

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ANTIDEPRESSIVOS EM
UMA POPULAÇÃO DE ÁREA URBANA**

**Mestranda: Carla Maria Maia Garcias
Orientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro**

**Pelotas
2006**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**

**PROJETO DE PESQUISA
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ANTIDEPRESSIVOS EM
UMA POPULAÇÃO DE ÁREA URBANA**

Trabalho apresentado a Universidade Católica de Pelotas, para obtenção de Mestrado em Saúde e Comportamento sob a orientação do Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro.

PELOTAS

2006

Agradecimentos

À minha família, pelo apoio em todos os momentos.

Aos acadêmicos das Universidades Católica e Federal de Pelotas, pela realização do trabalho de campo; à Clarisse e ao Tiago, pela ajuda dedicada na digitação dos dados.

Ao meu orientador, professor Ricardo, pela compreensão e amizade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	05
1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	06
1.1 <i>QUADRO DE RESUMOS</i>	08
1.2 <i>ESTRATÉGIAS DAS BUSCAS: DESCRITORES SEGUNDO AS BASES DE DADOS</i>	09
1.3 <i>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS ARTIGOS</i>	10
1.4 <i>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS ARTIGOS</i>	10
2 OBJETIVOS	11
2.1 <i>OBJETIVO GERAL</i>	11
2.2 <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	11
3 HIPÓTESES	12
4 MODELO TEÓRICO	13
5 MODELO HIERÁRQUICO DE ANÁLISE	14
6 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS	15
6.1 <i>VARIÁVEIS INDEPENDENTES</i>	15
6.2 <i>VARIÁVEL DEPENDENTE</i>	16
7 METODOLOGIA	17
7.1 <i>DELINEAMENTO</i>	17
7.2 <i>JUSTIFICATIVA DE ESCOLHA DO DELINEAMENTO</i>	17
7.3 <i>DEFINIÇÃO DE POPULAÇÃO ALVO</i>	17
7.4 <i>TAMANHO DA AMOSTRA</i>	17
7.5 <i>CÁLCULO PARA ESTIMATIVA DE PREVALÊNCIA</i>	17
8 AMOSTRAGEM	19
8.1 <i>INSTRUMENTOS</i>	19
8.2 <i>SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES</i>	19
8.3 <i>ESTUDO PILOTO</i>	20
8.4 <i>LOGÍSTICA</i>	20
8.5 <i>MATERIAL</i>	21
8.6 <i>PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS</i>	22
9 ASPECTOS ÉTICOS	24
10 CONTROLE DE QUALIDADE	25
11 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	26
12 ORÇAMENTO	27

13 CRONOGRAMA	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ARTIGO CIENTÍFICO	32
ANEXOS.....	52

INTRODUÇÃO

A chamada medicina Ocidental tem seu prestígio calcado na possibilidade de cura dos males do físico e da mente através de fármacos.¹¹ A utilização de fármacos é também motivada por fatores culturais e comportamentais.⁵

Estima-se que 23% da população brasileira consomem 60% da produção nacional de medicamentos,³⁴ sendo que o uso de medicamentos é crescente com o aumento da faixa etária, conforme identificado na literatura revisada^{5, 33,12} e, provavelmente, se deve à maior prevalência de morbidades com o avanço da idade.

Com o progresso da farmacologia as drogas tornaram-se cada vez mais específicas. Com relação à utilização de psicofármacos, essa tem crescido nas últimas décadas²⁵ e, dentre esses, o aumento no consumo de antidepressivos, mostra uma tendência já observada em outro estudo,¹⁴ provavelmente relacionada com o crescimento do diagnóstico das doenças depressivas, com o surgimento de novos medicamentos e com a ampliação das indicações terapêuticas desses fármacos.

Os antidepressivos são medicamentos utilizados, principalmente para o tratamento da depressão, que é uma condição médica comum,^{35, 19, 7} crônica²³ e recorrente. Estudos em diferentes países, ocidentais e orientais, mostram que a depressão é um transtorno, cuja prevalência anual na população em geral, varia entre 3% e 11%^{26, 16}, fato que justificaria o consumo dessa medicação.

A prevalência de depressão é duas a três vezes mais freqüente em mulheres do que em homens, mesmo considerando estudos realizados em diferentes países, em comunidades e com pacientes que procuram serviços psiquiátricos.³⁶ Portanto, estima-se que as mulheres consumam mais antidepressivos.

Há poucos estudos brasileiros, de base populacional, referentes à prevalência do uso de antidepressivos em adultos, conforme revisão bibliográfica realizada.

1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Existe um grande interesse econômico, por parte da indústria farmacêutica, em reforçar o consumo abusivo de medicações no Brasil.

Um estudo de base populacional, em Pelotas, Rio grande do Sul, em 2002, encontrou uma prevalência de consumo global de medicamentos de 65,9%,⁵ sendo 40% maior nas mulheres do que nos homens, já excluído o uso de contraceptivos.⁵

Com relação ao uso específico de psicofármacos, estudos feitos em 1994 e 2003, Pelotas, revelaram um consumo significativamente maior no sexo feminino.^{20, 27}

O estudo transversal de base populacional, em 1994, identificou prevalência de 12% na utilização de psicofármacos em geral e, 1,2% na utilização de antidepressivos.²⁰

Nessa mesma cidade, em 2003, um estudo comparativo ao de 1994, identificou significativo aumento no consumo de antidepressivos, 3,1%.⁶

Esses estudos incluíram indivíduos a partir de 15 anos de idade, residentes na área urbana de Pelotas, e evidenciaram que a utilização desse tipo de medicação, cresce conforme o aumento da idade.^{20, 27}

Nas últimas décadas, o uso de antidepressivos, estendeu-se para o tratamento dos transtornos de ansiedade^{6, 28, 32}, que ocorrem em 7 a 15% da população, sendo, no Brasil, o transtorno psiquiátrico mais prevalente, ocorrendo duas vezes mais no sexo feminino.⁷ Pesquisa recente sugere que os hormônios sexuais femininos e seu ciclo, podem influenciar o desenvolvimento, curso e desfecho de ansiedade em mulheres.¹⁷

Conçalves *et al*⁶, relata que cerca de 50 a 60% dos pacientes com transtorno de ansiedade respondem aos antidepressivos. Em Atenção Primária à Saúde, alguns protocolos no tratamento da ansiedade, citam os inibidores seletivos da recaptação da serotonina como primeira linha de escolha, quando associados aos benzodiazepínicos,²⁸ porém, o seu uso em pacientes com transtorno bipolar do humor, é mais complicado e exige maiores cuidados, pelo risco de indução a mania e o de interação farmacológica com os estabilizadores de humor.³⁰

Schmitt *et al*³², através de uma revisão sistemática e metanálise, também sugerem através das evidências disponíveis, que os antidepressivos são um tratamento adequado para pacientes com transtorno de ansiedade generalizada.

Espera-se que fatores demográficos, socioeconômicos e comportamentais, tais como o consumo de álcool, o consumo de tabaco, o sedentarismo, a religiosidade e a atividade de trabalho tenham associação com o consumo de antidepressivos.

