistematize os custos com registro dos gastos por setor ou serviço. Sistemas para prover esta informação nem sempre existem, estão acessíveis, ou completos. Como resultado disto, estudos em economia da saúde costumam fazer uso de suposições ou estimativas aproximadas de custos.

A análise detalhada do custo dos serviços médicos e de hotelaria decompõe os serviços nos seus diversos elementos de custo (pessoal, materiais, equipamentos, etc.), os quais podem ser classificados, como já foi mencionado, em custos diretos e indiretos. Os custos diretos são aqueles que estão diretamente relacionados com o bem ou serviço produzido. São exemplos de custos diretos:

- serviços profissionais (salários, encargos sociais, benefícios e outros) medido em horas de trabalho utilizadas no serviço;
- materiais (medicamentos, materiais médico-cirúrgicos, material de consumo, etc.) medidos diretamente pelo custo unitário;
- equipamentos e área física utilizados exclusivamente para o serviço: o custo de depreciação é o seu preço dividido pela “vida útil”;
- custos e despesas gerais (manutenção e conservação de equipamentos, serviços de terceiros e outros).

Os custos indiretos são os custos das áreas administrativas e as despesas que incidem sobre a instituição como um todo, sem que se possa saber diretamente que unidades se utilizam delas e em que proporção. Eles são rateados com outras áreas do hospital, e consistem de itens como depreciação ou aluguel de prédios, impostos e taxas, energia elétrica, água, telefone, e outros. Os critérios de rateio podem ser a área física das unidades em metros quadrados, o número de pontos de luz, ou o número de ramais, no caso do telefone (COUTTOLENC e ZUCCHI, 1998).

Além destes custos devem ser levados em conta os custos das áreas de apoio, tais como Nutrição, Central de Material Esterilizado, Limpeza, dentre outros. Estes custos também são rateados pelas diferentes unidades hospitalares que utilizam seus serviços, de acordo com diferentes métodos, mais ou menos sofisticados e complexos.

O preço de mercado é preferido para produtos como medicamentos, equipamentos e materiais médicos. Em geral, existem dois preços: o preço de aquisição e o preço médio de mercado. Qual o preço mais adequado depende do escopo e objetivo do estudo. Se o objetivo da análise for a tomada de decisão dentro de uma instituição, o preço de aquisição é geralmente aceitável. Se maior capacidade de generalização for desejada, o preço médio de mercado é preferido. Similarmente, o tempo do pessoal pode ser valorizado usando salários da instituição ou a média do mercado, de acordo com o escopo do estudo. Em alguns casos se relatam as quantidades de insumos consumidos e os preços separadamente, de modo que os leitores possam aplicar seus próprios preços às quantidades ou tempos relatados (DRUMMOND e McGUIRE, 2001).

Entretanto, para muitos bens e serviços sanitários não existe mercado. Diante desta situação, a opção mais habitual é medir estes custos em termos médios. Serviços hospitalares estão entre os serviços mais importantes e mais difíceis de se apurar o custo. O perigo de se usar a despesa média unitária de uma diária hospitalar, com base no orçamento anual do hospital dividido pelo número de diárias anuais, é que quase certamente esta será superestimada ou subestimada. Este cálculo supõe que todos os pacientes utilizam a mesma quantidade de recursos em uma internação.

Os custos de serviços hospitalares podem ser vistos como uma composição de:

- Serviços de hotelaria, que incluem entre outros nutrição, limpeza, lavanderia, arquivo médico e administração, variando pouco de paciente para paciente, e
- Serviços médicos, que variam de um paciente para outro, e incluem itens como medicamentos, serviços diagnósticos e serviços cirúrgicos.

Algumas maneiras de se valorar os serviços hospitalares seriam:

- Pelo cálculo médio de uma diária hospitalar englobando os serviços de hotelaria e serviços médicos. Somar-se-iam todos os custos do departamento com pessoal, materiais, medicamentos, equipamentos, contas, tributos e rateios da áreas auxiliares e administrativas, e dividir-se-ia esta soma pelo total de diárias no período. Como já foi dito, esta alternativa não é adequada para o cálculo do custo de um tratamento específico, pois geralmente o nível e intensidade de cuidados médicos variam muito de acordo com o tipo de paciente;
- Pela análise detalhada de cada recurso consumido (como medicamentos, tempo de enfermagem, alimentação, luz, água, etc.) para o tratamento específico de um paciente ou grupo de pacientes. A estimativa de custo obtida é muito mais precisa, porém, na prática, esta demanda um monitoramento e coleta de dados extremamente complexos, demorados e caros.
- Uma alternativa intermediária seria o cálculo médio de uma diária hospitalar que incluía apenas os serviços de hotelaria e, separadamente, o custo dos serviços médicos utilizados especificamente para o grupo de pacientes que nos interessa. Este método, proposto por HULL et al. (1982) citados por DRUMMOND et al. (1987), fornece uma estimativa muito mais precisa do custo de hospitalização destes pacientes do que o de uma diária média.
- Pela taxa de reembolso por grupos diagnósticos (*Diagnosis-related groups* – DRG), com a condição de que estas reflitam os custos e não sejam artificialmente baixas (ou altas).

III. OBJETIVOS

1. Objetivo principal:

- Identificar e comparar a utilização de recursos em dois grupos de pacientes com Transtorno Depressivo Maior: pacientes com depressão resistente a tratamento e pacientes com depressão não resistente, no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).

2. Objetivos secundários:

1. Determinar a porcentagem de pacientes com DRT dentre aqueles diagnosticados com TDM no IPq-HC-FMUSP;
2. Caracterizar a amostra, segundo variáveis sócio-demográficas e clínicas e o grupo dos pacientes (TDM não resistente ou DRT);
3. Analisar a utilização de recursos por pacientes com TDM não-DRT e DRT para o diagnóstico e tratamento de suas respectivas comorbidades físicas. Na literatura estas doenças concomitantes são estimadas como a maior fonte de gastos (COREY-LISLE, 2002).
4. Comparar os custos anuais do tratamento do TDM não-DRT e da DRT neste hospital, do ponto de vista do prestador de serviços, o Hospital das Clínicas. A perspectiva do prestador de serviços foi escolhida por se tratar da mais factível em um estudo retrospectivo baseado em prontuários.
5. Identificar o peso relativo de cada recurso (medicamentos, consultas, hospitalizações, etc.) sobre o custo total do tratamento da DRT e do TDM não resistente neste hospital.

IV. MATERIAL E MÉTODOS

1. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo unicêntrico (realizado apenas no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – IPq-HC-FMUSP) e retrospectivo de cinco anos (julho 1997 a junho 2002). A fonte de dados foi os prontuários de pacientes do Ambulatório do IPq-HC-FMUSP

2. População de Estudo

2.1 Critérios de inclusão

- Pacientes adultos (com 18 anos de idade ou mais) de ambos os sexos. A imensa maioria dos estudos em depressão é em adultos e pouco se sabe sobre a prevalência e tratamento da depressão em crianças.
- Pacientes com diagnóstico clínico de depressão, de acordo com os critérios da CID-10 (F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8 ou F33.9) documentado em seu prontuário. Foi escolhida a classificação da CID-10 pois é a utilizada no hospital;
- Pacientes que freqüentaram o ambulatório psiquiátrico do hospital durante o mês de junho de 2002. Este mês foi escolhido aleatoriamente, apenas para diminuir o tamanho da amostra de pacientes a serem selecionados. Como não foram utilizadas consultas de primeira visita, não são esperadas influências de fatores sazonais na escolha de um mês específico.
- Pacientes tratados por pelo menos seis meses neste hospital (primeira visita anterior a 1º de janeiro de 2002). O tempo mínimo de seis meses de tratamento foi estipulado, considerando-se que o tempo mínimo recomendado pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1989) para tratamento da depressão é de quatro a seis meses.

2.2 Critérios de exclusão

- Diagnóstico de psicoses comórbidas: psicoses orgânicas, psicoses alcoólicas e/ou com consumo de drogas, depressão bipolar, psicoses esquizofreniformes, psicoses afetivas (exceto depressão psicótica), psicoses delirantes e outras psicoses não orgânicas (CID-10: F00 a F98, exceto F32 e F33) presentes durante o período da pesquisa;
- Participação em estudo clínico com medicação entre julho de 1997 e junho de 2000. Pacientes participantes de ensaios clínicos seguem um padrão de tratamento específico, ditado pelo protocolo da pesquisa, e não a critério do médico responsável, havendo pouca flexibilidade para mudanças nas dosagens e associações de medicamentos. Além disso, tais pacientes costumam ter consultas e exames mais freqüentes do que na rotina do hospital, não refletindo a prática “real”.

2.3 Amostra

Foi solicitada ao Serviço de Estatística do IPq uma lista dos pacientes com diagnóstico de depressão em seu registro hospitalar, que tinham consulta agendada em junho de 2002 e que foram tratados por pelo menos 6 meses no IPq. Obteve-se uma amostra de 865 pacientes.

Foi calculada uma amostra mínima necessária de 36 pacientes com DRT para se detectar uma diferença de custos de 0.5 desvios-padrão entre os grupos DRT e TDM não DRT com um nível de significância $\alpha = 5\%$ e um poder do teste de $(1-\beta) = 90\%$. Foram utilizadas as estimativas mais conservadoras (SOUERY et al., 1999) de proporção de pacientes com TDM resistentes ao tratamento: 10 a 20% (em média 15%). Portanto a amostra necessária para verificação da hipótese do estudo foi calculada em 240 pacientes.

Para obtê-la, procedeu-se à uma amostragem sistemática de início casual e com intervalo de amostragem igual a quatro. Selecionou-se o primeiro nome da lista de pacientes classificados por ordem alfabética e, a seguir, a cada 4 pacientes, por ordem numérica dos prontuários, até chegar ao fim da lista, com uma amostra de 217 pacientes.

A análise dos prontuários revelou a presença indevida de um número significativo de pacientes que não atendiam aos critérios de elegibilidade, como inclusão de paciente menor de 18 anos (1), pacientes sem diagnóstico de TDM (52), pacientes agendados que não compareceram à consulta no mês de junho de 2002 (49), pacientes com menos de 6 meses de tratamento (18), pacientes com psicoses comórbidas (12), pacientes bipolares (28), e pacientes que participaram de estudo clínico (7). Da primeira amostra de 217 prontuários foram excluídos 113 pacientes que não possuíam um ou mais critérios de elegibilidade, sobrando 104.

Procedeu-se então a uma nova amostragem de intervalo quatro, iniciando-se do paciente seguinte, por ordem numérica dos prontuários, ao primeiro paciente da amostragem anterior. Foram assim selecionados mais 216 pacientes. Destes, foram excluídos 118 que não possuíam os critérios de inclusão e incluídos 98. Uma terceira amostragem foi então realizada da mesma forma, selecionando-se os 126 primeiros pacientes obtidos, dos quais ficaram 40 após verificação dos critérios de inclusão.

Assim, selecionamos no total 559 pacientes, dos quais foram incluídos 242.

Uma análise posterior revelou que, destes 242 pacientes, 30 haviam sido incluídos erroneamente e não possuíam todos os critérios de elegibilidade. Após a exclusão destes, restou uma amostra de 212 prontuários.

Os prontuários dos pacientes incluídos na pesquisa foram revisados para coleta de dados referentes a características sócio-demográficas (idade, sexo, raça, escolaridade, ocupação e eventualmente renda), características clínicas (tempo de tratamento no IPq e diagnósticos concomitantes - psiquiátricos e não psiquiátricos) e de todos os serviços e insumos utilizados nos últimos cinco anos (tais como consultas, exames solicitados, dias de internação, medicamentos prescritos, etc.). Certos dados que estavam incompletos ou ausentes de alguns prontuários foram complementados com informações do banco de dados do Departamento de Estatística do IPq, tais como o estado civil, escolaridade, raça e ocupação.

3. Metodologia

3.1 *Definição dos grupos de pacientes*

3.1.1 Grupo de pacientes com provável DRT

No presente estudo foi utilizada a definição de DRT proposta por COREY-LISLE et al. (2002), a qual é descrita a seguir:

- Paciente que tenha recebido qualquer Eletroconvulsoterapia (ECT) ou tratamento com Inibidores da Monoamino Oxidase (IMAO) entre julho de 1997 e junho de 2002

ou

- Paciente que preencha tanto os critérios da “Escala DRT” quanto critérios da “Matriz DRT” a qualquer momento entre julho 1997 e junho 2002;

a) Critérios da Escala DRT (Escore de cinco ou mais = provável DRT)

- Tratamentos específicos:
Escore 1 para potencialização com estabilizador do humor e 1 para potencialização com antipsicótico (escore 0 a 2)
- Troca de antidepressivos:
Escore de 0-3 para o número de trocas entre julho 1997 e junho 2002, baseado no quartil do número de trocas da amostra (no 1º quarto o escore = 0, no 2º quarto = 1, e assim por diante).
- Titulação (aumento de dose) dos antidepressivos:
Escore de 0-3 para o número de titulações entre julho 1997 e junho 2002, baseado no quartil do número de titulações da amostra. Foram considerados todos os aumentos de dose, independentemente do tempo na dose anterior e desta estar na faixa terapêutica ou não.

b) Critérios da Matriz DRT

Foram considerados com provável DRT aqueles pacientes que tiveram um padrão de titulação em “L invertido” (área hachurada do quadro abaixo), i.e.:

- 3 ou mais trocas de antidepressivos entre julho de 1997 e junho de 2002; e
- 2 ou mais trocas e 2 ou mais titulações entre julho 1997 e junho 2002

Número de Trocas

	0	1	2	3+	Total
Número de Titulações					
0					
1					
2+					
Total					

3.1.2 Grupo de pacientes não DRT

Todos os pacientes não classificados como prováveis DRT foram automaticamente considerados como TDM não resistente, pois o critério para entrar na pesquisa é ter diagnóstico de TDM documentado no prontuário.

3.2 Utilização de recursos

A utilização de recursos no tratamento do TDM não resistente e da DRT foi estimada levando-se em conta todos os produtos e serviços consumidos nos últimos 5 anos, listados nos prontuários do hospital. O levantamento não se limitou aos prontuários do Instituto de Psiquiatria. Pelo número de registro dos pacientes foi verificado se houve atendimento em outros ambulatórios e internação em outras enfermarias do Hospital das Clínicas e os prontuários de outras clínicas do HC também foram revisados.

Foi calculada, para cada tipo de insumo (conforme listado abaixo), a quantidade média consumida por paciente, de acordo com o grupo do paciente (grupo DRT e grupo não DRT). Como foram incluídos pacientes com diferentes tempos de seguimento (mínimo de 6 meses e máximo coletado de 5 anos), a quantidade utilizada para cada paciente foi dividida pelo tempo de seguimento em anos (ou frações de ano), obtendo-se o consumo anual de cada recurso.

Os dados coletados nos prontuários foram:

3.2.1 Recursos nas internações hospitalares:

- Número de diárias hospitalares, tanto nas enfermarias da Psiquiatria quanto em outras enfermarias do hospital, número de consultas médicas (psiquiátricas e outras), número de consultas com psicólogos, atendimento de enfermagem, número de consultas de enfermagem, número e tipo de exames diagnósticos realizados, procedimentos (como cirurgias e outros), medicação prescrita (psiquiátrica e geral) com dose, posologia e tempo de uso, qualquer terapia não farmacológica (eletroconvulsoterapia, psicoterapia, terapia ocupacional, etc.);

3.2.2 Recursos no tratamento ambulatorial do Instituto de Psiquiatria e em outros ambulatorios do hospital:

- Número de consultas médicas (psiquiátricas e outros), número de consultas com psicólogos, número de consultas com assistente social, número e tipo de exames diagnósticos, medicação prescrita (psiquiátrica e geral) com dose, posologia e tempo de uso, procedimentos e qualquer terapia não farmacológica;

3.2.3 Recursos no atendimento em Pronto-Socorro:

- Consulta médica, atendimento recebido, medicação (psiquiátrica e geral), exames diagnósticos, procedimentos;

3.3 Cálculo dos custos

Neste estudo, foram calculados os custos do tratamento do Transtorno Depressivo Maior e da Depressão Resistente a Tratamento e suas comorbidades, do ponto de vista do prestador de serviços, tomando por base os recursos utilizados, identificados nos prontuários dos pacientes com estes diagnósticos.

A partir do levantamento dos recursos consumidos, conforme descrição no item 3.2, foi estimado o custo do tratamento. A todos os recursos foram atribuídos valores em reais (R\$) referentes a novembro de 2003.

O Instituto de Psiquiatria não dispõe um sistema adequado de contabilidade de custos; assim, não foi possível decompor cada serviço médico e de hotelaria em seus insumos básicos e valorá-los baseando-se em planilhas de custos e um método de custeio. Devido a essa limitação, foram utilizados os preços de mercado de cada recurso, como uma aproximação do custo de oportunidade. É importante frisar que os preços praticados não têm necessariamente uma relação diretamente proporcional com os custos de produção dos bens, estando algumas vezes sobre-valorizados e outras sub-valorizados, com taxas de lucro não uniformes, as quais dependem da oferta e da demanda de cada bem ou serviço.

No Hospital das Clínicas, a grande maioria dos pacientes são atendidos através do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, decidimos não utilizar a tabela SUS para valorar os procedimentos, uma vez que os valores desta são artificialmente baixos e não cobrem os custos da grande maioria dos procedimentos.

Em termos de volume de pacientes, a segunda alternativa mais importante para o HC consiste nos convênios com seguradoras e operadoras de planos de saúde. Analisando a lista de convênios do HC, percebe-se que as referências de preço mais usadas são a Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira de 1992 (AMB/92) e de 1990 (AMB/90), que representam cada uma 39% dos contratos, seguidas da tabela CIEFAS - Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde - (14%) e dos contratos específicos, que representam apenas 8% do total.

- Para valorar as consultas médicas, os exames e procedimentos, foi utilizada a tabela AMB/92. O valor do Coeficiente de Honorários (CH) utilizado foi de R\$ 0,27, que também é o mais amplamente utilizado.
- A Tabela de Convênio da Fundação Faculdade de Medicina (FFM) de 2003 foi utilizada para valorar procedimentos e honorários não listados na tabela AMB/92
- Para valorar medicamentos e soluções parenterais, foi utilizado o Guia Farmacêutico Brasíndice, de 5 de novembro de 2003.
- As consultas odontológicas tiveram seu valor atribuído pela tabela 2003 da Associação Brasileira de Odontologia.
- Para as consultas de enfermagem, cujo valor não consta nem na tabela AMB nem tampouco na tabela da FFM, procedeu-se um cálculo de regra de três, baseado na proporção dos salários/hora pagos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, de uma enfermeira (R\$ 4,93) em relação ao médico (R\$ 13,97), e o valor de uma consulta médica na tabela AMB/92 (R\$ 21.60). Obtivemos assim um valor de R\$ 7,62 por consulta de enfermagem.
- Como as consultas de assistente social não são reembolsadas pelos planos de saúde, decidiu-se não valorá-los.
- Outras atividades profissionais, como reunião de corpo clínico para discussão de casos ou supervisão de médico assistente também não foram valoradas.
- Os prontuários médicos não listam os materiais descartáveis utilizados, e portanto os custos destes não foram incluídos nos cálculos.
- O procedimento Estimulação eletromagneto transcraniana é ainda considerado experimental, e é principalmente utilizado para fins de pesquisa. Desta forma, não foi possível estimar um preço de mercado, e o seu custo foi considerado nulo.

3.4 Variáveis de Estudo

características sócio-demográficas

- Idade (em anos)
- Sexo
- Cor da pele
- Escolaridade
- Estado civil.
- Ocupação.

características clínicas

- Grupo: DRT e não DRT
- Tempo de tratamento (em anos)
- Tempo de seguimento: é o tempo de tratamento nos últimos 5 anos (em anos). Para pacientes com mais de 5 anos de doença, o tempo foi truncado em 5,0 anos.

doenças concomitantes

- Agrupamento de 3 dígitos pela CID, 10^a. revisão.
- Capítulo da CID 10^a. revisão.

local de atendimento no Hospital das Clínicas:

- Ambulatório do IPq;
- Outros ambulatórios do HC;
- Internação no HC;
- Pronto Socorro do HC.

Serviços utilizados

- Consultas
 - Médicas
 - Outros profissionais

- Atendimentos de enfermagem
- Outras atividades (discussão de caso clínico, supervisão)
- Exames.
- Procedimentos.
- Diárias hospitalares

medicamentos

- Psicotrópicos.
 - ADT: antidepressivo tricíclico
 - ADISRS: antidepressivo inibidor seletivo da recaptação de serotonina
 - IMAO: antidepressivo inibidor da monoaminoxidase
 - ADIRSN: antidepressivo inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina
 - ADO: antidepressivos de outras classes
 - ANS: ansiolítico
 - EHAC: estabilizador do humor/anticonvulsivante
 - EH: estabilizador do humor
 - APT: antipsicótico típico
 - APA: antipsicótico atípico
 - APK: antiparkinsoniano
 - AC: anticolinérgico
 - ACO: anticonvulsivante
 - X: outra classe
- Não psicotrópicos.

3.5 *Análise estatística*

3.5.1 Caracterização da amostra

A caracterização da amostra, segundo características sócio-demográficas (idade, sexo, raça, escolaridade, estado civil, ocupação e renda) e clínicas (tempo de tratamento no IPq e comorbidades psiquiátricas e não psiquiátricas) e o tipo de depressão dos pacientes (DRT ou não DRT), foi feita por meio de porcentagens,

médias, desvios padrão, medianas, valores mínimos e máximos. Os grupos DRT e não DRT foram comparados em relação a estas características, para verificar se eram homogêneos e que portanto uma diferença no resultado de custos não fosse devida a uma variável de confusão. A comparação entre os grupos foi feita pelo teste de associação pelo qui-quadrado, teste de diferenças de médias t-Student ou pelo teste não-paramétrico de Mann-Whitney, para variáveis que não satisfizeram a suposição de normalidade. A aderência das variáveis quantitativas à distribuição Normal foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e a homocedasticidade foi testada pelo teste de Levene.

3.5.2 Utilização de recursos

Foi calculada, para cada tipo de insumo, a quantidade total consumida durante todo o tempo de seguimento dos pacientes, a quantidade média consumida por paciente por ano, a porcentagem de pacientes que utilizaram o recurso e a proporção do recurso consumido em relação ao total de recursos consumidos (DRT e grupo não DRT), conforme apresentado a seguir.

Todas as variáveis analisadas na caracterização dos atendimentos e dos custos, a seguir, foram divididas pelo tempo de seguimento nos últimos 5 anos, para que o valor encontrado fosse a média anual por paciente. O tempo de seguimento foi limitado a 5 anos.

- média anual por paciente: Quantidade total do insumo dividido pelo total de pacientes (n) x tempo de seguimento.
- Desvio-padrão (dp): foi calculado pela seguinte fórmula, onde n é o número de pacientes, \bar{x} é a média estimada, e x_i são os valores da variável observados para cada paciente:

$$dp = \sqrt{\sum_{i=1}^n \frac{(x_i - \bar{x})^2}{n-1}}$$

- Erro padrão da média: foi calculado pela seguinte fórmula:

$$\text{Erro padrão} = \frac{dp}{\sqrt{n}}$$

- intervalo de 95% de confiança da média [IC95%(média)]: foi calculado pela seguinte fórmula, supondo que a média possui distribuição normal:

$$IC95\%(média) = média \pm t_{n-1, 1-\alpha} \cdot \frac{\text{desvio padrão}}{\sqrt{n}}$$

- proporção de pacientes que consumiram o insumo ou o recurso em relação ao total de pacientes (\hat{p}): é o número de pacientes que consumiram o insumo dividido pelo total de pacientes (n).
- Porcentagem: é a proporção (\hat{p}) multiplicada por 100
- Intervalo de 95% de confiança da porcentagem [IC95%(\hat{p})]: foi calculado pela seguinte fórmula:

$$IC95\%(p) = \hat{p} \pm z_{1-\alpha} \cdot \sqrt{\frac{\hat{p}(1-\hat{p})}{n}} = \hat{p} \pm 1,96 \cdot \sqrt{\frac{\hat{p}(1-\hat{p})}{n}}$$

Como se utiliza aproximação pela distribuição Normal é necessário que $n \cdot \hat{p}$ e $n \cdot (1 - \hat{p})$ sejam maiores que 5, onde n corresponde ao total de indivíduos do grupo e \hat{p} à proporção.

