

# Prescrição de psicofármacos em Medicina Geral e Familiar: um estudo na Rede Médicos-Sentinela

ISABEL MARINHO FALCÃO\*, ANA MONSANTO\*\*, BALTAZAR NUNES\*\*\*,  
JOSEFINA MARAU\*\*\*\*, JOSÉ MARINHO FALCÃO\*\*\*\*\*

## RESUMO

**A maior parte dos distúrbios mentais requer a instituição duma terapêutica com psicofármacos. Considerando a importância que a utilização dos psicofármacos assume actualmente e a escassez de informação publicada sobre este assunto, a Rede Médicos-Sentinela decidiu estudar o padrão de utilização deste grupo de fármacos.**

**Material e Métodos:** Este estudo foi realizado no âmbito da Rede Médicos-Sentinela, uma rede de médicos de clínica geral que participa, voluntariamente, em programas anuais de notificação contínua de doenças e de situações relacionadas com saúde, bem como em projectos de investigação clínica e epidemiológica. A recolha da informação para este estudo decorreu durante os meses de Janeiro, Fevereiro e Março de 2004.

**Resultados:** Os diagnósticos «ansiedade», «depressão» e «perturbações do sono» motivaram a prescrição de psicofármacos, respectivamente, em 2556,6/10<sup>5</sup>, 1.675,5/10<sup>5</sup> e 1.348,7/10<sup>5</sup> utentes. O medicamento prescrito a maior número de utentes foi o alprazolam (1.095,4/10<sup>5</sup>) e dos antidepressivos, a fluoxetina (332,7/10<sup>5</sup>). Mais de 95% dos utentes com o diagnóstico, exclusivo, de perturbações do sono, de ansiedade ou de ansiedade e perturbações do sono, foram medicados com psicofármacos do grupo dos psicodélicos (NO5). A 49% dos utentes com o diagnóstico, exclusivo, de depressão foram prescritos apenas antidepressivos (NO6A); em 38%, foram prescritos, simultaneamente, psicofármacos dos grupos NO5 e NO6A.

**Conclusões:** A ansiedade, a depressão e as perturbações do sono foram, por ordem decrescente, os diagnósticos que mais frequentemente motivaram a prescrição de psicofármacos. O psicofármaco prescrito a maior número de utentes foi o alprazolam; e do sub-grupo dos antidepressivos foi a fluoxetina.

**Palavras-chave:** Médicos-Sentinela; Prescrição; Psicofármacos.

\*Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar, ONSA/INSA

\*\*Assistente Graduada de Clínica Geral, CS de Ourique

\*\*\*Estatista, ONSA/INSA

\*\*\*\*Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar, CS de Sintra

\*\*\*\*\*Chefe de Serviço de Saúde Pública, Assessor do ONSA/INSA

## INTRODUÇÃO

O aumento da incidência das doenças mentais, afectando qualquer indivíduo, em qualquer parte do mundo, é, actualmente, um problema de saúde pública, com uma dimensão crescente e com uma enorme carga so-

cial e económica que preocupa governos, autoridades e técnicos de saúde.

É hoje facilmente aceite que o envelhecimento das populações, aumenta, por si só, o risco de ocorrência de doenças mentais, como acontece com a Doença de Alzheimer, a Doença de Parkinson e outras; que a depressão grave é uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo; que uma em cada 4 pessoas será afectada por um distúrbio mental ao longo da vida; e que rara é a família poupada a um encontro com transtornos mentais.<sup>1</sup> De facto, as exigências da vida moderna e a forma como cada indivíduo se adapta de modo a poder responder-lhes melhor, pode originar stress, ansiedade, sintomas depressivos e perturbações de sono, entre outros.

Os distúrbios e doenças mentais são entidades nosológicas bem conhecidas dos médicos de Clínica Geral/Medicina Familiar, aos quais os doentes recorrem com elevada frequência e, habitualmente, com as primeiras queixas. Goldberg concluiu, em 1982, que o Médico de Família presta os primeiros cuidados a mais de metade dos doentes que procura ajuda por perturbações psiquiátricas, podendo mesmo dizer-se que «carrega o peso» de lidar com mais de

95% da patologia psiquiátrica.<sup>2</sup>

A maior parte dos distúrbios mentais requer a instituição duma terapêutica com psicofármacos, seja para atenuar os sintomas, reduzir a incapacidade, abreviar o curso da doença ou prevenir as recorrências.<sup>1</sup> Os psicofármacos são substâncias psicoactivas que, quando tomadas ou administradas, podem alterar o estado de consciência dos indivíduos, os respectivos processos cognitivos ou o humor. São habitualmente agrupados em psicolépticos e psicoanalépticos, incluindo-se no primeiro os três seguintes sub-grupos: antipsicóticos; ansiolíticos; e hipnóticos e sedativos. Nos psicoanalépticos incluem-se os sub-grupos: antidepressivos; psicoestimulantes; psicolépticos e psicoanalépticos em associação; e antidepressivos em associação com psicolépticos.<sup>3</sup>

Nos últimos 10 anos verificou-se um aumento significativo do consumo de psicofármacos na Europa e, no final dos anos 90, Portugal situava-se no 3º lugar do *ranking*, apenas precedido pela Irlanda e Bélgica.<sup>4</sup>