Com relação ao hábito de usar bebidas alcoólicas, é citado que em baixas doses o álcool agudamente diminui a ansiedade. No entanto, quando a dose é aumentada, por um lado ainda apresenta um efeito de diminuição da ansiedade, mas por outro começa a aparecer um efeito rebote de aumento de ansiedade após o desaparecimento do efeito depressor do álcool. Com o uso crônico do álcool e aumento das doses, o indivíduo acaba ficando com a impressão de que existe uma diminuição da ansiedade e depressão, desconsiderando os efeitos crônicos que acabam aumentando esses sintomas.¹⁸

A relação entre o uso de tabaco e doenças psiquiátricas vem atraindo interesse crescente na última década.^{28,29} Está bem estabelecida a relação entre tabagismo e quadros psicopatológicos, como esquizofrenia e depressão maior. A literatura contém ainda um número significativo de estudos sobre tabagismo e perturbações psiquiátricas diversas, como transtornos de ansiedade e de humor, déficit de atenção e hiperatividade, entre outros.^{28, 21}

No Brasil, um dos principais inimigos da saúde pública é o sedentarismo. Estudos epidemiológicos e experimentais evidenciam uma relação positiva entre a atividade física e a diminuição da mortalidade. Há efeitos positivos da atividade física na prevenção de enfermidades cardiovasculares, no perfil dos lipídeos plasmáticos, na manutenção da densidade óssea, na redução de dores lombares e no controle de enfermidades respiratórias crônicas. A atividade física contribui, a curto prazo, para diminuir a ansiedade e o estresse, e a longo prazo, controla a depressão moderada, o estado de humor e aumenta a auto-estima.¹

A relação entre religiosidade e saúde mental tem sido fonte de interesse de estudos^{22, 37}. Em 2006, uma revisão sistemática dos estudos sobre a relação religião- saúde mental, evidenciou que o envolvimento religioso está associado positivamente a indicadores de bem estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral mais elevado) e a menos depressão, menos uso e abuso de drogas e de álcool e comportamento suicida.² Hildebrandt *et al*¹⁵, 2002, sugeriu que seguir uma religião talvez se constitua em uma prática na qual a pessoa busca suporte para o enfrentamento com as dificuldades vivenciadas no seu

cotidiano e que, o consumo maior de psicotrópicos, estaria vinculado as pessoas que estão aposentadas, não trabalham ou aos trabalhadores cuja atividade não se enquadra como uma categoria profissional.

O objetivo do presente estudo será verificar a prevalência atual do consumo de antidepressivos em indivíduos adultos, com idade de 40 anos ou mais, residentes na zona urbana de Pelotas, e relacionar esse consumo à fatores demográficos, sócio -econômicos e comportamentais.

1.1 QUADRO DE RESUMOS

PRINCIPAL AUTOR/ANO/ LOCAL	POPULAÇÃO(N) /IDADE	DELINEAMENTO	RESULTADOS
Lima M. S. 1994 Brasil	N = 1277 Idade: a partir de 15 anos	Transversal Base populacional	Prevalência de consumo de psicofármacos em Pelotas, 1994, foi de 12%. O consumo foi maior nas mulheres, nos idosos, na maior escolaridade e na maior renda. O consumo de antidepressivos foi de 1,2%.
Rodrigues M.A.P. 2003 Brasil	N = 3542 Idade: a partir de 15 anos	Transversal Base populacional	Prevalência de consumo de psicofármacos em Pelotas, 2003, foi de 9,9%. O maior consumo associou-se ao sexo feminino, ao aumento da idade, ao diagnóstico de hipertensão e a utilização de serviços de saúde. O consumo de antidepressivos foi de 3,1%.
Bertoldi A.D. 2004 Brasil	N = 3182 Idade: a partir de 20 anos	ransversal Base populacional	Prevalência de uso global de medicamentos em Pelotas, foi de 65,9%. Maior utilização pelas mulheres, idosos, no maior nível econômico e pior autopercepção de saúde. A categoria antidepressivos/antimaníacos apresentou prevalência de 3,1%.
Gasquet I. 2005 França, Alemanha, Bélgica, Espanha, Holanda e Itália.	N = 21425 Idade: a partir de 18 anos	Transversal Base populacional	O uso de psicofármacos correspondeu a 21%. A prevalência de consumo de antidepressivos foi de 6,0%. Nas últimas duas décadas o uso de ansiolíticos decresceu nos países europeus em contraste com os antidepressivos.
Fernández R. M. 2002 Espanha	N = 350 Idade: a partir de 14 anos	Transversal Base não populacional	Prevalência de consumo de psicofármacos foi de 21% em um posto de saúde. Dos consumidores 82% eram mulheres. Os ansiolíticos e os antidepressivos foram os mais utilizados.
Barbui C. 1999 Itália		Descritivo (análise de prescrições de medicações de 1984 a 1999)	De 1984 a 1999 os antidepressivos aumentaram as vendas em 55% contra a dos ansiolíticos em 53%.
Olfon M. 2002 Estados Unidos	N = 34459 (1987) N = 32636 (1997) Idade: zero ano ou mais.	Descritivo (análise de utilização de serviços de saúde, 1987/1997)	O número de pessoas usando antidepressivos aumentou de 0,73% em 1987 para 2,33% em 1997.

1.2 ESTRATÉGIAS DAS BUSCAS: DESCRITORES SEGUNDO AS BASES DE DADOS

A busca por estudos relevantes será realizada nas seguintes bases de dados:

MEDLINE

1. Antidepressant drugs **AND** epidemiology
2. Antidepressant drugs **AND** life change events
3. Antidepressant drugs **AND** risk factor **AND** population
4. Antidepressant drugs **AND** health services
5. Antidepressant drugs **AND** trends
6. Psychotropic drugs **AND** tobacco
7. Psychotropic drugs **AND** alcoholism
8. Psychotropic drugs **AND** physical exercise
9. Psychotropic drugs **AND** work

Total 360

LILACS

1. Psychotropic drugs
2. Antidepressant

Total 18

SCIELO

1. Antidepressivos
2. Antidepressivos **AND** prevalência
3. Psicofármacos

Total 87

Após a busca em bases eletrônicas, as referências de todos os artigos relevantes, bem como das revisões, serão examinadas a fim de encontrar possíveis publicações não identificadas na pesquisa eletrônica. Além disso, serão solicitadas informações aos autores de trabalhos relevantes, acerca de manuscritos não publicados de sua autoria ou conhecimento, após contato por correio tradicional ou eletrônico. Ainda com intuito de encontrar trabalhos não publicados, serão pesquisados os bancos de teses das universidades da região (Universidade Católica de Pelotas e Universidade Federal de Pelotas). Os livros e revistas das bibliotecas dessas universidades também serão consultados em busca de possíveis fontes de informação relevante.

1.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS ARTIGOS:

Estudos publicados a partir de 1980.

1.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS ARTIGOS:

Estudos realizados em área rural e estudos realizados com substâncias antidepressivas não medicamentosas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever a prevalência e os padrões de consumo de antidepressivos, em adultos com idade igual ou superior a 40 anos, residentes na zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar qual dos grupos de antidepressivos é o mais consumido;
- Verificar se as variáveis sócio-econômicas (escolaridade e nível sócio-econômico), demográficas (idade, sexo e situação conjugal) e comportamentais (consumo de tabaco, consumo de álcool, sedentarismo, religiosidade e atividade de trabalho) são fatores associados ao uso de antidepressivo.

3 HIPÓTESES

Em relação aos achados de outros estudos:

- O consumo de antidepressivos será de aproximadamente 8,4%;
- A maior prevalência do uso de antidepressivos será no sexo feminino;
- Hábitos como o consumo de tabaco, o consumo de bebidas alcoólicas, o sedentarismo, a prática religiosa e a ausência de atividade de trabalho estarão associados ao padrão do consumo de antidepressivos.

4 MODELO TEÓRICO

O modelo teórico é uma forma de se proporem às relações explicativas entre exposições e um ou mais desfechos.

Para a realização deste estudo, serão coletadas informações a respeito de vários aspectos dos indivíduos. Estas variáveis serão agrupadas segundo níveis hierárquicos, para permitir entender a determinação do desfecho.

No primeiro nível do modelo teremos os fatores **demográficos** e **sócio-econômicos**. Estas variáveis estarão num nível distal de determinação do desfecho, associando-se de modo indireto com este, ao determinar padrões diferentes de **comportamento** que influenciarão no **uso de antidepressivos**.

5 MODELO HIERÁRQUICO DE ANÁLISE

Sexo, idade,
situação conjugal, escolaridade,
nível sócio-econômico

Consumo de tabaco, consumo de álcool,
sedentarismo, religiosidade e trabalho

USO DE ANTIDEPRESSIVOS

6 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

6.1 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

6.1.1 Fatores demográficos

Sexo – variável dicotômica, classificada com o sexo de nascimento, masculino ou feminino.