Os seguintes testes foram utilizados na comparação dos grupos:

- Teste de Proporções:

Para comparar igualdade entre as proporções dos grupos é necessário que $n_1(p_1)$ e $n_1(1 - p_1)$ e $n_2(p_2)$ e $n_2(1 - p_2)$ sejam maiores do que 5, onde n_1 é número de pacientes no grupo 1 (DRT), \hat{p}_1 a proporção no grupo 1, n_2 o número de

pacientes no grupo 2 (não DRT) e \hat{p}_2 a proporção no grupo 2. Caso estas condições sejam satisfeitas, calcula-se a estatística do teste abaixo e verifica-se o valor-p correspondente na tabela na distribuição Normal padrão.

O valor p é a probabilidade que a diferença observada entre os grupos seja devida ao acaso, na hipótese dos grupos serem iguais entre si com relação à variável testada. Se o valor-p encontrado for menor do que 0,05 concluímos que existe diferença significativa nas proporções entre os grupos.

$$Z = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\frac{\hat{p}_1(1 - \hat{p}_1)}{n_1} + \frac{\hat{p}_2(1 - \hat{p}_2)}{n_2}}}$$

- Teste Qui-Quadrado:

Este teste é utilizado para comparação de variáveis categóricas, i.e, para comparar a distribuição dos grupos nas categorias de determinada variável. Supondo que a variável de interesse possui c categorias, a estatística do teste é dada por:

$$X^2 = \sum_{i=1}^2 \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

onde O_{ij} corresponde ao valor observado e E_{ij} ao valor esperado para cada categoria j e para cada um dos grupos i. Esta estatística possui distribuição qui-quadrado com c-1 graus de liberdade, e o valor-p correspondente é fornecido através da tabela apropriada. Caso este valor-p encontrado seja menor do que 0,05, concluímos que existe diferença entre as distribuições dos grupos de acordo com as categorias.

- Teste de Mann-Whitney:

O Teste t-Student para comparação de médias de duas amostras independentes só pode ser utilizado diante da suposição de normalidade. Entretanto as variáveis estudadas tem distribuições bastante assimétricas e não satisfazem a suposição de normalidade, assim, a média não é uma medida adequada para

comparar parâmetros de locação dos grupos. Uma alternativa mais adequada seria comparar as medianas dos grupos.

Utilizamos o teste não-paramétrico de Mann-Whitney para comparar as medianas das variáveis de interesse entre os grupos DRT e não-DRT. Este teste, apesar de ser não-paramétrico, tem maior eficiência para populações com distribuição Normal.

A estatística deste teste (U) é definida como o número de vezes que a variável resposta do grupo DRT, Y , precede a variável do grupo não-DRT, X , na amostra combinada das duas variáveis ordenadas. O valor- p é obtido através de uma tabela apropriada. Caso este valor seja menor do que 0,05 concluímos que existe diferença significativa entre as medianas dos grupos para a variável de interesse.

$$U = \sum_{i=1}^{n_1} \sum_{j=1}^{n_2} D_{ij} \quad i = 1, \dots, n_1 \text{ e } j = 1, \dots, n_2$$

onde :

$D_{ij} = 1 \text{ se } X_i > Y_j$ $0 \text{ se } X_i = Y_j$ $-1 \text{ se } X_i < Y_j$

3.5.3 Cálculo dos custos

- Custo médio anual por paciente: a quantidade média consumida por paciente por ano, obtida em 5.2, foi multiplicada pelo valor unitário estimado de cada recurso.
- A comparação entre os grupos foi feita pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney.

4. Aspectos Éticos Relacionados ao Projeto

Para garantir a confidencialidade da identidade dos pacientes, estes foram identificados no banco de dados apenas por suas iniciais e um número seqüencial.

Em cumprimento à Resolução CNS 196/96, este projeto foi avaliado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

V. RESULTADOS

1. Classificação dos pacientes em DRT e não DRT

1.1. Escala DRT

A estatística descritiva do número de titulações e trocas de antidepressivos na amostra se encontra na tabela 1. De acordo com os valores dos quartis do número de titulações e do número de trocas de antidepressivos efetuadas, foi feita a pontuação dos pacientes na “Escala DRT” .

Tabela 1 – Estatística descritiva do número de titulações e trocas de antidepressivos na amostra total

	Média	dp	Moda	Mínimo	1° Quartil	Mediana	3° Quartil	Máximo
Número de titulações por paciente	5,29	4,98	2	0	2	4	7	36
Número de trocas por paciente	1,52	1,85	0	0	0	1	2	10

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

No quesito número de titulações, pacientes que ficaram no primeiro quarto da amostra (i.e., entre o mínimo e o 1° quartil), com 0 e 1 titulações, tiveram escore 0, pacientes com 2 e 3 titulações (2° quarto) tiveram escore 1, pacientes com 4, 5 e 6 titulações receberam escore 2 e pacientes com 7 ou mais titulações obtiveram escore 3.

No item trocas de antidepressivos, 50% dos pacientes não efetuaram nenhuma troca e receberam escore 0. Pacientes que fizeram uma troca receberam escore 2 e pacientes com duas ou mais trocas pontuaram 3.

No item tratamentos específicos, pacientes que utilizaram estabilizador de humor apenas (n=30) ou antipsicóticos apenas (n=41), junto com o antidepressivo, receberam um ponto adicional. Aqueles que utilizaram tanto antipsicótico quanto estabilizador de humor junto com o antidepressivo (n=28) receberam 2 pontos adicionais.

A pontuação dos três quesitos foi somada e 88 pacientes tiveram escore superior ou igual a cinco.

1.2. Matriz DRT

A distribuição dos pacientes de acordo com o número de trocas e titulações de antidepressivos se encontra na figura 1. Os pacientes cuja combinação do número de titulações e trocas seguiu o padrão em “L invertido” das casas hachuradas preencheram o critério da Matriz ($n = 0 + 1 + 43 + 33 = 77$ pacientes).

Figura 1 – Distribuição dos pacientes na Matriz DRT

		Número de Trocas				
		0	1	2	3+	Total
Número de Titulações	0	11	3	1	0	15
	1	9	9	1	1	20
	2+	54	47	33	43	177
	Total	74	59	35	44	212

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

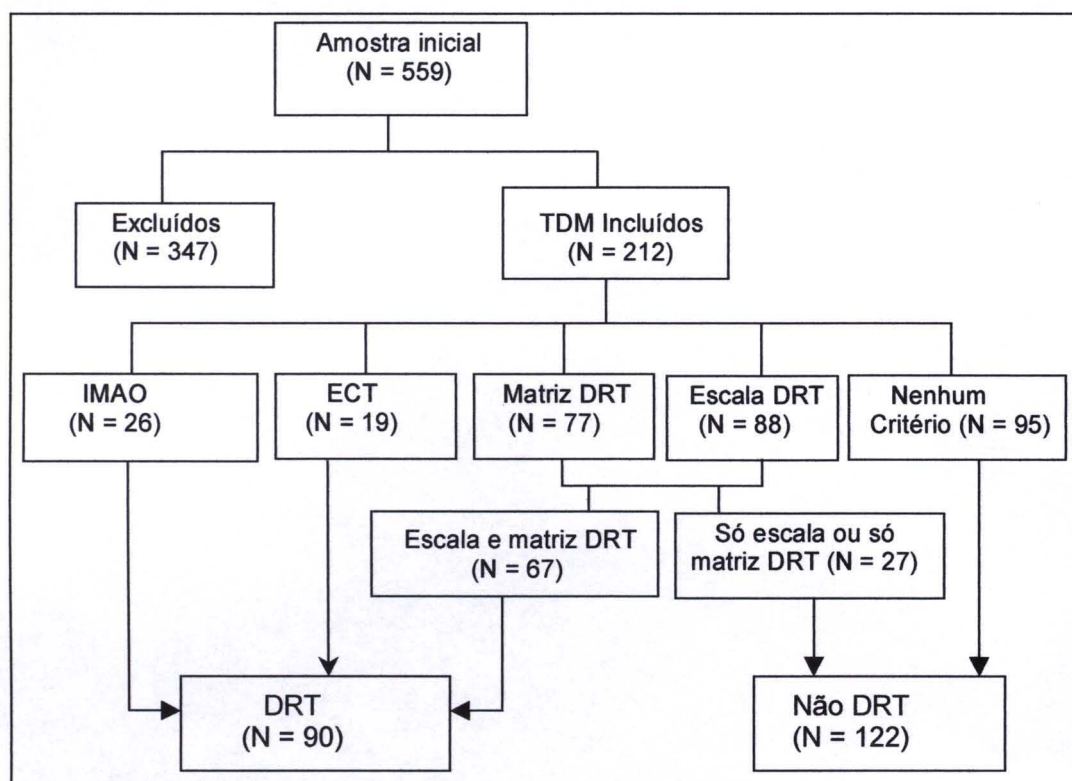
Um dos critérios para ser classificado como DRT era preencher os critérios da Escala DRT (pontuação maior ou igual a 5) e da matriz DRT simultaneamente. O número de pacientes nesta situação foi 67, como mostra a figura 2.

1.3. Uso de IMAO e ECT

Foram observados 27 pacientes que consumiram antidepressivo IMAO e 19 pacientes que realizaram eletroconvulsoterapia; estes pacientes foram automaticamente classificados como DRT.

A figura 2 resume a distribuição dos pacientes de acordo com os critérios de classificação preenchidos, e sua classificação final. Dos 212 pacientes selecionados, 90 indivíduos (42,5%) foram classificados como DRT e 122 (57,5%) como não DRT.

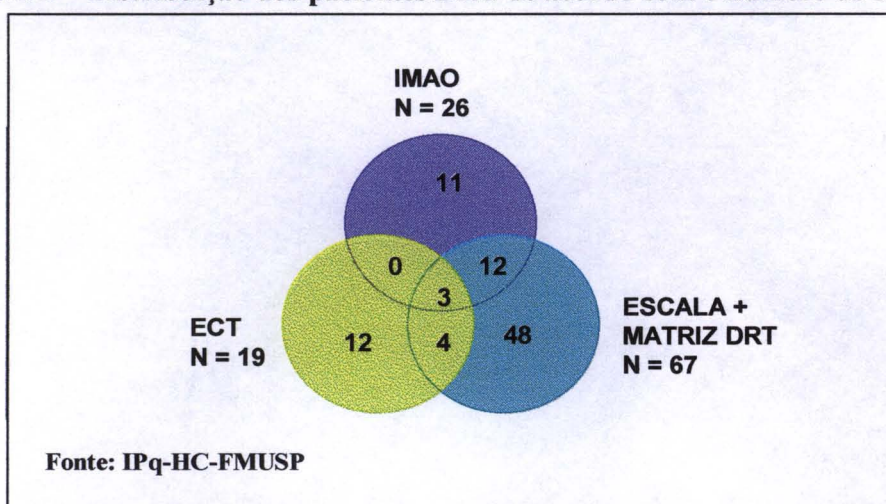
Figura 2 – Distribuição dos pacientes segundo critérios de classificação DRT



Fonte: IPq-HC-FMUSP

Na figura 2, a soma dos pacientes que preencheram cada critério para classificação em DRT não coincide com o valor total de pacientes DRT pois alguns pacientes preencheram mais de um critério. Assim, os grupos se sobrepõem, como mostra a figura 3.

Figura 3 – Distribuição dos pacientes DRT de acordo com o número de critérios



Fonte: IPq-HC-FMUSP

2. Características sócio-demográficas e clínicas

2.1 Idade, Sexo, Raça, Escolaridade, Estado Civil e Ocupação

Analisando a tabela 2, e considerando nível de significância de 5%, observa-se que não existe associação entre as variáveis de perfil sócio-demográfico e o tipo de depressão DRT ou não DRT ($p > 0,05$ para todas as variáveis).

Tabela 2 - Teste Qui-quadrado de Pearson para verificar associação entre variáveis sócio-demográficas e grupo

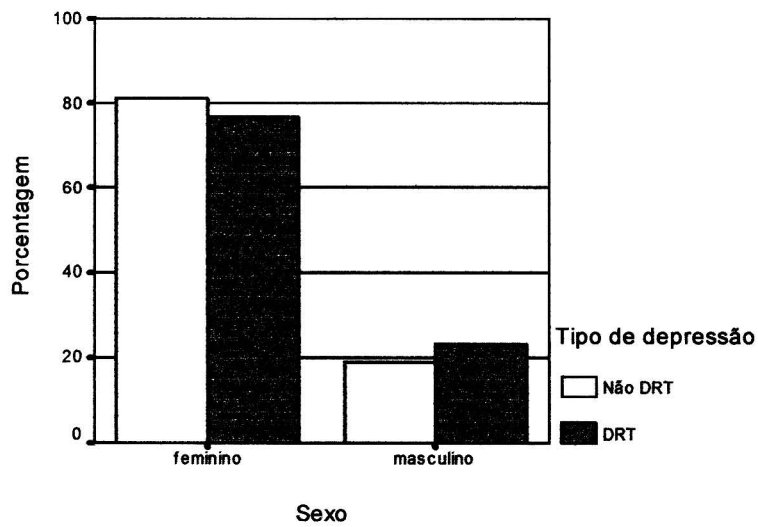
Variável	Qui-Quadrado	G.L.	Valor-p
Idade	8,15	5	0,14
Sexo	0,63	1	0,42
Raça	4,95	2	0,08
Escolaridade	4,71	11	0,94
Estado Civil	2,29	4	0,68
Ocupação	2,09	5	0,83

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

Nota: G.L. - Graus de Liberdade

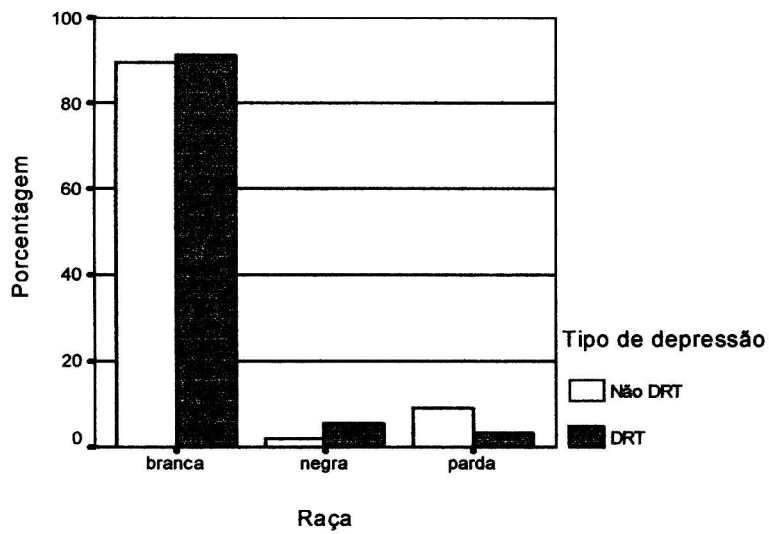
Os grupos foram semelhantes em sua distribuição quanto ao sexo ($p=0,42$), idade ($p=0,14$), raça ($p=0,08$), escolaridade ($p=0,94$), estado civil ($p=0,68$) e ocupação ($p=0,83$). A maioria dos pacientes era do sexo feminino (79,2%), com 40 anos ou mais (79,2%), com ensino médio ou superior (58,5%), casada (50,5%) e quase metade estava trabalhando no momento da pesquisa (43,1%). No item escolaridade houve, entretanto, um número alto de pacientes com nível educacional ignorado (22,2%). Estes resultados também podem ser visualizados através das figuras 4 a 9, a seguir.

Figura 4 - Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo e o grupo



Fonte: IPq-HC-FMUSP

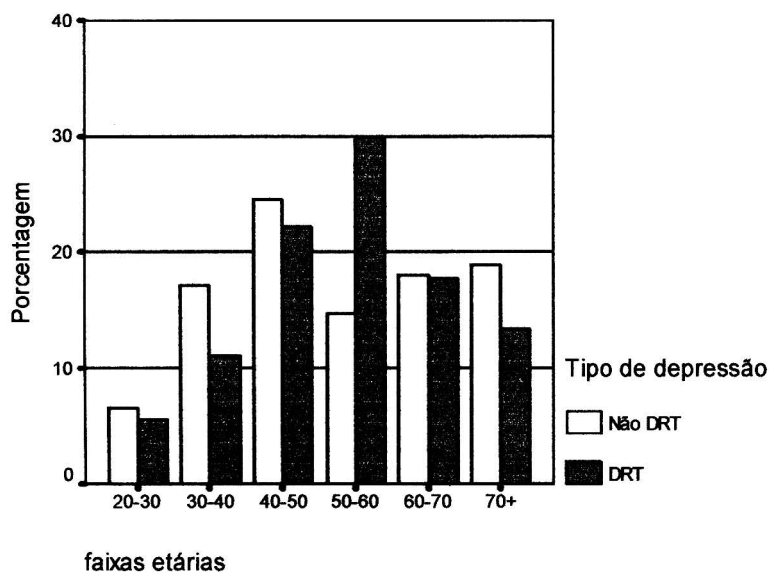
Figura 5 – Distribuição dos pacientes de acordo com a raça e o grupo



Fonte: IPq-HC-FMUSP

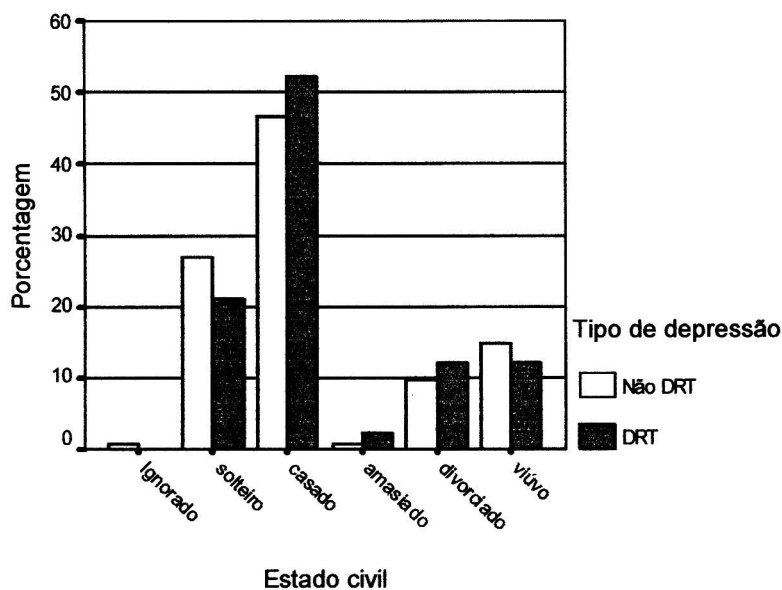
Embora não tenha havido diferença estatística na idade dos grupos, notamos que a faixa de idade modal do grupo DRT foi mais alta (50 a 60 anos) que a do grupo não DRT (40 a 50 anos),

Figura 6 – Distribuição dos pacientes de acordo com a idade e o grupo



Fonte: IPq-HC-FMUSP

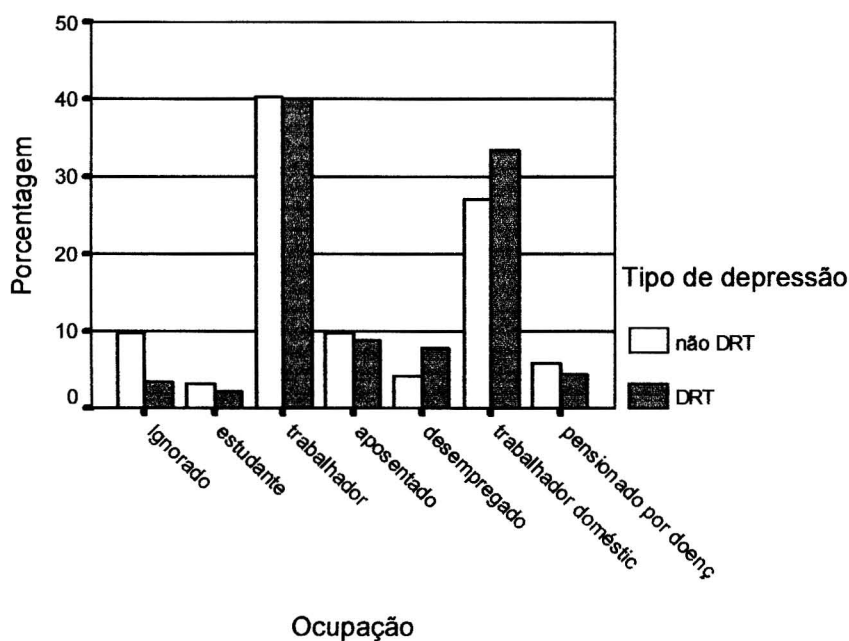
Figura 7 – Distribuição dos pacientes de acordo com o estado civil e o grupo



Fonte: IPq-HC-FMUSP

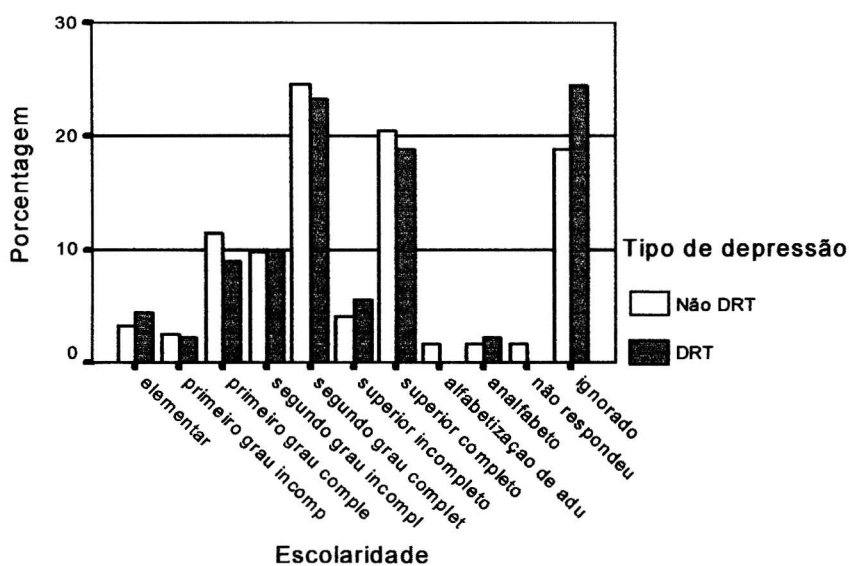
Pacientes com DRT apresentaram uma maior proporção de trabalhadores domésticos e desempregados do que o grupo não DRT, embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Figura 8 – Distribuição dos pacientes de acordo com a ocupação e o grupo



Fonte: IPq-HC-FMUSP

Figura 9 – Distribuição dos pacientes de acordo com a escolaridade e o grupo



Fonte: IPq-HC-FMUSP

2.2 Tempo de Tratamento

A variável tempo de tratamento (anos) não satisfaz a suposição de normalidade para os grupos DRT e não-DRT, assim, foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney para comparação entre os grupos.

Analisando a tabela 1, podemos notar que o grupo DRT apresentou um tempo de tratamento médio de 6,0 anos. Este valor foi muito superior ao tempo médio dos pacientes do grupo não DRT, que foi de 4,0 anos. O Intervalo de Confiança de 95% da diferença entre as medianas dos tempos de tratamentos para depressão DRT e não DRT foi [1,1; 2,6]. Assim, houve diferença significativa ao nível de 5% entre as medianas dos tempos de tratamento dos grupos DRT e não-DRT ($p < 0.001$).