Os fármacos antidepressivos, segundo a IMS Health, em 2002, eram a 3ª classe terapêutica mais prescrita a nível mundial, com um aumento de 18% em 2000, representando 4,2% do mercado farmacêutico global.<sup>5</sup> Em Portugal, a dispensa total de antidepressivos tem aumentado significativamente desde Janeiro de 1995.<sup>6</sup>

Segundo alguns autores americanos, apesar da alta prevalência da depressão,<sup>7-9</sup> os Médicos de Família não conseguem reconhecer 30 a 50% dos doentes com episódios depressivos *major*.<sup>10-12</sup> Em Portugal, a informação publicada sobre prevalência ou incidência de síndrome depressivo é escassa, mas é conhecida a estimativa de 6,2/10<sup>3</sup> para a taxa de incidência anual de síndrome depressivo nos indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos, obtida a partir dum estudo realizado pela Rede Médicos-Sentinela no período de

1995 a 1997.<sup>13</sup>

Considerando os psicofármacos antipsicóticos, o *Zyprexa* (olanzapina) foi o 4º medicamento a representar o maior encargo para o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 2003, em Portugal.<sup>14</sup> As benzodiazepinas, psicofármacos do sub-grupo dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos apresentavam, em 2005, um dos maiores níveis de utilização a nível europeu tendo, em Portugal, de 2000 a 2004, aumentado 3,9% no mercado total de medicamentos. A utilização destes fármacos em Portugal foi considerada preocupante pelo *International Narcotics Control Board*.<sup>15</sup> De facto, entre 1995 e 2001, em Portugal Continental, verificou-se um aumento de 26% no consumo dos psicofármacos deste grupo terapêutico;<sup>16</sup> entre 1999 e 2003 a utilização de benzodiazepinas ansiolíticas e hipnóticas diminuiu 1,1% no mercado do SNS; entre 2000 e 2004 verificou-se uma subida de 3,9% na utilização destes psicofármacos; mas, desde 2002, parece haver uma tendência para a estabilização do nível de utilização de benzodiazepinas; e considerando o número total de embalagens de benzodiazepinas vendidas, em Portugal, em 2003, o 1º lugar foi ocupado pelo alprazolam.<sup>17</sup>

O elevado nível de utilização das benzodiazepinas em Portugal pode ser parcialmente explicado pelo facto de se saber que duas das principais indicações destes fármacos são a ansiedade e a insónia,<sup>17,18</sup> queixas estas frequentes em Medicina Geral e Familiar. E apesar da informação disponível sobre a incidência de insónia, a nível nacional, ser escassa, é conhecida a estimativa de 3,1/10<sup>3</sup> para a taxa de incidência anual de insónia, nos indivíduos com idade igual ou superior a 15, obtida através dum estudo realizado pela Rede Médicos-Sentinela, de 1997 a 1999.<sup>19</sup> Por outro lado, num estudo realizado em 1990 num Centro de Saúde (CS) da área de Lisboa, verificou-se que 56%

das prescrições de benzodiazepinas foram da responsabilidade do Clínico Geral;<sup>20</sup> e um outro estudo, realizado no CS de Góis, numa amostra de utentes medicados com psicotrópicos, verificou-se que 62,1% foram medicados com benzodiazepinas, 23,3% com ansiolíticos e antidepressivos e 14,7% apenas com antidepressivos.<sup>21</sup>

Assim, considerando a importância que a utilização dos psicofármacos assume actualmente e a escassez de informação publicada sobre este assunto, a Rede Médicos-Sentinela decidiu estudar o padrão de utilização deste grupo de fármacos.

### OBJECTIVOS DO ESTUDO

Conhecer o tipo de psicofármacos que são mais frequentemente prescritos em Clínica Geral/Medicina Geral e Familiar, por sexo; e conhecer os diagnósticos que motivaram a respectiva prescrição.

### MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi realizado no âmbito da actividade da Rede Médicos-Sentinela (MS). MS é um sistema de informação em saúde constituído por cerca de uma centena e meia de médicos da carreira de Clínica Geral/Medicina Familiar (CG/MF), que, trabalhando em Centros de Saúde do território do continente português e Regiões Autónomas, participa, de forma voluntária, no estudo de várias doenças ou de situações relacionadas com saúde. A coordenação das actividades desta Rede é feita no Observatório Nacional de Saúde (ONSA) do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Cada médico participante tem a seu cargo uma população de utentes do Centro de Saúde, cuja composição é co-

nhecida em relação ao sexo e ao grupo etário. Esta informação é actualizada anualmente. A base populacional de MS permite calcular estimativas de incidência de várias doenças, bem como estimar índices de frequência de situações relacionadas com saúde, de exames complementares de diagnóstico ou de prescrição de medicamentos.

Foi pedido aos Médicos-Sentinela que notificassem semanalmente, através do suporte de notação habitual (em anexo), todas as consultas em que prescreveram pelo menos um psicofármaco. Para isso, foi elaborado e incluído no suporte de notificação contínua utilizado em 2004 por Médicos-Sentinela, um pequeno questionário. Este questionário não foi sujeito a nenhum estudo de validação dada a natureza do sistema Médicos-Sentinela. Foi pedido aos médicos que indicassem quais os psicofármacos prescritos e quais os diagnósticos que motivaram a prescrição: perturbações do sono, ansiedade, depressão, demência e outras psicoses. Para a definição destas variáveis foi adoptado o critério do médico. Foi ainda perguntado se os utentes eram *dependentes* de algum dos psicofármacos prescritos, sem no entanto explicitarem qual. Não foi dada qualquer instrução para definir *dependência*.