Idade – variável ordinal, medida de acordo com a idade em anos completos no dia da entrevista.

Situação conjugal – variável dicotômica, classificada em com companheiro(a), se casado(a) ou vivendo com alguém, e sem companheiro(a), se viúvo(a) ou não vivendo com alguém.

6.1.2 Fatores sócio-econômicos

Escolaridade – variável ordinal, medida em anos completos de estudo formal.

Nível sócio-econômico – variável categórica, níveis A, B, C, D e E, segundo classificação da ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa), que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas).

6.1.3 Fatores comportamentais

Consumo de tabaco - variável dicotômica, sim ou não. Os não fumantes constituirão um grupo que será distribuído por categorias de indivíduos que nunca fumaram e ex-fumantes.

Consumo de álcool – variável dicotômica, sim ou não. Os usuários de bebidas alcoólicas serão aqueles que referirem consumo de bebida alcoólica, no momento ou anteriormente.

Sedentarismo – variável dicotômica, sim ou não. Os não sedentários serão aqueles que desenvolvem algum tipo de atividade física mais de 60 minutos por semana.

Religiosidade – variável dicotômica, sim ou não. Consideraremos como comportamento religioso aquele que freqüentou missa ou culto de sua religião no último mês.

Trabalho – variável dicotômica, sim ou não. Consideraremos como trabalho aquele indivíduo que esteja desenvolvendo alguma atividade regular de trabalho, no momento.

6.2 VARIÁVEL DEPENDENTE

6.2.1 Uso de antidepressivos

Variável dicotômica, sim ou não. Consideraremos como sim, as pessoas que utilizaram antidepressivos nos últimos 15 dias anteriores a data da entrevista. Serão incluídas todas as fórmulas magistrais dessas substâncias, estejam ou não em associação com outras substâncias.

7 METODOLOGIA

7.1 DELINEAMENTO

O delineamento do estudo será transversal e de base populacional.

7.2 JUSTIFICATIVA DE ESCOLHA DO DELINEAMENTO

O delineamento será um estudo transversal, de base populacional, uma vez que é de baixo custo, breve execução e permite avaliar a prevalência do consumo de antidepressivos estabelecendo associações com as exposições estudadas, através do cálculo de razão de prevalências.

7.3 DEFINIÇÃO DE POPULAÇÃO ALVO

Serão elegíveis para o estudo pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a quarenta anos, residentes na zona urbana do município de Pelotas, Rio grande do Sul, Brasil. Será tomada como população em estudo uma amostra representativa da população alvo.

7.4 TAMANHO DA AMOSTRA

Para calcular o tamanho da amostra foram utilizados os programas Epi info 6.04d e Stata 7.0.

Esse estudo é parte de uma pesquisa mais ampla que avaliará saúde e comportamento de adultos com quarenta anos ou mais da zona urbana da cidade de Pelotas, no sul do Brasil. Tendo em vista os múltiplos objetivos envolvidos no projeto, foram obtidas estimativas de tamanho amostral para cada um dos desfechos estudados, sendo que a maior delas determinou o número de indivíduos a serem entrevistados.

7.5 CÁLCULO PARA ESTIMATIVA DE PREVALÊNCIA

Para estimar a prevalência do consumo de antidepressivos em pessoas a partir de 40 anos de idade, estimando-se uma prevalência de 8,4% e margem de erro de 2,5%, os seguintes tamanhos de amostra com seus respectivos níveis de confiança:

Nível de confiança (%)	Tamanho da amostra
80	559
90	918
95	1298
99	2224
99,9	3584

8 AMOSTRAGEM

Segundo o Censo de 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população urbana da cidade de Pelotas é de 323.158 habitantes, sendo que 112.000 habitantes têm idade igual ou superior a 40 anos.

Uma vez que a pesquisa será realizada em consórcio, entre vários alunos do curso de Mestrado em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, o processo de amostragem se adequará às definições de todos os pesquisadores. Verificou-se que o número de domicílios que atenderá aos diversos objetivos será de 1440, já levando em conta 10% para perdas e 15% para fatores de confusão.

A amostragem será realizada em múltiplos estágios, a partir de 448 setores censitários da zona urbana de Pelotas. Desses, 48 serão sorteados, aleatoriamente, para serem incluídos no estudo.

8.1 INSTRUMENTOS

Será montado um questionário estruturado com questões abrangendo todos os temas dos projetos de pesquisa dos mestrandos.

Esse questionário padronizado, poderá sofrer modificações de acordo com o estudo piloto.

O armazenamento dos dados será feito em um banco de dados no programa SPSS for Windows 8.0 para posterior análise..

8.2 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

A seleção dos entrevistadores será realizada, através de inscrição, com preenchimento de ficha contendo dados pessoais, devendo o candidato estar cursando uma faculdade na Universidade Católica de Pelotas ou Universidade Federal de Pelotas.

No treinamento, que ocorrerá no período de uma semana, será feita a leitura do questionário e do manual de instruções, bem como a dramatização da entrevista e orientação da técnica de codificação, com o acompanhamento dos coordenadores da pesquisa. As dúvidas surgidas no processo serão discutidas e esclarecidas.

Os entrevistadores serão orientados quanto à maneira padrão para se apresentar e solicitar a participação do indivíduo na pesquisa.

8.3 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto será realizado em um setor censitário não incluído na amostra, no qual se aplicará o sistema de amostragem. Os dados obtidos não serão utilizados na análise estatística.

8.4 LOGÍSTICA

O estudo será realizado em um esquema de consórcio entre os alunos do mestrado em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas. Cada mestrando será responsável por seis setores censitários.

A coleta das informações será realizada por entrevistadores selecionados entre os acadêmicos da Universidade Católica de Pelotas e da Universidade Federal de Pelotas.

Os entrevistadores selecionados trabalharão em duplas e irão deslocar-se de ônibus até o local das entrevistas.

Após o reconhecimento do setor o entrevistador deverá fazer a marcação dos domicílios antes de iniciar as visitas.

Após o sorteio da quadra por onde começarão as entrevistas e, definida uma esquina, os entrevistadores deverão ficar de frente para a edificação aí encontrada,

que será considerada como a primeira casa. Caminharão para a direita escolhendo a terceira residência para a entrevista. Continuarão andando sempre para direita para a escolha dos próximos domicílios. Quando terminar essa quadra os entrevistadores passarão para próxima conforme demais orientações contidas no manual, que também contém explicações para casos de exceções como ausência de moradores, terrenos vazios, etc.

Após completarem 30 domicílios em cada setor, considerarão o setor como terminada. Se não forem encontrados os 30 domicílios necessários ao término do setor, deverão considerar o mesmo encerrado.

Será realizada divulgação sobre a realização desse estudo através da imprensa local, tentando minimizar as possíveis recusas.

Essas recusas deverão ser revistas pelos mesmos entrevistadores e, se persistir, nova tentativa será feita pelo supervisor do respectivo conglomerado. A casa recusada não será substituída por outra.

Nos domicílios onde os moradores não forem encontrados, deverá ser feitos dois retornos em turnos diferentes.

8.5 MATERIAL

Será necessário o seguinte material:

- papel para impressão dos questionários, dos mapas dos setores censitários, dos crachás de apresentação do entrevistador e para as folhas de conglomerado;
- lápis, apontadores, pranchetas e borrachas;
- balanças de banheiro, antropômetros e fitas métricas;

- estetoscópio e esfignomanômetros;
- computador para digitação dos dados;
- disquetes e CDs para armazenamento de dados;
- tinta para impressora;
- grampeador, grampo e cliques;
- envelopes e caixas de arquivo morto;
- vales-transporte.

8.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados serão introduzidos no programa SPSS for Windows 8.0 por dois digitadores independentes. As digitações serão analisadas pelo comando CHECK, que identificará possíveis inconsistências nas informações. Para a análise dos dados também será utilizado o programa SPSS for Windows 8.0.