Tabela 3 – Estatística Descritiva do Tempo de Tratamento, segundo o grupo

Grupo	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Mín.	Mediana	Máx.	p*
TDM	4,87	4,13	0,28	0,50	3,55	27,90	
DRT	6,01	4,16	0,43	1,40	5,30	27,90	< 0,001
Não DRT	4,04	3,92	0,35	0,50	2,75	24,90	

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

*p: nível descritivo do teste

2.3 Diagnósticos Psiquiátricos

As Tabela 4 e 5 e a figura 10 apresentam a caracterização da amostra, segundo as comorbidades psiquiátricas. O número médio de diagnósticos psiquiátricos por paciente com TDM foi de 0,33 com erro padrão de 0,04. No grupo DRT, encontrou-se média de 0,38 diagnósticos por paciente, com erro padrão de 0,07, e no grupo não DRT a média diminuiu para 0,30 com erro padrão de 0,05. O valor-p encontrado pelo teste de Mann-Whitney na comparação entre os grupos não indicou diferença entre as medianas dos grupos DRT e não-DRT para a variável número de diagnósticos psiquiátrico (tabela 4).

Tabela 4– Estatística Descritiva do número médio de diagnósticos psiquiátricos por paciente segundo o grupo

Grupo	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Mín.	Mediana	Máx.	p*
TDM	0,33	0,58	0,04	0	0	3	0,57
DRT	0,38	0,65	0,07	0	0	3	
Não DRT	0,30	0,53	0,05	0	0	2	

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

*p: nível descritivo do teste

Pode-se verificar na tabela 5 que aproximadamente 70% dos pacientes em cada grupo não apresentou nenhum diagnóstico psiquiátrico, enquanto a porcentagem de pacientes com dois diagnósticos foi 5,6% e 3,3% para os grupos DRT e não-DRT, respectivamente. Ao testar se existe diferença na distribuição dos pacientes por número de comorbidades psiquiátricas, concluímos que não existe diferença significativa entre os grupos DRT e não-DRT (Teste Qui-Quadrado= 2,09 com 3 graus de liberdade e valor-p= 0,55).

Tabela 5- Distribuição dos Pacientes de acordo com o número de diagnósticos psiquiátricos.

Grupo	n	Nº de diagnósticos psiquiátricos por paciente			
		0	1	2	3
TDM	212	153 (72,17%)	49 (23,11%)	9 (4,24%)	1 (0,48%)
DRT	90	63 (70,00%)	21 (23,33%)	5 (5,56%)	1 (1,11%)
Não-DRT	122	90 (73,77%)	28 (22,95%)	4 (3,28%)	0

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

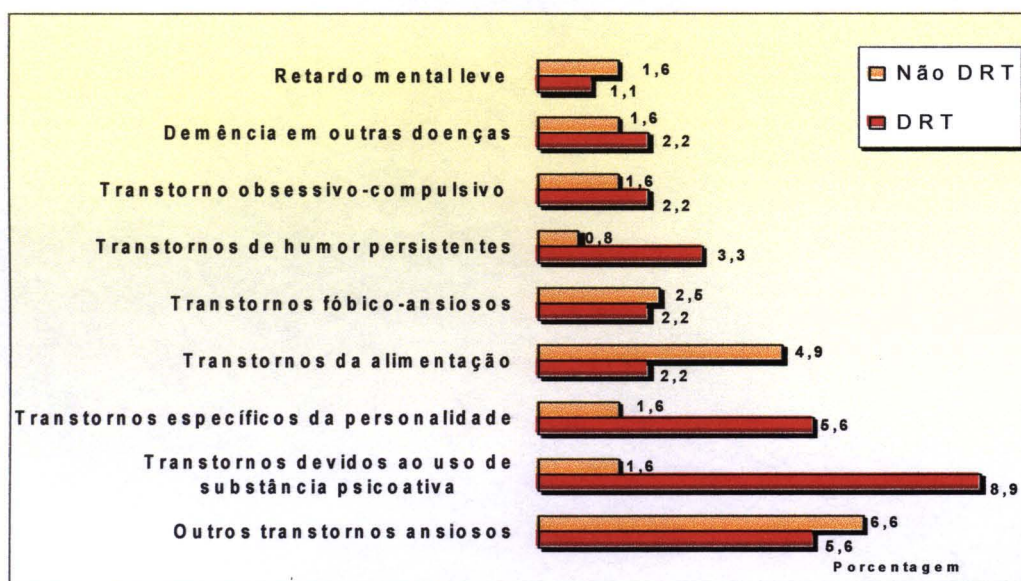
De acordo com a figura 10, os diagnósticos mais encontrados no grupo DRT foram: transtornos comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (8,9%), transtornos específicos da personalidade (5,6%) e transtornos do humor persistentes (3,3%). No grupo não DRT as maiores porcentagens foram de outros transtornos ansiosos (6,6%) e transtornos da alimentação (4,9%). Não foi possível realizar comparações estatísticas entre os grupos devido às baixas prevalências dos transtornos.

Reunindo as categorias diagnósticas em agrupamentos diagnósticos, é possível efetuar alguma comparação entre os grupos DRT e não DRT. O agrupamento denominado “Transtornos Neuróticos, Transtornos relacionados com Estresse e Transtorno Somatoforme” (F40-48) reúne as categorias Outros transtornos

ansiosos, Reações ao estresse grave, Transtorno dissociativo, Transtorno obsessivo-compulsivo, Transtorno somatoforme e Transtorno fóbico-ansioso. Três indivíduos apresentaram dois diagnósticos simultâneos neste agrupamento, assim, temos 24 indivíduos TDM no mesmo, sendo 15 do grupo não-DRT e 9 do grupo DRT.

Comparando as proporções de pacientes com diagnósticos neste agrupamento, não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,60$).

Figura 10 – Prevalência de comorbidades psiquiátricas nos grupos DRT e não DRT



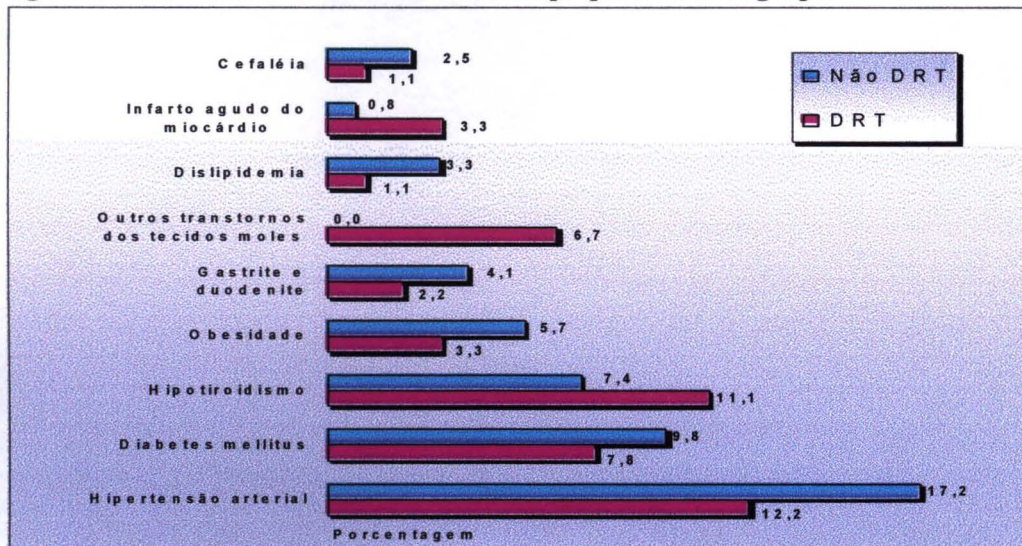
Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

2.4 Diagnósticos Não Psiquiátricos

A Figura 11 apresenta a caracterização da amostra, segundo as doenças não psiquiátricas concomitantes com 3 ou mais casos. O número médio de comorbidades por paciente na amostra total foi de 0,85 com erro padrão de 0,08. No grupo DRT, encontrou-se média de 0,87 diagnósticos por paciente com erro padrão de 0,11, e no grupo não DRT a média diminuiu para 0,84 com erro padrão de 0,12. No grupo não DRT, os diagnósticos mais encontrados foram a hipertensão arterial sistêmica (17,2%) e o diabetes mellitus (9,8%). No grupo DRT, a hipertensão também foi a comorbidade mais freqüente (12,2%) seguida do hipotireoidismo (11,1%). O teste de

Mann-Whitney não detectou diferença significativa entre as medianas do número total de diagnósticos não psiquiátricos nos grupos DRT e não-DRT (valor-p= 0,39). Não houve diferença significativa entre as prevalências de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus e Hipotireoidismo nos grupos DRT e não-DRT (p= 0,30, p=0,81, e p=0,36 respectivamente).

Figura 11 – Prevalência de comorbidades não psiquiátricas nos grupos DRT e não DRT



Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

A tabela 6 apresenta a distribuição dos pacientes de acordo com o número de diagnósticos não psiquiátricos. Nota-se que aproximadamente 50% dos pacientes não tiveram nenhuma comorbidade não psiquiátrica nos dois grupos e poucos indivíduos, em torno de 7%, tiveram mais do que 2 diagnósticos. No grupo DRT houve mais pacientes com 1 e 2 diagnósticos do que no grupo não DRT, mas a diferença não foi significativa.

Ao testar se existe relação entre o número de diagnósticos não psiquiátricos e o tipo de depressão, não houve associação significativa (Teste Qui-Quadrado = 4,00, com 6 graus de liberdade e valor-p= 0.67).

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes de acordo com o número de comorbidades não psiquiátricas, segundo o grupo.

Grupo	Nº de Diagnósticos Não Psiquiátricos/Paciente						
	0	1	2	3	4	5	6
TDM	109 (51,41%)	59 (27,83%)	26 (12,26%)	8 (3,77%)	5 (2,36%)	4 (1,89%)	1 (0,48%)
DRT	42 (46,67%)	28 (31,11%)	14 (15,56%)	3 (3,33%)	2 (2,22%)	1 (1,11%)	
Não DRT	67 (54,92%)	31 (25,40%)	12 (9,84%)	5 (4,10%)	3 (2,46%)	3 (2,46%)	1 (0,82%)

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

3. Utilização de Recursos no Ambulatório de Psiquiatria

3.1. Consultas

A tabela 7 caracteriza as consultas e atendimentos por paciente realizados anualmente no IPq, segundo o grupo. Nos dois grupos, o número de pacientes que efetuaram consultas e atendimentos foi muito baixo, exceto consultas com médico psiquiatra. Assim, só foi possível efetuar a comparação entre os grupos com relação ao número de consultas com psiquiatra. A média anual de consultas psiquiátricas por paciente foi de 10,59 no grupo DRT e 9,74 no grupo não-DRT e as medianas foram 9,50 e 8,70, respectivamente. Ao comparar as medianas dos dois grupos não houve diferença significativa. Assim, concluímos que não existe diferença entre o número anual de consultas psiquiátricas no Instituto de Psiquiatria do HC para os grupos DRT e não-DRT ($p=0,12$).

Tabela 7 – Estatística descritiva do número anual de consultas por paciente no IPq, segundo o grupo

		Grupo	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Min	Mediana	Max	P*
Consultas Médicas	Psiquiatra	TDM	10,09	4,97	0,34	0,77	9,11	35,00	0,12
		DRT	10,56	5,04	0,53	1,20	9,50	35,00	
		NãoDRT	9,74	4,90	0,44	0,77	8,70	30,00	
	Medico não Psiquiatra	TDM	0,02	0,11	0,01	0,00	0,00	1,43	**
		DRT	0,03	0,17	0,02	0,00	0,00	1,43	
		NãoDRT	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,40	

(continua)

Tabela 7 - Estatística descritiva do número anual de consultas por paciente no IPq, segundo grupo (conclusão)

		Grupo	Média	dp	ep	Min	Med	Max	p*
Total consultas		TDM	10,11						
		DRT	10,59						0,12
		NãoDRT	9,74						
Consultas/ atendimento Outros profissionais	Psicólogo	TDM	0,06	0,69	0,05	0,00	0,00	10,00	**
		DRT	0,02	0,07	0,01	0,00	0,00	0,56	
		NãoDRT	0,09	0,91	0,08	0,00	0,00	10,00	
	Odontólogo	TDM	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,48	
		DRT	0,01	0,05	0,01	0,00	0,00	0,48	
		NãoDRT	-						
	Consulta Enfermagem	TDM	0,01	0,10	0,01	0,00	0,00	1,43	**
		DRT	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,20	
		NãoDRT	0,02	0,13	0,01	0,00	0,00	1,43	
	Grupo Terapêutico	TDM	0,01	0,12	0,01	0,00	0,00	1,82	
		DRT	-						
		NãoDRT	0,01	0,16	0,01	0,00	0,00	1,82	
	Psicoterapia	TDM	0,18	1,74	0,12	0,00	0,00	20,37	**
		DRT	0,05	0,43	0,04	0,00	0,00	4,06	
		NãoDRT	0,28	2,27	0,20	0,00	0,00	20,37	
	Total outros profissionais	TDM	0,27						0,30
		DRT	0,08						
		NãoDRT	0,40						
Atendimento	Atendimento enfermagem	TDM	0,02	0,23	0,01	0,00	0,00	3,17	**
		DRT	0,05	0,33	0,03	0,00	0,00	3,17	
		NãoDRT	0,01	0,09	0,01	0,00	0,00	1,00	
Outras Atividades	Supervisão Assistente	TDM	0,01	0,16	0,01	0,00	0,00	2,38	
		DRT	0,03	0,25	0,03	0,00	0,00	2,38	
		NãoDRT	-						
	Reuniões Corpo Clínico	TDM	0,02	0,15	0,01	0,00	0,00	1,59	**
		DRT	0,04	0,20	0,02	0,00	0,00	1,59	
		NãoDRT	0,01	0,11	0,01	0,00	0,00	1,11	
Total outros	TDM	0,03						0,06	
	DRT	0,07							
	NãoDRT	0,01							

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

* p: nível descritivo do teste

** Teste não aplicável devido ao baixo número de pacientes com consulta ou atendimento.

3.2. Exames

Os exames foram divididos em três tipos: exames laboratoriais (bioquímica, hematologia, imunologia, urinálise, microbiologia, parasitologia), exames de imagem (raio X, tomografia, ressonância magnética nuclear, ultra-som, mamografia,

endoscopia, densitometria óssea) e outros (urologia, cardiologia, neurologia, pneumologia, anatomia patológica). Analisando a tabela 8, vemos que pacientes no grupo DRT solicitaram um número anual de exames laboratoriais (8,23), de imagem (0,13) e total na psiquiatria (8,71) significativamente maior do que pacientes não-DRT (6,80; 0,06 e 7,01 com $p=0,0001$; $p=0,02$ e $p<0,0001$, respectivamente).

Tabela 8 - Estatística descritiva para o número anual de exames ano no IPq.

Exame	Grupo	Total	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Min	Mediana	Max	P*	IC 95%
Laboratorial	TDM	1.570,43	7,40	11,45	0,79	0	2,90	80	0,0001	[5,86 ; 8,96]
	DRT	740,77	8,23	9,39	0,99	0	6,10	58,89		[6,26 ; 10,19]
	Nãc DRT	829,66	6,80	12,78	1,16	0	0	80		[4,51 ; 9,09]
Imagem	TDM	19,95	0,09	0,21	0,01	0	0	1,18	0,02	[0,06 ; 0,12]
	DRT	11,98	0,13	0,25	0,03	0	0	1,18		[0,08 ; 0,18]
	Nãc DRT	7,97	0,06	0,18	0,02	0	0	1,11		[0,03 ; 0,10]
Total	TDM	1.640,63	7,73	11,72	0,80	0	3,26	81,25	0,000	[6,15 ; 9,32]
	DRT	784,23	8,71	9,74	1,02	0	6,40	62,22		[6,67; 10,75]
	Nãc DRT	856,40	7,01	12,99	1,17	0	0,40	81,25		[4,69 ; 9,35]

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

* p: nível descritivo do teste -

Ao testar se existe relação entre a distribuição dos pacientes de acordo com o número anual de exames laboratoriais solicitados no ambulatório de Psiquiatria e o tipo de depressão (tabela 9), concluímos que existe associação altamente significativa (Teste Qui-Quadrado= 34.04 com 7 graus de liberdade e $p< 0.01$) e DRT é o grupo que mais realizou exames.

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes de acordo com o número anual de exames laboratoriais solicitados no ambulatório do IPq, segundo o grupo do paciente.

Grupo	Nº de Exames Laboratoriais							
	0	1-4	5-11	12-18	19-30	30-41	42-57	58-143
TDM	77 (36,33%)	8 (3,78%)	22 (10,38%)	21 (9,90%)	20 (9,43%)	21 (9,90%)	22 (10,38%)	21 (9,90%)
DRT	13 (14,45%)	4 (4,44%)	12 (13,33%)	13 (14,45%)	10 (11,11%)	14 (15,56%)	12 (13,33%)	12 (13,33%)
Não DRT	64 (52,46%)	4 (3,28%)	10 (8,19%)	8 (6,57%)	10 (8,19%)	7 (5,74%)	10 (8,19%)	9 (7,38%)

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

Em relação à distribuição dos pacientes de acordo com o número de exames de imagem realizados, também concluímos que existe associação significativa com o tipo de depressão, DRT ou não-DRT (Teste Qui-Quadrado= 12,62 com 4 graus de liberdade e $p= 0,01$). Observa-se na tabela 10 que há uma grande diferença entre os grupos com relação à proporção de pacientes que não realizaram nenhum exame (mais da metade dos não DRT e só 14% dos DRT) e no número de pacientes que realizaram dois ou mais exames (aproximadamente 17% dos DRT e apenas 3% dos não DRT).

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes de acordo com o número de exames de imagem solicitados no IPq por ano e segundo o grupo do paciente

Grupo	Nº de Exames Imagem				
	0	1	2	3	4
TDM	168 (79,25%)	25 (11,79%)	14 (6,60%)	4 (1,89%)	1 (0,47%)
DRT	65 (72,22%)	10 (11,11%)	10 (11,11%)	4 (4,45%)	1 (1,11%)
Não DRT	103 (84,43%)	15 (12,30%)	4 (3,27%)	-	-

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

3.3. Procedimentos

A tabela 11 mostra a caracterização dos grupos quanto ao número de procedimentos solicitados no IPq. Apenas dois tipos de procedimentos foram solicitados e o grupo DRT foi o único grupo que realizou procedimentos. Por este motivo, não foi possível comparar os grupos em relação ao número de procedimentos realizados.

A ECT foi realizada por 14 pacientes, totalizando 103,81 sessões anuais, ou seja, 7,42 sessões anuais por paciente que realizou ECT e uma média de 1,15 sessões anuais por paciente do grupo DRT. Apenas um paciente DRT realizou duas polissonografias de noite inteira durante todo o seu seguimento

Ter feito ECT foi um critério para ser classificado como DRT, daí a ausência de ECT no grupo não DRT.

Tabela 11 - Estatística descritiva do número de procedimentos realizados no Ambulatório de Psiquiatria por paciente por ano, segundo o grupo

Procedimento	Grupo	Total Anual	Média Anual	Desvio Padrão	Erro Padrão	Min	Mediana	Max
Eletoconvulsoterapia	TDM	103,81	0,49	2,97	0,20	0	0	25
	DRT	103,81	1,15	4,48	0,47	0	0	25
	Não DRT	-						
Polissonografia de noite inteira	TDM	0,69	0,003	0,04	0,003	0	0	0,69
	DRT	0,69	0,008	0,07	0,008	0	0	0,69
	Não DRT	-						

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

3.4. Medicamentos psicotrópicos

Analisando a tabela 12, verificamos que a distribuição dos pacientes de acordo com o número de medicamentos psicotrópicos (substâncias diferentes) consumidos é bastante diferente entre os grupos. No grupo não DRT, aproximadamente 90% dos pacientes tomou de um a 5 tipos de medicamento durante o seguimento dos pacientes, e nenhum tomou mais do que 10. No grupo DRT, mais da metade dos pacientes tomaram mais de 5 medicamentos no período de seguimento. Ao testar se existe relação entre a distribuição dos pacientes de acordo com o número de medicamentos e o tipo de depressão, concluímos que existe associação altamente significativa (Teste Qui-Quadrado= 54,52 com 2 graus de liberdade e $p < 0,001$).

Tabela 12- Distribuição dos Pacientes de acordo com o número de medicamentos psicotrópicos utilizados

Grupo	Nº de Medicamentos			
	1-5	5-10	10-20	20+
TDM	148 (69,81%)	52 (24,53%)	11 (5,19%)	1 (0,47%)
DRT	39 (43,33%)	39 (43,33%)	11 (12,23%)	1 (1,11%)
não-DRT	109 (89,34%)	13 (10,66%)	-	-

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

A tabela 13 detalha o consumo de medicações psicotrópicas, por classe terapêutica e farmacológica. A coluna número de medicamentos (Nº Med) representa o número de substâncias diferentes em cada classe farmacológica que foram consumidas por pelo

menos um paciente. O número de pacientes (Nº Pac) foi a soma dos indivíduos que usaram medicamentos dentro da classe especificada. Houve diferença significativa na proporção de pacientes que consumiram antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ADISRS), antidepressivos inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina (ADIRSN) e o estabilizador de humor lítio nos grupos DRT e não-DRT ($p=0,01$, $p<0,001$ e $p=0,01$, respectivamente). Na comparação do total de medicamentos de cada classe terapêutica, houve diferença significativa no número de pacientes que utilizaram estabilizador de humor ($p=0,04$). Em relação ao número total de medicações psicotrópicas consumidas por indivíduo, também houve diferença significativa entre os grupos DRT e não-DRT (valor- $p=0,01$).

Tabela 13- Medicações psiquiátricas consumidas no IPq, segundo o grupo do paciente

Classe Terapêutica	Classe Farmacológica	DRT		Não DRT		p
		Nº Med	Nº pac	Nº Med	Nº pac	
antidepressivos	ADISRS	5	140	4	128	0,01
	ADT	6	128	5	87	0,81
	ADIRSN	5	40	3	8	0,00
	ADIMAO	2	31	-	-	-
	ADO	1	1	-	-	-
	Total		19	340	12	223
Ansiolítico/ hipnótico	Benzodiazepínico	10	108	9	92	0,12
	Imidazopiridina	1	10	1	8	0,78
	Agonista parcial de serotonina	1	2	1	3	-
	Fitoterápico	-	-	1	1	-
	Total		12	120	12	104
Antipsicótico	APT	7	59	8	50	0,28
	APA	2	11	3	6	0,61
	Total	9	70	11	56	0,37
Estabilizador de humor	Anticonvulsivante	6	25	4	14	0,49
	Lítio	1	20	1	5	0,01
	Total	7	45	5	19	0,04
Antiparkinsoniano	Anticolinérgico	6	8	1	6	0,90
AP + AD	APT + ADIMAO	1	2	-	-	-
AP + ANS	APT + benzodiazepínico	1	1	-	-	-
Outros				2	2	-
Total		55	586	43	410	0,01

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

4. Utilização de Recursos em Outros Ambulatórios

Ao testar se existe relação entre o número de ambulatórios freqüentados e o tipo de depressão, concluímos que não existe associação significativa (Teste Qui-Quadrado= 0,26 com 3 graus de liberdade e valor-p= 0.96)

Tabela 14 - Número de ambulatórios freqüentados, de acordo com o grupo do paciente

Grupo	Nº de Ambulatórios				
	0	1	2	3	4
TDM	177 (83,49%)	18 (8,49%)	13 (6,13%)	3 (1,42%)	1 (0,47%)
DRT	75 (83,33%)	7 (7,78%)	6 (6,67%)	1 (1,11%)	1 (1,11%)
Não DRT	102 (83,60%)	11 (9,02%)	7 (5,74%)	2 (1,64%)	0

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

A tabela 15 apresenta o número e a proporção de pacientes que realizaram consultas em outros ambulatórios do HC, por ambulatório. Não houve diferença significativa entre as medianas do número total de ambulatórios freqüentados nos grupos DRT e não-DRT ($p= 0,91$), utilizando o teste de Mann-Whitney. Levando em consideração o tempo de tratamento, ou seja, comparando o número anual de ambulatórios freqüentados também não se observou diferença significativa ($p= 0,97$). Para a análise nos ambulatórios foram selecionados ambulatórios com mais de um atendimento na amostra total (TDM).

