

Escola de Ciências da Saúde

Mestrado Integrado de Medicina

# Prescrição de Psicofármacos

Ana Rita Azevedo Lopes

6º ano

Orientador: Doutor John Yaphe

Universidade do Minho

2010-2011

# Índice

---

Agradecimentos.....	4
Resumo.....	5
Abstract .....	6
Acrónimos.....	7
Introdução .....	8
A importância de estudar a prescrição de Psicofármacos .....	8
Como estudar a prescrição de Psicofármacos .....	8
A importância deste estudo .....	9
Objectivos.....	11
Geral .....	11
Específicos .....	11
Métodos .....	12
Tipo de estudo.....	12
População .....	12
<i>Crítérios de inclusão</i> .....	12
<i>Crítérios de exclusão</i> .....	12
Período em estudo.....	12
Seleccção de Variáveis .....	12
Sobre a Prescrição .....	13
<i>Variáveis de Volume</i> .....	13
<i>Variáveis de Custo</i> .....	13
<i>Variáveis de Qualidade</i> .....	14
Sobre a unidade de saúde/Prescritor .....	14
Recolha dos dados.....	16
Análise Estatística.....	16
Resultados .....	17
Prescrição geral 2006-2009.....	17
Características dos Prescritores .....	18
Características gerais da prescrição de Psicofármacos.....	19

Características da Prescrição de Alprazolam .....	22
Características da Prescrição de Fluoxetina.....	26
Análise da prescrição em função das características dos prescritores.....	28
Análise da prescrição em função das características das unidades de saúde .....	30
Discussão .....	32
Conclusão .....	35
Referências Bibliográficas.....	37
Anexo I.....	39

# Agradecimentos

---

- ★ Ao meu supervisor, Dr. John Yaphe, pela objectividade e motivação com que me guiou ao longo deste projecto e pela autonomia que me permitiu adquirir.
- ★ À Directora Clínica do ACeSPO, Dra. Maria José Ribas, pela confiança e exemplo de dedicação aos profissionais por quem é responsável.
- ★ À minha família pela discussão de ideias, paciência e apoio nos dias mais difíceis.
- ★ À ECS, por possibilitar e viabilizar esta experiência de investigação, através da dedicação dos seus docentes directa e indirectamente envolvidos no PO VI, bem como de todos os que permitem que o curso de Medicina continue a melhorar e a capacitar os seus alunos.
- ★ Ao ACeSPO, pela forma entusiasta como recebeu este projecto.

# Resumo

---

## **Introdução**

Os psicofármacos, nomeadamente os antidepressivos e ansiolíticos, são agentes terapêuticos seguros e eficazes, mas o seu uso na prática clínica tem demonstrado problemas pelo aumento de custos e prescrição inadequada. As novas ferramentas de gestão, capazes de centralizar dados de prescrição, criam oportunidades para caracterizar e compreender padrões de prescrição, de modo a promover práticas prescrição mais racionais.

## **Objectivo**

Caracterizar a prescrição de psicofármacos pelos médicos de família, das unidades de saúde do ACeS Porto Ocidental, em 2009.

## **Método**

Realizou-se um estudo observacional analítico de coorte retrospectivo.

## **Resultados**

Os perfis de prescrição de 95 médicos, de 12 unidades de saúde distintas, revelam variabilidade considerável (DUD alprazolam: M= 19,74, DP=9,29, Mín=5,12, Máx= 60,83; DUD fluoxetina: M=9,18, DP=4,39, Mín=0,71, Máx=28,37). A maioria prescreve sistematicamente embalagens de 60 comprimidos de alprazolam (M=82,52%, DP=10,13%, Mín=57,47%, Máx=100%). O custo médio por DDD de alprazolam (M=0,17, DP=0,02 €/DDD) e fluoxetina (M=0,34, DP=0,02 €/DDD) não parece variar muito, mas dependendo da preferência prescritional, o custo médio por utente pode triplicar. Não foram encontradas associações entre os padrões de prescrição e as características demográficas dos médicos ou as características estruturais das unidades de saúde.

## **Conclusão**

As DUD de alprazolam e fluoxetina são comparáveis com as de outros estudos. No entanto, parece existir uma prescrição de benzodiazepinas excessiva e desadequada em Portugal. É relevante investigar o que determina as variações de prescrição encontradas, nomeadamente através de estudos qualitativos junto dos prescritores.

# Abstract

---

## ***Background***

Psychotropic medications, including anxiolytics and antidepressants, are safe and effective agents but their use in practice has been marked by problems of increasing costs and ineffective prescribing. New management tools that have become available, capable of electronic recording of prescribing, have provided an opportunity to describe and understand prescribing patterns in order to promote more rational drug prescribing.

## ***Objective***

To characterize psychotropic medications prescribed by general practitioners (GP) from Oporto's West primary care health units in 2009.

## ***Methods***

With an observational analytical retrospective cohort design, all GP's prescribing data, demographic data and health unit's relevant features were collected through a regional database.

## ***Results***

Prescribing profiles of 95 GPs and 12 health units show considerable variability (alprazolam's DDD/1000patients/day: mean= 19,74, SD=9,29, min=5,12, max=60,83; fluoxetine's DDD/1000patients/day; mean=9,18, SD=4,39, min=0,71, max=28,37). Most GPs recurrently prescribe 60 pill boxes of alprazolam (mean=82,52%, SD=10,13%, min=57,47%, max=100%). The mean cost per DDD of alprazolam (mean=0,17, SD=0,02 €/DDD) and of fluoxetine (mean=0,34, SD=0,02€/DDD) doesn't vary a lot within the population, although the mean cost per patient can go as high as three times the mean, related to the GPs prescribing preferences. No interaction was found between prescribing patterns and demographic characteristics of GPs or structural health center's features.

## ***Conclusion***

The DDD/1000patients/day of alprazolam and fluoxetine are comparable with those found by other national and international studies. As such alprazolam's data seem to indicate an excess of benzodiazepine's prescription and an inadequate use (chronic) of these drugs in Portugal. It is relevant to proceed researching these distinct prescribing patterns found in order to understand what really determines it, namely through qualitative studies focusing on GPs interviews.

# Acrónimos

---

**ACeSPO** – Agrupamento de Centros de Saúde do Porto Ocidental

**AD** – Antidepressivos

**ASH** – Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos

**DDD** – Dose Diária Definida

**DUD** – Dose diária definida por mil utentes dia

**ISRS** – Inibidores selectivos da recaptação da serotonina

**ISRSN** – inibidores selectivos da recaptação da serotonina e noradrenalina

**PVP** – Preço de Venda ao Público

**SAM** – Sistema de Apoio ao Médico

**SIARS©** – Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

# Introdução

---

## *A importância de estudar a prescrição de Psicofármacos*

A variabilidade da prescrição médica na área da psicofarmacologia tem sido estudada em vários países (1-5). A adequação desta tem sido repetidamente questionada, e em múltiplos locais foram identificados problemas com impacto negativo na saúde pública, tais como: uso de benzodiazepinas como tratamento crónico, maior prescrição de sedativos consoante o tipo de organização da unidade de saúde, prescrição excessiva de benzodiazepinas, deficiente diagnóstico e tratamento da depressão (1, 6-10).