A informação foi enviada para o ONSA por correio postal. Este estudo decorreu durante 3 meses, de 1 de Janeiro a 31 de Março de 2004.

Durante a fase de validação da base de dados verificou-se que cinco sub-grupos de psicofármacos estavam representados apenas por uma ou duas prescrições, pelo que foi decidido não os incluir na análise dos dados. Assim, do grupo dos psicofármacos foram apenas estudados os seguintes sub-grupos: antipsicóticos (NO5A) e ansiolíticos (NO5B), tendo, deste último, sido analisado o sub-grupo dos derivados da benzodiazepina (NO5BA) e ainda os hipnóticos e sedativos derivados da benzo-

diazepina (NO5CD). Dos psicoanalépticos foi apenas analisado o sub-grupo dos antidepressivos (NO6A).

Neste estudo, sempre que houver referência a psicofármacos prescritos pretende-se significar medicamentos diferentes e não o número de embalagens prescritas.

Para a codificação dos psicofármacos foi utilizada a classificação que se junta em anexo, baseada na classificação ATC 2004 da OMS.<sup>2</sup>

O tratamento dos dados foi feito com o programa estatístico SPSS versão 13.

Para comparação das taxas (/10<sup>5</sup>) de utentes com prescrição de psicofármacos, entre os sexos e os grupos etários, utilizou-se o teste Exacto de Fisher. Para comparar as médias de idades foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Foram consideradas estatisticamente significativas todas as diferenças cujo *p-value* foi inferior a 5%.

A população utilizada como denominador para os cálculos foi a população inscrita nas listas dos médicos participantes no estudo e que esteve sob observação semana a semana.

## RESULTADOS

### Médicos, Utentes e Consultas

#### MÉDICOS E UTENTES

Participaram neste estudo 110 médicos-sentinela (83,3% do total de médicos da Rede Médicos-Sentinela) que enviaram informação referente a 8.043 consultas em que houve prescrição de, pelo menos, um psicofármaco, tendo 1963 (24,4%) das consultas sido a homens e 6.080 (75,6) a mulheres.

A informação recebida referiu-se a 6.621 utentes envolvidos, dos quais 1.625 (24,5%) eram homens e 4.996 (75,5%) mulheres, isto é, 3,1 vezes mais mulheres.

A idade média dos utentes foi 58,7 anos (desvio padrão de 16,6, mediana

de 61, mínimo de 7 e máximo de 99), sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos ( $p=0.593$ ).

## CONSULTAS

Na amostra estudada, verificou-se que o número de mulheres que recorreu a consultas de CG/MF onde foi prescrito, pelo menos, um psicofármaco, foi 2,8 vezes superior ao número de homens; verificou-se ainda que as mulheres «consumiram» cerca de 3 vezes mais essas consultas do que os homens (Quadro I).

## DIAGNÓSTICOS QUE MOTIVARAM A PRESCRIÇÃO

A partir deste ponto todas as variáveis serão estudadas por utente.

Os diagnósticos que motivaram a prescrição de psicofármacos foram, por ordem decrescente: ansiedade (2.556,6/10<sup>5</sup>); depressão (1.675,5/10<sup>5</sup>); perturbações do sono (1.348,7/10<sup>5</sup>); e demência e outras psicoses (433,0/10<sup>5</sup>) (Quadro II).

A prescrição de psicofármacos com os diagnósticos «ansiedade», «depressão» e «perturbações do sono» foram significativamente mais frequentes nas mulheres do que nos homens, não se encontrando significado estatístico para a diferença da prescrição por sexo no caso das «demências e outras psicoses» (Quadro II).

## PSICOFÁRMACOS POR GRUPOS E SUB-GRUPOS FÁRMACO-TERAPÊUTICOS

A prescrição dos psicofármacos (/10<sup>5</sup> inscritos), considerada segundo grupos ou sub-grupos fármaco-terapêuticos, foi persistentemente mais frequente no sexo feminino do que no masculino, designadamente: antipsicóticos NO5A -

## QUADRO I

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS EM QUE HOUVE PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS  
(/10<sup>5</sup> UTENTES INSCRITOS), POR SEXO E GRUPO ETÁRIO

Grupo etário	Homens	Mulheres	Homens+Mulheres
0-14	145,4	96,4	121,6
15-24	549,0	1.575,2	1.061,0
25-34	1.444,8	3.775,8	2.630,0
35-44	1.970,0	6.792,3	4.453,6
45-54	3.958,9	10.858,7	7.497,8
55-64	6.181,0	16.283,3	11.626,6
65-74	7.128,3	18.109,6	13.214,1
75 e +	7.976,7	16.111,0	12.990,0
Total	2.964,0	8.403,2	5.803,8

Nota: o denominador utilizado foi o número de utentes inscritos nas listas dos médicos participantes.

1,5 vez mais; ansiolíticos NO5B - 2,8 vezes mais; ansiolíticos derivados da benzodiazepina NO5BA - 2,8 vezes mais; hipnóticos e sedativos derivados da benzodiazepina NO5CD - 3,1 vezes mais; e antidepressivos NO6A - 4 vezes mais (Quadro III).