Tabela 15 - Número e Proporção de pacientes atendidos em outros Ambulatórios do HC, de acordo com o grupo do paciente e com o ambulatório

Ambulatório	DRT		Não DRT		TDM	
	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção
Neurologia	4	0,15	2	0,06	6	0,10
Endocrinologia	2	0,08	3	0,10	5	0,09
Urologia	1	0,04	3	0,10	4	0,07
Cardiologia	3	0,11	1	0,03	4	0,07
Ginecologia	3	0,11	5	0,16	8	0,14
Uroginecologia	0	0	2	0,06	2	0,03
Oftalmologia	3	0,11	3	0,10	6	0,10
Dermatologia	2	0,08	2	0,06	4	0,07
Clínica Médica	3	0,11	0	0	3	0,05
Reumatologia	1	0,04	1	0,03	2	0,03
Gastro-cirurgia	0		2	0,06	2	0,03
Total	26	0,46	31	0,54	57	1,00

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

Total = número total de pacientes atendidos no ambulatório

4.1 Consultas

Na tabela 16, observamos que o número médio anual de consultas nos ambulatórios foi de 0,33 com erro padrão de 0,08 na amostra total, de 0,30 com erro padrão de 0,11 no grupo DRT e de 0,35 com erro padrão de 0,11 no grupo não-DRT. A comparação dos dois grupos com relação às medianas do número anual de consultas não resultou em diferença significativa ($p=0,84$).

Tabela 16 – Estatística descritiva do número médio anual de consultas realizadas em outros ambulatórios

Recursos	Grupo	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	p	IC95%
Consulta médica	TDM	0,33	1,16	0,08	0,84	[0,17;0,49]
	DRT	0,30	1,08	0,11		[0,07;0,52]
	Não DRT	0,35	1,22	0,11		[0,13;0,57]

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

Ao testar se existe relação entre a distribuição dos pacientes de acordo com o número de consultas realizadas em outros ambulatorios e o tipo de depressão, concluímos que não existe associação significativa (Teste Qui-Quadrado = 1,30 com 4 graus de liberdade e valor-p= 0,86).

Tabela 17 - Distribuição dos pacientes de acordo com o número de consultas realizadas em outros ambulatorios e o grupo

Grupo	Nº de Consultas				
	0	1-5	6-12	12-18	24+
TDM	178 (83,96%)	19 (8,96%)	8 (3,77%)	4 (1,89%)	3 (1,42%)
DRT	76 (84,45%)	8 (8,89%)	3 (3,33%)	1 (1,11%)	2 (2,22%)
Não DRT	102 (83,60%)	11 (9,01%)	5 (4,10%)	3 (2,46%)	1 (0,83%)

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

4.2 Exames

O número médio anual de exames nos ambulatorios foi de 1,48 com erro padrão de 0,45. No grupo DRT este foi de 1,40 com erro padrão de 0,80 e no grupo não-DRT o número de exames foi ligeiramente maior, de 1,57 com erro padrão de 0,52. A comparação do número de exames não revelou diferença significativa entre os grupos (p= 0,26).

Tabela 18 – Estatística descritiva do número médio anual de exames efetuados em outros ambulatorios

Recurso	Grupo	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	p	IC95%
Exames	TDM	1,48	6,48	0,45		[0,59;2,38]
	DRT	1,40	7,65	0,80	0,26	[-0,20;3,00]
	Não DRT	1,57	5,70	0,52		[0,52;2,57]

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

Ao testar se existe relação entre a distribuição dos pacientes de acordo com o número de exames e o tipo de depressão, concluímos que não existe associação significativa (Teste Qui-Quadrado= 2,37 com 4 graus de liberdade e valor-p= 0,67).

Tabela 19 – Distribuição dos pacientes de acordo com o número anual de exames realizados nos ambulatórios.

Grupo	Nº de Exames				
	0	1-10	11-20	21-37	37+
TDM	187 (88,20%)	8 (3,78%)	4 (1,89%)	2 (0,94%)	11 (5,19%)
DRT	82 (91,11%)	3 (3,33%)	1 (1,11%)	0	4 (4,45%)
Não DRT	105 (86,06%)	5 (4,10%)	3 (2,46%)	2 (1,64%)	7 (5,74%)

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

4.3 Procedimentos

Só houve um paciente que realizou procedimento nos ambulatórios, desta forma não foi possível prosseguir a análise.

4.4 *Medicações*

Ao testar se existe relação entre a distribuição dos pacientes de acordo com o número de medicamentos não psicotrópicos consumidos e o tipo de depressão, concluímos que não existe associação significativa (Teste Qui-Quadrado = 6,89 com 4 graus de liberdade e $p = 0,14$).

Tabela 20 - Distribuição dos Pacientes de acordo com o número de medicamentos não psicotrópicos utilizados, segundo o grupo

Grupo	Nº de Medicamentos				
	0	1	2	3-4	5+
TDM	111 (52,36%)	37 (17,45%)	25 (11,80%)	19 (8,96%)	20 (9,43%)
DRT	38 (42,22%)	20 (22,22%)	13 (14,45%)	10 (11,11%)	9 (10%)
Não DRT	73 (59,84%)	17 (13,93%)	12 (9,84%)	9 (7,38%)	11 (9,01%)

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

A tabela 21 detalha o consumo de medicações não psiquiátricas por classe terapêutica, segundo o grupo do paciente. A coluna número de medicamentos (Nº Med) representa o número de medicamentos que foram consumidos por pelo menos um paciente em cada classe farmacológica. O número de pacientes (Nº Pac) foi a soma dos indivíduos que usaram medicamentos dentro da classe especificada.

Foram comparadas as proporções de cada classe de medicamento em relação ao total de medicamentos consumido no grupo. Só houve diferença significativa na proporção de fármacos para o trato gastrointestinal ($p=0,006$).

Em relação ao número médio anual de medicamentos consumidos nos ambulatorios a comparação entre as medianas também resultou em diferença significativa entre os grupos DRT e não-DRT ($p=0,01$).

Tabela 21 - Consumo de medicações não psiquiátricas por classe terapêutica e por grupo

Grupo Terapêutico	Classe Terapêutica	DRT		Não DRT		p
		Freq Med	Freq Paciente	Freq Med	Freq Paciente	
Antialérgicos / antivertiginosos	Antialérgico	1	1			-
	Antialérgico, antivertiginoso	2	2	1	1	-
	Antivertiginoso			1	1	-
	Total	3	3	2	2	-
Antiinfeciosos	Antiinfecioso	1	1			
	Antibiótico	3	3	3	4	-
	Antiparasitário	-	-	1	1	-
	Total	4	4	4	5	-
Hormônios	antitiroideano			1	1	-
	Anti-hipotireoidismo	3	14	1	11	0,69
	Terapia de reposição hormonal	3	3	4	8	-
	Antidiabético	2	4	5	10	-
	Total	8	21	11	30	0,08
Cardiovasculares	Antihipertensivo	9	34	7	26	0,43
	Antihipertensivo + diurético	1	3	2	4	-
	Antianginoso	3	3	2	3	-
	Cardiotônico	1	1			-
	Vasodilatador periférico			1	1	-
	Antilipêmico	3	4	4	4	-
	Diurético	3	8	2	11	0,36
	Furosemida	1	1			-
	Antivertiginoso vasodilatador periférico	1	1	1	1	-
	Hipertensor	-	-	1	1	-
	Antiarrítmico	-	-	1	1	-
	Total	22	55	21	52	0,82
Fármacos do Sangue	Antiagregante plaquetário	1	1			-
	Antianêmico	1	1	1	1	-
	Anticoagulante	1	1			-
	Hemorrológico	-	-	1	1	-
	Vasculoprotetor	-	-	1	1	-
	Total	3	3	3	3	-
Antiinflamatórios/ analgésicos	Antiinflamatório	4	5	3	3	-
	Antienxaquecoso	1	1			-
	Antiinflamatório analgésico	2	4	2	6	-
	Analgésico antitérmico			2	2	-
	Total	7	10	7	11	0,66
Trato Gastrintestinal	Gastrocinético	1	2	1	1	-
	Laxante	3	3			-
	Antiemético+gastrocinético	1	1			-
	Antiemético	1	2	1	1	-

(continua)

Tabela 21 - Consumo de medicações não psiquiátricas por classe terapêutica e por grupo (conclusão)

	Antiulceroso	4	19	2	10	
	Antiácido	1	1			-
	Total	11	28	4	12	0,01
Outros	Dietético	1	2			-
	Vitamina	3	3	2	2	-
	Tratamento da disfunção erétil	1	1			-
	Miorrelaxante	1	1	1	1	-
	Antiosteoporótico	1	1	2	2	-
	Imunossupressor	3	3			-
	Broncodilatador	2	2			-
	Antineoplásico	1	1			-
	Anticoncepcional	-	-	1	2	-
	Complexo Vitaminico	-	-	1	1	-
	Energizante	-	-	1	1	-
	Inibidor Prolactina	-	-	1	1	-
	Total	13	14	9	10	0,52
Oftalmológico	Midriático	1	1			
	Reparador Oftamo	1	1			
	Antiglaucatoso	-	-	1	1	-
	Antiglaucatoso+diurético	-	-	1	1	-
	Miótico	-	-	1	1	-
	Antiglaucatoso	-	-			-
	Total	2	2	3	3	-
	Total Geral	73	140	64	128	0,05

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

5. Utilização de Recursos no Pronto Socorro

Do total de pacientes, apenas 8 utilizaram o atendimento no PS durante todo o seguimento, uma média de 0,01 atendimentos por paciente por ano, com erro padrão de 0,005, ou seja, somente 1 % do total.

Entre os pacientes que foram atendidos no PS, houve somente uma consulta por paciente.

Com relação ao número de exames no pronto socorro, houve somente um paciente que realizou 14 exames, dos quais 7 foram de bioquímica, 2 de urocultura e gasometria, 1 eletrocardiograma, 1 urinálise e 1 hemograma, sendo que este paciente pertencia ao grupo não DRT.

No tocante a tentativas de suicídio, ocorreram 4 tentativas únicas no grupo DRT e 4 no grupo não DRT.

6. Utilização de Recursos na Internação

O número médio anual de internações por paciente com TDM foi de 0,07 com erro padrão de 0,01 e o IC-95% foi [0,04; 0,09]. Para o grupo DRT houve em média 0,09 internações por ano com erro padrão de 0,02 e 0,05 no grupo não-DRT, com erro padrão de 0,02. Comparando as medianas do número de internações utilizando o teste de Mann-Whitney houve diferença altamente significativa entre os grupos DRT e não-DRT ($p=0,009$).

Ao testar se existe relação entre a distribuição dos pacientes de acordo com o número de internações e o tipo de depressão, concluímos que existe associação significativa (Teste Qui-Quadrado= 6,18 com 1 grau de liberdade e $p= 0,01$).

Tabela 22 - Distribuição dos pacientes de acordo com o número de internações realizadas

Grupo	Nº de Internações			
	0	1	2	3
TDM	178 (83,97%)	29 (13,68%)	3 (1,41%)	2 (0,94%)
DRT	69 (76,67%)	16 (17,78%)	3 (3,33%)	2 (2,22%)
Não DRT	109 (89,34%)	13 (10,66%)	0	0

Fonte: IPq-HC-FMUSP

O tempo médio de internação na amostra total (que corresponde a razão entre o número total de diárias e o número de internações) foi de 42,78 dias com erro padrão de 9,98. No grupo DRT o tempo de internação foi menor (37,60 dias com erro padrão de 7,25) do que no grupo não-DRT (51,41 dias com erro padrão de 24,21). Entretanto, ao comparar as medianas dos tempos de internação nos dois grupos não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,32$).

No que concerne o motivo das internações, das 34 hospitalizações ocorridas na amostra total (21 no grupo DRT e 13 no grupo não DRT), 25 foram por motivo de depressão, ou seja, 74% do total. Destas, 19 aconteceram no grupo DRT e 6 no grupo não-DRT. Os grupos DRT e não DRT apresentaram diferença significativa na proporção de hospitalizações por motivo de depressão (90% e 46%, respectivamente, com $p=0,004$).

6.1. Consultas

A tabela 23 expõe a estatística descritiva das consultas e atendimentos realizados na internação. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos DRT e não-DRT no número de nenhum tipo de consulta ou atendimento ($p > 0,05$).

Tabela 23 – Estatística descritiva do número médio anual de consultas e atendimentos por paciente na internação

	Consulta	Tipo	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	p	IC95%	
Consultas médicas	Psiquiatra	TDM	9,43	12,86	2,27	0,17	[4,79;14,07]	
		DRT	10,71	13,16	2,87		[4,72;16,71]	
		Não DRT	6,98	12,50	3,77		[0;15,38]	
	Médico não psiquiatra	TDM	1,37	1,98	0,35	0,43	[0,65;2,08]	
		DRT	1,21	2,14	0,46		[0,23;2,18]	
		Não DRT	1,67	1,70	0,51		[0,52;2,82]	
	Total	DRT	11,92			0,22	[6,36;20,05]	
		Não-DRT	8,65				[0,63;18,56]	
Outros profissionais	Psicólogo	TDM	0,69	2,83	0,49	**	[0;1,69]	
		DRT	0,07	0,15	0,03		[0;0,13]	
		Não DRT	1,78	4,60	1,33		[0;4,70]	
	Assistente Social	TDM	0,02	0,10	0,02	-	[0;0,06]	
		DRT	0,04	0,12	0,03		[0;0,09]	
		Não DRT	-					
	Enfermagem	TDM	0,36	0,93	0,16	**	[0,003;0,70]	
		DRT	0,38	1,09	0,24		[0;0,87]	
		Não DRT	0,33	0,56	0,17		[0;0,70]	
	Odontologia	TDM	0,10	0,35	0,06	-	[0;0,23]	
		DRT	0,16	0,43	0,09		[0;0,35]	
		Não DRT	-					
	Terapia ocupacional	TDM	0,17	0,98	0,17	-	[0;0,53]	
		DRT	-					
		Não DRT	0,50	1,67	0,50		[0;1,63]	
		Total	DRT	0,65			0,26	[0,2;1,73]
			Não-DRT	2,61				[0;11,98]
	Atendimentos	Atendimento Enfermagem	TDM	35,97	43,66	7,60	0,16	[20,48;51,45]
DRT			44,20	47,57	10,38	[22,55;65,86]		
Não DRT			21,55	32,82	9,47	[0,69;42,40]		
Outras atividades	Reuniões do corpo clínico	TDM	0,10	0,29	0,05	-	[0;0,21]	
		DRT	0,16	0,35	0,08		[0;0,32]	
		Não DRT	-					

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

** Teste não aplicável devido ao baixo número de pacientes com consulta ou atendimento.

6.2. Exames

Os exames realizados na internação por mais de 3 pacientes se encontram na tabela 24. Não houve diferença significativa entre os grupos DRT e não-DRT relativamente ao número anual de exames de hematologia, bioquímica e total de exames da internação, utilizando o teste de Mann-Whitney (valor-p= 0,61, 0,60 e 0,50, respectivamente). Os outros exames não puderam ser comparados devido às baixas frequências.

Tabela 24 - Estatística descritiva do número médio anual de exames na internação*

Exame	Grupo	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	p
Hematologia	TDM	0,99	1,39	0,24	0,61
	DRT	0,93	1,28	0,28	
	Não DRT	1,10	1,67	0,50	
	DRT				
Bioquímica	TDM	6,08	6,66	1,18	0,60
	DRT	6,30	6,46	1,40	
	Não DRT	5,67	7,35	2,22	
	DRT				
Eletrocardiograma	TDM	0,13	0,26	0,05	**
	DRT	0,16	0,30	0,07	
	Não DRT	0,09	0,15	0,05	
	DRT				
Tomografia	TDM	0,04	0,12	0,02	**
	DRT	0,06	0,14	0,03	
	Não DRT	-			
Urinalise	TDM	0,10	0,21	0,04	**
	DRT	0,15	0,25	0,05	
	Não DRT	0,03	0,09	0,03	
Total	TDM	7,66	8,23	1,46	0,50
	DRT	7,84	7,78	1,70	
	Não DRT	7,32	9,42	2,84	

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

* Exames com mais de 3 casos

** não aplicável devido ao tamanho da amostra

6.3. Procedimentos

Na internação, o único procedimento que apresentou mais de 3 casos foi a eletroconvulsoterapia, realizada apenas por pacientes DRT, com média anual de 2,3

sessões por paciente. Devido ao baixo número de procedimentos, não foi possível comparar os grupos.

Tabela 25 – Estatística descritiva do número anual de procedimentos na internação*

Procedimento	Grupo	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	p	IC95%
Eletroconvulsoterapia - ECT	TDM	1,46	4,60	0,81	-	[0;3,12]
	DRT	2,23	5,57	1,21		[0;4,77]
	Não DRT	-				
Total	TDM	1,52	4,58	0,81	**	[0;3,17]
	DRT	2,25	5,56	1,21		[0;4,78]
	Não DRT	0,11	0,20	0,06		[0;0,25]

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

*Demais procedimentos apresentavam 1 ou 2 casos

** não aplicável devido ao tamanho da amostra

6.4. Medicamentos

O número médio de medicações consumidas anualmente na internação foi de 1,83 com erro padrão de 0,47 no grupo DRT e de 0,55 com erro padrão de 0,26 no grupo não-DRT. A comparação entre as medianas do número anual de medicamentos consumidos na internação resultou em diferença significativa entre os grupos DRT e não-DRT (valor-p= 0,002).

Ao testar se existe relação entre a distribuição dos pacientes quanto ao número de medicamentos consumidos na internação e o tipo de depressão, concluímos que existe associação significativa (Teste Qui-Quadrado= 10,29 com 2 graus de liberdade e valor-p= 0.006).

Tabela 26 - Distribuição dos pacientes de acordo com o número de medicamentos consumidos na internação

Grupo	Nº de Medicamentos				
	0	1-5	5-10	10-20	20+
TDM	187 (88,20%)	7 (3,31%)	9 (4,24%)	8 (3,78%)	1 (0,47%)
DRT	72 (80,00%)	5 (5,55%)	7 (7,77%)	5 (5,55%)	1 (1,11%)
Não DRT	115 (94,26%)	2 (1,64%)	2 (1,64%)	3 (2,46%)	

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

A tabela 41, no Anexo 8, detalha as medicações consumidas durante a internação, por classe terapêutica. Nas categorias em que foi possível realizar o teste de proporções, somente as medicações psicotrópicas apresentaram diferença

significativa entre os grupos ($p=0,01$). DRT foi o grupo que mais consumiu fármacos psicotrópicos em relação ao total de medicações consumidas no grupo.

7. Utilização total de recursos

A tabela 27 apresenta um resumo da utilização média anual de recursos por local de atendimento.

Tabela 27 - Utilização média anual de recursos, por local de atendimento e segundo o grupo do paciente.

	DRT	NAO-DRT	p
Psiquiatria			
Consultas Médicas	10,59	9,74	0,12
Outras Consultas	0,08	0,41	0,30
Atendimento	0,04	0,01	**
Outras Atividades	0,06	0,01	0,06
Exames	8,71	7,02	<0,001
Procedimentos	1,16	-	-
Medicações	1,73	1,49	0,01
Ambulatório			
Consultas Médicas	0,30	0,35	0,84
Exames	0,70	0,79	0,26
Procedimentos	-	0,00	-
Medicações	0,44	0,42	0,01
P.S			
Consultas Médicas	0,01	0,02	**
Exames	-	0,00	-
Procedimentos	-	0,00	-
Medicações	-	0,00	-
Internação			
Diária	3,53	1,72	0,009
Consultas Médicas	2,79	0,77	0,22
Outras Consultas	0,15	0,24	0,26
Atendimento	10,32	1,35	0,16
Outras Atividades	0,03	-	-
Exames	1,82	0,66	0,50
Procedimentos	0,52	0,01	**
Medicações	0,52	0,22	0,01

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

** Teste não aplicável devido ao baixo número de pacientes com consulta ou atendimento.

A tabela 28 é a soma dos recursos consumidos anualmente por paciente em todos os locais de atendimento. Comparando a mediana dos números anuais de recursos utilizados, pode-se notar que houve diferença estatisticamente significativa em todas as categorias de recursos, exceto no número de consultas médicas ($p=0,09$).

Tabela 28 - Número Médio Anual de Recursos Utilizados, por tipo de recurso e segundo o grupo do paciente.

Nº Médio Anual	DRT	NÃO DRT	Total	p
Consultas Médicas	13,70	10,88	24,58	0,09
Outras Consultas	0,23	0,65	0,88	0,01
Atendimento	10,36	1,36	11,72	0,004
Outras Atividades	0,09	0,01	0,10	0,003
Diárias	3,53	1,72	5,25	0,006
Exames	11,23	8,47	19,70	0,000
Procedimentos	1,68	0,01	1,69	0,000
Medicações Psicotrópicas	1,73	1,49	3,22	0,01
Medicações Não Psicotrópicas	0,96	0,64	1,60	0,001

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

8. Custos Totais

O custo médio (i.e., por paciente) anual do tratamento de pacientes com TDM foi R\$ 6.171,78 para DRT e R\$ 4.351,08 para TDM não-DRT. A tabela 28 resume os custos médios por local de atendimento. Os valores p se referem ao teste realizado com os custos totais por não ser possível utilizar os custos médios. Como os custos médios de tratamento dos grupos DRT e não-DRT não satisfazem a suposição de normalidade, foram comparadas as medianas dos custos totais, ranqueando-se os custos individuais de cada paciente e utilizando o teste de Mann-Whitney.

No ambulatório da Psiquiatria, só houve diferença estatisticamente significativa entre DRT e não-DRT em relação a custos de exames ($p=0,0001$). Nos outros ambulatórios somente custos de medicações apresentaram diferença significativa ($p=0,01$). Na internação todas as comparações resultaram em diferença significativa na mediana dos custos totais de cada grupo.

Houve diferença significativa entre os grupos no total dos custos anuais em todos os locais de tratamento, exceto Pronto Socorro. A diferença entre as medianas do custo total anual dos grupos DRT e não-DRT foi altamente significativa ($p=0,0002$).

Tabela 29 - Custos médios anuais por paciente, por local de atendimento e segundo o grupo do paciente.

	DRT (R\$)	NÃO-DRT (R\$)	TDM (R\$)	Valor-p
Psiquiatria				
Consultas Médicas	571,32	526,30	545,41	0,12
Outras Consultas	3,22	15,90	10,52	0,29
Atendimento	0,37	0,08	0,20	0,22
Outras Atividades	0,00	0,00	0,00	
Exames	183,61	105,22	138,50	0,0001
Procedimentos	222,21	0,00	94,34	-
Medicações	3.402,84	3.035,90	3.191,67	0,07
Total Psiquiatria	4.383,58	3.683,40	3.980,65	0,008
Ambulatório				
Consultas Médicas	6,48	7,39	7,01	0,69
Exames	15,24	18,58	17,16	0,26
Procedimentos	0,00	0,00	0,04	-
Medicações	449,56	167,32	287,14	0,01
Total Ambulatório	471,28	193,36	311,34	0,04
P.S				
Consultas Médicas	0,27	0,39	0,34	-
Exames	0,00	0,44	0,25	-
Procedimentos	0,00	0,07	0,00	-
Medicações	0,00	0,11	0,06	-
Total PS	0,27	0,93	0,65	0,68
Internação				
Diária	790,74	378,49	553,51	0,006
Consultas Médicas	141,60	36,81	81,30	0,004
Outras Consultas	3,12	9,54	6,81	0,03
Atendimento	84,35	11,04	42,16	0,006
Outras Atividades	0,00	0,00	0,00	-
Exames	30,19	9,80	18,45	0,001
Procedimentos	101,07	4,00	45,21	0,03
Medicações	165,59	23,71	83,94	0,003
Total Internação	1.316,65	473,39	831,38	0,008
Total Geral	6.171,78	4.351,08	5.124,02	0,0002

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

Foram calculados, além dos custos totais dos pacientes com TDM, o custo total anual para tratar a depressão e o custo total anual para tratar as comorbidades da depressão.