Portugal foi identificado em 2004 como o 2º maior utilizador de benzodiazepinas na Europa, tendência esta que se tem vindo a agravar. (8)

Nos últimos 10 anos foram realizados vários trabalhos de investigação sobre a utilização de medicamentos em Portugal (de qualidade diversa) que permitiram identificar um genérico aumento dos gastos e consumo de medicamentos na área da patologia mental (benzodiazepinas, antidepressivos e neurolépticos). Vários factores parecem justificar esta tendência: maior acessibilidade dos doentes às terapêuticas por maior comparticipação do SNS no custo das mesmas, desvio da prescrição para alternativas mais recentes e dispendiosas sem benefício clínico evidente e excessiva prescrição (nomeadamente em relação às benzodiazepinas, com afastamento das metas estabelecidas no PNS 2004-2010). (11)

A caracterização da prescrição de psicofármacos a nível dos cuidados de saúde primários (CSP), ao permitir a identificação dos problemas existentes, torna-se essencial para o planeamento de intervenções correctivas.

## *Como estudar a prescrição de Psicofármacos*

Os médicos de família são os principais prescritores de psicofármacos (1).

O sistema de prescrição electrónica, em uso crescente desde 2005, permite agora um acesso facilitado à prescrição médica. O Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS, Microstrategy 9©) centraliza dados provenientes de vários sistemas de informação, incluindo o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e o Sistema de Informação para as Unidades de Saúde (SINUS). Cada prescrição efectuada electronicamente é agrupada por prescritor, por unidade de saúde e por



grupo terapêutico, sabendo-se apenas acerca de cada fármaco o nome comercial, o tipo e tamanho da embalagem e o custo associado.

A análise da prescrição de fármacos compreende três dimensões: volume, custo e qualidade (12,13).

É reconhecido que a prescrição é influenciada por factores clínicos, mas também muito por factores não clínicos (características intrínsecas do sistema de saúde, do médico e características demográficas, sociais e económicas da população) (1).

A maior parte dos psicofármacos prescritos pertence aos grupos do prontuário terapêutico “Antidepressivos” e “Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos” (1). Um estudo português identificou a Fluoxetina e o Alprazolam como os fármacos mais prescritos de cada um destes grupos (13).

### ***A importância deste estudo***

Dada a recente criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e do uso do SIARS®, é importante compreender como pode ser analisada e utilizada a informação que este disponibiliza, para os profissionais e instituições envolvidas.

As particularidades da organização do sistema de saúde português e dos factores intrínsecos à identidade cultural do país, fazem crer que a realidade da prescrição nacional não é facilmente deduzida a partir de fontes de informação internacionais. Consequentemente, torna-se urgente investir em mecanismos que aumentem a produção e o acesso à informação.

Não foram encontrados estudos portugueses que analisem a prescrição ao nível do prescriptor individual, podendo o presente estudo contribuir para a compreensão do valor desta análise fina e do valor da disponibilização de relatórios a cada médico sobre o seu perfil de prescrição.

Sob o prisma da saúde pública, é ainda relevante compreender de que forma indicadores demográficos, económicos e de morbilidade, bem como o modelo organizacional adoptado podem afectar a prescrição de cada unidade de saúde.

Os estudos nacionais publicados baseiam-se em dados existentes provenientes das farmácias, nas quais parte dos medicamentos prescritos são facturados. Estes são tratados pelo INFARMED, publicados anualmente e informam acerca do nº embalagens e custo dos medicamentos dispensados. Para cada princípio activo, a diversidade de doses e de tamanhos de embalagens disponíveis no mercado, não permite estabelecer uma associação clara entre o aumento do número

de embalagens/custos e o aumento da sua prescrição. Dados mais específicos e mais capazes de suscitar reflexão e capacitação, não parecem estar disponíveis ao público nem aos profissionais de saúde. Alguns estudos esporádicos realizados pelo Observatório do Medicamento já têm carácter didáctico e, na área da psicofarmacologia, levantam alertas acerca do aumento da prescrição de benzodiazepinas.

Independentemente da referida disponibilização irregular de dados acerca dos medicamentos dispensados/facturados, a análise dos dados de prescrição são os que melhor permitem descrever o comportamento dos médicos face aos utentes e respectivas doenças.

# Objectivos

---

## *Geral*

Caracterizar a prescrição de psicofármacos pelos médicos de família, das unidades de saúde do ACeS Porto Ocidental (ACeSPO), em 2009.

## *Específicos*

Considerando o período de um ano e as unidades de saúde que compõem o ACeSPO,

1. Em relação aos custos de prescrição de fármacos, pretende-se:
  - 1.1. Determinar a proporção associada à prescrição de psicofármacos e respectiva variação entre os anos de 2006 e 2009
2. Em relação aos custos de prescrição de psicofármacos, pretende-se:
  - 2.1. Determinar a proporção da prescrição de antidepressivos
  - 2.2. Determinar a proporção da prescrição de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos
3. Em relação ao fármaco mais prescrito dos grupos dos antidepressivos, pretende-se:
  - 3.1. Caracterizar a sua prescrição quanto à proporção de medicamentos genéricos e à dose diária definida (DDD) por 1000 utentes por dia (DUD)
  - 3.2. Comparar características de prescrição nas diferentes unidades do ACeSPO
4. Em relação ao fármaco mais prescrito dos grupos dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, pretende-se:
  - 4.1. Caracterizar a sua prescrição quanto: à proporção de embalagens de 60 comprimidos prescritas e à DUD
  - 4.2. Comparar características de prescrição nas diferentes unidades do ACeSPO.

# Métodos

---

## *Tipo de estudo*

Realizou-se um estudo observacional, analítico, de coorte, retrospectivo, sobre a prescrição de psicofármacos nas unidades de saúde do ACeSPO, com foco em dois grupos: antidepressivos e ansiolíticos, hipnóticos e sedativos.

## *População*

### *Critérios de inclusão*

A população do estudo inclui todos os médicos de família com actividade profissional nas unidades de saúde do ACeSPO durante o ano de 2009 (n= 95).

### *Critérios de exclusão*

Foram excluídos da análise os médicos que não prescrevem electronicamente (n=1) e os que interromperam a actividade clínica por > 2 meses durante o ano de 2009, por aposentação (n=2).

## *Período em estudo*

Foi analisada a prescrição entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2009 (período mais recente com dados completos disponíveis). O volume de dados e as características do ano anterior não permitiram o alargamento do período do estudo, dado que em 2008 algumas unidades de saúde foram reestruturadas, sendo a análise da realidade prévia distinta e pouco útil para os decisores actuais do ACeSPO.

A expectável variação sazonal dos dados relativos à prescrição de fluoxetina desaconselha o estudo de períodos inferiores a um ano.