A análise univariada dos dados fornecerá as seguintes informações:

- Frequências das variáveis de interesse, bem como suas distribuições;
- Pontos de corte para recodificação de variáveis contínuas e discretas, conforme o caso.

Na análise bivariada será utilizado o Teste Qui-quadrado, com as seguintes finalidades:

- Descrever a amostra de acordo com as associações entre as variáveis independentes e a variável dependente;
- Selecionar as variáveis que permanecerão no modelo hierárquico.

Serão levadas para a análise multivariada as variáveis independentes que na análise bivariada mostrarem um $p \leq 0,2$ em relação ao desfecho, com o intuito de

identificar possíveis fatores de confusão. Será utilizada a regressão de logística não condicional, com ajuste robusto da variância e controle para efeito de delineamento.

9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas.

Será solicitado o consentimento dos entrevistados, que serão esclarecidos sobre o direito a recusa e a garantia quanto ao sigilo dos dados.

10 CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade do estudo estará baseado nos seguintes mecanismos: questionário, manual padronizado, treinamento dos entrevistadores, revisão dos questionários e aplicação de questionário resumido em uma amostra aleatória de 5,0% dos domicílios visitados.

11 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Não será possível estabelecer relação de causa e efeito entre as variáveis independentes e a variável dependente, por se tratar de um estudo transversal.

12 ORÇAMENTO

O estudo será desenvolvido com recursos financeiros dos mestrandos que participam da pesquisa, tendo um gasto previsto de R\$ 5.000,00 para execução do projeto.

13 CRONOGRAMA

Atividade	Início	Término
Revisão bibliográfica	Julho 2004	setembro 2006
Treinamento	Junho 2004	junho 2004
Trabalho de campo	Julho 2004	Junho 2005
Digitação	Setembro 2004	Setembro 2005
Análise dos dados	Outubro 2005	Dezembro 2005
Redação final	Março 2006	Setembro 2006
Defesa da dissertação	Outubro 2006	
Divulgação de resultados	Novembro 2006	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGITA Brasil 2001. **Promoção da Saúde.**Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2001.
2. ALMEIDA, A.M.; LOTUFO Neto F.; KOENIG H.G.; **Religiosidade e saúde mental: uma revisão.** *Rev.Bras.Psiquiatr.* [Periódico na Internet]. 2006, [citado 2006 Ago 28]; (Ahead):. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artextx&pid=S1516-44462006005000006&lng=pt&nrm=iso.
3. BARBUI, C.; CAMPEMERI A; D'AVENZE B; NEGRI E.; CARATTINI S. **Antidepressant drug use in Italy since the introduction of SSRIs: national trends, regional differences and impact on suicide rates.** *Psychiatr Epidemiol* 1999;34(3):152-6.
4. BÉRIA, J.U. **Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de Pelotas.** Tese de Doutorado. Porto Alegre: UFRGS; 1991
5. BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.D.; HALLAL, P.C.; LIMA, R.C.; **Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais.** *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(2):228-38.
6. CONÇALVES, S.A.; COELHO, R. **Perturbação de Ansiedade Generalizada em Cuidados de Saúde Primários.** *Rev. Portuguesa de Psicossomática* 2005;7 (1/2):6-75.
7. DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, MI.; GIUGLIANE, E.R.J.; **Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências.** Editora Artmed. Porto Alegre, 2004. p.1600-874.
8. FERNÁNDEZ, R.M.; CORDERE, O.R.; BLÁSQUEZ, M.A.H.; NICOLAS, M.A.D.; **González Rs. Consumo de psicofármacos em atención primaria.** *Atención Primaria* 1997; 01/01/97. 47-50.
9. FRANCO, R.C.S.; CARVALHO Neto, J.Á.; KHOURI, M.A.; NUNES, M.O.; SANTOS Jr, J.W., MARQUES Neto, J. *et al.* **Consumo de medicamentos em um grupo populacional da área urbana de Salvador-BA.** *Rev. Baiana de Saúde Pública*;13/14(4/1):113-21.
10. GASQUET I, NÈGRE-PAGÈS, L., FOURRIER, A., NACHBAUR, G., EL-HASNAOUI, A., KOVESS, V., LÉPINE, J.P. **Psychotropic drug use mental psychiatric in France; results of the general population ESEMeD/MHEDEA 2000 epidemiological study.** *Encephale*;31(2):195-206, 2005.
11. GORZONI, M.L., NETO, J.T. **Terapêutica Clínica do Idoso.** Editora Savier. São Paulo, 1995. p. 197-3.

12. HANLON, J.T., SCHMADER, K.E., RUBY, C.M., WEINBERGER, M. **Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients.** *J Am Geriatr Soc* 2001;49(2):200-9.
13. HART, J.T. **The inverse care law.** *Lancet* 1971;1(7696):405-12.
14. HEMELS, M.E., KOREN, G., EINARSON, T.R. **Increased use of antidepressants.** In Canada, 1981-2000. *Ann Pharmacother* 2002;36(9):1375-9.
15. HILDEBRANDT, L.M., LEITE, M.T., PIOVESAN, S.M.S., STUMM, L.K. **Prevalência no consumo de psicotrópicos pela população assistida por um serviço municipal público de saúde.** 2002. disponível para download em: <<http://www.madres.org/asp/contenido.asp?clave = 1496>>. Acesso em:
16. JENKINS, R., LEWIS, G., BEBBINGTON, P., BRUGHA, T., FARRELL, M., GILL, B. et al. **The National Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain initial findings from the household surveys.** *Psychol Med*, 1997;27:775-89.
17. KINRYS, G., WYGANT, L.E. **Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento?.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2005;27(2):543-550.
18. LARANJEIRA, R. **Depressão e Abuso e Dependência do Alcool.** UNIAD; Departamento de Psiquiatria, UNIFESP. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/docs/tratamentos/depressao&dependencia.pdf>> acesso em: 29/ago/2006
19. LEPINE, J.P., MENDLEWICHZ, J., TYLEE, A. **Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society).** *Int Clin Psychopharmacology* 1997;12:19-29.
20. LIMA, M.S., SOARES, B.G.O., MARI, J.J. **Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional.** *Rev. de Psiq. Clín* 1994;26(5).
21. MALBERGIER, A., OLIVEIRA, J.R. HP. **Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica.** *Rev. Psiq. Clín* 2005; 32(5): 276-282.
22. MILLER, W.R., THORESEN, C.E. **Spirituality, religion and health. An emerging research field.** *Am Psychol* 2003;58(1):24-35.
23. MUELLER, T.J., LEON, A.C., KELLER, M.B., SOLOMON, D.A., ENDICOTT, J., CORYELL, W. et al. **Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up.** *Am J Psychiatry* 1999;7:1000-6;156.
24. OLFSON, M., MARCUS, S.C., DRUSS, B., EFINSON, L., PINCUS, H.A. **National trends in the outpatient treatment of depression.** *Jama* 2002;287(2):203-9.
25. PINCUS, H.A., TANIELIAN, T., MARCUS, S.C., OLFSON, M., ZARIN, D.A., THOMPSON, J. et al. **Prescribing trends in psychotropic medications: primary care, psychiatry, and other medical specialties.** *JAMA* 1998;279(7):526-31.