O custo do tratamento da depressão foi a soma dos custos do ambulatório de psiquiatria, medicações psicotrópicas, internações por motivo de depressão e atendimentos no Pronto Socorro por tentativa de suicídio. O tratamento da depressão custou R\$ 491.809,64 no total do grupo DRT, ao passo que para o grupo não-DRT o

custo total foi de R\$ 470.537,97. Isto corresponde a um custo anual por paciente de R\$ 5.464,55 e R\$ 3.856,86 para DRT e não-DRT, respectivamente, como mostra a tabela 30. Houve diferença significativa nos custos de consultas, exames e procedimentos da Psiquiatria ($p=0,005$) e no custo total para tratar a depressão ($p<0,001$).

Tabela 30 - Custos médios anuais para tratar depressão

Depressão	DRT (R\$)	NÃO-DRT (R\$)	TDM (R\$)	p
P.S.				
Motivo de Suicídio	0,06	0,06	0,06	-
Internação				
Hospitalização por Depressão	921,20	166,90	488,35	0,39
Medicações	159,65	4,45	70,33	0,11
Psiquiatria				
Consultas, Exames e Procedimentos	980,74	647,50	788,97	0,005
Medicações	3.402,84	3035,90	3.191,67	0,07
Total	5.464,55	3856,87	4.539,38	0,0005

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

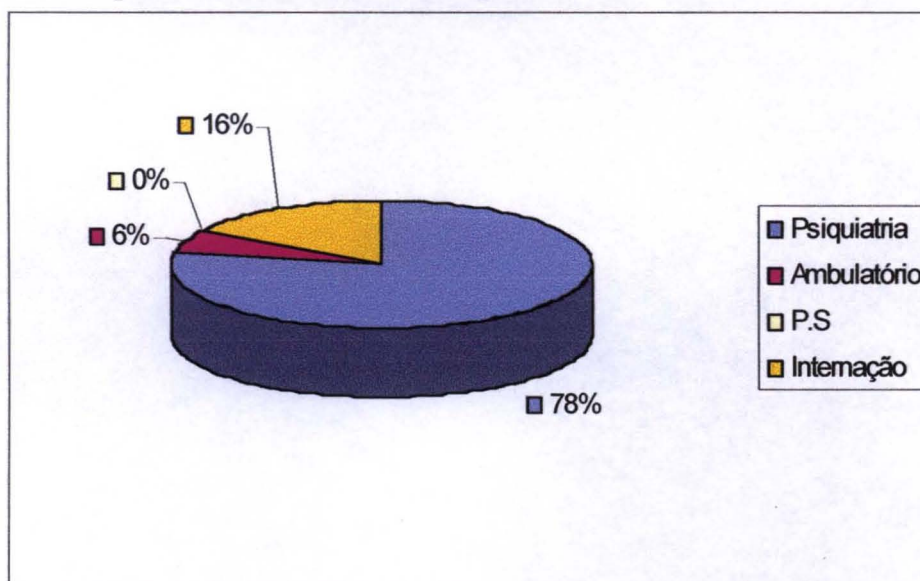
A tabela 31 apresenta o custo médio anual para o tratamento das comorbidades, que foi de R\$ 707,30 e R\$ 493,13 para os grupos DRT e não-DRT, respectivamente. Nesta categoria de custos foram agrupadas as variáveis de custos nos ambulatórios (consultas, exames e procedimentos), medicações não psicotrópicas, internações por motivos outros que não depressão e atendimentos no Pronto Socorro por outros motivos que não tentativa de suicídio. Os custos de medicações não psicotrópicas apresentaram diferença significativa ($p=0,01$), bem como o custo total de tratamento das comorbidades ($p=0,04$).

Tabela 31 - Custos totais anuais para tratar comorbidades não psiquiátricas

Não Depressão	DRT (R\$)	NÃO-DRT (R\$)	Total (R\$)	p
P.S.				
Outros Motivos	0,15	0,81	0,53	-
Internação				
Hospitalização por outros motivos	229,94	279,76	258,61	0,80
Medicações	5,95	19,28	13,62	0,75
Outros Ambulatórios				
Consultas, Exames e Procedimentos	21,72	25,97	24,17	0,65
Medicações	449,56	167,32	287,14	0,01
Total	707,31	493,14	584,06	0,04

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

No gráfico 12, observamos que o local com maior participação no custo total do tratamento da depressão é o ambulatório de psiquiatria, que representa 78% do custo total dos pacientes no hospital.

Figura 12 - Participação de cada local de atendimento no custo total do tratamento de pacientes com TDM.

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

Ao analisarmos a participação do custo de cada local de tratamento sobre o custo total por grupo de depressão, observamos que os custos da psiquiatria têm um maior

peso no grupo não DRT (85% vs. 71% no grupo DRT). Por outro lado a participação da internação é o dobro no grupo DRT (21%) em relação ao grupo não DRT (11%). O peso dos custos dos outros ambulatorios também é muito maior no grupo DRT (cerca de 8%) do que no não DRT (4%).

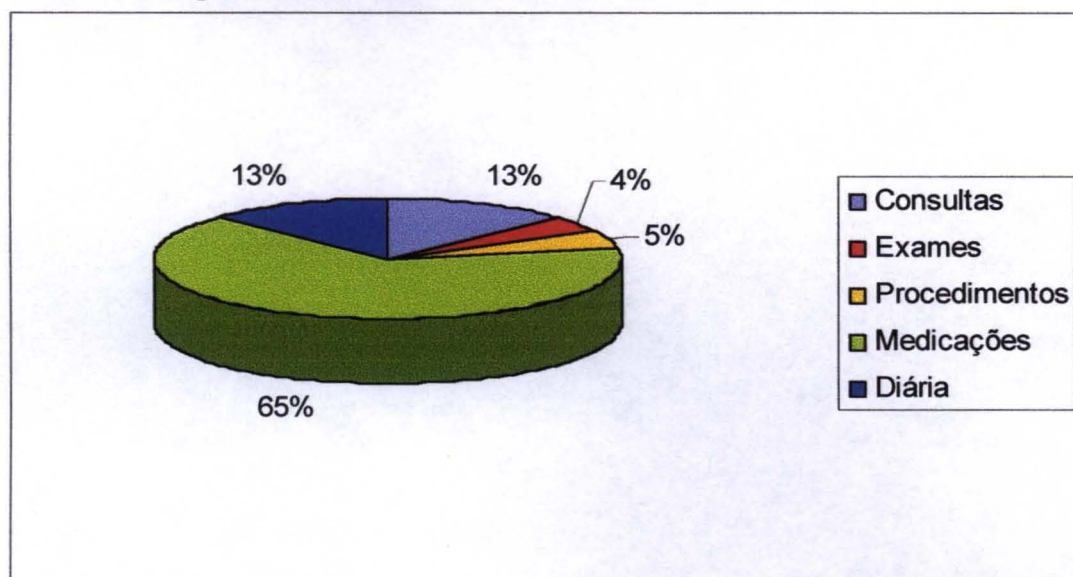
Tabela 32 - Participação de cada local de atendimento no custo total do tratamento de pacientes com TDM, por grupo.

Local	DRT (%)	Não DRT (%)
Psiquiatria	71,0%	84,7%
Ambulatório	7,6%	4,4%
P.S	0,0%	0,0%
Internação	21,3%	10,9%

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

Com relação às categorias de recursos utilizados, os medicamentos representaram o maior componente dos custos totais do tratamento, como podemos observar na figura 13.

Figura 13 - Participação de cada tipo de recurso utilizado no custo total do tratamento de pacientes com TDM



Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

A tabela 32 mostra qual a porcentagem de cada categoria no custo total, por grupo de depressão. Percebemos que os medicamentos tiveram um peso maior no grupo não DRT (74% vs. 65% no grupo DRT). A participação de consultas e exames

foi muito próxima nos dois grupos e houve uma maior participação de diárias hospitalares no custo dos pacientes DRT. Na categoria procedimentos houve uma diferença expressiva entre os grupos, o grupo DRT sendo o que teve uma maior participação dos procedimentos nos custos totais.

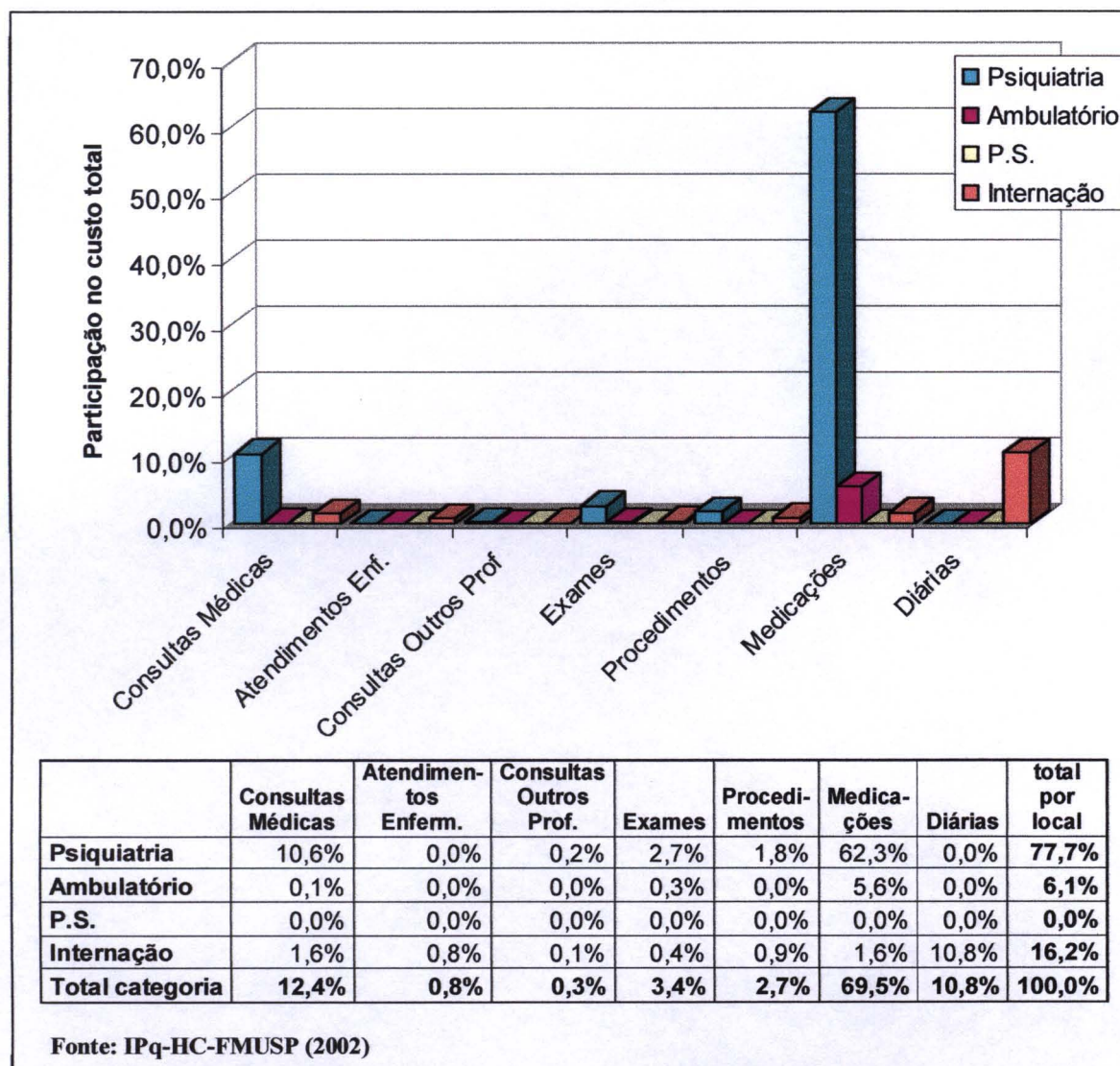
Tabela 33 - Participação de cada tipo de recurso utilizado no custo total do tratamento, por grupo de pacientes.

Categoria	DRT (%)	Não DRT (%)
Consultas	13,14	13,96
Exames	3,71	3,08
Procedimentos	5,24	0,09
Medicações	65,10	74,17
Diária	12,81	8,70
Total	100	100

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

O gráfico 14 mostra que o maior item de custo para pacientes com TDM são os medicamentos da Psiquiatria (psicotrópicos), que representam 62,3% dos custos totais. As diárias hospitalares e as consultas na Psiquiatria representaram cada uma em torno de 11% dos custos totais.

Figura 14 - Participação de cada tipo de recurso no custo total do tratamento de pacientes com depressão, por local de tratamento



VI. DISCUSSÃO

1. Discussão sobre o Método

Em nossa amostra, 42,5% dos pacientes foram classificados como DRT, uma proporção muito alta comparada com dados de prevalência de depressão resistente publicados na literatura epidemiológica internacional, que gira em torno dos 30%. Este resultado pode ser devido a dois fatores: em primeiro lugar, pelo fato do Hospital das Clínicas ser um hospital terciário, e o Instituto de Psiquiatria um importante centro de referência para tratamento de depressão no Brasil, os pacientes com depressão mais grave são para lá encaminhados, e, portanto, a proporção de pacientes com depressões mais crônicas e resistentes tende a ser maior no IPq do que na população geral.

Outra característica do HC é que se trata de um hospital-escola, portanto com uma alta rotatividade de médicos residentes. Os pacientes são, portanto, tratados por vários médicos alternadamente, que freqüentemente não conhecem o histórico de sua doença e de seu tratamento, resultando em mudanças de dosagens e trocas injustificadas de medicação. A alta taxa de resistência ao tratamento observada seria então devido a uma inclusão de pacientes pseudo-resistentes no grupo DRT. Observou-se também, com uma grande freqüência, prescrição de medicações antidepressivas em dosagens sub-ótimas na amostra analisada. HIRSCHFELD et al. (1997), citado por SACKHEIM (2001), também relatou que geralmente pacientes tratados tanto em instituições acadêmicas quanto em instituições de cuidados primários à saúde não recebem tratamento adequado, sendo medicados com doses sub-terapêuticas. NEMEROFF (1996), citado por CADIEUX (1998), em um estudo conduzido com empresas de “managed care”, apenas 11% dos pacientes necessitando de terapia antidepressiva receberam tratamento em doses e duração adequadas.

Com relação ao método de classificação, este também tem limitações próprias. Idealmente, deveria ser utilizado para um único episódio depressivo. Pacientes que necessitam aumentar a dose de antidepressivo e trocam de medicação em um único episódio depressivo, e que apresentaram, portanto, uma resistência ao tratamento inicial, não deveriam ser confundidos com pacientes que responderam

bem ao tratamento mas tiveram um episódio recorrente. O método pode ser considerado pouco específico.

Por outro lado, o método não distingue aumentos de dose programados para se atingir progressivamente a dose terapêutica, minimizando a ocorrência de efeitos colaterais, de aumentos como consequência de uma resposta clínica insatisfatória, após atingida a dose terapêutica da medicação e após o tempo mínimo para o início do efeito antidepressivo

Uma maneira de refinar o método de classificação seria considerar apenas os aumentos feitos acima da dose terapêutica, e somente após o tempo esperado para o início da resposta terapêutica.

2. Características clínicas e sócio-demográficas

Não houve diferença entre os grupos com relação a características como idade, sexo, raça, escolaridade, estado civil, ocupação e diagnósticos concomitantes. Mais de três-quartos dos pacientes em ambos os grupos eram do sexo feminino, o que está de acordo com a literatura, a maioria de cor branca, e casada. Também não houve diferença estatística entre o número e tipo de comorbidades psiquiátricas e não psiquiátricas. Os grupos são, portanto, comparáveis sem necessidade de estratificar a amostra e de controle por outras variáveis. Um dado que chamou a atenção foi o alto nível de escolaridade dos pacientes, 58,5% tendo ensino médio ou superior.

Houve diferença significativa ao nível de 5% entre os tempos de tratamento de DRT e TDM não resistente, sendo que o grupo DRT apresentou um maior tempo de tratamento no HC. Este dado era esperado, uma vez que a resistência ao tratamento é diagnosticada após um certo número de tentativas de tratamento mal sucedidas, e pacientes com DRT freqüentemente apresentam uma depressão cronicada. Como os custos foram anualizados, não houve influência direta do tempo de tratamento nos custos dos pacientes.

Os diagnósticos psiquiátricos mais freqüentes no grupo DRT foram os transtornos comportamentais decorrentes do abuso de substâncias psicoativas, presentes em 8,9% dos pacientes, seguidos dos transtornos ansiosos e dos transtornos específicos da personalidade, ambos presentes em 5,6% do grupo, e os transtornos de humor persistentes (3,3%). CROWN et al. (2002) encontraram maior prevalência

destes mesmos diagnósticos em uma coorte de pacientes com DRT em relação a pacientes do grupo controle, com TDM não DRT. Embora neste estudo tenha havido maior prevalência de transtornos persistentes do humor, transtornos específicos da personalidade e transtornos devidos ao abuso de substâncias psicoativas no grupo DRT, estas diferenças não foram estatisticamente significativas e os grupos foram considerados semelhantes do ponto de vista de diagnósticos psiquiátricos em número e natureza.

No que tange as doenças não psiquiátricas concomitantes, a mais freqüente foi a hipertensão arterial para ambos os grupos. Pacientes com DRT tiveram maior freqüência de hipotiroidismo e no grupo não DRT o segundo diagnóstico mais freqüente foi o diabetes mellitus. Não houve, entretanto, diferença significativa entre os grupos no número de diagnósticos nem na prevalência de comorbidades não psiquiátricas. É interessante o fato do hipotiroidismo ter sido aparentemente mais freqüente em pacientes com DRT. Há relatos na literatura de que o hipotiroidismo é a doença mais freqüentemente associada à depressão, encontrada em 10 a 15% dos casos (SOUGEY, 1988).

3. Utilização de recursos

Os pacientes com DRT utilizaram significativamente mais recursos do ambulatório da Psiquiatria nas categorias exames e medicações. Procedimentos só foram realizados no grupo DRT. Este dado está de acordo com a literatura internacional, e pôde ser observado apesar da baixa especificidade do método de classificação adotado.

Já na categoria consultas, embora haja maior utilização pelo grupo de pacientes com DRT, a diferença não foi significativa.

Ao testar se existe relação entre o grupo dos pacientes e o número de outros ambulatórios freqüentados no HC, concluímos que não existe associação significativa. Também não houve diferença significativa entre os grupos no número médio de consultas e de exames realizados nos outros ambulatórios. Nenhum paciente realizou procedimentos na amostra total. Os números foram muito baixos nos dois grupos, impossibilitando a comparação entre os grupos para a maioria dos recursos consumidos em outros ambulatórios. Este resultado difere de alguns

trabalhos publicados, que descrevem uma maior utilização de serviços de saúde e de recursos em pacientes com sintomas mais graves de depressão e em pacientes com depressão resistente, comparados a pacientes com depressão não resistente, mesmo controlando pela presença de comorbidades físicas. COREY-LISLE et al. (2002) observaram em pacientes DRT uma utilização de serviços de saúde relacionada a comorbidades 1,9 vezes maior em relação a pacientes não DRT. Também se observa uma diminuição da utilização de serviços de saúde a medida que ocorre uma melhora nos sintomas depressivos (MITCHELL et al, 1997; THOMPSON et al., 1996; SCLAR et al.; 1994, apud COREY-LISLE et al., 2002).

Como só foi avaliada a utilização de recursos no HC, não podemos afirmar que de fato não ocorreu uma maior utilização de recursos para comorbidades não psiquiátricas no grupo DRT em outros serviços de saúde. Muitos pacientes atendidos no ambulatório da Psiquiatria procuram outros centros de saúde para tratar doenças não psiquiátricas, caso estas não requeiram cuidados de atenção terciária.

Não foi possível analisar estatisticamente a utilização de recursos no pronto socorro devido ao baixo número de casos lá atendidos. O número de tentativas de suicídio foi igual nos dois grupos.

Os pacientes com DRT tiveram mais hospitalizações do que o grupo TDM não resistente. Não houve, entretanto, diferença estatisticamente significativa no tempo médio de internação, número de consultas e exames. Os pacientes com DRT consumiram em média significativamente mais medicamentos durante a internação do que os não DRT. Os procedimentos da internação foram praticamente exclusivos dos pacientes com DRT.

4. Custos

O custo médio anual do tratamento de um paciente com TDM no Hospital das Clínicas foi de R\$ 5.124,00. É um valor alto comparado com o custo de outras doenças pesquisadas no Brasil. Os custos anuais dos recursos médico-hospitalares utilizados por pacientes com osteoporose atendidas no ambulatório de Reumatologia da UNIFESP foram estimados em R\$ 748,81 por paciente, a preços de abril de 2001 (KOWALSKI et al., 2001). Os custos diretos da esquizofrenia para o setor público

do Estado de São Paulo foram estimados em R\$ 1.256,00 por paciente no ano de 1998 (DE CARVALHO, 2000).

Os custos médios no período total de tratamento estudado e, conseqüentemente, os custos médios anuais foram estatisticamente diferentes entre os grupos DRT (R\$ 6.171,78) e TDM não resistente (R\$ 4.351,08). A diferença entre os grupos não foi tão acentuada quanto a relatada em outros estudos. CROWN et al. (2002) descreveram custos 4 e 6,5 vezes maiores nos grupos de pacientes com DRT moderada e DRT severa em relação ao grupo com TDM não resistente.

O custo médios anuais para o tratamento da depressão (recursos do ambulatório de psiquiatria, medicações psicotrópicas, internações por motivo de depressão e atendimentos no Pronto Socorro por tentativa de suicídio) também foram significativamente diferentes entre os grupos DRT (R\$ 5.464,65) e TDM não resistente (R\$ 3.856,86).

Com relação ao custo de tratamento das comorbidades físicas, também houve diferença estatística entre os grupos (R\$ 707,31 e R\$ 493,14 para os grupos DRT e não DRT, respectivamente). Nesta categoria de custos foram agrupadas as variáveis de custos nos ambulatórios (consultas, exames e procedimentos), medicações não psicotrópicas, internações por motivos outros que não depressão e atendimentos no Pronto Socorro por outros motivos que não tentativa de suicídio. A diferença observada era esperada e é também relatada em estudos anteriores (SIMON et al, 1995).

Podemos observar também que as despesas com comorbidades não psiquiátricas foram bem menores do que o custo do tratamento da depressão propriamente dito. O custo do tratamento das comorbidades representou apenas 11,5% do custo total, resultado que diverge dos dados da literatura. CROGHAN (1998) observou que o maior custo da depressão nos serviços de atenção primária à saúde, cerca de 70%, é devido ao tratamento das comorbidades. Mais uma vez, os pacientes atendidos nos IPq não necessariamente tratam suas comorbidades não psiquiátricas no HC, o que impossibilita afirmar que o custo das comorbidades seja menor do que o custo do tratamento da depressão propriamente dito.

No cálculo dos custos relativos de cada recurso no custo total, observamos que o peso dos medicamentos correspondeu a 68,9% do custo total do tratamento. Se nos restringirmos ao custo do tratamento da depressão, as medicações psicotrópicas representam 71,9% do custo total. No ambulatório da psiquiatria, os medicamentos psicotrópicos representaram 79,8% do custo total. Estes dados são muito diferentes dos demais encontrados na literatura. JÖNSSON e BEBBINGTON (1993), ao calcular os custos do tratamento da depressão no Reino Unido, observaram que medicamentos representaram 22% do custo total. Os medicamentos psicotrópicos tiveram um maior peso no custo dos pacientes com TDM não resistente (78,8% do que nos pacientes DRT (65,2%). Isto provavelmente se deve ao menor número de internações no grupo não DRT, e portanto ao menor peso do custo das diárias no total.