## *Seleção de Variáveis*

Tanto os limites da funcionalidade do SIARS© como a grande quantidade de dados que emite exigiram a definição de diferentes níveis de análise, que partilham algumas variáveis. A operacionalização de cada variável resultou de um compromisso entre os dados possíveis de obter no SIARS© e os indicadores descritos na literatura, que permitem comparação com outros estudos (tabela 1 anexo I). (13, 15, 16).

## *Sobre a Prescrição*

As variáveis que pretendem caracterizar a prescrição envolvem medidas de volume (nº embalagens, nº comprimidos, nº DDD), de custo (Preço de Venda ao Público (PVP), custo Serviço Nacional de Saúde (SNS)) e de qualidade (% de embalagens de 60 comprimidos, % de DDD de fluoxetina não genéricas).

### *Variáveis de Volume*

As medidas de volume utilizadas estão descritas nas *Guidelines for ATC Classification and DDD Assignment* do WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology(16).

O SIARS© só disponibiliza informação relativa ao nº de embalagens prescrito. Através da informação sobre a composição de cada embalagem, é possível determinar manualmente o nº de comprimidos prescrito. No entanto, a variedade existente de doses e tamanhos de embalagens para cada substância activa, limita o uso destas medidas na comparação da prescrição. Só ao nível das substâncias activas mais prescritas (alprazolam e fluoxetina) é que foi obtida a medida recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o nº de DDD prescrito (16).

A DDD representa a dose de manutenção diária média de adultos, para a principal indicação da substância activa, por via de administração. A DDD descrita, para a via oral, para as substâncias activas estudadas é de 20mg para a fluoxetina e de 1mg para o alprazolam. Através do nº de comprimidos e da dose de cada embalagem, foi possível calcular o nº de DDD prescrito. Este parâmetro permite comparações entre populações, independentemente das diferenças de preço, moeda, tamanhos de embalagem e dosagens, que variam de país para país.

A DUD, DDD/1000utentes/dia, resulta de uma adaptação da medida preconizada DDD/1000habitantes/dia. É obtida a partir do nº de DDD prescritas e do nº de utentes de cada médico, segundo a fórmula:

$$DUD = \text{N}^\circ \text{ DDD} / \text{N}^\circ \text{ utentes} \times 1000/365$$

O volume será então caracterizado pelas variáveis 1 a 4 (tabela 1 anexo I).

### *Variáveis de Custo*

As variáveis de custo foram definidas de acordo com as recomendações do projecto EUROMEDSTAT (*Statistics on Medicines in Europe*) (14).

O SIARS© disponibiliza dados sobre o PVP e sobre o custo SNS de cada embalagem prescrita. Estes dados foram trabalhados de acordo com o nº de utentes da lista do prescritor e com o nº de DDD a que correspondem, definindo-se as variáveis 7-10 da tabela 1 anexo I.

### *Variáveis de Qualidade*

Pouco se pode inferir acerca da qualidade da prescrição a nível populacional sem informações sobre o motivo da prescrição e a prevalência da(s) doença(s) associada(s). A codificação de diagnósticos no SAM não ocorre ainda de modo uniforme, não se podendo avaliar a prescrição de fármacos à luz da frequência com que os diagnósticos são codificados.

A inexistência de recomendações nacionais acerca da prescrição de benzodiazepinas e de SSRIs também não permite identificar as actuais práticas como ajustadas ou desajustadas.

No entanto, relativamente à prescrição de alprazolam, foi definida a variável 5 (tabela 1 anexo I), “percentagem de embalagens prescritas com 60 comprimidos”, baseada nas recomendações de uso de benzodiazepinas por períodos curtos (< 30 dias) e na descrita tendência para o seu uso crónico frequente (9,17-20).

No grupo dos antidepressivos, que representam 20,7% das embalagens prescritas mas 51,2% dos custos (tabela 2), foi estudada a percentagem de DDD de fluoxetina não genérica prescrita (variável 6 da tabela 1 anexo I).

### *Sobre a unidade de saúde/Prescritor*

A prescrição médica é influenciada por um conjunto de factores inerentes ao médico (aprendizagem, experiência clínica), ao sistema de saúde (organização laboral, sistema de remuneração, sistema de comparticipação de medicamentos) e à população (distribuição etária, género, nível socioeconómico, co-morbilidades). Neste estudo pretende-se unicamente analisar a relação entre as características da unidade de saúde, médico e população disponíveis no SIARS© e a prescrição, sem se ambicionar compreender extensivamente o que a determina.

Espera-se que a prescrição de uma unidade de saúde/médico seja influenciada pelo nº de utentes inscritos (variáveis 17 e 18 da tabela 1 anexo I).

Sabe-se que a estrutura etária da população influencia o nº de prescrições, sendo que esta aumenta com o aumento da idade (6, 20), pelo que se definiram as variáveis 23 e 24 (tabela 1 anexo I).

No entanto, é também importante ter em conta o nº de utentes que efectivamente utilizaram os serviços da unidade em 2009 (calculado a partir da taxa de utilização de consultas de cada Unidade) que poderá ser mais sensível à quantidade de prescrições necessárias (variável 28 da tabela 1 anexo I).

As patologias inerentes à prescrição dos dois subgrupos de psicofármacos em estudo revelam-se predominantemente na população feminina, o que justificará uma eventual relação entre o nº de utentes do sexo feminino de uma unidade (variáveis 21 e 22 da tabela 1 anexo I) e o nº de prescrições. (20)

Sabe-se que a depressão é mais frequente em populações com co-morbilidades. (6) O SIARS© permite saber, para cada unidade de saúde, algumas características da população que serve, nomeadamente: o nº de diabéticos e o nº de pessoas isentas de taxas moderadoras por declaração médica definitiva (variáveis 25 e 26 da tabela 1 anexo I).

É ainda reconhecido que a prevalência de doenças psiquiátricas é superior em populações com carências económicas (6). O SIARS© permite identificar, em cada unidade de saúde, o nº de doentes isentos de taxa moderadora por motivos económicos (variável 29 da tabela 1 anexo I).

Características inerentes ao modo de funcionamento da unidade de saúde poderão influenciar significativamente a prescrição de psicofármacos, tendo em conta as particularidades da patologia psiquiátrica. Numa unidade de saúde com muitos utentes sem médico de família atribuído, estes poderão receber uma prestação de cuidados menos personalizada e contínua, o que poderá influenciar a prescrição (variável 27 da tabela 1 anexo I).

A idade e o género dos prescritores têm sido implicados nos comportamentos de prescrição (21) (variáveis 15 e 16 da tabela 1 anexo I).

O número de Unidades Ponderadas (UP) correspondentes a cada lista de utentes de um dado médico, tem implicações sobre a sua carga assistencial. Deste modo, a listas com o mesmo número de utentes, podem corresponder um número de UP significativamente diferentes, que poderão ter impacto na qualidade de cuidados e na prescrição (variáveis 19 e 20 da tabela 1 anexo I).