**Psicolépticos (NO5)**

Verificou-se que o número de utentes(/10<sup>5</sup> inscritos) ao qual foram prescritos psicolépticos (NO5) foi cerca de 2,7 vezes mais elevado nas mulheres

(5.922,4/10<sup>5</sup>) do que nos homens (2.186,4/10<sup>5</sup>).

**Antipsicóticos (NO5A)**

Verificou-se que o número de utentes(/10<sup>5</sup> inscritos) ao qual foram prescritos antipsicóticos do grupo NO5A foi cerca de 1,5 mais elevado no sexo feminino (454,7/10<sup>5</sup>) do que no masculino (289,9/10<sup>5</sup>).

**Ansiolíticos (NO5B)**

Verificou-se que o número de uten-

## QUADRO II

NÚMERO DE UTENTES (/10<sup>5</sup> INSCRITOS) COM PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS,  
SEGUNDO O SEXO E DIAGNÓSTICOS REFERIDOS

	Homens	p	Mulheres	H+M
Ansiedade	1.269,8 (841)	<0,0001	3.734,5 (2.702)	2.556,6 (3.543)
Perturbações do sono	638,7 (423)	<0,0001	1.998,5 (1.446)	1.348,7 (1.869)
Depressão	628,1 (416)	<0,0001	2.634,3 (1.906)	1.675,5 (2.322)
Demência e outras psicoses	412,2 (273)	ns	452,0 (327)	433,0 (600)

(...) - n.º de casos

Consideraram-se todos os diagnósticos, isolados ou associados entre si.

Nota: o denominador utilizado foi o número de utentes inscritos nas listas dos médicos participantes

QUADRO III

NÚMERO DE UTENTES (/10<sup>5</sup> INSCRITOS) COM PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS DE VÁRIOS GRUPOS E SUBGRUPOS TERAPÊUTICOS, SEGUNDO O SEXO

Grupo etário	Homens	Mulheres	Homens+Mulheres
NO5	2.186,4 (1.448)	5.922,4 (4.285)	4.136,9 (5.733)
NO5B	1.734,9 (1.149)	4.800,1 (3.473)	3.335,2 (4.622)
NO5BA	1.715,3 (1.136)	4.754,5 (3440)	3.302,0 (4.576)
NO5CD	2.44,6 (162)	758,8 (549)	513,1 (711)
NO6A	611,5 (405)	2.445,0 (1.769)	1.568,7 (2.174)

N=6.621

(...) – Número de casos

Nota: o denominador utilizado foi o número de utentes inscritos nas listas dos médicos participantes.

tes(/10<sup>5</sup> inscritos) com prescrição de ansiolíticos (NO5B) foi cerca de 2,8 vezes mais elevado no sexo feminino (4.800,1/10<sup>5</sup>) do que no masculino (1.734,9/10<sup>5</sup>) (Quadro III).

#### **Ansiolíticos derivados da Benzodiazepina (NO5BA)**

Verificou-se que o número de utentes(/10<sup>5</sup> inscritos) com prescrição de ansiolíticos derivados da benzodiazepina (NO5BA) foi cerca de 2,8 vezes maior no sexo feminino (4.754,5/10<sup>5</sup>) do que no masculino (1.715,3/10<sup>5</sup>).

#### **Hipnóticos e Sedativos derivados da Benzodiazepina (NO5CD)**

O número de utentes(/10<sup>5</sup> inscritos) com prescrição de hipnóticos e sedativos derivados da benzodiazepina (NO5CD) foi cerca de 3,1 vezes superior no sexo feminino (244,6/10<sup>5</sup>) do que no masculino (758,8/10<sup>5</sup>).

#### **Antidepressivos (NO6A)**

Verificou-se que o número de utentes (/10<sup>5</sup> inscritos) com prescrição de antidepressivos (NO6A) foi cerca de 4 vezes mais elevado no sexo feminino

(2.445,0/10<sup>5</sup>) do que no masculino (611,5/10<sup>5</sup>).

#### **DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL E POR NÚMERO DE UTENTES/10<sup>5</sup> INSCRITOS, DOS PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS**

No Quadro IV pode ver-se o *ranking* dos psicofármacos prescritos a maior número de utentes(/10<sup>5</sup> inscritos). Foram apenas considerados os psicofármacos prescritos a mais de 2% dos utentes envolvidos no estudo.

O medicamento prescrito a maior número de utentes foi o alprazolam (1.095,4/10<sup>5</sup>), seguindo-se-lhe o lorazepam (572,9/10<sup>5</sup>); do sub-grupo dos antidepressivos, foi, em 1<sup>o</sup> lugar, a fluoxetina (332,7/10<sup>5</sup>), seguindo-se-lhe a paroxetina (311,0/10<sup>5</sup>) (Quadro IV).