O item de custo que costuma ter a maior participação nos custos totais é a internação. No estudo de JÖNSSON e BEBBINGTON, esta representou 42% do custo total. Na presente pesquisa, os custos de internações representaram apenas 16% dos custos totais. Este resultado é provavelmente distorcido pelo fato da tabela AMB/92 não cobrir todos os custos do tratamento, alguns itens estando com o preço bastante defasado e inferior ao encontrado na literatura nacional. Já os preços dos medicamentos correspondem mais fielmente ao custo de aquisição dos mesmos.

Além da limitação já mencionada da distorção entre preços de medicamentos e valores reembolsados por consultas e procedimentos, alguns elementos não puderam ser valorados, como atendimento por assistente social, reuniões do corpo clínico e supervisão de médico assistente. Entretanto, a frequência de uso destes itens foi baixíssima, assim seus custos teriam um peso insignificante e não alterariam os resultados. O custo dos materiais médicos descartáveis também pode ser considerado insignificante, pois o número de procedimentos foi muito baixo e nos exames o custo dos mesmos já está embutido no custo total.

5. Considerações finais

Este estudo é o primeiro no Brasil a avaliar o custo de tratamento da depressão em um hospital terciário. Como a coleta de dados foi retrospectiva e baseada apenas em prontuários, só foi possível adotar o ponto de vista da instituição, que é mais

restrito do que o da sociedade. Também não foi possível, com a metodologia adotada, calcular os custos econômicos da depressão, que são sabidamente maiores do que os custos do tratamento. Trata-se no entanto de um primeiro passo, que deverá ser complementado por estudos com instrumentos mais adequados para avaliar a renda dos pacientes e o impacto da doença na mesma. Também serão necessários estudos que permitam capturar todos os recursos utilizados, em diversos níveis de atendimento.

A análise apresentada consistiu somente de estatísticas descritivas com o objetivo de identificar e comparar os grupos DRT e TDM não resistente com relação a algumas variáveis como número e custo de consultas, exames, internações, medicações, etc. Uma sugestão para futura análise seria utilizar métodos de análise multivariada com o objetivo de reduzir variáveis sem perder informação, e poder caracterizar melhor os grupos com relação às mesmas. Com relação ao custo anual, é possível ajustar um modelo e verificar quais covariáveis são significativas e influenciam no custo total.

VII. CONCLUSÕES

1. 42,5% dos pacientes dos pacientes diagnosticados com TDM no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo IPq-HC-FMUSP foram classificados como resistentes a tratamento com o método adotado;
2. Pacientes com depressão resistente a tratamento utilizaram mais recursos anualmente (11,2 exames, 1,7 procedimentos, 1,7 medicamentos psicotrópicos diferentes, 0,96 medicamentos não psicotrópicos diferentes e 3,5 diárias hospitalares) em relação aos pacientes com depressão não resistente (8,5 exames, 0,01 procedimentos, 1,5 medicamentos psicotrópicos diferentes, 0,6 medicamentos não psicotrópicos diferentes e 1,7 diárias hospitalares), no IPq-HC-FMUSP.
3. Os dois grupos não diferiram em relação às características de idade, sexo, raça, escolaridade, estado civil, ocupação, comorbidades psiquiátricas e não psiquiátricas. Houve diferença estatisticamente significativa entre os tempos de tratamento, sendo que no grupo DRT o tempo médio de tratamento foi de 6,0 anos e no grupo TDM foi de 4,0 anos.
4. O diagnóstico e tratamento de comorbidades não psiquiátricas do DRT custou R\$ 707,30 por paciente por ano e para pacientes não DRT custou R\$ 493,14 por paciente por ano no Hospital das Clínicas. Este custo representou 11% dos custos totais, em ambos os grupos.
5. O custo médio anual de pacientes com TDM foi de R\$ 5.124,01 por paciente do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, do ponto de vista do prestador de serviços. Pacientes com depressão resistente a tratamento tiveram um custo médio anual 40% maior (R\$ 6.171,78) do que pacientes com depressão não resistente (R\$ 4.351,08).

6. O custo com medicamentos representou 68,9 % do custo total para TDM, o custo com consultas representou 13,5%, diárias hospitalares representaram 11,1%, o custo com exames representou 3,5% e procedimentos representaram 3,1% do custo total.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.S.F.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.G.; ANDREOLI, S.B.; Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **Br J Psychiatry**; 171: 524-9, 1997.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4th ed., Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. AMSTERDAM, J.; HORNIG-ROHAN, M. Treatment algorithms in treatment-resistant depression. **Psychiat Clin N Am**, 19(2): 371-386, 1996.
4. ANDRADE, L., CARAVEO-ANDUAGA, J.J., BERGLUND, P., BIJL, R.V., DE GRAAF, R., VOLLEBERGH, W., DRAGOMIRECKA, E., KOHN, R., KELLER, M., KESSLER, R.C., KAWAKAMI, N., KILIC, C., OFFORD, D., USTUN, T.B., WITTCHEN, H.U. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. **Int J Methods Psychiatr Res**. 12 (1):3-21, 2003.
5. ANDRADE, L.H.S.G.; LÓLIO, C.A.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. **Rev Psiquiatr Clí**, 26 (suppl,5): 257-261, 1999.
6. ANGST, J. Epidemiology of Depression. **Psychopharmacology**; 106 Suppl.: S71-4, 1992.
7. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Lista de Procedimentos Médicos, edição 1992**. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 1992.
8. BERTO, P., D'ILARIO, D., RUFFO, P.; DI VIRGILIO, R.; RIZZO, F. Depression: Cost-of-illness Studies in the International Literature, a Review. **J. Mental Health Policy Econ**. 3: 3-10, 2000.

9. BRASIL IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998**, Manual de Entrevista. IBGE: Rio de Janeiro, 1998.
10. CADIEUX, R.J. Practical management of treatment-resistant depression. **Am Fam Physician**. 58(9): 2059-62, 1998.
11. CARNEIRO, S.A.; RUSCHEL, S.I. Considerações sobre o tratamento de depressão refratária. **J Bras Psiqu.** 42(3): 170-6, 1993.
12. CHISHOLM D, SEKAR K, KUMAR K, KISHORE K, SAEED K, JAMES S, MUBBASHAR M, MURTHY RS. Integration of mental health care into primary care: demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. **Br J Psychiatry**, 176: 581-588, 2000.
13. COREY-LISLE, P.; BIRNBAUM, H.G., GREENBERG, P.E., MARYNCHENKO, M.B., CLAXTON, A.J. Identification of a claims data “signature” and Economic Consequences for Treatment Resistant Depression. **J Clin Psychiatry**, 63: 717-26, 2002.
14. COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI P. **Gestão de Recursos Financeiros para Gestores Municipais de Serviços de Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde & Cidadania).
15. CROGHAN, T.W.; OBENCHAIN, R.L.; CROWN, W.E. What does treatment of depression really cost? **Health Affairs**, 17(4): 198-208, 1998.
16. CROWN, W.H.; FINKELSTEIN, S.; BERNDT, E.R.; LING, D.; PORET, A.W.; RUSH, J.; RUSSELL, J.M. The impact of treatment-resistant depression on health care utilization and costs. **J. Clin Psychiatry** 63:963-71, 2002.

17. DE CARVALHO, R.J.L. Utilização de recursos e custos diretos da esquizofrenia para o setor público do Estado de São Paulo. Tese de mestrado apresentada à Universidade Federal de São Paulo, 2000.
18. DEL PORTO, J.A. Conceito e diagnóstico. **Rev Bras Psiquiatr** 21 (suplemento Depressão): 6-11, 1999.
19. DRUMMOND, M.F., STODDART, G.L., TORRANCE, G.W. **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**. 1. ed. Oxford: Oxford University Press, 1987.
20. FAVA, M., DAVIDSON, K.G. - Definition and epidemiology of treatment-resistant depression. **Psychiat Clin N Am**, 19(2): 179-200, 1996.
21. FINKELSTEIN, S.N.; CROWN, W.H.; LING, D.C.Y.; BERNDT, E.R.; WHITE, S. Costs and Health Care Utilization In Patients With Treatment-Resistant Depression, Pôster apresentado no **Congresso da American Psychiatry Association**, New Orleans, 2001.
22. GREDEN, J.F. The burden of disease for treatment-resistant depression. **J Clin Psychiatry** 62: (suppl 16): 26-31, 2001.
23. GREENBERG, P.E.; STIGLIN, L.E.; FINKELSTEIN, S.N. - The Economic Burden of Depression in 1990, **J Clin Psychiatry** 54:405-18, 1993.
24. **GUIA FARMACÊUTICO BRASÍNDICE**. São Paulo: Andrei Publicações Médicas, 2003; 52.
25. GUZ, I. **Depressão: o que é, como se diagnostica e trata**. São Paulo: Editora Roca, 1990.
26. HUGHES, D; MORRIS, S; MCGUIRE, A. The Cost of Depression in the Elderly. **Drugs Aging**. 10(1) 59-68, 1997.

27. INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Prontuários médicos de 1997-2002.
28. JÖNSSON, B.; BEBBINGTON, P. Economic studies of the treatment of depressive illness. In: JÖNSSON, B.; ROSENBAUM, J., editors. **Health Economics of Depression**. Chichester: Wiley, 1993.
29. KENDELL, R.E. Mood disorders. In: KENDELL, R.E.; ZEALLEY, A.K., editors, **Companion to psychiatric studies**. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1993. 437-46.
30. KESSLER, RC.; MCGONAGLE, KA.; ZHAO, S.; NELSON, CB.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, MA; WITTCHEN, HU.; KENDLER, KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. **Arch Gen Psychiatry**, 51: 2-23, 1994.
31. KIELHORN, A.; GRAF VON DER SCHULENBERG, J.M. **The health economics handbook**. 2nd ed. Chester: Adis International, 2000.
32. KIND, S.; SORENSEN, J. The costs of depression. **Int Clin psychopharmacol**. 7:191-5, 1993.
33. KLERMAN, G.L.; WEISSMAN, M.M. Increasing rates of depression. **JAMA**, 261: 2229 – 35, 1989.
34. KOWALSKI, S.C.; SJENZFELD, V.L.; FERRAZ, M.B. Utilização de recursos e custos em osteoporose. **Ver Ass Brasil**; 47(4):352-7, 2001.
35. LUBER, MP; HOLLEMBERG, JP.; WILLIAMS-RUSSO, P.; DIDOMENICO, TN.; MEYERS, BS; ALEXOPOULOS, GS; CHARLSON, ME. Diagnosis,

treatment, comorbidity and resource utilization of depressed patients in a general medical practice. **Int J Psychiatry Med.** 30(1): 1-13, 2000.

36. LUCE, B.R.; ELIXHAUSER, A. Estimating costs in the economic evaluation of medical technologies. **Int J Technol Assess Health Care.** 6: 57-75, 1990.

37. MAETZEL, A. Editorial: Costs of illness and the burden of disease. **J. Rheumatol.**, 24 (suppl. 1): 3-5, 1997.

38. MAYNARD, A. Cost management: the economist's viewpoint. **Br J Psychiatry.** 163 (Suppl. 20):7-13, 1993.

39. MORENO, D.H.; MORENO, R.A.; CALIL, H.M. Depressões Resistentes a Tratamento: uma Experiência Brasileira. **Rev ABPAPAL** 15(4): 146-8, 1993.

40. MORENO, D.H.; MORENO, R.Á. Depressões resistentes a tratamento: proposta de abordagem. **J Bras Psiq.** 42 (supl 1): 41S-45S, 1993.

41. MURRAY CJL, LOPEZ AD, MATHERS CD, STEIN C. **The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources.** Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 36. World Health Organization, 2001.

42. OLSZEWSKI, J.K.; CATALDO NETO, A.; GAUER, G. Tratamento da depressão refratária: aspectos atuais. **Acta Méd;** 20(1):599-609, 1999.

43. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde Mental: Nova Conceção, Novas Esperanças.** Genebra: Organização Mundial da Saúde (53-54), 2001.

44. REGIER D. A.; HIRSCHFELD RM, GOODWIN FK, BURKE JD JR, LAZAR JB, JUDD LL. The NIMH Depression Awareness, Recognition and Treatment

Program: Structure, Aims and Scientific Basis. **Am J Psychiatry**; 145: 1351-1357, 1988.

45. RICE, DP; MILLER, L.S. The Economic Burden of Affective Disorders. **Br J Psychiatry**. 166 Suppl. 27: 34-42; 1995.

46. SACKHEIM, H.A. The definition and meaning of treatment-resistant depression. **J Clin Psychiatry**. 62(suppl 16): 10-17, 2001

47. SACRISTÁN, J.A.; BADÍA, X.; ROVIRA, J. **Farmacoeconomía: Evaluación Económica de Medicamentos**. Madrid: Editores Médicos, 1995.

48. SIMON, G., ORMEL, J, VONKORFF , BARLOW W. Health Care Costs Associated with Depressive and Anxiety Disorders in Primary Care. **Am J Psychiatry** 152(3): 352-7, 1995.

49. SOUERY, D.; AMSTERDAM, J.; DE MONTIGNY, C.; LECRUBIER, Y.; MONTGOMERY, S.; LIPP, O.; RACAGNI, G.; ZOHAR, J.; MENDLEWICZ, J. Treatment - Resistant Depression: methodological overview and operational criteria. **European Neuropsychopharmacol.**, 9 (1-2): 83-91, 1999.

50. SOUGEY, E.B. Depressões resistentes e seu tratamento: uma revisão da literatura. **Neurobiol**, 51 (4): 247-62, 1988.

51. STOUDEMIRE, A; FRANCK, R.; HEDEMARK, N.; KAMLET, M.; BLAZER, D. The economic burden of depression. **Gen Hosp Psychiatry**. 8: 387-94, 1986.

52. WHO MENTAL HEALTH COLLABORATING CENTRES. Pharmacotherapy of depressive disorders. A consensus statement. **J Affect Disord**. 17(2): 197-198, 1989.

53. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Genebra: WHO; 1993.

ANEXOS

Anexo 1

Tabela 34 - Custos anuais no AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA, segundo grupo

Categoria	Sub-Categoria	Preço Unitário (R\$)	NÃO DRT (N=122)			DRT (N=90)		
			Total Anual	Custo Total	Custo Médio	Total Anual	Custo Total	Custo Médio
CONSULTAS	Psiquiatra	54,00	1.188,88	64.199,52	526,23	950,93	51.350,22	570,56
	Médico não psiquiatra	21,60	0,40	8,64	0,07	3,17	68,47	0,76
	TOTAL CONSULTAS		1.189,28	64.208,16	526,30	954,10	51.418,69	571,32
OUTROS PROF	Psicólogo	39,96	11,42	456,34	3,74	1,70	67,93	0,75
	Enfermagem	14,82	1,98	29,34	0,24	0,20	2,96	0,03
	Odontologia	32,19	0,00	0,00	0,00	0,67	21,57	0,24
	Grupo Terapêutico	27,00	1,81	48,87	0,40	0,00	0,00	0,00
	Psicoterapeuta	39,96	35,17	1.405,39	11,52	4,93	197,00	2,19
	TOTAL OUTROS PROFISSIONAIS		50,38	1.939,95	15,90	7,50	289,47	3,22
ATEND ENF.	Atendimento Enfermagem	8,17	1,25	10,21	0,08	4,04	33,01	0,37
OUTROS	Supervisão de Assistente	0,00	0,00	0,00	0,00	2,38	0,00	0,00
	Reuniões do corpo clínico	0,00	1,71	0,00	0,00	3,64	0,00	0,00
	TOTAL OUTRAS ATIVIDADES		1,71	0,00	0,00	6,02	0,00	0,00
EXAMES	Hematologia psiquiatria	8,10	112,90	914,49	7,50	74,46	603,13	6,70
	Bioquímica psiquiatria	11,08	699,02	7.747,33	63,50	631,92	7.003,65	77,82
	Urinálise psiquiatria	5,40	13,09	70,69	0,58	10,50	56,70	0,63
	Eletrocardiograma psiquiatria	16,20	11,57	187,43	1,54	25,40	411,48	4,57
	Eletroencefalograma psiquiatria	32,40	1,96	63,50	0,52	3,11	100,76	1,12
	Ressonância magnética	588,08	1,68	987,97	8,10	2,09	1.229,08	13,66
	Tomografia crânio psiquiatria	226,53	3,59	813,23	6,67	5,94	1.345,57	14,95
	Raio X psiquiatria	21,70	1,00	21,70	0,18	3,18	69,01	0,77
	Dosagem plasmática imipramina	18,90	0,20	3,78	0,03	0,00	0,00	0,00
	Sorologia psiquiatria	260,55	1,42	369,98	3,03	19,34	5.039,04	55,99
	Rotina Líquor psiquiatria	24,30	0,66	16,04	0,13	0,63	15,31	0,17
	Avaliação neuropsicológica psiquiatria	302,40	4,98	1.505,95	12,34	1,44	435,46	4,84
	SPECT	228,52	0,00	0,00	0,00	0,20	45,70	0,51

(continua)

Tabela 34 - Custos anuais no AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA, segundo o grupo (conclusão)

Categoria	Sub-Categoria	Preço Unitário (R\$)	NÃO DRT (N=122)			DRT (N=90)		
			Total Anual	Custo Total	Custo Médio	Total Anual	Custo Total	Custo Médio
EXAMES	Parasitológico de fezes	5,40	2,33	12,58	0,10	0,60	3,24	0,04
(CONTINUAÇÃO)	Colonoscopia	175,50	0,55	96,53	0,79	0,00	0,00	0,00
	Dosagem vitaminas	45,90	0,00	0,00	0,00	0,40	18,36	0,20
	Mamografia	92,13	0,22	20,27	0,17	0,00	0,00	0,00
	Ultra-sonografia	52,72	0,22	11,60	0,10	0,80	42,18	0,47
	Radioimunoensaio	81,00	0,00	0,00	0,00	0,40	32,40	0,36
	Urocultura	13,50	0,00	0,00	0,00	0,62	8,37	0,09
	Endoscopia digestiva alta	64,80	0,90	58,32	0,48	0,20	12,96	0,14
	Densitometria óssea	83,70	0,00	0,00	0,00	0,34	28,46	0,32
	Dosagem plasmática LÍLIO	5,40	0,00	0,00	0,00	0,97	5,24	0,06
	Dosagem fenitoína	40,50	0,00	0,00	0,00	0,60	24,30	0,27
	Dosagem ácido Valpróico	40,50	0,00	0,00	0,00	1,00	40,50	0,45
	TOTAL EXAMES		856,29	12.901,39	105,75	784,14	16.570,89	184,12
PROCEDI-	Eletroconvulsoterapia HC	189,00	0,00	0,00	0,00	103,80	19.618,20	217,98
MENTOS	Polissonografia de noite inteira HC	550,26	0,00	0,00	0,00	0,69	379,68	4,22
	Estimulação eletromagneto transcraniana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	TOTAL PROCEDIMENTOS		0,00	0,00	0,00	104,49	19.997,88	222,20
TOTAL	PSIQUIATRIA							

Anexo 2

Tabela 35 - Custos anuais dos medicamentos consumidos no AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA, segundo o grupo do paciente

Nome Genérico	Classe terapêutica	PU (R\$)	Unidade	DRT (N=90)			NÃO DRT (N=122)		
				Total Anual	Custo Total	Custo Médio	Total Anual	Custo Total	Custo Médio
sertralina	ADISRS	0,07320	mg	1.332.157,25	97.517,31	1.083,53	2.422.371,77	177.323,80	1.453,47
fluoxetina	ADISRS	0,15901	mg	245.643,56	39.058,77	433,99	304.195,66	48.368,90	396,47
paroxetina	ADISRS	0,16325	mg	70.393,60	11.491,97	127,69	33.753,42	5.510,35	45,17
citalopram	ADISRS	0,22507	mg	7.623,79	1.715,92	19,07	704,00	158,45	1,30
nefazodona	ADISRS	0,02258	mg	15.600,00	352,23	3,91	0,00	0,00	0,00
imipramina	ADT	0,02875	mg	952.195,80	27.375,63	304,17	1.900.071,95	54.627,07	447,76
clomipramina	ADT	0,00562	mg	504.043,96	2.834,15	31,49	527.741,83	2.967,40	24,32
amitriptilina	ADT	0,01644	mg	682.843,24	11.225,94	124,73	248.248,53	4.081,21	33,45
nortriptilina	ADT	0,04485	mg	384.060,04	17.225,09	191,39	225.796,03	10.126,95	83,01
amineptina	ADT	0,01357	mg	4.540,00	61,59	0,68	12,72	0,17	0,00
venlafaxina	ADIRSN	0,07216	mg	335.631,92	24.218,26	269,09	21.768,83	1.570,78	12,88
mirtazapina	ADIRSN	0,20209	mg	28.488,84	5.757,28	63,97	16.501,54	3.334,78	27,33
reboxetina	ADIRSN	0,95325	mg	1.826,98	1.741,57	19,35	1.473,28	1.404,40	11,51
milnaciprano	ADIRSN	0,04881	mg	220,00	10,74	0,12	0,00	0,00	0,00
trazodona	ADIRSN	0,01049	mg	880,00	9,23	0,10	0,00	0,00	0,00
moclobemida	IMAO	0,01297	mg	513.528,73	6.658,77	73,99	0,00	0,00	0,00
tranilcipromina	IMAO	0,08115	mg	167.363,65	13.581,56	150,91	0,00	0,00	0,00
tianeptina	ADO	0,13389	mg	307,50	41,17	0,46	0,00	0,00	0,00
diazepam	ANS	0,03372	mg	50.464,48	1.701,64	18,91	57.401,48	1.935,55	15,87
clonazepam	ANS	0,27066	mg	16.907,23	4.576,11	50,85	17.647,34	4.776,43	39,15
zolpidem	ANS	0,25466	mg	5.687,97	1.448,50	16,09	6.779,33	1.726,42	14,15
kava-kava	ANS	0,01471	mg	0,00	0,00	0,00	4.260,00	62,66	0,51
lorazepam	ANS	0,34180	mg	1.373,61	469,51	5,22	3.001,95	1.026,08	8,41
alprazolam	ANS	1,43600	mg	64,74	92,97	1,03	2.358,19	3.386,36	27,76
buspirona	ANS	0,05455	mg	36.571,14	1.994,96	22,17	1.615,67	88,13	0,72

(continua)

Tabela 35 - Custos anuais dos medicamentos consumidos no AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA, segundo o grupo do paciente

(continuação)