## ***Recolha dos dados***

Utilizaram-se dados secundários anonimizados retirados do SIARS©, sob autorização da direcção do ACeS Porto Ocidental, que disponibiliza dados de prescrição por unidade de saúde e prescritor. Os dados a nível do prescritor estavam codificados por um nº de ID (correspondente ao nº de Ordem dos Médicos de cada médico), que foi seguidamente convertido num novo formato de código. Foram ainda utilizados dados do SIARS© relativos a algumas características da unidade de saúde (exemplo, nº de utentes inscritos) que podem influenciar a prescrição. A idade e o género de cada médico foram fornecidos pelo ACeSPO, a partir da lista de códigos de cada prescritor. Os dados foram seleccionados, compilados e trabalhados no programa Microsoft Office Excel 2007®.

## ***Análise Estatística***

A análise estatística foi realizada com recurso ao *software EpiInfo™* versão 3.5.1, disponível em <http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/>.

A análise univariada foi utilizada para medidas descritivas (frequência absoluta, frequência relativa, média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo).

A análise bivariada, foi efectuada para testar as interacções entre variáveis de diferentes tipos. Entre variáveis qualitativas nominais, como o género e o tipo de unidade, foi utilizado o teste do qui-quadrado. Entre variáveis quantitativas contínuas e qualitativas, como a DDD e o tipo de unidade, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, uma vez que o pressuposto da normalidade não estava cumprido para todas as variáveis quantitativas. A relação entre variáveis quantitativas foi testada através da regressão linear. O nível de significância foi estabelecido em 0,05.



# Resultados

Primeiramente serão apresentados os resultados descritivos dos prescritores e das unidades de saúde do estudo. Seguidamente, alguns valores gerais acerca da prescrição de fármacos, psicofármacos, Antidepressivos (AD) e Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos (ASH) e a prescrição dos fármacos extensivamente estudados, alprazolam e fluoxetina. Termina-se com a exposição dos principais resultados analíticos retirados das associações entre prescrição e características dos prescritores e respectivas unidades de saúde.

## *Prescrição geral 2006-2009*

Pela análise grosseira do volume e custo dos fármacos entre 2006 e 2009, ajustado ao aumento populacional e ao índice de preços do consumidor (“variação real”\*), parece não ter ocorrido um aumento significativo dos custos, apesar do aumento no nº de embalagens prescritas. Relativamente aos psicofármacos, estas estimativas rudimentares apontam para uma diminuição tanto do nº de embalagens como dos custos. (tabelas 1 e 2)

Tabela 1

Prescrição total de fármacos	Nº embalagens	Custo - PVP €	Custo - SNS €
2006	1.522.387	25.024.303,07	14.877.506,22
2009	1.763.280	27.961.365,27	17.558.970,53
Diferença 2009-2006	240.893	2.937.062,20	2.681.464,31
% de aumento	15,82%	11,74%	18,02%
Variação Real *	7,06%	-0,90%	4,67%

Tabela 2

Prescrição de Psicofármacos	Nº embalagens	Custo - PVP €	Custo - SNS €	% emb	% PVP	% SNS
2006	249.793	2.275.185,63	1.142.662,84	16,40%	9,10%	7,70%
2009	252.491	2.354.491,83	1.277.413,83	14,30%	8,40%	7,30%
Diferença 2009-2006	2.698	79.306,20	134.750,99			
% de aumento	1,08%	3,49%	11,79%			
Variação Real *	-7%	-8%	-1%			

## Características dos Prescritores

As características dos prescritores encontram-se descritas na tabela 3.

Tabela 3

		Frequência	%	Média	DP	Mín	Mediana	Máx
Género	Masculino	27	28,4					
	Feminino	68	71,6					
Idade	Masculino			53,59	6,05	33	55	60
	Feminino			53,29	6,38	30	55	61
Unidade de saúde	USF	29	30,5					
	UCSP	66	69,5					
Nº utentes da lista				1684	168	1102	1662	2167
Nº unidades ponderadas da lista				2129	210	1452	2102	2620
Nº utentes (mulheres ≥ 15 anos)				793	86	578	779	1057
Nº utentes (≥ 65 anos)				314	60	174	307	446

Dos 95 médicos incluídos no estudo (do total de 98 médicos em actividade nas unidades de saúde do ACeSPO em 2009), 68 são do género feminino (71,6%) e 27 do masculino (28,4%). Têm uma distribuição de idades similar, com 55 anos de mediana. Cerca de um terço (30,5%) pertencem a Unidades de Saúde Familiar (USF) ou unidades equiparadas a USF (Centro de Saúde de São João), exercendo os restantes actividade em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

O número de utentes a que cada médico presta cuidados é semelhante (M=1685, DP=168) existindo, no entanto, algumas realidades distintas (Mín 1102, Máx 2167).

A nível das 12 unidades que compõem o ACeSPO é possível avaliar outras características da população inscrita (tabela 4).

Tabela 4

		Frequência	%	Média	DP	Mín	Mediana	Máx
Unidade de saúde	USF	4	33,3					
	UCSP	8	66,7					
Nº médicos por unidade		95		7,92	3,29	2	8,5	13
Nº utentes		193795		16150	6506	5174	16336	24909
Nº utentes sem médico		27361		2280	2527	0	1386	7731
% utentes sem médico			14,1	12,8	12,8	0	10,6	36,3
Nº unidades ponderadas		243721		20310	8121	6414	20512	31008
Nº diabéticos com guia		8899	4,6	742	319	203	804	1298
Nº com Declaração Médica Definitiva		16593	8,6	1383	580	432	1494	2324
Nº utentes (mulheres ≥ 15 anos)		90572	46,7	7548	3070	2360	7837	11370
Nº utentes (≥ 65 anos)		34885	18	2907	1143	850	2908	4264
% consultas pelo próprio MF				78,6	7,5	66,6	78,2	91,7
Taxa de utilização (%)				53,1	9,2	36,9	54,5	65,8

O número de médicos que exerce em cada unidade de saúde varia de 2 a 13 (M=7,9, DP=3,3). O número de utentes inscritos também varia consideravelmente, sendo que a maior unidade serve 5 vezes mais população que a menor (Mín=5174, Máx= 24909, M= 16150, DP= 6506). Dos inscritos, há assimetrias marcadas quanto aos que utilizaram a respectiva unidade durante o ano de 2009 (Mín=36,9%, Máx=65,8%). Também há diferenças na percentagem de consultas que são efectuadas pelo próprio médico do utente (M=78,6; DP=7,5), com extremos de 66,6% e 91,7%.