26. REGIER, D.A., NARROW, W.F., RAE, D.S., MANDERSCHIED, R.W., LOCKE, B.Z., GOODWIN, F.K. **The fact US mental and addictive disorders service System: Epidemiologic Catchment.** Area prospective 1 year prevalence rates of disorders and services Arch Gen Psychiatry 1993;50:85-94.
27. RODRIGUES, M.A.P., FACCHINI, L.A., LIMA, M.S. **Modificações nos padrões de uso de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil.** *Rev. de Saúde Pública* 2006;40(1):1-14.
28. ROLLMAN, B.L., BELNAP, B.H., REYNOLDS, C.F., SCHULBERG, H.C., SHEAR, K. **A contemporary protocol to assist primary care physicians in the treatment of panic and anxiety disorders.** *General Hospital Psychiatry* 2003; 25:74-82.
29. RONDINA, R.C., GORAYEB, R., BOTELHO, C. **Relação entre tabagismo e transtorno psiquiátricos.** *Rev. Psiq.Clín* 2003; 30(6):221-228.
30. SANCHES, R.F., ASSUNÇÃO, S., HETEM, L.A.B. **Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar.** *Rev. de Psiq. Clín.* 2005;32(1):71-77.
31. SANS, S., PALUZIE, G., PUIG, T., BALAÑÁ, L., BALANQUER Vintró I. **Prevalência del consumo de medicamentos em la población adulta de Cataluña.** *Gac Sanit* 2002;16:121-30.
32. SCHMITT, R., GAZALLE, F.K., LIMA, M.S. *et al.* **A eficácia dos antidepressivos para transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão sistemática e metanálise.** *Rev. Brasileira de Psiquiatria* 2005;27(1):18-24.
33. SIMÕES, M.J.S., FARACHE, Filho A. **Consumo de medicamentos em região de São Paulo (Brasil) em 1985.** *Rev. de Saúde Pública* 1988;22:494-9.
34. TEIXEIRA, J.J., LEFÈVRE, F. **A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso.** *Rev. de Saúde Pública* 2001;35(2):207-13.
35. USTUN, T.B., SARTORIUS, N., EDITORS. **Mental illness in primary care: na international study.** New York: John Wiley & Sons Inc,1995.
- 36 WEISSMAN, M.M., BLAND, R.C., CANINO, G.J. *et al.* **Cross-national epidemiologic of major depression and bipolar disorder.** *JAMA* 1996; 276:293-9.
- 37 WILLITIS, F.K., CRIDER, D.M. **Religion and wellbeing: men and women in the middle years.** *Rev. Relig Res.* 1998; 29:281-94.

ARTIGO CIENTÍFICO

(A SER SUBMETIDO À REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA)

Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana

Prevalence of antidepressants and its associated factors among adults living in an urban area

Carla Maria Maia Garcias¹

¹Mestrado em Saúde e Comportamento
Programa de Pós-graduação
Universidade Católica de Pelotas, RS, Brasil

Correspondência:
Avenida Adolfo Fetter, 1112
Laranjal
CEP 96083-000- Pelotas, RS- Brasil
e-mail: carlagarcias@terra.com.br

RESUMO

Objetivo: Determinar a prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos residentes em uma área urbana.

Métodos: Estudo transversal em uma amostra representativa de adultos com idade igual ou superior a 40 anos, moradores na zona urbana de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados por meio de um questionário padronizado e pré-codificado. Foi definido como usuário de antidepressivo o adulto que relatou ter usado medicação antidepressiva nos últimos quinze dias. Variáveis sócio-demográficas e comportamentais foram avaliadas. Para as comparações entre proporções, utilizou-se o teste de qui-quadrado e, para a análise multivariada, a regressão logística não condicional.

Resultados: Foram entrevistados 1327 adultos, dos quais 9,3% tinham usado antidepressivos. O maior consumo de antidepressivos associou-se significativamente ao sexo feminino, IC 95% 2,45(1,50-4,02), ao nível sócio-econômico mais elevado (classes A e B), IC 95% 2,07(1,28 -3,34), e a não estar exercendo uma atividade de trabalho, IC 95% 1,65(1,06-2,55). Os antidepressivos do grupo dos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) foram os mais consumidos, 60,2%.

Conclusões: A prevalência de uso de antidepressivos foi superior às encontradas em outros estudos. Os determinantes individuais de utilização, poderão servir de embasamento às estratégias para diminuir o consumo de antidepressivos nesses grupos.

Palavras-chaves: Antidepressivos. Adultos. Epidemiologia.

Summary

Objectives

To estimate the prevalence and determinants of antidepressants among adults living in an urban area.

Methods

Transversal study in a representative sample of adults at the age of 40 years or older, living in the urban area of Pelotas, State of Rio Grande do Sul, Brazil. The data was collected through a pre-codified and standardized questionnaire. Was defined as an antidepressants user, the adult that had declared the use of antidepressant medication on the last fifteen days. Variables were valued according to the social demographic and behavior of these individuals. The chi-squared test was used for comparisons between proportions. The non conditional logistic regression was used for multivariate analysis with robust adjustment for variances.

Results

Were interviewed 1327 adults, which 9,3 % had used antidepressants. The major use of antidepressants were associated significantly to the feminine gender, IC 95% 2,45 (1,50-4,02), to the upper social levels, IC 95% 2,07(0,68-1,95), and also associated to jobless subjects, 1,65(1,06-2,55). The most used antidepressants were of the Serotonin inhibitors group (ISRS), in a proportion of 60,2% of the interviewed subjects.

Conclusions

The prevalence of antidepressants use was superior to the ones found in other studies. These studied groups and a base to a better strategic therapy that can be elaborated to decrease the use of antidepressants in these groups.

Key words: Antidepressants. Adults. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A chamada medicina ocidental tem seu prestígio calcado na possibilidade de cura dos males do físico e da mente através de fármacos.¹¹ Fatores culturais e comportamentais também motivam a utilização de fármacos.⁵

Estima-se que 23% da população brasileira consomem 60% da produção nacional de medicamentos,¹⁵ sendo que o uso de medicamentos é crescente com o aumento da faixa etária, conforme identificado na literatura revisada^{5,12,33} e, provavelmente, se deve à maior prevalência de morbidades com o avanço da idade.

A utilização de psicofármacos tem crescido nas últimas décadas,²⁵ principalmente o consumo de antidepressivos.¹⁴ Esse aumento de consumo provavelmente está relacionado com o crescimento do diagnóstico das doenças depressivas, com o surgimento de novos medicamentos, com a ampliação das indicações terapêuticas desses medicamentos e, até mesmo, com a prescrição indiscriminada e excessiva, gerando complicações iatrogênicas,³ pois como todos os fármacos, os antidepressivos não estão isentos de efeitos colaterais.

Os antidepressivos são medicamentos utilizados, principalmente para o tratamento da depressão, que é uma condição médica comum,⁷ crônica²³ e recorrente, cuja prevalência anual na população em geral, varia entre 3% e 11%^{16,26}.

O uso de antidepressivos, vem sendo estendido ao tratamento dos transtornos de ansiedade.^{16,25} Schmitt *et al*,³² através de uma revisão sistemática e metanálise, concluíram através das evidências disponíveis, que esses fármacos podem ser um tratamento adequado para pacientes com transtorno de ansiedade, cuja prevalência é de 7 a 15% na população em geral. No Brasil, é o transtorno psiquiátrico mais prevalente, sendo duas vezes mais freqüente no sexo feminino.⁷

Poucos estudos brasileiros de base populacional têm investigado o consumo de antidepressivos em adultos

Em Pelotas, em 1994, estudo transversal de base populacional, identificou prevalência de 11,9% na utilização de psicofármacos, nessa amostra 1,2% dos indivíduos usaram antidepressivos.²⁰ Nessa mesma cidade, em 2003, outro estudo identificou significativo aumento no uso de antidepressivos, 3,1%.²⁷ Esses estudos incluíram indivíduos a partir de 15 anos de idade, residentes na área urbana de

Pelotas, e demonstraram que o consumo de psicofármacos, cresce conforme o aumento da idade.^{20, 27}

Conçalves *et al*,⁶ relata que cerca de 50 a 60% dos pacientes com transtorno de ansiedade respondem aos antidepressivos. Em Atenção Primária à Saúde, alguns protocolos, citam os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) como primeira linha de escolha no tratamento dos transtornos de ansiedade, desde que associados aos benzodiazepínicos,²⁸ porém esses antidepressivos usados em pacientes com transtorno bipolar do humor, exige maiores cuidados, pelo risco de indução a mania e o de interação farmacológica com os estabilizadores de humor.³⁰

De acordo com outros estudos é esperado que, além de fatores demográficos e sócio-econômicos, os fatores comportamentais, tais como o uso de tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, ausência de uma atividade física, não praticar uma religião e não ter um trabalho regular^{2, 18,19, 22} possam estar associados com o consumo de antidepressivos.