#### **PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS SEGUNDO O DIAGNÓSTICO POR UTEnte**

Foi possível obter informação sobre os diagnósticos que motivaram a prescri-

## QUADRO IV

**RANKING DOS PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS A MAIOR NÚMERO DE UTENTES: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS UTENTES E DAS CONSULTAS E NÚMERO DE UTENTES MEDICADOS/10<sup>5</sup> UTENTES INSCRITOS, SEGUNDO O PSICOFÁRMACO PRESCRITO**

<b>Psicofármaco prescrito</b>	<b>% de utentes N=6.621</b>	<b>% de consultas N=8.043</b>	<b>N.º de utentes/ /10<sup>5</sup> inscritos</b>
Alprazolam	22,9 (1518)	20,0 (1679)	1.095,4
Lorazepam	12,0 (794)	11,3 (911)	572,9
Bromazepam	10,8 (715)	9,9 (794)	515,9
Diazepam	10,5 (697)	9,5 (764)	503,0
Fluoxetina	7,0 (461)	6,1 (487)	332,7
Paroxetina	6,5 (431)	6,1 (487)	311,0
Zolpidem	5,9 (390)	5,6 (454)	281,4
Mexazolam	4,8 (320)	4,4 (353)	230,9
Clozazolam	4,3 (287)	3,8 (309)	207,1
Sertralina	4,2 (280)	3,9 (316)	202,0
Loflazepato de etilo	4,2 (279)	3,8 (302)	201,3
Trazodone	2,9 (193)	2,5 (200)	139,3
Estazolam	2,9 (190)	2,6 (206)	137,1
Venlafaxina	2,8 (186)	2,6 (206)	134,2
Amitriptilina	2,4 (162)	2,2 (175)	116,9
Valeriana	2,3 (149)	1,9 (153)	107,5
Brotizolam	2,2 (144)	2,1 (168)	103,9

(...) – Número de casos

Nota: o denominador utilizado foi o número de utentes inscritos nas listas dos médicos participantes.

Verificou-se que 79,9% dos utentes estudados foram medicados com derivados da benzodiazepina, dos grupos N05BA ou N05CD, estimando-se em 3.816,5/10<sup>5</sup> o número de utentes com prescrição deste tipo de psicofármacos na população da rede MS.

ção de determinado psicofármaco, relativamente a 6.133 utentes. Assim, no quadro V pode ver-se o número de psicofármacos prescritos, segundo o gru-

po fármaco-terapêutico, por utente e por diagnóstico.

Cerca de 95% dos utentes com «perturbações do sono», «ansiedade» ou

«perturbações do sono e ansiedade», foram medicados apenas com psicofármacos do grupo dos psicolépticos (NO5), mas a 4,2% foram prescritos, simultaneamente, psicolépticos (NO5) e antidepressivos (NO6A) (Quadro V).

O diagnóstico, exclusivo, de depressão, originou a prescrição de medicamentos antidepressivos (NO6A) em cerca de metade dos utentes (49%); mas 38% foram medicados, simultaneamente, com psicofármacos do grupo dos psicolépticos (NO5) e do grupo dos antidepressivos (NO6A). Note-se que a 13% dos utentes não foi prescrito qualquer anti-depressivo, apesar do diagnóstico ser exclusivamente depressão (Quadro V).

A identificação de depressão associada a perturbações do sono, a ansiedade ou ambas, motivou a prescrição, si-

multânea, de psicolépticos (NO5) e de antidepressivos (NO6A), em mais de 75% dos utentes. Saliente-se que cerca de 16,2% dos utentes naquelas condições foram medicados, apenas, com psicofármacos do grupo NO5 (Quadro V).

**DEPENDÊNCIA EM RELAÇÃO A, PELO MENOS, UM PSICOFÁRMACO**

Verificou-se que 60,9% dos utentes envolvidos no estudo foram considerados, pelo médico, *dependentes* em relação a, pelo menos, um psicofármaco (60,7% nos homens e 60,9% nas mulheres). Estimou-se, ainda, que na população sob observação pelos MS houvesse 2.908,7/10<sup>5</sup> utentes *dependentes*, sendo o número de mulheres cerca de 2,8 vezes superior ao dos homens.

**QUADRO V**

**DISTRIBUIÇÃO DOS PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS SEGUNDO O GRUPO/SUBGRUPO FÁRMACO-TERAPÊUTICO, POR DIAGNÓSTICO E POR UTEENTE**

Diagnósticos	Psicofármacos prescritos por utente e por grupo/sub-grupo fármaco-terapêutico			
	NO5 %	NO6 %	NO5+NO6A %	Total %
Perturbações do sono	98,3 (1.017)	1,0 (10)	0,8 (8)	100,0 (1.035)
Ansiedade	97,0 (2.217)	1,1 (26)	1,9 (43)	100,0 (2.286)
Perturb. do sono+Ansiedade	95,2 (472)	0,6 (3)	4,2 (21)	100,0 (496)
Depressão	13,0 (186)	49,0 (700)	38,0 (542)	100,0 (1.428)
Depressão+P. Sono	16,5 (23)	8,6 (12)	74,8 (104)	100,0 (139)
Depressão +Ansiedade	14,3 (81)	5,5 (31)	80,2 (454)	100,0 (566)
Depressão+Ansiedade+P. Sono	21,9 (40)	1,1 (2)	77,0 (141)	100,0 (183)
Total	65,8 (4.036)	12,8 (784)	21,4 (1.313)	100,0 (6.133)

(...) — Número de utentes  
N=6.133

## DISCUSSÃO

Este estudo foi delineado com a finalidade de descrever os padrões de prescrição de psicofármacos em Medicina Geral e Familiar. O tema foi introduzido em 1 de Janeiro de 2004, na rotina habitual da rede, como notificação contínua, pretendendo-se então que durasse 1 ano. No entanto, dado o grande volume de notificações enviadas e o enorme acréscimo de trabalho que este tema representou para os MS, foi decidido limitar o estudo a um período de 3 meses, tendo a recolha de informação terminado em 31 de Março. Obtiveram-se assim, cerca de 8.000 actos de prescrição de psicofármacos. Importa salientar que, se este estudo tivesse tido a duração prevista, de um ano, o número de prescrições teria aumentado e o número de utentes envolvidos nas consultas também, embora menos.