### ***Características gerais da prescrição de Psicofármacos***

Os grupos de psicofármacos analisados neste estudo correspondem a cerca de 95% do nº de embalagens de psicofármacos prescritos. (tabela 5)

Tabela 5

Prescrição de Psicofármacos	Nº embalagens	Custo - PVP €	Custo - SNS €	% emb	% PVP	% SNS
Psicofármacos	252.491	2.354.491,80	1.277.413,80	100	100	100
Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos	186.675	780.470,10	286.709,20	73,9	33,2	22,4
Antidepressivos	52.288	1.205.944,50	723.831,00	20,7	51,2	56,7
Antipsicóticos e Lítio	13.528	368.077,30	266.873,60	5,4	15,6	20,9
Total grupos em estudo	238.963	1.986.414,60	1.010.540,20	<b>94,6</b>	84,4	79,1

Os fármacos analisados em detalhe neste estudo (alprazolam e fluoxetina), descritos na literatura como os mais prescritos de cada grupo, demonstraram ser também os mais prescritos no ACeSPO. As benzodiazepinas representam cerca de 90% da prescrição do grupo dos ASH (tabela 6). O alprazolam representa 26,5% dos comprimidos de benzodiazepinas prescritos. (tabela 7)

Tabela 6

Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	Nº embalagens	Custo - PVP €	Custo - SNS €	% emb	% PVP	% SNS
<b>Benzodiazepinas</b>	<b>157.613</b>	<b>661.393,91</b>	<b>240.759,49</b>	<b>89,9</b>	<b>91,4</b>	<b>90,7</b>
Zolpidem	11.390	31.771,98	12.163,45	6,5	4,4	4,6
Valeriana	6.272	30.212,56	12.633,86	3,6	4,2	4,8
Azopironas	869	13.072,10	5.193,38	0,5	1,8	2
Total	175.275	723.378,45	265.556,80	100	100	100

Tabela 7

Benzodiazepina	Nº comprimidos	Nº emb	Custo - PVP €	Custo - SNS €	% comp	% emb	% PVP	% SNS
<b>Alprazolam</b>	<b>1.768.860</b>	<b>31.471</b>	<b>193.266,43</b>	<b>69.195,28</b>	<b>26,5</b>	<b>20</b>	<b>29,2</b>	<b>28,7</b>
Lorazepam	1.363.900	38.261	114.389,68	36.099,69	20,5	24,3	17,3	15
Bromazepam	1.133.000	21.879	81.908,24	30.547,55	17	13,9	12,4	12,7
Diazepam	547.890	12.890	29.032,56	9.389,54	8,2	8,2	4,4	3,9
Clozazolam	482.980	8.558	44.738,01	16.688,46	7,2	5,4	6,8	6,9
Loflazepato de etilo	324.980	5.948	37.100,67	13.795,31	4,9	3,8	5,6	5,7
Mexazolam	199.720	3.477	49.592,27	19.883,87	3	2,2	7,5	8,3
Clorazepato dipotássico	197.180	3.584	17.840,26	6.688,65	3	2,3	2,7	2,8
Oxazepam	131.820	4.139	9.855,54	3.191,58		2,6	1,5	1,3
Clobazam	131.590	4.414	18.291,80	7.708,49		2,8	2,8	3,2
Brotizolam	79.142	5.653	17.411,24	7.463,32		3,6	2,6	3,1
Loprazolam	78.060	5.198	12.228,20	5.287,87		3,3	1,8	2,2
Estazolam	71.876	4.790	6.646,94	2.499,46		3	1	1
Halazepam	48.860	1.223	10.204,96	4.284,50		0,8	1,5	1,8
Flurazepam	37.522	1.952	6.145,73	2.607,79		1,2	0,9	1,1
Triazolam	26.306	1.879	4.190,17	1.876,37		1,2	0,6	0,8
Midazolam	22.652	1.618	6.342,56	2.782,81		1	1	1,2
Temazepam	7.406	465	892,42	292,92		0,3	0,1	0,1
Clordiazepóxido	6.160	105	329,96	127,07		0,1	0	0,1
Cetazolam	3.940	73	796,86	301,59		0	0,1	0,1
Prazepam	1.980	36	189,41	47,37		0	0	0
Total	6.665.824	157.613	661.393,91	240.759,49	90,3	100	100	100

Os inibidores selectivos da recaptção da serotonina (ISRS) correspondem a cerca de 60% do nº de embalagens de AD prescritos (tabela 8). A fluoxetina representa cerca de 34% dos comprimidos prescritos de ISRS (tabela 9). São necessários 4 ISRS diferentes para justificar 90% dos comprimidos prescritos nesta classe (fluoxetina, sertralina, escitalopram e paroxetina ).

Tabela 8

Antidepressivos	Nº embalagens	Custo - PVP €	Custo - SNS €	% emb	% PVP	% SNS
<b>ISRS</b>	<b>28.652</b>	<b>797043,72</b>	<b>485741,67</b>	<b>58,8</b>	<b>71</b>	<b>72,1</b>
Tricíclicos	14.639	198091,16	117082,25	30	17,6	17,4
ISRSN	4.160	107528,91	59352,96	8,5	9,6	8,8
Inibidores MAO	238	5163,04	2576,19	0,5	0,5	0,4
Outros antidepressivos	1.043	14864,01	8642,23	2,1	1,3	1,3
Total	48.732	1122690,84	673395,30	100	100	100

Tabela 9

ISRS	Nº comprimidos	Nº embalagens	Custo - PVP €	Custo - SNS €	% comp	% emb	% PVP	% SNS
<b>Fluoxetina</b>	<b>543.220</b>	<b>9.417</b>	<b>184.308,73</b>	<b>113.083,39</b>	<b>33,6</b>	<b>32,9</b>	<b>23,1</b>	<b>23,3</b>
Sertralina	452.168	7.967	181.659,65	111.842,81	28	27,8	22,8	23
Escitalopram	295.260	5.687	279.204,38	174.289,93	18,3	19,8	35	35,9
Paroxetina	264.240	4.564	131.819,30	74.307,12	16,4	15,9	16,5	15,3
Fluvoxamina	53.460	901	19.102,01	11.632,51	3,3	3,1	2,4	2,4
Citalopram	6.510	116	949,65	585,91	0,4	0,4	0,1	0,1
Total	1.614.858	28.652	797.043,72	485.741,67	100	100	100	100

### *Características da Prescrição de Alprazolam*

Há comprimidos de alprazolam com 5 doses diferentes: 0,25mg, 0,5mg, 1mg, 2mg e 3mg. Os mais prescritos são os de 0,5mg (29,3% das DDD) e 1mg (37,7% das DDD) (tabela 10).

Tabela 10

#### **Alprazolam Genérico várias dosagens**

	DDD	Nº comp	Nº emb	Custo – PVP €	Custo – SNS €	%DDD	% comp	% emb	% PVP	% SNS
0,25mg	66,74	173.880	3.116	11425,27	4808,28	17,8	17,8	17,7	15,2	15,6
0,5mg	110,21	477.700	8.630	31383,25	12726,9	<b>29,3</b>	48,8	49,0	41,8	41,3
1mg	141,61	320.180	5.709	30898,95	12643,44	<b>37,7</b>	32,7	32,4	41,2	41,0
2mg	57,05	7.540	141	1344,88	634,89	15,2	0,8	0,8	1,8	2,1
Total	375,61	979.300	17.596	75052,35	30813,51	100	100	100	100	100

O alprazolam pode ser prescrito em embalagens de 20, 40 e 60 comprimidos. Todos os prescritores analisados prescrevem predominantemente embalagens de 60 comprimidos

(Mín=57,47%), existindo mesmo médicos que só prescrevem este tamanho de embalagem (Máx=100%).