O objetivo do presente estudo foi verificar a prevalência atual do consumo de antidepressivos por indivíduos a partir de 40 anos de idade residentes na zona urbana de Pelotas, relacionando o seu uso com fatores demográficos, sócio-econômicos e comportamentais.

1 MÉTODO

A presente investigação faz parte de um estudo que avaliou a saúde dos adultos residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, RS, que possui cerca de 400 000 habitantes, onde aproximadamente 114 000 se enquadram na faixa etária de 40 ou mais anos de idade e, constituíram a população objeto do estudo transversal de base populacional por amostragem sistemática.

Considerando-se uma prevalência de 8,4% para o uso de antidepressivos e margem de erro de 2,5 pontos percentuais, o nível de confiança em 95%, poder estatístico de 90% e um acréscimo de 10% para perdas, ficou estimado ser necessário entrevistar 1298 indivíduos com idade de 40 ou mais anos .

Através do processo de amostragem em múltiplos estágios, obteve-se uma amostra da população-alvo.

A partir de um total de 418 setores censitários da zona urbana de Pelotas, 48 foram escolhidos sistematicamente para inclusão no estudo. Em seguida, selecionou-se, aleatoriamente, um quarteirão de cada setor. Após, foi selecionado o domicílio inicial e, a partir desse, alternativamente, os demais domicílios, seguindo o sentido anti-horário. Em cada domicílio foi sorteado um indivíduo para participar do estudo e, no caso do sorteado não ter sido encontrado, três tentativas foram feitas antes de ser considerado como perda.

Quando necessário, foram incluídos outros quarteirões, de forma padronizada a fins de completar o número de domicílio necessário em cada setor.

Entrevistaram-se os adultos com 40 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios sorteados, depois de obtido o consentimento livre e esclarecido do adulto a ser entrevistado.

O controle de qualidade foi realizado através de retornos em 5% dos domicílios, para conferir informações.

Os adultos responderam a um questionário padronizado e pré-codificado, testado previamente, com questões referentes a diversas variáveis.

As variáveis independentes investigadas e analisadas nesse estudo foram: sexo, idade (anos completos), escolaridade (analfabeto, 1 a 4 anos, 5 a 8 anos e 9 ou mais anos), situação conjugal (com companheiro, sem companheiro), nível-socioeconômico (classes de A até E, sendo a classe A , a mais alta, de acordo com o Critério de Classificação Econômica do Brasil, da Associação Brasileira de

Empresas de Pesquisa – ABEP), trabalho (exercendo alguma atividade regular ou não no momento), uso de tabaco (fumando ou não no momento), uso de álcool (consumo ou não de bebida alcoólica), sedentarismo (praticando ou não algum tipo de atividade física regular) e prática religiosa (frequência à cultos religiosos ou não).

A figura 1 mostra o modelo hierárquico proposto. No primeiro nível entraram as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade e nível sócio-econômico), no segundo nível as variáveis comportamentais (uso de tabaco, uso de álcool, sedentarismo, prática religiosa e atividade de trabalho).

Os dados coletados foram processados no programa SPSS for Windows 8.0, para análises posteriores.

A frequência de respostas nas variáveis foi verificada pela análise univariada. Na análise bivariada, utilizou-se o teste de qui-quadrado, com a finalidade de descrever a amostra de acordo com as associações entre as variáveis independentes e a dependente, bem como selecionar as variáveis que iriam permanecer, para a análise multivariada, onde usamos a regressão logística não condicional.

Na análise multivariada, foram incluídas as variáveis independentes que na análise bivariada mostraram um valor p maior ou igual a 0,2 em relação ao desfecho, com o intuito de identificar os possíveis fatores de confusão.

2 RESULTADOS

Foram entrevistados 1327 adultos dos 1440 calculados para o total da amostra que, mesmo com a perda de 7,8% ocorrida, foi suficiente para os múltiplos objetivos do qual o presente estudo faz parte, constituindo uma amostra representativa das pessoas com 40 anos ou mais de idade, residentes na área urbana da cidade de Pelotas.

A tabela 1 descreve a amostra em relação às variáveis demográficas, sócio-econômicas e comportamentais.

Na amostra estudada, 123 adultos responderam que usaram antidepressivos nos últimos 15 dias, correspondendo a uma prevalência de 9,3%.

Os antidepressivos do grupo dos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) foram os mais usados, numa proporção de 60,2%, seguidos pelo grupo dos antidepressivos tricíclicos (ADT), utilizados numa proporção de 31,7%. Os 8,1% restantes representaram os inibidores da monoaminoxidase (IMAOS) e atípicos (tabela 2) .

Com relação as variáveis demográficas e sócio-econômicas, o percentual de uso de antidepressivos, nos últimos 15 dias, foi de 11,6% entre as mulheres, enquanto que, entre os homens, foi de 4,8% ($p < 0,0001$).

Houve uma maior associação entre utilização de antidepressivos nos níveis sócio-econômicos mais elevados (classes sociais A e B, $p = 0,017$). Não encontramos associações significativas em relação à idade ($p = 0,39$), à escolaridade ($p = 0,82$) e à situação conjugal ($p = 0,14$).

Com relação as variáveis comportamentais, nos indivíduos que no momento, não estavam trabalhando, a prevalência de consumo de antidepressivos encontrada foi de 10,9%, enquanto que nos que estavam trabalhando, foi de 6,3%, havendo uma diferença significativa entre elas ($p = 0,006$).

As demais variáveis comportamentais: uso de tabaco, uso de álcool, sedentarismo e prática religiosa, não apresentaram associação significativa com o uso de antidepressivos ($p > 0,05$).

Após a análise bivariada (tabela 3), realizamos a análise multivariada, mantendo no modelo as variáveis independentes que mostraram um p valor igual ou menor que 0,2 em relação ao desfecho (sexo, classe social, trabalho e sedentarismo), com o intuito de identificar os possíveis fatores de confusão.

O sexo feminino apresentou maior associação com o uso de antidepressivos, 2,45 (IC 95% 1,50-4,02), assim como os indivíduos pertencentes aos níveis sócio-econômicos A e B, 2,07 (IC 95% 1,28-3,34).

Constatou-se uma maior associação dos indivíduos que não estavam trabalhando, com o uso de antidepressivos, 1,65 (IC 95% 1,06-2,55). O sedentarismo foi removido do modelo hierárquico final, 0,95 (IC 95% 0,64-1,40).

A figura 2, mostra o modelo hierárquico final, onde permaneceram o sexo, o nível sócio-econômico e atividade de trabalho.

3 DISCUSSÃO

No presente estudo, foi utilizado um período recordatório de 15 dias para avaliar a utilização de medicamentos, pois a maioria dos estudos nessa área, utiliza esse período para diminuir o possível viés de memória.

Após analisados 1327 questionários, respondidos por adultos com 40 anos ou mais de idade, constatou-se que a prevalência de utilização de antidepressivos (9,3%), foi uma proporção superior às determinadas em outros estudos.^{10, 20, 27} Esse aumento no consumo de antidepressivos mostra uma tendência, possivelmente relacionada com o crescimento do diagnóstico das doenças depressivas, com o surgimento de novas medicações, com a ampliação das indicações terapêuticas como, por exemplo, nos transtornos de ansiedade^{6, 8, 24} e a possível prescrição médica indiscriminada.³

Em 1994, em um estudo transversal de base populacional, onde os indivíduos incluídos tinham 15 anos de idade ou mais, também moradores na zona urbana de Pelotas, foi encontrada uma prevalência de 1,2% na utilização de antidepressivos²⁰. No ano de 2003, em um estudo comparativo ao de 1994, foi encontrada uma prevalência de 3,1% de uso de antidepressivos,²⁷ significando um importante aumento do uso desses fármacos em Pelotas. Outro estudo transversal realizado entre 2001 e 2003, na França,¹⁰ encontrou uma prevalência de 6,0% no consumo de antidepressivos, numa população a partir de 18 anos de idade, confirmando essa tendência de aumento no consumo.