Apesar do grande volume de dados recebidos, os padrões de prescrição aqui apresentados poderão não corresponder exactamente aos que se verificam nos outros médicos de Medicina Geral e Familiar, espalhados por todo o país. De facto, algumas limitações, bem conhecidas, do funcionamento da Rede Médicos-Sentinela poderão estar na origem de alguns vieses de selecção e de notificação a ter em conta quando da interpretação dos resultados.

Assim, os médicos participantes neste estudo pertencem todos à rede Médicos-Sentinela, e, só por essa razão, poderão ter padrões de prescrição diferentes dos outros colegas. De facto, considerando que o trabalho na rede é voluntário e que dela se excluem médicos de MGF que não trabalham em Centros de Saúde, facilmente se aceitará que os médicos de CG da Rede MS poderão não ser *representativos* dos médicos de MGF do país.

Por outro lado, sabe-se que cada médico participante poderá não ter envia-

do a notificação de algumas prescrições de psicofármacos, por razões variadas. Apesar de não ser possível estimar a respectiva percentagem, sabe-se que, se esta for elevada e se estiver associada a algum ou alguns psicofármacos, poderá, também, constituir um viés a ter em conta.

Finalmente, o facto de os médicos saberem que estão a participar num estudo poderá ter alterado o seu padrão habitual de prescrição, ainda que não intencionalmente.

Uma vez que não foi dada qualquer definição *de caso* para os diagnósticos ansiedade, perturbações do sono, depressão, demência e outras psicoses, que motivaram a prescrição de psicofármacos; e considerando a subjectividade de alguns daqueles diagnósticos e as características individuais de cada médico, será prudente admitir a existência de erros na caracterização dos diagnósticos *por critério do médico*. No entanto, a experiência de mais de 16 anos, obtida com o sistema de informação Médicos-Sentinela no estudo de várias doenças tem demonstrado que este tipo de erro não é relevante.

Uma vez que as listas de utentes dos médicos participantes poderão não estar completamente actualizadas, e incluir, ainda, utentes que, de facto, já não irão mais à consulta daquele médico (por morte, emigração, mudança de residência, etc.), os resultados apresentados poderão estar subestimados, pelo que deverão sempre ser considerados como valores mínimos.

Neste estudo, o número de mulheres consumidoras de psicofármacos foi maior do que o dos homens. Este facto pode ser parcialmente explicado pelo facto dos diagnósticos de ansiedade, perturbações do sono e depressão, que motivaram a prescrição de psicofármacos, terem sido significativamente mais frequentes nas mulheres do que nos homens.

Os psicofármacos prescritos a maior

número de utentes pertencem ao subgrupo das benzodiazepinas, o que está de acordo com os resultados de um estudo feito numa amostra de utentes medicada com psicofármacos, no CS de Góis. De facto, nesse estudo foi possível concluir que 85,4% dos utentes foram medicados com benzodiazepinas, tendo sido 62,1% medicados só com benzodiazepinas e 23,3% com benzodiazepinas e antidepressivos, simultaneamente.<sup>21</sup> Como se sabe, as benzodiazepinas são utilizadas no tratamento de curta duração de estados de ansiedade e insónia, além doutros,<sup>18,20</sup> e têm sido, ainda, associadas às faixas etárias mais elevadas, ao sexo feminino,<sup>22</sup> ao desemprego e aos indivíduos em situação de reforma.<sup>23-25</sup> Ora, a partir dum estudo realizado pela Rede Médicos-Sentinela sobre insónia,<sup>19</sup> foi possível estimar que, por ano, ocorram, na população portuguesa, cerca de 9.000 novos episódios de insónia. Este facto, aliado à idade avançada da população, com a consequente situação de reforma e a predominância de sexo feminino em relação ao masculino, terão certamente contribuído para a prescrição de benzodiazepinas em tão elevada percentagem de utentes; por outro lado, o diagnóstico que mais frequentemente motivou a prescrição de psicofármacos foi ansiedade, o que, só por si, justifica a escolha duma benzodiazepina para o respectivo tratamento. Também um estudo realizado na USF Horizonte em 2001, revelou que a prevalência de prescrição de benzodiazepinas no sexo feminino foi dupla da do sexo masculino<sup>4</sup> e que resultados de outros estudos internacionais são concordantes com estes.<sup>26</sup>

A quase totalidade dos utentes com os diagnósticos de «perturbações do sono», «ansiedade» ou ambos, isto é, «perturbações do sono mais ansiedade», foram medicados, exclusivamente, com psicofármacos do grupo dos psicoplépticos (NO5). De facto, neste grupo incluem-se os sub-grupos dos ansiolíticos

e dos hipnóticos e sedativos, cujas principais indicações terapêuticas são, respectivamente, ansiedade e perturbações do sono; mas a 4,2% dos utentes foram prescritos, também, antidepressivos, sem no entanto ter sido mencionado, pelo médico, o diagnóstico de depressão. Tal facto poderá corresponder a um erro na notificação, por omissão.