A DUD média de alprazolam prescrita foi de 19,74 DDD/1000utentes/dia. (tabela 11) No entanto, o médico mais prescritor situa-se 3 vezes acima desta média e 10 vezes acima do médico menos prescritor. (tabela 11) As DUD prescritas por cada médico podem ser visualizadas na figura 1. Quando agrupados pelas unidades de saúde a que pertencem (figura 2), verifica-se que em todas as unidades há divergentes comportamentos de prescrição (sendo que os médicos de cada unidade têm em comum alguns factores passíveis de influenciar a prescrição). O número de utentes por médico tem alguma variação inter-unidades (tabela 3) mas baixa variação intra-unidades (anexo I tabela 2).

Figura 1

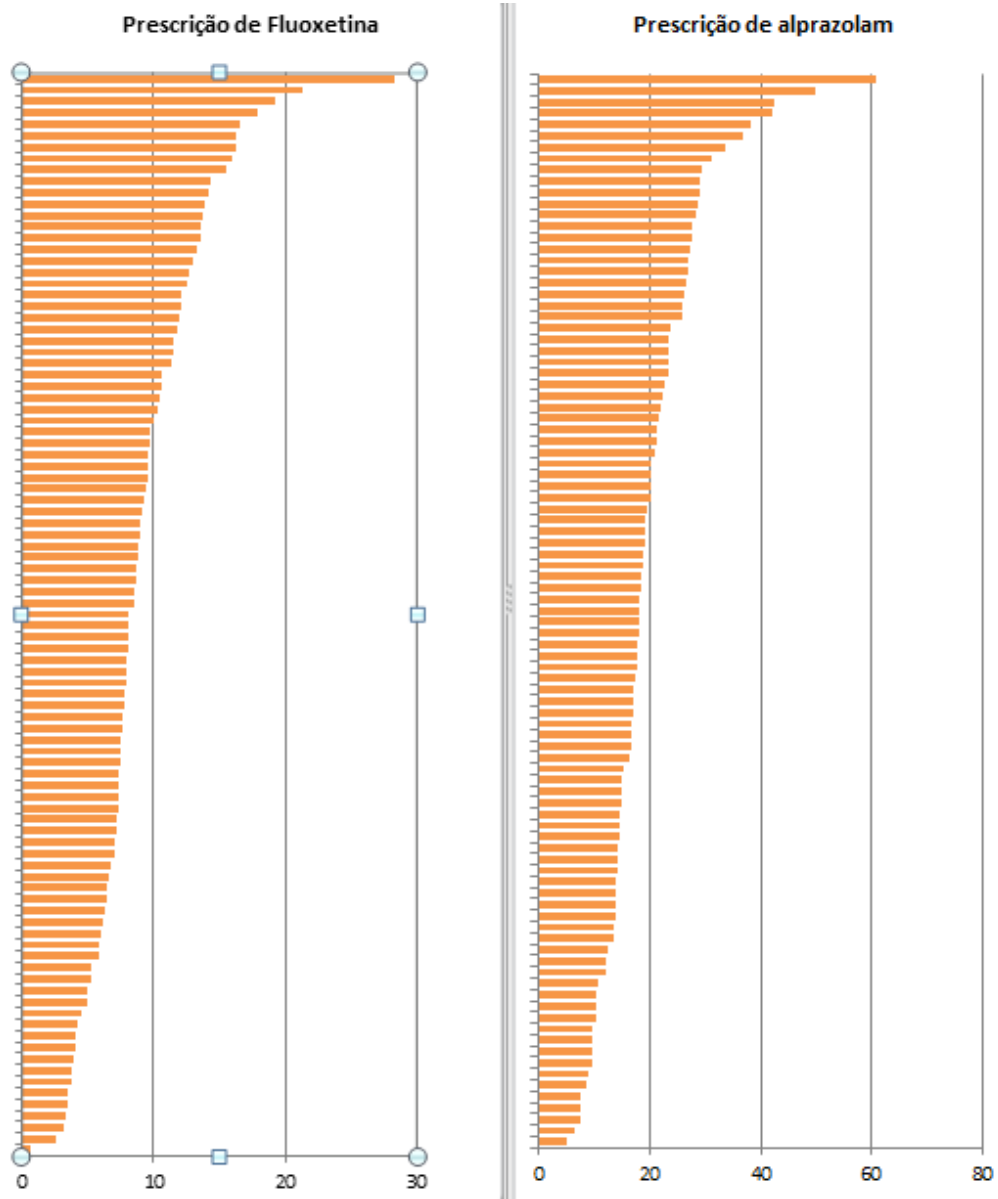




Figura 2

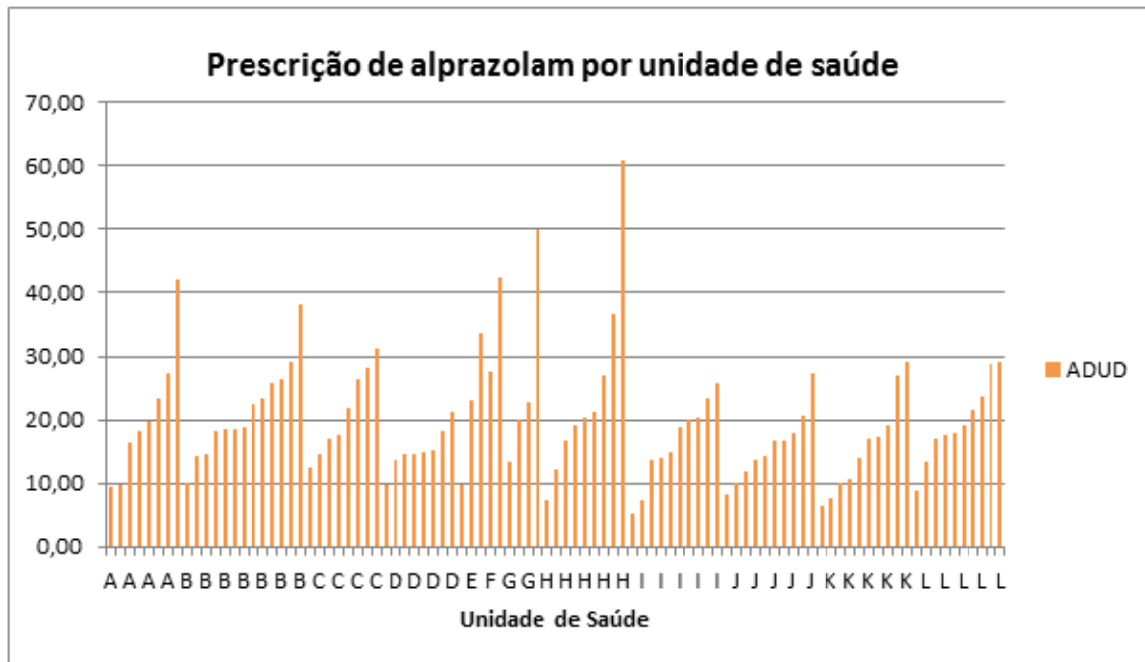


Tabela 11

		Frequência	Média	DP	Mín	Mediana	Máx
Alprazolam	Nº DDD	1147049	12074	5545	2990	11255	32925
	DUD		19,74	9,29	5,12	18,16	60,83
	Nº comprimidos	1751260	18434	7816	4800	17240	13040
	Nº embalagens	31228	329	138	84	312	832
	% embalagens de 60 comprimidos		82,52	10,13	57,47	82,16	100
	Custo PVP €	191349,36	2014,2	881,79	416,98	1884,37	5193,28
	PVP/DDD €		0,17	0,02	0,12	0,17	0,22
	PVP/utente		1,2	0,54	0,28	1,13	3,5
	Custo SNS €	68643,13	722,56	339,48	196,56	658,61	2050,94

Os custos médios por DDD não parecem variar muito (M=0,17€, DP=0,02€), mas o preço do tratamento diário pode quase atingir o dobro (Mín=0,12, Máx=0,22), dependendo das preferências de prescrição do médico/utente. Uma assimetria ainda mais marcada vê-se no preço por utente (M=1,2, DP=0,54), cujo valor máximo é cerca de 3 vezes superior à média e 12 vezes superior ao mínimo.

## Características da Prescrição de Fluoxetina

A fluoxetina é prescrita em cápsulas com a dose de 20mg.

Como só é prescrita para tratamentos de longa duração, a maioria das embalagens prescritas tem entre 50 a 60 comprimidos, não tendo sido objectivada a proporção de embalagens prescritas por tamanho.

A DUD média de fluoxetina prescrita foi de 9,18 DDD/1000utentes/dia (DP=4,39) (tabela 12). Verificam-se também grandes amplitudes de prescrição, com o maior prescriptor situado 3 vezes acima da média e 40 vezes acima do menor prescriptor. As DUD prescritas por cada médico estão representadas na figura 1. Ao agrupar os prescritores por unidade de saúde (figura 3), volta-se a verificar uma variabilidade na prescrição intra-unidade.

Tabela 12

	Frequência	Média	DP	Mediana	Min	Máx	
Fluoxetina	Nº DDD	537372	5657	2831	5020	416	16216
	Nº DDD não genéricos	141458	1489	1381	1080	0	8556
	% DDD não genéricos		<b>27,2</b>	<b>16,9</b>	23,9	0	76,2