No presente estudo, encontramos um maior consumo de antidepressivos nas mulheres, podendo estar relacionado à maior frequência de transtornos de ansiedade e depressão no sexo feminino,^{7,8} ao maior consumo de medicamentos, em geral, e de psicofármacos^{5, 20, 27} bem como pela maior utilização dos serviços de saúde por mulheres.^{4,9}

Os indivíduos dos níveis sócio-econômicos mais elevados (A e B), consumiram mais antidepressivos, concordando com outros estudos^{4, 5, 9}, onde também foi constatado uma maior tendência na utilização de medicamentos nos indivíduos desses níveis, provavelmente devido ao maior poder aquisitivo, apesar de que a saúde dos indivíduos de níveis sócio-econômicos mais baixos, em geral, é pior, e isso poderia acarretar uma maior utilização de medicamentos, dado que não foi encontrado nesses estudos, devido a lei dos cuidados inversos em saúde, de

acordo com a qual as pessoas com menores necessidades têm mais e melhores cuidados.¹³

A situação conjugal, com companheiro ou sem companheiro, não apresentou associação significativa com o consumo de antidepressivos, concordando com o que foi observado no estudo realizado em 2003, em relação aos psicofármacos.²⁷

Na análise ajustada, o estilo de vida sedentário, não permaneceu no modelo hierárquico final, embora outros estudos, epidemiológicos e experimentais, associem uma relação positiva entre a atividade física e a diminuição da mortalidade. A atividade física contribuiria, a curto prazo, para diminuir a ansiedade e o estresse, e a longo prazo, controlaria a depressão moderada, o estado de humor e aumentaria a auto - estima.¹

A variável, trabalho, foi mantida no modelo, evidenciado que não estar exercendo nenhuma atividade de trabalho está associado com o aumento do uso de antidepressivos, concordando com Hildebrandt *et al*¹⁵, 2002, que encontraram um consumo maior de psicotrópicos nas pessoas que estavam aposentadas, não trabalhavam ou nos trabalhadores cuja atividade não se enquadrava em nenhuma categoria profissional.

Os principais fatores associados ao uso de antidepressivos, observados no presente estudo, foram: ser do sexo feminino, pertencer aos níveis sócio-econômicos mais elevados (A e B) e a ausência de uma atividade de trabalho.

Foi comprovada a tendência de aumento no consumo de antidepressivos, servindo de alerta aos profissionais da saúde que, reconhecendo a possibilidade de iatrogenia, sejam mais criteriosos na sua indicação, evitando a prescrição indiscriminada desses fármacos.

Serão necessários outros estudos com uma abordagem qualitativa, para avaliação mais completa do uso de antidepressivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGITA Brasil 2001. **Promoção da Saúde. Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde.** Brasília 2001
2. ALMEIDA, A.M., LOTUFO, Neto F., KOENIG, H.G. **Religiosidade e saúde mental: uma revisão.** *Rev.Bras.Psiquiatr.* [Periódico na Internet]. 2006, [citado 2006 Ago 28]; (Ahead):. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artexx&pid=S1516-44462006005000006&lng=pt&nrm=iso. >
3. BALLONE, G.B. **O uso de medicamentos em idosos e iatrogenia.** PsiqWeb, Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/geriat/medicam.html>> Atualizado em: 2002.
4. BÉRIA, J.U. **Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de Pelotas** Tese de Doutorado. Porto Alegre: UFRGS; 1991
5. BERTOLDI, A.D., BARROS, A.J.D., HALLAL, P.C., LIMA, R.C. **Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais.** *Rev. Saúde Pública* 2004;38(2):228-38.
6. CONÇALVES, S.A., COELHO, R. **Perturbação de Ansiedade Generalizada em Cuidados de Saúde Primários.** *Rev. Portuguesa de Psicossomática* 2005;7 (1/2):6-75.
7. DUNCAN, B.B., SCHMIDT, M.I., GIUGLIANE, E.R.J. **Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências.** Editora Artmed. Porto Alegre, 2004. p.1600-874.
8. FRANCO, R.C.S., CARVALHO, Neto J.A., KHOURI, M.A., NUNES, M.O., SANTOS, Jr. J.W., MARQUES, Neto J. *et al.* **Consumo de medicamentos em um grupo populacional da área urbana de Salvador-BA.** *Rev. Baiana de Saúde Pública*;13/14(4/1):113-21.
9. GASQUET, I., NÈGRE-PAGÈS, L., FOURRIER, A., NACHBAUR, G., EL-HASNAOUI, A., KOVESS, V., LÉPINE, J.P. **Psychotropic drug use mental psychiatric in France; results of the general population ESEMeD/MHEDEA 2000 epidemiological study.** *Encephale*;31(2):195-206, 2005.
10. GORZONI, M.L., NETO, J.T. **Terapêutica Clínica do Idoso.** Editora Savier: São Paulo, 1995. p.197-3.

11. HANLON, J.T., SCHMADER, K.E., RUBY, C.M., WEINBERGER, M. **Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients.** *J Am Geriatr Soc* 2001;49(2):200-9.
12. HART, J.T. **The inverse care law.** *Lancet* 1971;1(7696):405-12.
13. HEMELS, M.E., KOREN, G., EINARSON, T.R. **Increased use of antidepressants in Canada, 1981-2000.** *Ann Pharmacother* 2002;36(9):1375-9.
14. HILDEBRANDT, L.M., LEITE, M.T., PIOVESAN, S.M.S., STUMM, L.K. **Prevalência no consumo de psicotrópicos pela população assistida por um serviço municipal público de saúde.** 2002. Disponível para download em: <<http://www.madres.org/asp/contenido.asp?clave=1496>>
15. JENKINS, R., LEWIS, G., BEBBINGTON, P., BRUGHA, T., FARRELL, M., GILL, B. et al. **The National Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain initial findings from the household surveys.** *Psychol Med* 1997;27:775-89.
16. LEPINE, J.P., MENDLEWICHZ, J., TYLEE, A. **Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society).** *Int Clin Psychopharmacology* 1997;12:19-29.
17. LIMA, M.S., SOARES, B.G.O., MARI, J.J., **Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional.** *Rev. de Psiquiatria Clínica* 1994;26(5).
18. MALBERGIER, A., OLIVEIRA, Jr. H.P. **Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica.** *Rev. Psiq. Clín* 2005; 32(5): 276-282.
19. MILLER, W.R., THORESEN, C.E. **Spirituality, religion and health. An emerging research field.** *Am Psychol* 2003;58(1)24-35.
20. MUELLER, T.J., LEON, A.C., KELLER, M.B., SOLOMON, D.A., ENDICOTT, J., CORYELL, W. et al. **Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up.** *Am J Psychiatry* 1999;7:1000-6;156.
21. OLFSON, M., MARCUS, S.C., DRUSS, B., EFINSON, L., PINCUS, H.A. **National trends in the outpatient treatment of depression.** *Jama* 2002;287(2):203-9.
22. PINCUS, H.A., TANIELIAN, T., MARCUS, S.C., OLFSON, M., ZARIN, D.A., THOMPSON, J. et al. **Prescribing trends in psychotropic medications: primary care, psychiatry, and other medical specialties.** *JAMA* 1998;279(7):526-31.
23. REGIER, D.A., NARROW, W.F., RAE, D.S., MANDERSCHIED, R.W., LOCKE, B.Z., GOODWIN, F.K. **The fact US mental and addictive disorders service System: Epidemiologic Catchment Area prospective 1 year prevalence rates of disorders and services** *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:85-94.