Nome Genérico	Classe terapêutica	PU (R\$)	Unidade	DRT (N=90)			NÃO DRT (N=122)		
				Total Anual	Custo Total	Custo Médio	Total Anual	Custo Total	Custo Médio
midazolam	ANS	0,14284	mg	2.466,78	352,36	3,92	605,61	86,51	0,71
flunitrazepam	ANS	0,47050	mg	472,83	222,47	2,47	440,89	207,44	1,70
estazolam	ANS	0,64850	mg	0,00	0,00	0,00	363,94	236,02	1,93
cloxazolam	ANS	0,56350	mg	16,80	9,47	0,11	76,14	42,90	0,35
bromazepam	ANS	0,15810	mg	3.557,38	562,44	6,25	32,62	5,16	0,04
clordiazepóxido + estrogênios conjugados	ANS	1,17143	mg	0,00	0,00	0,00	22,41	26,25	0,22
flurazepam	ANS	0,01594	mg	4,40	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00
nitrazepam	ANS	0,10160	mg	732,47	74,42	0,83	0,00	0,00	0,00
carbonato de lítio	EH	0,00184	mg	1.529.561,35	2.815,53	31,28	181.986,72	334,99	2,75
carbamazepina	EHAC	0,00165	mg	878.686,32	1.446,77	16,08	1.190.745,54	1.960,58	16,07
ácido valpróico	EHAC	0,00118	mg	716.870,90	845,91	9,40	0,00	0,00	0,00
lamotrigina	EHAC	0,05704	mg	63.472,85	3.620,41	40,23	0,00	0,00	0,00
gabapentina	EHAC	0,00569	mg	36.228,19	206,02	2,29	701,92	3,99	0,03
fenobarbital	EHAC	0,16800	mg	8.500,00	1.428,00	15,87	36.520,37	6.135,42	50,29
topiramato	EHAC	0,05078	mg	1.710,08	86,84	0,96	26.333,75	1.337,23	10,96
difenil-hidantoína	EHAC	0,19560	mg	600,00	117,36	1,30	0,00	0,00	0,00
risperidona	APA	1,76309	mg	2.522,86	4.448,03	49,42	784,43	1.383,02	11,34
risperidona - solução oral	APA	2,49020	mg	0,00	0,00	0,00	12,70	31,63	0,26
olanzapina	APA	2,63086	mg	1.097,00	2.886,05	32,07	0,00	0,00	0,00
ziprazidona	APA	0,17732	mg	0,00	0,00	0,00	1.274,18	225,94	1,85
periciazina	APT	0,01609	mg	31.438,99	505,79	5,62	10.674,59	171,73	1,41
haloperidol	APT	0,15400	mg	293,10	45,14	0,50	4.497,74	692,65	5,68

(continua)

**Tabela 35 - Custos anuais dos medicamentos consumidos no AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA, segundo o grupo do paciente
(conclusão)**

Nome Genérico	Classe terapêutica	PU (R\$)	Unidade	DRT (N=90)			NÃO DRT (N=122)		
				Total Anual	Custo Total	Custo Médio	Total Anual	Custo Total	Custo Médio
clorpromazina	APT	0,15418	mg	81.165,15	12.514,07	139,05	2.786,16	429,57	3,52
tioridazina	APT	0,01850	mg	25.360,00	469,16	5,21	1.019,61	18,86	0,15
trifluoperazina	APT	0,12200	mg	30,50	3,72	0,04	1.969,21	240,24	1,97
levomepromazina	APT	0,01032	mg	2.677,83	27,64	0,31	814,73	8,41	0,07
pimozida	APT	0,33450	mg	0,00	0,00	0,00	10,80	3,61	0,03
tranilcipromina + trifluoperazina	APT+IMAO	0,10845	mg	2.992,01	324,48	3,61	0,00	0,00	0,00
Sulpirida+bromazepam	APT+ANS	0,68300	comp	114,60	78,27	0,87	0,00	0,00	0,00
carbodopa + levodopa	APK	0,00519	mg	261.650,00	1.356,74	15,07	124.100,00	643,50	5,27
amantadina	APK	0,14955	mg	0,00	0,00	0,00	13.140,00	1.965,09	16,11
levodopa + benzerazida	APK	0,01027	mg	0,00	0,00	0,00	10.850,00	111,42	0,91
SELEGILINA	APK	0,24140	mg	0,00	0,00	0,00	3.902,97	942,18	7,72
bromocriptina	APK	0,96771	mg	0,00	0,00	0,00	555,00	537,08	4,40
biperideno	AC	0,12613	mg	1.921,99	242,41	2,69	7.055,24	889,84	7,29
metilfenidato	X	0,07270	mg	5.570,00	404,94	4,50	0,00	0,00	0,00
donepezil	X	13,04357	mg	0,00	0,00	0,00	2.241,13	29.232,34	239,61
TOTAL				4.819.031,17	97.396,75	1.082,19	1.756.326,01	67.215,21	550,94

Anexo 3

Tabela 36 - Custos anuais nos OUTROS AMBULATÓRIOS, segundo o grupo

Categoria	Sub-Categoria	Preço Unitário (R\$)	NÃO DRT (N=122)			DRT (N=90)		
			Total Anual	Custo Total	Custo Médio	Total Anual	Custo Total	Custo Médio
CONSULTA	Assistente social	0,00	1,16	0,00	0,00	0,78	0,00	0,00
	Fisioterapia	7,56	2,40	18,14	0,15	0,00	0,00	0,00
	Médico	21,60	39,41	851,26	6,98	25,89	559,22	6,21
	Nutrição	40,50	0,80	32,40	0,27	0,20	8,10	0,09
	Odontologia	32,19	0,00			0,50	16,10	0,18
	TOTAL			43,77	901,80	7,39	27,37	583,42
EXAMES	Anatomopatológico	37,80	0,47	17,77	0,15	0,00	0,00	0,00
	Aspirado endometrial	32,40	0,20	6,48	0,05	0,00	0,00	0,00
	Biópsia de mama	79,50	0,20	15,90	0,13	0,00	0,00	0,00
	Biópsia gástrica	90,30	0,20	18,06	0,15	0,20	18,06	0,20
	Bioquímica	22,17	72,68	1.611,04	13,21	47,80	1.059,55	11,77
	Colpocitológico	18,90	2,40	45,36	0,37	0,00	0,00	0,00
	Cultura secreção vaginal	13,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Densitometria óssea	83,70	2,05	171,59	1,41	0,20	16,74	0,19
	Eletrocardiograma	16,20	0,62	10,04	0,08	1,70	27,54	0,31
	Endoscopia digestiva alta	64,80	0,40	25,92	0,21	0,60	38,88	0,43
	Endoscopia digestiva alta + biópsia	102,60	0,31	31,81	0,26	0,00	0,00	0,00
	Ergométrico	59,40	0,00	0,00	0,00	0,45	26,73	0,30
	Hematologia	8,10	8,82	71,44	0,59	3,60	29,16	0,32
	Mamografia	92,13	0,40	36,85	0,30	0,40	36,85	0,41
	Mapeamento de retina	21,60	0,00	0,00	0,00	0,20	4,32	0,05
	Parasitológico de fezes	5,40	1,25	6,75	0,06	0,00	0,00	0,00
	Raio x	21,70	0,76	16,49	0,14	0,00	0,00	0,00
	Ultrassonografia	67,65	1,42	96,06	0,79	1,00	67,65	0,75

(continua)

Tabela 36 - Custos anuais nos OUTROS AMBULATORIOS, segundo o grupo (conclusão)

Categoria	Sub-Categoria	Preço Unitário (R\$)	NÃO DRT (N=122)			DRT (N=90)		
			Total Anual	Custo Total	Custo Médio	Total Anual	Custo Total	Custo Médio
EXAMES (cont.)	Urinálise	5,40	2,73	14,74	0,12	7,40	39,96	0,44
	Urodinâmica	108,00	0,63	68,04	0,56	0,00	0,00	0,00
	Urofluxometria	27,00	0,00	0,00	0,00	0,20	5,40	0,06
	TOTAL		95,54	2.264,34	18,56	63,75	1.370,84	15,23
PROCEDIMENTOS	Exerese de cisto sebáceo	40,50	0,20	8,10	0,07	0,00	0,00	0,00
	TOTAL AMBULATORIOS		0,20	8,10	0,07	0,00	0,00	0,00

Anexo 4

Tabela 37 - Custos anuais da medicação não psicotrópica nos OUTROS AMBULATÓRIOS, segundo o grupo

Nome Genérico	Classe terapêutica	PU (R\$)	Un.	NÃO DRT (N=122)			DRT (N=90)		
				QTA	CTA	CMA	Total Anual	CTA	CMA
captopril	anti-hipertensivo	0,04319	mg	82.187,20	3.549,46	29,09	258.700,44	11.172,63	124,14
ciclosporina	imunossupressor	0,08307	mg	0,00	0,00	0,00	63.645,60	5.287,17	58,75
ranitidina	antiulceroso	0,00397	mg	368.300,23	1.460,92	11,97	1.001.463,84	3.972,47	44,14
enalapril	anti-hipertensivo	0,14257	mg	7.686,00	1.095,77	8,98	16.288,43	2.322,19	25,80
metotrexato	antineoplásico	0,31600	mg	0,00	0,00	0,00	7.645,90	2.416,10	26,85
insulina	antidiabético	0,22420	UI	8.588,00	1.925,43	15,78	0,00	0,00	0,00
levotiroxina	anti-hipotireoidismo	0,00341	mcg	207.815,80	709,07	5,81	257.144,64	877,38	9,75
tocoferol	vitamina	0,00265	mg	0,00	0,00	0,00	401.101,09	1.062,92	11,81
azatioprina	imunossupressor	0,03592	mg	0,00	0,00	0,00	29.159,21	1.047,40	11,64
diclofenaco	antiinflamatório analgésico	0,01595	mg	0,00	0,00	0,00	56.625,34	903,17	10,04
prednisona	antiinflamatório	0,10420	mg	1.187,00	123,69	1,01	7.224,32	752,77	8,36
estrogênios conjugados	terapia de reposição hormonal	1,78333	mg	492,21	877,77	7,19	107,28	191,32	2,13
clortalidona	diurético	0,01387	mg	32.933,68	456,68	3,74	32.770,00	454,41	5,05
teofilina	broncodilatador	0,00346	mg	0,00	0,00	0,00	214.089,68	741,46	8,24
anlodipino	anti-hipertensivo	0,20220	mg	0,00	0,00	0,00	3.586,00	725,09	8,06
rofecoxib	antiinflamatório	0,13380	mg	7.233,63	967,86	7,93	0,00	0,00	0,00
orlistat	dietético	0,03756	mg	0,00	0,00	0,00	18.384,00	690,49	7,67
ceftriaxona	antibiótico	75,01000	g	0,00	0,00	0,00	8,99	674,34	7,49
cimetidina	antiulceroso	0,00229	mg	0,00	0,00	0,00	280.160,00	642,27	7,14
pravastatina	antilipêmico	0,15390	mg	5.632,00	866,76	7,10	0,00	0,00	0,00
nifedipino	anti-hipertensivo	0,04050	mg	826,00	33,45	0,27	14.547,06	589,16	6,55
atenolol	anti-hipertensivo	0,01021	mg	77.142,19	787,88	6,46	1.894,02	19,34	0,21
hidróxido de alumínio	antiácido	0,50000	mg	0,00	0,00	0,00	1.200,74	600,37	6,67
bromocriptina	Inibidor da prolactina	0,96771	mg	738,00	714,17	5,85	0,00	0,00	0,00
propranolol	anti-hipertensivo	0,00258	mg	159.024,50	409,49	3,36	71.328,49	183,67	2,04

(continua)

Tabela 37 - Custos anuais da medicação não psicotrópica (continuação)				NÃO DRT (N=122)			DRT (N=90)		
Nome Genérico	Classe terapêutica	PU' (R\$)	Un.	QTA	CTA	CMA	QTA	CTA	CMA
atorvastatina	antilipêmico	0,30023	mg	0,00	0,00	0,00	1.596,87	479,43	5,33
amlorida + hidroclorotiazida	anti-hipertensivo diurético	0,00831	cp	43.852,92	364,56	2,99	20.927,35	173,98	1,93
omeprazol	antiulceroso	0,09221	mg	5.115,67	471,74	3,87	916,00	84,47	0,94
sildenafil	tratamento da disfunção erétil	0,90950	mg	0,00	0,00	0,00	425,00	386,54	4,29
metformina	antidiabético	0,00068	mg	337.847,32	229,51	1,88	317.383,82	215,61	2,40
etinilestradiol + ciproterona	anticoncepcional	0,70381	cp	691,60	486,75	3,99	0,00	0,00	0,00
cálcio, carbonato	antiosteoporótico	0,00200	mg	0,00	0,00	0,00	178.800,00	356,77	3,96
metildopa	anti-hipertensivo	0,00187	mg	193.838,32	362,87	2,97	30.046,63	56,25	0,62
metoclopramida	antiemético	0,00221	mg	0,00	0,00	0,00	145.137,73	320,03	3,56
hidroclorotiazida	diurético	0,00616	mg	26.540,76	163,49	1,34	32.060,82	197,49	2,19
cinarizina	antivertiginoso vasodilatador periférico	0,01471	mg	27.795,00	408,77	3,35	160,00	2,35	0,03
ácido acetilsalicílico	antiinflamatório analgésico	0,00046	mg	383.937,77	177,84	1,46	366.239,25	169,64	1,88
estradiol	terapia de reposição hormonal	6,68833	mg	0,00	0,00	0,00	43,20	288,94	3,21
metoprolol	anti-hipertensivo	0,00584	mg	0,00	0,00	0,00	49.322,98	287,80	3,20
micofenolato mofetil	imunossupressor	0,02526	mg	0,00	0,00	0,00	11.215,08	283,32	3,15
lisinopril	anti-hipertensivo	0,19067	mg	1.856,00	353,88	2,90	0,00	0,00	0,00
enoxaparina	anticoagulante	0,90080	mg	0,00	0,00	0,00	287,92	259,36	2,88
clorpropamida	antidiabético	0,00099	mg	354.423,91	350,64	2,87	0,00	0,00	0,00
medroxiprogesterona	terapia de reposição hormonal	0,12857	mg	2.317,85	298,01	2,44	60,26	7,75	0,09
glibenclamida	antidiabético	0,04980	mg	5.404,52	269,15	2,21	230,80	11,49	0,13
clopidogrel	antiagregante plaquetário	0,10582	mg	0,00	0,00	0,00	1.936,91	204,97	2,28
cerivastatina	antilipêmico	8,06071	mg	29,84	240,53	1,97	0,00	0,00	0,00
pentoxifilina	hemorreológico	0,00419	mg	54.831,59	229,61	1,88	0,00	0,00	0,00
glicazida	antidiabético	0,00603	mg	35.856,00	216,03	1,77	0,00	0,00	0,00
pilocarpina 2%	miótico antiglaucomatoso	1,57900	gt	136,80	216,01	1,77	0,00	0,00	0,00
mononitrato de isossorbida	antianginoso	0,01458	mg	4.196,00	61,19	0,50	7.354,47	107,25	1,19
sinvastatina	antilipêmico	0,16333	mg	494,00	80,69	0,66	545,06	89,03	0,99
cisaprida	gastrocinético	0,01471	mg	88,00	1,29	0,01	9.907,00	145,70	1,62
piridoxina	vitamina	0,00348	mg	49.839,26	173,44	1,42	0,00	0,00	0,00
fenoterol	broncodilatador	0,00496	gt	0,00	0,00	0,00	25.690,76	127,49	1,42

(continua)

Tabela 37 - Custos anuais da medicação não psicotrópica (continuação)				NÃO DRT (N=122)			DRT (N=90)		
Nome Genérico	Classe terapêutica	PU¹ (R\$)	Un.	QTA	CTA	CMA	QTA	CTA	CMA
digoxina	cardiotônico	1,36000	mg	0,00	0,00	0,00	89,40	121,58	1,35
bezafibrato	antilipêmico	0,00527	mg	27.695,75	145,89	1,20	0,00	0,00	0,00
ciprofloxacino	antibiótico	25,51333	g	5,40	137,77	1,13	0,00	0,00	0,00
famotidina	antiulceroso	0,04643	mg	0,00	0,00	0,00	2.141,06	99,40	1,10
propiltiouracila	antitiroideano	0,00451	mg	27.960,00	126,01	1,03	0,00	0,00	0,00
EPITEZAM CREME*	reparador oftálmico	7,42000	med	0,00	0,00	0,00	12,40	92,01	1,02
complexo B	vitamina	0,57450	cp	0,00	0,00	0,00	156,62	89,98	1,00
propatlnitrato	antianginoso	0,02612	mg	3.816,88	99,70	0,82	275,47	7,20	0,08
IBERIN FÓLICO**	antianêmico	0,44633	cp	240,49	107,34	0,88	0,00	0,00	0,00
ciclobenzaprina	miorelaxante	0,16820	mg	91,00	15,31	0,13	366,65	61,67	0,69
estradiol+noretisterona	terapia de reposição hormonal	8,33000	cp	11,81	98,38	0,81	0,00	0,00	0,00
domperidona	antiemético gastrocinético	0,03870	mg	0,00	0,00	0,00	1.836,00	71,05	0,79
liotrix	anti-hipotireoidismo	0,00258	mcg	0,00	0,00	0,00	27.416,04	70,67	0,79
captopril + hidroclorotiazida	anti-hipertensivo + diurético	1,92688	cp	46,52	89,64	0,73	0,00	0,00	0,00
prometazina	antialérgico, antivertiginoso, sedativo	0,01156	mg	6.450,00	74,56	0,61	160,00	1,85	0,02
complemento vitamínico	vitamina	0,23233	cp	329,81	76,63	0,63	0,00	0,00	0,00
benzilpenicilina	antibiótico	8,40000	UI	8,79	73,84	0,61	0,00	0,00	0,00
fluvastatina	antilipêmico	0,09113	mg	0,00	0,00	0,00	550,94	50,20	0,56
norfloxacino	antibiótico	0,00401	mg	15.409,70	61,77	0,51	0,00	0,00	0,00
furosemida	diurético	0,00565	mg	0,00	0,00	0,00	7.696,00	43,48	0,48
dinitrato de isossorbida	antianginoso	0,02100	mg	0,00	0,00	0,00	1.244,81	26,14	0,29
complexo vitamínico	complexo vitamínico	0,99600	cp	33,56	33,43	0,27	0,00	0,00	0,00
sulfametoxazol+ trimetoprima	antiinfecioso	0,65800	cp	0,00	0,00	0,00	36,00	23,69	0,26
cálcio	antiosteoporótico	0,99700	med	32,00	31,90	0,26	0,00	0,00	0,00
indometacina	antiinflamatório	0,01043	mg	0,00	0,00	0,00	2.000,00	20,87	0,23
codeína	analgésico antitérmico	0,02022	mg	1.284,00	25,97	0,21	0,00	0,00	0,00
cefalexina	antibiótico	0,00588	mg	0,00	0,00	0,00	2.800,00	16,45	0,18
papaverina + ácido nicotínico	vasodilatador periférico	0,47750	cp	41,20	19,67	0,16	0,00	0,00	0,00
loratadina	antialérgico	0,20750	mg	0,00	0,00	0,00	72,00	14,94	0,17

*EPITEZAM CREME: aminoácidos + cloranfenicol + metionona + vitamina A

**IBERIN FÓLICO: ácido fólico + sulfato ferroso + ácido ascórbico

(continua)

Tabela 37 - Custos anuais da medicação não psicotrópica (conclusão)				NÃO DRT (N=122)			DRT (N=90)		
Nome Genérico	Classe terapêutica	PU' (R\$)	Un.	QTA	CTA	CMA	QTA	CTA	CMA
TAMARINE***	laxante	0,83000	med	0,00	0,00	0,00	18,20	15,11	0,17
estradiol+noretisterona	terapia de reposição hormonal	1,13000	unidade	12,40	14,01	0,11	0,00	0,00	0,00
liotironina	anti-hipotireoidismo	0,00607	mcg	0,00	0,00	0,00	1.480,00	8,99	0,10
espironolactona	diurético	0,02061	mg	0,00	0,00	0,00	435,00	8,97	0,10
azitromicina	antibiótico	0,01939	mg	0,00	0,00	0,00	400,00	7,76	0,09
propranolol + hidroclorotiazida	anti-hipertensivo	0,00434	mg	0,00	0,00	0,00	1.728,00	7,50	0,08
ALGI-TANDERIL****	antiinflamatório	0,68567	cp	12,80	8,78	0,07	0,00	0,00	0,00
dimenidrinato	antiemético	0,00264	mg	3.185,45	8,40	0,07	0,00	0,00	0,00
ginseng+associações	energizante	1,12200	cp	7,20	8,08	0,07	0,00	0,00	0,00
alendronato	antiosteoporótico	0,22933	mg	32,00	7,34	0,06	0,00	0,00	0,00
epilefrina	hipertensor	0,02410	mg	262,41	6,32	0,05	0,00	0,00	0,00
hidroxizina	antialérgico, antivertiginoso, sedativo	0,02521	mg	0,00	0,00	0,00	145,00	3,66	0,04
lactose + fenolftaleína	laxante	0,31500	cp	0,00	0,00	0,00	11,40	3,59	0,04
sulfato ferroso	antianêmico	0,00089	mg	0,00	0,00	0,00	3.840,00	3,41	0,04
betametasona	antiinflamatório	14,93000	amp	0,00	0,00	0,00	0,20	2,99	0,03
tiamina	vitamina	0,00157	mg	0,00	0,00	0,00	1.160,00	1,82	0,02
acetazolamida	antiglaucosomático diurético	0,00139	mg	1.600,00	2,23	0,02	0,00	0,00	0,00
cloroquina - mg	antiparasitário	0,00118	mg	1.800,00	2,13	0,02	0,00	0,00	0,00
atropina colírio	midriático	0,02835	gt	0,00	0,00	0,00	37,20	1,05	0,01
dexametasona	antiinflamatório	0,02335	gt	0,00	0,00	0,00	37,20	0,87	0,01
amiodarona	antiarrítmico	0,00490	mg	232,12	1,14	0,01	0,00	0,00	0,00
flunarizina	antivertiginoso	0,03460	mg	30,00	1,04	0,01	0,00	0,00	0,00
metisergida	antienxaquecoso	1,28600	mg	0,00	0,00	0,00	0,40	0,51	0,01
naproxeno	antiinflamatório analgésico	0,00135	mg	418,50	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00
fenolftaleína	laxante	0,04350	med	0,00	0,00	0,00	8,77	0,38	0,00
diosmina + hesperidina	vasculoprotetor	0,00180	g	181,03	0,33	0,00	0,00	0,00	0,00
timolol	antiglaucosomático	0,04305	gt	6,40	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00
dipirona	analgésico antitérmico	0,00618	gt	9,60	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL				2.580.126,39	20.412,88	167,32	3.993.517,74	40.459,55	449,55

***TAMARINE: *Cassia fistula* + *Tamarindus indica* + sena + *Coriandrum sativum*

****ALGI-TANDERIL: diclofenaco + paracetamol + carisoprodo + cafeína

Anexo 5

Tabela 38 - Custos anuais no PRONTO SOCORRO, segundo o grupo

Categoria	Sub-Categoria	Unidade	Preço Unitário (R\$)	NÃO DRT (N=122)			DRT (N=90)		
				Total Anual	Custo Total (R\$)	Custo Médio	Total Anual	Custo Total	Custo Médio
MEDICAÇÃO	naproxeno	mg	0,00135	200	0,27	0,00		0	0,00
	enoxaparina	mg	0,89313	8	7,15	0,06		0	0,00
	cefalotina	g	4,73700	0,8	3,79	0,03		0	0,00
	insulina - UI	UI	0,33740	1	0,34	0,00		0	0,00
	ranitidina	mg	0,00397	60	0,24	0,00		0	0,00
	bicarbonato de sódio 8,4%	ml	0,06540	10	0,65	0,01		0	0,00
	cloreto de sódio 30%	ml	0,04000	18	0,72	0,01		0	0,00
	cloreto de potássio 19,1%	ml	0,04000	6	0,24	0,00			
	TOTAL			303,80	13,39	0,11	0,00	0,00	0,00
CONSULTA	Atendimento PS		21,60	2,18	47,09	0,39	1,14	24,62	0,27
	TOTAL			2,18	47,09	0,39	1,14	24,62	0,27
EXAMES	Eletrocardiograma		16,20	0,20	3,24	0,03		0,00	0,00
	Urinálise		5,40	0,20	1,08	0,01		0,00	0,00
	Urocultura		13,50	0,40	5,40	0,04		0,00	0,00
	Bioquímica		22,17	1,40	31,03	0,25		0,00	0,00
	Hematologia		8,10	0,20	1,62	0,01		0,00	0,00
	Gasimetria		27,00	0,40	10,80	0,09		0,00	0,00
	TOTAL			2,80	53,17	0,44	0,00	0,00	0,00