	DUD		<b>9,18</b>	<b>4,39</b>	8,15	0,71	28,37
	Nº embalagens	9322	98	49	87	7	285
	Custo PVP €	182381,5	1919,81	948,21	1705,6	153,49	5437,01
	Custo PVP não genérico €	59324,04	624,46	542,49	452,04	0	3156,3
	% custo PVP não genérico		<b>32,61</b>	<b>18,21</b>	29,43	0	77,75
	PVP/DDD €		0,34	0,02	0,34	0,28	0,42
	PVP/utente		1,14	0,54	1,06	0,1	3,47
	Custo SNS €	111807,38	1176,92	609,84	1065,69	96,5	3451,95



## Análise da prescrição em função das características dos prescritores

Tabela 13

	Género				KW	p
	Masculino		Feminino			
	n= 27		n= 68			
	Média	DP	Média	DP		
ADDD	12402	5155	11945	5725	0,509	0,475
FDDD	6172	2888	5452	2804	1,363	0,243
ADUD	19,33	7,81	19,9	9,86	0,000	0,961
FDUD	9,48	3,81	9,06	4,62	0,492	0,483
Idade	53,6	6	53,3	6,4	0,133	0,715
Nº utentes	1761	198	1653	137	5,206	<b>0,023</b>
Nº unidades ponderadas	2246	248	2082	174	7,894	<b>0,005</b>
Nº utentes (mulheres ≥ 15 anos)	833	114	776	66	3,649	0,056
Nº utentes (≥ 65 anos)	345	56	301	57	9,653	<b>0,002</b>

Os médicos têm significativamente mais utentes, unidades ponderadas e utentes idosos do que as médicas, o que poderia interferir na prescrição. No entanto, não prescrevem alprazolam e fluoxetina significativamente mais do que as médicas. (tabela 13)

Tabela 14

	Tipo de Unidade				KW	p
	USF		UCSP			
	n= 29		n= 66			
	Média	DP	Média	DP		
ADDD	<b>12813</b>	4763	<b>11750</b>	5861	1,651	0,199
FDDD	<b>6203</b>	2715	<b>5417</b>	2868	2,408	0,121
ADUD	19,13	6,65	20	10,27	0,002	0,961
FDUD	9,24	3,75	9,15	4,67	0,329	0,566
Idade	49,7	8,3	55	4,3	13,956	<b>0,000</b>
Nº utentes	1825	155	1621	123	31,280	<b>&lt;0,001</b>
Nº unidades ponderadas	2308	198	2050	162	31,050	<b>&lt;0,001</b>
Nº utentes (mulheres ≥ 15 anos)	869	92	759	57	30,335	<b>&lt;0,001</b>
Nº utentes (≥ 65 anos)	342	59	302	56	8,775	<b>0,003</b>

As USFs são compostas por médicos de família significativamente mais novos. (tabela 14)

As USFs têm mais utentes, unidades ponderadas, utentes do sexo feminino e utentes idosos.

No entanto, as USFs não têm uma prescrição significativamente diferente das UCSPs nem de alprazolam nem de fluoxetina.

Tabela 15

		$r^2$	Coeficiente	p
ADDD	Idade	0,010	-94,789	0,302
	Nº utentes	0,020	4,223	0,231
	Nº unidades ponderadas	0,020	3,550	0,194
	Nº utentes (mulheres $\geq$ 15 anos)	0,020	8,824	0,187
	Nº utentes ( $\geq$ 65 anos)	0,010	8,092	0,400

O nº de DDD de alprazolam prescritas não se relaciona significativamente nem com a idade dos prescritores nem com a composição da unidade de saúde (nº total de utentes inscritos, nº de unidades ponderadas, nº de utentes do sexo feminino e nº de idosos) (tabela 15).