Poder-se-á estranhar o facto de, a alguns utentes envolvidos neste estudo, aos quais foi feito o diagnóstico de depressão, não ter sido prescrito qualquer anti-depressivo. Este facto poderá ser explicado de várias formas, nomeadamente: pode ter acontecido que no período de 3 meses do estudo o utente só tenha ido à consulta, por exemplo, uma vez ou duas e que não tenha sido necessário prescrever *mais* antidepressivo, porque o doente ainda o tinha; ou então porque o médico, apesar de ter identificado o diagnóstico depressão, tenha decidido enviar primeiro o utente a uma consulta de psiquiatria ou a qualquer outra consulta de apoio, sem medicar imediatamente com antidepressivo; ou então, porque decidiu, de facto, tratar aquela depressão sem qualquer antidepressivo.

A dependência referida pelos médicos em relação a cerca de 61% dos utentes, o facto de ter aumentado progressivamente com a idade e sabendo-se que o uso das benzodiazepinas está associado às faixas etárias mais elevadas,<sup>17,22</sup> faz supor, apesar de não ter sido perguntado quais os psicofármacos que a causaram, que as benzodiazepinas poderão ser parcialmente responsáveis por essa dependência.<sup>17</sup>

Este estudo terá porventura permitido melhorar, um pouco, o conhecimento sobre a forma como os médicos de família lidam com os distúrbios e doenças mentais dos seus utentes; mas outros, mais aprofundados, serão necessários para que este assunto, tão complexo, seja melhor compreendido por todos nós.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Relatório sobre a saúde no mundo 2001, Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial de Saúde; 2001. p. vii.
2. Goldberg D. The recognition of Psychological Illness by General Practitioners. In: Clare Aw, Lader M, editors. Psychiatry in General Practice. London: Academic Press; 1982. p. 35-41.
3. World Health Organization Collaborating Center for Drug Statistics Methodology, Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification Index including Defined Daily Doses (DDD) for plan substances. Disponível em: URL: <http://www.whocc.no/atcddd/> [acedido em 14/02/2007].
4. Cadilhe S. Benzodiazepinas: prevalência de prescrição e concordância com os motivos de consumo. Rev Port Clin Geral 2004; 20: 193-202.
5. Antidepressants, IMS Health 2002. Disponível em: URL: <http://www.imshealth.com> [acedido em 14/02/2007].
6. Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde. Evolução do consumo de antidepressivos em Portugal continental, de 1995 a 2001: impacto das medidas reguladoras. Lisboa: Infarmed; 2002.
7. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, et al. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program: historical context, major objectives, and study population characteristics. Arch Gen Psychiatry 1984 Oct; 41 (10): 934-41.
8. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III R psychiatric disorders in the United States. Results from the national comorbidity study. Arch Gen Psychiatry 1994 Jan; 51 (1): 8-19.
9. Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL, Blazer DG, Karno M, Bruce ML, et al. Affective disorders in five United States communities. Psychol Med 1988 Feb; 18 (1): 141-53.
10. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. Arch Fam Med 1995 Feb; 4 (2): 99-105.
11. Gerber PD, Barrett J, Mannheimer E, Whiting R, Smith R. Recognition of depression by internists in primary care: a comparison of internist and "gold standard" psychiatric assessments. J Gen Intern Med 1989 Jan-Feb; 4 (1): 7-13.
12. Susman JL, Crabtree BF, Essink G. Depression in rural family practice: easy to recognize, difficult to diagnose. Arch Fam Med 1995 May; 4 (5): 427-431.
13. Médicos-Sentinela, Síndrome depressivo. 1995, 1996 e 1997. Estimativas de incidência disponíveis, de vários temas e vários anos. Disponível em: URL: [http://www.onsa.pt/index\\_17.html](http://www.onsa.pt/index_17.html) [acedido em 14/02/2007].
14. INFARMED, 2003. Estatística do medicamento. Disponível em: URL: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/ESTATISTICA\\_MEDICAMENTO/estatistica\\_2003\\_0.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/ESTATISTICA_MEDICAMENTO/estatistica_2003_0.pdf) [acedido em 14/02/2007].
15. International Narcotics Control Board. Report of the INCB for 2004. Disponível em: URL: [http://www.incb.org/pdf/e/ar/2004/incb\\_report\\_2004\\_full.pdf](http://www.incb.org/pdf/e/ar/2004/incb_report_2004_full.pdf) [acedido em 14/02/2007].
16. António A, Remísio E. Evolução do consumo de benzodiazepinas em Portugal de 1995 a 2001. Lisboa: Observatório do medicamento e dos produtos de saúde; 2002.
17. Furtado C, Teixeira I. Evolução da utilização das benzodiazepinas em Portugal Continental entre 1999 e 2003. Lisboa: Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde; 2005.
18. Martindale. The Extra Pharmacopeia: Evaluated information on the world's drugs and medicines. 31st ed. London: The Royal Pharmaceutical Society; 1993. p. 564.
19. Médicos-Sentinela, Insónia. 1997-1999, Estimativas de incidência disponíveis, de vários temas e vários anos, Disponível em: URL: [http://www.onsa.pt/index\\_17.html](http://www.onsa.pt/index_17.html) [acedido em 14/02/2007].
20. Maria V, Pimpão MV, Carvalho ML. Caracterização das benzodiazepinas em cuidados de saúde primários. Rev Port Clin Geral 1994; 11: 99-114.
21. Simões JA. Doença psiquiátrica nos Cuidados de Saúde Primários. Estudo epidemiológico - Centro de Saúde de Góis. Psiquiatria Clínica 1996; 17 (4): 297-307.
22. Bendtsen P, Hensing G, McKenzie L, Stridsman AK. Prescribing benzodiazepines - a critical incident study of a physician dilemma. Soc Sci Med 1999 Aug; 49 (4): 459-67.
23. Magrini N, Vaccheri A, Parma E, D'Alessandro R, Bottoni A, Occhionero M, et al. Use of benzodiazepines in the Italian general population: prevalence, pattern of use and risk factors for use. Eur J Clin Pharmacol 1996; 50 (1-2): 19-25.
24. De las Cuevas CP, Sanz E, de la Fuente JÁ, Cabrera C, Mateos A. Prescribed daily doses and risk factors associated with the use of benzodiazepines in primary care. Pharmacoepidemiol Drug Saf 1999 May; 8 (3): 207-16.
25. Isacson D, Bingefors K, Wennberg,