Anexo 6

Tabela 39 - Custos anuais na Internação, segundo grupo

Categoria	Sub-Categoria	Preço Unitário (R\$)	NÃO DRT (N=122)			DRT (N=90)		
			Total Anual	Custo Total	Custo Médio	Total Anual	Custo Total	Custo Médio
DIÁRIA		223,29	206,80	46.176,37	378,49	318,72	71.166,99	790,74
CONSULTA	Psiquiatra	54,00	75,81	4.093,74	33,56	225,84	12.195,36	135,50
	Médico não psiquiatra	21,60	18,39	397,22	3,26	25,41	548,86	6,10
	TOTAL		94,20	4.490,96	36,81	251,25	12.744,22	141,60
OUTROS PROF	Psicólogo	39,96	21,04	840,76	6,89	1,41	56,34	0,63
	Enfermagem	14,82	3,56	52,76	0,43	8,04	119,15	1,32
	Odontologia	32,19	0,00	0,00	0,00	3,26	104,94	1,17
	Nutricionista	20,25	1,02	20,66	0,17	0,00	0,00	0,00
	Assistente Social	0,00	0,00	0,00	0,00	0,80	0,00	0,00
	UTI consulta médica	81,00	1,26	102,06	0,84	0,00	0,00	0,00
	Terapia Ocupacional	27,00	5,47	147,69	1,21	0,00	0,00	0,00
	TOTAL		32,35	1.163,92	9,54	13,51	280,44	3,12
ATEND ENF.	Atendimento Enfermagem	8,17	164,81	1.346,50	11,04	929,15	7.591,16	84,35
OUTROS	Reuniões do corpo clínico	0,00	0,00	0,00	0,00	3,31	0,00	0,00
EXAMES	Hematologia	8,10	12,04	97,52	0,80	19,66	159,25	1,77
	Bioquímica	11,08	61,84	685,38	5,62	132,57	1.469,29	16,33
	RMN (encéfalo)	588,08	0,00	0,00	0,00	0,45	264,63	2,94
	Eletrocardiograma	16,20	0,96	15,55	0,13	3,34	54,11	0,60
	Eletroencefalograma	32,40	0,00	0,00	0,00	0,29	9,40	0,10
	Tomografia	226,53	0,00	0,00	0,00	1,35	305,81	3,40
	Raio x torax	20,45	0,54	11,04	0,09	0,20	4,09	0,05
	Urinálise	5,40	0,28	1,51	0,01	3,06	16,52	0,18
	Ultrassonografia	52,72	1,00	52,72	0,43	0,69	36,38	0,40
	Parasitológico de fezes	5,40	0,54	2,92	0,02	0,20	1,08	0,01
	Dosagem plasmática LÍLIO	5,40	0,00	0,00	0,00	0,71	3,83	0,04
	Urocultura	13,50	0,00	0,00	0,00	0,27	3,65	0,04

(continua)

Tabela 39 - Custos anuais na internação, segundo grupo (conclusão)

Categoria	Sub-Categoria	Preço Unitário (R\$)	NÃO DRT (N=122)			DRT (N=90)		
			Total Anual	Custo Total	Custo Médio	Total Anual	Custo Total	Custo Médio
EXAMES (cont.)	Rotina do liquor céfalo raquideano	24,30	0,00	0,00	0,00	0,29	7,05	0,08
	Avaliação neuropsicológica	302,40	0,57	172,37	1,41	0,80	241,92	2,69
	Ecocardiograma com doppler	102,60	0,36	36,94	0,30	0,00	0,00	0,00
	Função pulmonar	31,05	0,36	11,18	0,09	0,00	0,00	0,00
	Endoscopia digestiva alta	64,80	0,68	44,06	0,36	0,29	18,79	0,21
	Colonoscopia	175,50	0,00	0,00	0,00	0,69	121,10	1,35
	Biópsia gástrica	90,30	0,31	27,99	0,23	0,00	0,00	0,00
	Endoscopia digestiva alta + biópsia	102,60	0,35	35,91	0,29	0,00	0,00	0,00
TOTAL			79,83	1.195,10	9,80	164,86	2.716,89	30,19
PROCEDI- MENTOS	Eletroconvulsoterapia - ECT	189,00	0,00	0,00	0,00	47,31	8.941,59	99,35
	Gastroplastia redutora de Capella	591,00	0,31	183,21	1,50		0,00	0,00
	Hérnia inguinal esquerda com colocação de tela de malex à Liechtenstein	388,50	0,27	104,90	0,86	0,20	77,70	0,86
	Nebulização	2,70	0,54	1,46	0,01		0,00	0,00
	Polissonografia de noite inteira(PSG)	550,26	0,36	198,09	1,62		0,00	0,00
	Vidrectomia anterior olho direito	384,00	0,00	0,00	0,00	0,20	76,80	0,85
	TOTAL			1,48	487,66	4,00	47,71	9.096,09

Anexo 7

Tabela 40 - Custos anuais de medicamentos na internação, segundo o grupo

Nome Genérico	Classe terapêutica	Preço Unitário (R\$)	Unidade	DRT (N=90)			NÃO DRT (N=122)		
				Total Anual	Custo Total	Custo Médio	Total Anual	Custo Total	Custo Médio
sertralina	antidepressivo	0,0660	mg	10.514,80	694,40	7,72	21.465,50	1.417,58	11,62
nortriptilina	antidepressivo	0,0449	mg	8.140,98	365,12	4,06	0,00	0,00	0,00
clomipramina	antidepressivo	0,0201	mg	2.202,38	44,35	0,49	0,00	0,00	0,00
amitriptilina	antidepressivo	0,0164	mg	1.136,43	18,68	0,21	0,00	0,00	0,00
imipramina	antidepressivo	0,0288	mg	1.015,46	29,19	0,32	7.373,75	212,00	1,74
citalopram	antidepressivo	0,2263	mg	163,12	36,91	0,41	0,00	0,00	0,00
tranilcipromina	antidepressivo	0,0812	mg	148,93	12,09	0,13	0,00	0,00	0,00
mirtazapina	antidepressivo	0,2021	mg	36,00	7,28	0,08	0,00	0,00	0,00
fluoxetina	antidepressivo	0,1589	mg	0,00	0,00	0,00	254,89	40,51	0,33
diazepam	ANS	0,0249	mg	254,40	6,33	0,07	34,99	0,87	0,01
nitrazepam	ANS	0,1016	mg	62,24	6,32	0,07	0,00	0,00	0,00
clonazepam	ANS	0,1147	mg	29,56	3,39	0,04	62,96	7,22	0,06
midazolam	ANS	0,1428		23,00	3,28	0,04	0,00	0,00	0,00
zopidem	ANS	0,2550	mg	16,00	4,08	0,05	0,00	0,00	0,00
flunitrazepam	ANS	0,4705	mg	6,75	3,18	0,04	0,00	0,00	0,00
bromazepam	ANS	0,0880	mg	6,07	0,53	0,01	0,00	0,00	0,00
lorazepam	ANS	0,2375	mg	4,45	1,06	0,01	0,00	0,00	0,00
diazepam	ANS	0,0249	mg	3,00	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00
diazepam	ANS	0,2130	ml	2,40	0,51	0,01	0,00	0,00	0,00
diazepam	ANS	0,2130	Mg	1,60	0,34	0,00	0,00	0,00	0,00
midazolam	ANS	0,5192	mg	0,80	0,42	0,00	0,00	0,00	0,00
olanzapina	Antipsicótico	2,6309	mg	662,97	1.744,18	19,38	0,00	0,00	0,00
clorpromazina	Antipsicótico	0,0068	mg	377,30	2,57	0,03	0,00	0,00	0,00
periciazina	Antipsicótico	0,0123	gotas	158,96	1,96	0,02	0,00	0,00	0,00
risperidona	Antipsicótico	1,5670	mg	79,79	125,03	1,39	0,00	0,00	0,00

(continua)

**Tabela 40 - Custos anuais de medicamentos na internação
(continuação)**

Nome Genérico	Classe terapêutica	Preço Unitário (R\$)	Unidade	DRT (N=90)			NÃO DRT (N=122)		
				Total Anual	Custo Total	Custo Médio	Total Anual	Custo Total	Custo Médio
haloperidol	Antipsicótico	0,1540	mg	0,00	0,00	0,00	16,00	2,46	0,02
tioridazina	Antipsicótico	0,0185	mg	0,00	0,00	0,00	288,15	5,33	0,04
carbonato de lítio	EH	0,0018	mg	17.037,38	31,36	0,35	0,00	0,00	0,00
carbamazepina	EHAC	0,0026	mg	840,00	2,14	0,02	0,00	0,00	0,00
topiramato	EHAC	0,0508	mg	0,00	0,00	0,00	458,08	23,26	0,19
flumazenil	antagonista de benzodiazepinas	187,7280	mg	1,00	187,73	2,09	0,00	0,00	0,00
norfloxacinol	antibiótico	0,0040	mg	3.199,60	12,83	0,14	0,00	0,00	0,00
cefalexina	antibiótico	2,4650	g	51,85	127,81	1,42	7,32	18,04	0,15
cefalotina	antibiótico	4,7370	grama	2,60	12,32	0,14	24,18	114,54	0,94
benzilpenicilina	antibiótico	0,0000	UI	0,00	0,00	0,00	864.589,29	10,27	0,08
cefoxitina	antibiótico	21,3200	g	0,00	0,00	0,00	6,34	135,17	1,11
clindamicina	antibiótico	6,7400	g	0,00	0,00	0,00	9,23	62,21	0,51
gentamicina	antibiótico tópico	5,9200	pomada	0,20	1,18	0,01	0,00	0,00	0,00
nitrofurantoína	antibacteriano urinário	0,0024	mg	2.200,00	5,38	0,06	0,00	0,00	0,00
metronidazol	antiparasitário	0,0017	mg	1.754,80	2,94	0,03	0,00	0,00	0,00
fluconazol	antifúngico	16,4000	mg	520,00	8.528,00	94,76	0,00	0,00	0,00
nistatina	antimicótico	0,2020	med	6,60	1,33	0,01	0,00	0,00	0,00
zidovudina + lamivudina	anti-retroviral	9,4800	comp.	0,00	0,00	0,00	11,36	107,69	0,88
indinavir	antiviral	0,0078	mg	0,00	0,00	0,00	13.634,24	106,32	0,87
sulfametoxazol+ trimetoprima	antiinfecioso	0,6580	comp.	0,00	0,00	0,00	22,72	14,95	0,12
metronidazol	antiparasitário		nistatina						
nistatina	tricomonicida	0,4966	creme	4,76	2,36	0,03	0,00	0,00	0,00
codeína	analgésico	0,0202	mg	3.103,59	62,76	0,70	0,00	0,00	0,00

(continua)

Tabela 40 - Custos anuais de medicamentos na internação (continuação)

Nome Genérico	Classe terapêutica	Preço Unitário (R\$)	Unidade	DRT (N=90)			NÃO DRT (N=122)		
				Total Anual	Custo Total	Custo Médio	Total Anual	Custo Total	Custo Médio
petidina	analgésico	2,3768	ampola	0,20	0,48	0,01	0,54	1,28	0,01
petidina	analgésico	1,1884	ml	0,00	0,00	0,00	7,61	9,04	0,07
paracetamol	analgésico antitérmico	0,0004	mg	40.283,28	16,44	0,18	1,26	0,00	0,00
dipirona	analgésico antitérmico	0,4806	g	2.400,35	1.153,61	12,82	50,16	24,11	0,20
paracetamol	analgésico antitérmico	0,0159	gotas	156,85	2,49	0,03	0,00	0,00	0,00
prednisona	antiinflamatório	0,0612	mg	220,00	13,46	0,15	0,00	0,00	0,00
cetoprofeno	antiinflamatório	14,2600	grama	0,20	2,85	0,03	0,00	0,00	0,00
rofecoxib	antiinflamatório	0,2487	mg	0,00	0,00	0,00	35,40	8,80	0,07
naproxeno	antiinflamatório analgésico	0,0021	mg	1.229,99	2,54	0,03	0,00	0,00	0,00
ácido acetilsalicílico	antiinflamatório analgésico	0,0005	mg	280,00	0,13	0,00	336,46	0,16	0,00
hidrocortisona	antiinflamatório tópico	0,4693	tópico	0,40	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00
alumínio, hidróxido	antiácido	0,5000	med.	20,40	10,20	0,11	8,79	4,40	0,04
hidróxido de alumínio	antiácido	0,3925	mg	1,00	0,39	0,00	0,00	0,00	0,00
hidróxido de magnésio	antiácido	0,3925	mg	1,00	0,39	0,00	0,00	0,00	0,00
hidróxido de magnésio	antiácido	0,3925	medida	0,80	0,31	0,00	0,00	0,00	0,00
ranitidina	antiulceroso	0,0040	mg	2.252,93	8,94	0,10	11.217,29	44,50	0,36
omeprazol	antiulceroso	0,0922	mg	562,19	51,84	0,58	273,61	25,23	0,21
famotidina	antiulceroso	0,0470	mg	20,39	0,96	0,01	0,00	0,00	0,00
racecadotril	antidiarréico	0,0253	mg	0,00	0,00	0,00	1.649,09	41,65	0,34
saccharomyces boulardii	antidiarréico	0,0192	mg	0,00	0,00	0,00	2.931,72	56,36	0,46
metoclopramida	antiemético	0,0792	gts	42,00	3,33	0,04	512,23	40,57	0,33
dimenidrinato	antiemético	1,5570	ampola	0,00	0,00	0,00	1,09	1,70	0,01

(continua)

**Tabela 40 - Custos anuais de medicamentos na internação
(continuação)**

Nome Genérico	Classe terapêutica	Preço Unitário (R\$)	Unidade	DRT (N=90)			NÃO DRT (N=122)		
				Total Anual	Custo Total	Custo Médio	Total Anual	Custo Total	Custo Médio
enema	laxante	0,0113	ml	68,76	0,78	0,01	0,00	0,00	0,00
enema sódio, fosfato	laxante	0,0728	ml	58,50	4,26	0,05	71,13	5,18	0,04
fenoltaleína	laxante	0,0435	med	56,34	2,45	0,03	0,00	0,00	0,00
cassia fistula	laxante	0,8300	med.	19,19	15,93	0,18	2,93	2,43	0,02
lactose, fenoltaleína	laxante	0,3150	comp	4,05	1,28	0,01	0,00	0,00	0,00
supositório glicerina	laxante	1,3160	unidade	0,29	0,38	0,00	0,00	0,00	0,00
bisacodil	laxante	0,0397	mg	0,00	0,00	0,00	2,18	0,09	0,00
Plantago psyllium	laxante	1,0970	env.	0,00	0,00	0,00	17,04	18,69	0,15
cisaprida	gastrocinético	0,1066	mg	63,00	6,71	0,07	0,00	0,00	0,00
dimeticona	antifisético	0,0179	gotas	7.872,00	140,65	1,56	0,00	0,00	0,00
escopolamina	antiespasmódico	0,0207	mg	12,49	0,26	0,00	419,65	8,68	0,07
escopolamina + dipirona	antiespasmódico + analgésico	0,0098	gotas	8,99	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00
nifedipino	anti-hipertensivo	0,0300	mg	1.158,00	34,70	0,39	0,00	0,00	0,00
captopril	anti-hipertensivo	0,0166	mg	1.148,05	19,11	0,21	0,00	0,00	0,00
propranolol	anti-hipertensivo	0,0026	mg	136,00	0,35	0,00	0,00	0,00	0,00
losartan	anti-hipertensivo	0,4462	mg	110,00	49,08	0,55	0,00	0,00	0,00
amilorida + hidroclorotiazida	anti-hipertensivo + diurético	0,0083	mg	100,00	0,83	0,01	0,00	0,00	0,00
atenolol	anti-hipertensivo	0,0140	mg	55,00	0,77	0,01	0,00	0,00	0,00
enalapril	anti-hipertensivo	0,0654	mg	32,99	2,16	0,02	42,01	2,75	0,02
nitroprussiato de sódio	antihipertensivo	0,3108	mg	20,00	6,22	0,07	0,00	0,00	0,00
anlodipino	anti-hipertensivo	0,3859	mg	0,00	0,00	0,00	155,74	60,09	0,49
furosemida	diurético	0,0057	mg	144,00	0,81	0,01	1.458,53	8,24	0,07
clortalidona	diurético	0,0139	mg	59,98	0,83	0,01	0,00	0,00	0,00
hidroclorotiazida	diurético	0,0062	mg	0,00	0,00	0,00	111,08	0,68	0,01

(continua)

Tabela 40 - Custos anuais de medicamentos na internação (continuação)				DRT (N=90)			NÃO DRT (N=122)		
Nome Genérico	Classe terapêutica	Preço Unitário (R\$)	Unidade	Total Anual	Custo Total	Custo Médio	Total Anual	Custo Total	Custo Médio
dinitrato de isossorbida	antianginoso	0,0104	mg	1,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
lovastatina	antilipêmico	0,1179	mg	2,40	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00
metformina - mg	antidiabético	0,0007	mg	2.720,00	1,85	0,02	0,00	0,00	0,00
insulina regular	antidiabético	0,8633	ui	19,20	16,58	0,18	0,00	0,00	0,00
glibenclamida	antidiabético	0,0498	mg	18,00	0,90	0,01	0,00	0,00	0,00
levotiroxina	anti-hipotireoidismo	0,0034	mcg	1.342,61	4,58	0,05	0,00	0,00	0,00
sulfato ferroso	antianêmico	0,0009	mg	0,00	0,00	0,00	2.272,37	2,02	0,02
enoxaparina	anticoagulante	0,8931	mg	0,00	0,00	0,00	42,48	37,94	0,31
heparina	anticoagulante	0,0023	ui	0,00	0,00	0,00	10.620,75	24,04	0,20
enoxaparina subcutânea	anticoagulante subcutânea	0,9008	mg	0,00	0,00	0,00	88,86	80,05	0,66
prometazina	antialérgico, antivertiginoso, sedativo	0,0116	mg	4.357,76	50,38	0,56	0,00	0,00	0,00
prometazina	antialérgico, antivertiginoso, sedativo	1,4456	ampola	0,00	0,00	0,00	4,76	6,88	0,06
ciclosporina	imunossupressor	0,0831	mg	13.975,64	1.160,98	12,90	0,00	0,00	0,00
azatioprina	imunossupressor	0,0359	mg	407,82	14,65	0,16	0,00	0,00	0,00
metisergida	antienxaquecoso	1,2860	mg	1,20	1,54	0,02	0,00	0,00	0,00
cloreto de potássio	expectorante	0,1336	medida	2,40	0,32	0,00	0,00	0,00	0,00
diosmina	vasculoprotetor	1,8000	g	0,00	0,00	0,00	33,71	60,68	0,50
carisprodol+ fenilbutazona+ paracetamol	miorrelaxante	0,3825	comp	7,19	2,75	0,03	0,00	0,00	0,00
tropicamida	ciclopérgico	0,0482	gota	0,60	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00
neostigmina	colinérgico	1,4464	mg	0,40	0,58	0,01	0,00	0,00	0,00

(continua)

Tabela 40 - Custos anuais de medicamentos na internação (conclusão)

Nome Genérico	Classe terapêutica	Preço Unitário (R\$)	Unidade	DRT (N=90)			NÃO DRT (N=122)		
				Total Anual	Custo Total	Custo Médio	Total Anual	Custo Total	Custo Médio
complexo vitamínico	Nutrição parenteral	0,9960	comp.	0,00	0,00	0,00	20,88	20,80	0,17
soro fisiológico	reidratante parenteral	0,0012	ml	0,00	0,00	0,00	1.368,06	1,66	0,01
soro glicosado	reidratante parenteral	0,0042	ml	100,00	0,42	0,00	1.773,01	7,45	0,06
cloreto de potássio 19,1%	eletrólito	0,0400	ml	0,00	0,00	0,00	9,52	0,38	0,00
cloreto de sódio 20%	eletrólito	0,0620	ml	0,00	0,00	0,00	19,04	1,18	0,01
ringer lactato	associação de eletrólitos	0,0040	ml	0,00	0,00	0,00	634,78	2,54	0,02
manitol	diurético, antiglaucomatoso, antihemolítico	0,0080	ml	200,00	1,60	0,02	547,22	4,37	0,04
Cold cream	creme hidratante	0,0000	unidade	7,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	TOTAL			135.532,91	14.903,05	165,59	944.999,98	2.893,03	23,71

Anexo 8

Tabela 41 – Frequência de consumo de medicamentos na internação por classe terapêutica de medicamento, segundo o grupo do paciente

Grupo	Classe Terapêutica	DRT		Não DRT		p
		N° Med	N° Pac	N° Med	N° Pac	
Psicotrópicos	Antidepressivo	3	7	8	25	0,29
	ANS	2	6	12	25	0,15
	EH	1	1	2	5	-
	Antagonista de benzodiazepínico			1	1	-
	Antipsicótico	2	2	4	9	-
	Total	8	16	15	65	0,01
Antiinfeciosos	Antibiótico	6	7	4	7	0,13
	Antiinfecioso	1	1	-	-	-
	Anti-retroviral	1	1	-	-	-
	Antiviral	1	1	-	-	-
	Antimicótico	-	-	1	1	-
	Antiparasitário	-	-	-	-	-
	Antiparasitário tricomonocida	-	-	1	2	-
	Antibacteriano urinário	-	-	1	1	-
	Antifúngico	-	-	1	1	-
	Total	9	10	8	12	0,15
Cardiovasculares	Anti-hipertensivos	2	3	7	10	-
	Antianginoso	-	-	1	1	-
	Antilipêmico	-	-	1	1	-
	Vasculoprotetor	1	1	-	-	-
	Diurético	2	2	2	2	-
	Anti-hipertensivo + diurético	-	-	1	1	-
	Total	5	6	12	15	0,95
Antiinflamatórios /analgésicos	Antiexaquelosos	-	-	1	1	-
	Antiespasmódico + analgésico	-	-	1	1	-
	Antiinflamatório analgésico	1	1	2	2	-
	Analgésico antitérmico	2	4	3	11	-
	Antiinflamatório	1	1	2	2	-
	Antiespasmódico	1	2	1	2	-
	Analgésico	2	2	2	2	-
	Total	7	10	12	21	0,69
Hormônios	Anti-hipotireoidismo	-	-	1	2	-
	Antidiabético	-	-	3	3	-
	Total	0	0	4	5	-

(continua)

Tabela 41 – Freqüência de consumo de medicamentos na internação por classe terapêutica de medicamento, segundo o grupo do paciente (conclusão)

Grupo	Classe Terapêutica	DRT		Não DRT		p
		Nº Med	Nº Pac	Nº Med	Nº Pac	
Trato Gastrointestinal	Antidiarréico	2	2	-		-
	Laxante	4	4	6	12	-
	Antiácido	1	1	4	4	-
	Antiulceroso	2	3	3	7	-
	Antiemético	2	3	1	2	-
	Antifisético	-		1	1	-
	Gastrocinético	-		1	1	-
	Total		11	13	16	27
Fármacos do Sangue	Anticoagulante subcutâneo	1	1			-
	Antianêmico	1	1			-
	Anticoagulante	2	2			-
	Total	4	4	0	0	-
Pele	Antibiótico tópico	-		1	1	-
	Antiinflamatório tópico	-		1	1	-
	Creme hidratante	-		1	1	-
	Total	0	0	3	3	-
Outros	Diurético, antiglaucomatoso	2	2	1	1	-
	Ciclopégico	-		1	1	-
	Colinérgico	-		1	1	-
	Expectorante	-		1	1	-
	Imunossupressor	-		2	3	-
	Miorrelaxante	-		1	1	-
	Antialérgico, antivertiginhoso	1	1	1	7	-
Total	3	3	8	15	-	
Parenterais	Nutrição parenteral	1	1			-
	Rehidratante parenteral	2	3	1	1	-
	Eletrólito	2	2			-
	Associação de eletrólitos	1	1			-
	Total	6	7	1	1	-
Total Geral		52	67	92	163	0,02

Fonte: IPq-HC-FMUSP (2002)

(continua)