24. RODRIGUES, M.A.P., FACCHINI, L.A., LIMA, M.S. **Modificações nos padrões de uso de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil.** *Rev. de Saúde Pública* 2006;40(1):1-14.
25. ROLLMAN, B.L., BELNAP, B.H., REYNOLDS, C.F., SCHULBERG, H.C., SHEAR, K. **A contemporary protocol to assist primary care physicians in the treatment of panic and anxiety disorders.** *General Hospital Psychiatry* 2003; 25:74-82.
26. RONDINA, R.C., GORAYEB, R., BOTELHO, C. **Relação entre tabagismo e transtorno psiquiátricos.** *Rev. Psiq.Clí* 2003; 30(6):221-228.
27. SANCHES, R.F., ASSUNÇÃO, S., HETEM, L.A.B. **Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar.** *Rev. de Psiquiatria Clínica* 2005;32(1):71-77.
28. SCHMITT, R., GAZALLE, F.K., LIMA, M.S. *et al.* **A eficácia dos antidepressivos para transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão sistemática e metanálise.** *Rev. Brasileira de Psiquiatria* 2005;27(1):18-24.
29. SIMÕES, M.J.S., FARACHE, Filho A. **Consumo de medicamentos em região de São Paulo (Brasil), 1985.** *Rev. de Saúde Pública* 1988; 22:494-9.
30. TEIXEIRA, J.J., LEFÈVRE, F. **A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso.** *Rev. de Saúde Pública* 2001;35(2):207-13.
31. USTUN, T.B., SARTORIUS, N. Editors. **Mental illness in primary care: na international study.** New York:John Wiley & Sons Inc;1995.
32. WEISSMAN, M.M., BLAND, R.C., CANINO, G.J. *et al.* **Cross-national epidemiologic of major depression and bipolar disorder.** *JAMA* 1996;276:293-9.
33. WILLITIS, F.K., CRIDER, D.M. **Religion and wellbeing: men and women in the middle years.** *Rev. Relig Res.* 1998; 29:281-94.

Figura 1 – Modelo teórico hierarquizado

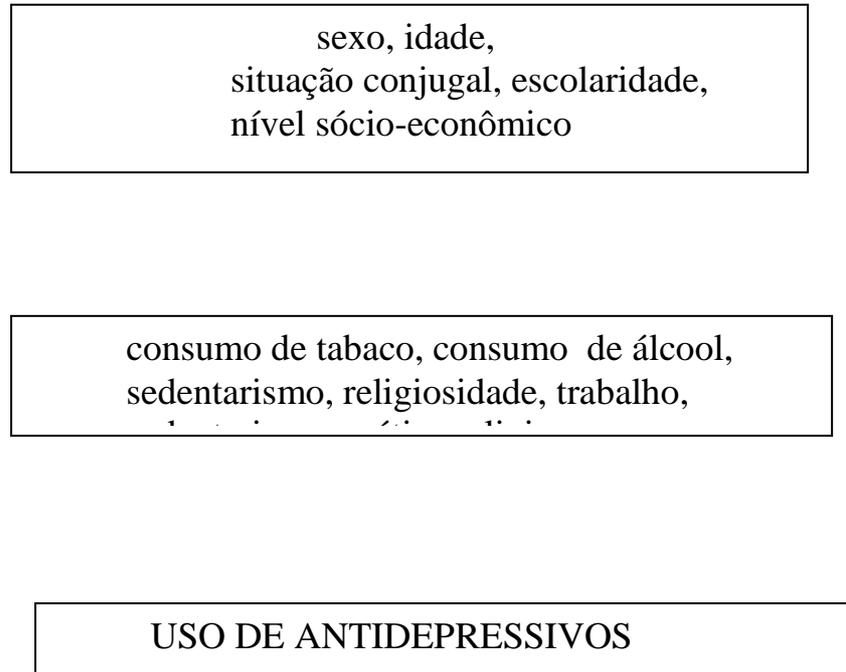


Tabela 1 – Distribuição das variáveis incluídas no estudo. Pelotas, RS, 2005.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	453	34,1
Feminino	874	65,9
Idade (anos completos)		
Até 45 anos	262	19,8
46 a 55 anos	388	29,2
56 a 65 anos	348	26,2
66 anos ou mais	329	24,8
Situação conjugal		
Com companheiro(a)	772	58,2
Sem companheiro(a)	555	41,8
Escolaridade (anos de estudo)		
Analfabeto	108	8,2
1 a 4 anos	379	28,6
5 a 8 anos	418	31,5
9 anos ou mais	422	31,7
Nível sócio-econômico (Abep)*		
Classe A e B	450	33,9
Classe C	470	35,4
Classe D e E	407	30,7
Tabalho		
Sim	495	37,3
Não	832	62,7
Consumo de tabaco (fumo atual)		
Sim	340	25,6
Não	987	74,4
Consumo de álcool (bebidas)		
Sim	581	43,8
Não	746	56,2
Sedentarismo		
Sim	447	33,7
Não	880	66,3
Prática religiosa		
Sim	597	45,0
Não	730	55,0
Total	1327	100

* A: Classe social mais alta; E: Classe social mais baixa

Tabela 2 – Distribuição dos grupos de antidepressivos consumidos. Pelotas, RS, 2005.

Grupos	Freqüência	Percentagem
ADT*	39	31,7
ISRS**	74	60,2
Outros***	10	8,1
Total	123	100

*antidepressivos tricíclicos, **inibidores seletivos da recaptção da serotonina, ***outros(IMAOS e atípicos)

Tabela 3.- Prevalência do uso de antidepressivo pela população adulta da zona urbana em relação às variáveis do estudo. Pelotas – RS, 2005.

Variáveis	Uso de antidepressivo (%)	ROb(IC95%)*	p valor
Sexo			
Masculino	4,8	referência	<0,0001
Feminino	11,6	2,57(1,60-4,15)	
Idade (anos completos)			
Até 45 anos	6,5	referência	0,39
46 a 55 anos	9,8	1,56(0,86-2,83)	
56 a 65 anos	10,1	1,61(0,88-2,94)	
66 anos ou mais	10,0	1,60(0,87-2,95)	
Situação conjugal			
Com companheiro	8,3	referência	0,14
Sem companheiro	10,6	1,31(0,90-1,90)	
Escolaridade (anos de estudo)			
Analfabeto	9,3	referência	0,82
1 a 4 anos	8,4	0,97(0,46-2,01)	
5 a 8 anos	10,3	1,07(0,65-1,76)	
9 anos ou mais	9,0	0,86(0,54 -1,36)	
Nível sócio-econômico			
D e E	7,6	referência	0,017
C	7,7	1,02(0,60 - 2,73)	
A e B	12,4	1,71(1,10 – 2,66)	
Trabalho			
Sim	6,3	referência	0,006
Não	10,9	1,81(1,87 – 2,77)	
Consumo de tabaco			
Sim	10,9	referência	0,27
Não	8,7	0,99(0,60 – 1,60)	
Consumo de álcool (bebidas)			
Não	10,0	referência	0,34
Sim	8,4	0,82(0,56 – 1,20)	
Sedentarismo			
Sim	10,0	referência	0,19
Não	7,8	0,76(0,50 – 1,14)	
Prática religiosa			
Sim	9,7	1,10(0,75-1,59)	0,61
Não	8,9	referência	

* razão de odds bruta e intervalo de confiança de 95%

Sexo	
Masculino	referência
Feminino	2,45(1,50 – 4,02)

Classe social	
A e B	2,07(1,28 – 3,34)
C	1,14(0,68 – 1,90)
D e E	referência

Trabalho	
Sim	referência
Não	1,65(1,06 – 2,55)

Figura 2 – Modelo hierárquico final para o uso de antidepressivos pela população adulta (intervalo de confiança de 95%)

ANEXOS

ANEXO A:
“QUESTIONÁRIO”

ANEXO B:

“MANUAL DE INSTRUÇÕES”