Dahlstrom M. Factors associated with high quantity prescriptions of benzodiazepines in Sweden. *Soc Sci Med* 1993 Feb; 36 (3): 343-51.

26. Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF, Moore N, Begaud B. Benzodiazepines use in an elderly community-dwelling population. *Eur J Pharmacol* 2001 Aug; 57 (5): 419-25.

### Agradecimentos

A todos os médicos da Rede Médicos-Sentinela que, de forma persistente e determinada, participaram neste estudo, enviando a informação pedida, ape-

sar do enorme acréscimo de trabalho diário que essa participação representou para todos.

### Endereço para correspondência:

Isabel Marinho Falcão  
Observatório Nacional de Saúde/ Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge  
Tel: 217 526 493  
E-mail:isabel.falcao@insa.min-saude.pt.

Recebido para publicação em 22/06/06  
Aceite para publicação em 16/11/2006

## Suporte de notação utilizado por Médicos-Sentinela em 2004, para a notificação contínua semanal

### MÉDICOS SENTINELA 2004

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE  
OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL

#### Acontecimentos IRIS

Inesperados, Raros, Inéditos ou Surpreendentes

MÉDICO: Código |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

DATA DO PREENCHIMENTO \_\_ / \_\_ / \_\_

Utente\*: IDADE |\_|\_|\_|\_|  
Sexo Masc |\_|\_| Fem |\_|\_|

CARACTERÍSTICAS DO ACONTECIMENTO IRIS:

Data de ocorrência \_\_ / \_\_ / \_\_

Descrição (Indique, *quando aplicável*) :

1. se é uma doença, um síndrome, um sintoma ou vários (quais?), ou descreva o tipo de lesões encontradas;
2. a localização;
3. a causa, se conhecida ou suspeitada;
4. circunstâncias da ocorrência

\*Se se tratar de um acontecimento IRIS colectivo, não preencha o item referente ao utente.

Atenção: notifique os acontecimentos IRIS de que tiver conhecimento, mesmo que **tenham ocorrido em utentes que não façam parte da sua lista.**



**DIABETES** (só os casos diagnosticados desde 01/01/04)

**AVC** (Acidente Vascular Cerebral)

**ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO**

**VARICELA**

**FRACTURA DO COLO DE FÊMUR**

**INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ (IVG)**

Indique o local/agente onde foi iniciada a IVG:

Hospital/Serviço de saúde

Médico noutra local

Enfermeiro noutra local

Leigo/curiosa

A própria

Não sabe

**DISLIPIDÉMIA**

(só os casos diagnosticados desde 01/01/04)

(colesterol total  $\geq 190$ mg/dl; triglicéridos  $\geq 150$ mg/dl)

Indique os valores que levaram ao diagnóstico de dislipidémia:

Colesterol total: \_\_\_\_\_ mg/dl

HDL \_\_\_\_\_ mg/dl

Triglicéridos \_\_\_\_\_ mg/dl

**EPISÓDIO AGUDO DE LOMBALGIA**

Indique se é:

O 1º episódio na vida do utente

Um novo episódio agudo \_\_\_\_\_

Qual é a etiologia da lombalgia? (assinale 1 ou mais)

Alterações degenerativas (ex: artrose)

Patologia discal \_\_\_\_\_

Patologia inflamatória (ex: espondilite anquilosante)

Patologia infecciosa (ex: brucelose, tuberculose)

Patologia tumoral (1ª ou secundária)

Patologia ósseo-metabólica (fract. osteoporótica)

Desconhece \_\_\_\_\_

Ocorreu também ciatalgia? Sim  Não

**PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS**

Quais os psicofármacos que prescreveu nesta consulta?

---



---

Indique o diagnóstico que motivou a prescrição

(codifique, se possível, segundo a tabela no verso da folha):

---

Na sua opinião, este doente é dependente de algum/uns psicofármacos?

Sim  Não