Tabela 16

		$r^2$	Coeficiente	p
FDDD	Idade	0,060	-111,755	<b>0,016</b>
	Nº utentes	0,080	4,813	<b>0,007</b>
	Nº unidades ponderadas	0,080	3,790	<b>0,006</b>
	Nº utentes (mulheres $\geq$ 15 anos)	0,080	9,587	<b>0,004</b>
	Nº utentes ( $\geq$ 65 anos)	0,030	7,806	0,110

O nº de DDD de fluoxetina prescritas tem uma relação fraca com a idade dos prescritores, o nº de utentes, o nº de unidades ponderadas e o nº de utentes do sexo feminino. Não se relaciona com o nº de utentes idosos dos prescritores (tabela 16).

Tabela 17

		$r^2$	Coeficiente	p
ADUD	Idade	0,010	0,132	0,759
	Nº utentes	0,010	-0,006	0,330
	Nº unidades ponderadas	0,010	-0,003	0,448
	Nº utentes (mulheres $\geq$ 15 anos)	0,000	-0,007	0,532
	Nº utentes ( $\geq$ 65 anos)	0,000	-0,001	0,958

As DUD de alprazolam prescritas não se relacionam significativamente nem com a idade dos prescritores nem com a composição da unidade de saúde (nº total de utentes inscritos, nº de unidades ponderadas, nº de utentes do sexo feminino e nº de idosos).

Tabela 18

		r <sup>2</sup>	Coefficiente	p
FDUD	Idade	0,050	-0,154	<b>0,033</b>
	Nº utentes	0,000	0,002	0,546
	Nº unidades ponderadas	0,010	0,002	0,475
	Nº utentes (mulheres ≥ 15 anos)	0,010	0,005	0,372
	Nº utentes (≥ 65 anos)	0,000	0,005	0,538

As DUD de fluoxetina prescritas têm uma relação fraca com a idade dos prescritores. Não têm relação com o nº de utentes, o nº de unidades ponderadas, o nº de utentes do sexo feminino nem o nº de utentes idosos (tabela 18).

### *Análise da prescrição em função das características das unidades de saúde*

Tabela 19

		r <sup>2</sup>	r	p
ADDD	Nº utentes	0,330	-0,256	0,052
	Nº Unidades ponderadas	0,340	-0,205	0,051
	Nº diabéticos	0,230	-4,292	0,121
	Nº utentes com DMD	0,280	-2,633	0,079
	Nº utentes (mulheres ≥ 15 anos)	0,320	-0,533	0,056
	Nº isenção TM	0,230	-1,399	0,117
	<b>Nº utentes (≥ 65 anos)</b>	<b>0,340</b>	<b>-1,473</b>	<b>0,048</b>
	Nº utentes sem médico	0,110	0,369	0,306
	Nº utilizadores	0,210	-0,374	0,141

O nº de DDD de alprazolam prescrito tem uma relação significativa com o nº de utentes idosos inscritos na unidade de saúde ( $r^2=0,34$ ,  $r=-1,473$ ). Não se relaciona significativamente com os restantes potenciais preditores descritos na tabela 19.

Tabela 20

		$r^2$	Coeficiente	p
ADUD	NutenU	0,320	0,000	0,059
	NUP	0,320	0,000	0,058
	Ndiab	0,230	-0,008	0,122
	NDMD	0,290	-0,005	0,074
	NFU	0,320	-0,001	0,059
	NITM	0,190	-0,002	0,165
	NIU	0,330	-0,003	0,053
	NsemM	0,020	0,000	0,646
	<b>NumMed</b>	<b>0,460</b>	<b>-1,170</b>	<b>0,016</b>
	Nutil	0,270	-0,001	0,089

As DUD de alprazolam prescritas registam também uma relação significativa com o nº de médicos por unidade ( $r^2=0,46$ ,  $r=-1,170$ ). Não se relacionam significativamente com as restantes variáveis descritas na tabela 20.

# Discussão

---

Neste estudo de prescrição de psicofármacos nos cuidados de saúde primários, numa área urbana de Portugal, encontrou-se grande variabilidade nas taxas de prescrição de alprazolam e fluoxetina, entre os médicos de família e entre unidades de saúde. Tentativas para explicar os padrões de prescrição utilizando características dos médicos ou factores estruturais da unidade de saúde não obtiveram resultados estatisticamente significativos. Deverão existir outros factores que possam explicar a variabilidade da prescrição.

A DUD média de alprazolam prescrita no ACeSPO em 2009 (19,74 DDD/1000utentes/dia) é comparável à DDD/1000habitantes/dia (DID) dispensada a nível nacional em 2001 (20,52), apesar dos diferentes denominadores populacionais. Consequentemente, a metodologia de utilização do SIARS© definida por este estudo para a obtenção das DUD parece adequada.

Esta DUD média é de questionável adequação clínica. Por um lado, porque Portugal é considerado o 4º maior prescritor mundial de benzodiazepinas (99,79 DID) pelo International Narcotics Control Board (INCB), estando desde 2004 alertado para rever o sistema de controlo de distribuição bem como as práticas de prescrição de benzodiazepinas. (8) Por outro, porque neste estudo se comprova que a prescrição de embalagens de 60 comprimidos é a regra e não a excepção, o que contradiz os pressupostos de utilização destes fármacos por curtos períodos de tempo (17-20). Para agravar o problema, muitas das prescrições de embalagens de 40 comprimidos de alprazolam (todas excepto de dois laboratórios: Labesfal® e Jaba®) efectuadas através do SAM correspondem a produtos ainda não disponíveis no mercado, já que este sistema permite a prescrição de produtos que só têm Autorização de Introdução no Mercado. Isto permite que na farmácia ocorra a troca legal destas embalagens por embalagens de 60 comprimidos.

Não foram encontrados estudos portugueses publicados relativamente às DDD de fluoxetina prescritas/dispensadas. Dos dados internacionais disponíveis, destaca-se um estudo australiano de 2005, que reporta 6,08 DID de fluoxetina dispensadas, de um total de 51.50 DID de antidepressivos prescritos (2). Num estudo espanhol de 2004, foram dispensadas 6,88 DID de fluoxetina e 43,5 DID de antidepressivos (22).

Uma DUD média de fluoxetina prescrita de 9,18 DDD/1000utentes/dia pode ser interpretada, com algumas reservas, como correspondente ao tratamento de 0,918% de utentes, se a dose diária for estabelecida como padrão (9, 16). Através das tabelas 8 e 9 podemos estimar que a fluoxetina corresponde a cerca de 20% do total de embalagens de antidepressivos prescritos em



2009 no ACeSPO. Sem dados de prevalência portugueses disponíveis, assumindo a prevalência de depressão descrita para a Europa de 5%, é possível que este valor possa ser adequado. No entanto, é importante frisar que os dados de prescrição são superiores aos dados de facturação (por motivos de não adesão à terapêutica, sistema de medicação prolongada em vigor) pelo que o número de doentes efectivamente tratado com fluoxetina será menor.

A prescrição de alprazolam e de fluoxetina não esteve significativamente relacionada com nenhuma das características dos profissionais e das listas de utentes testadas, com excepção do nº de DDD de fluoxetina (que apresenta relação significativa com a idade dos prescritores, nº de utentes, nº de unidades ponderadas e utentes do sexo feminino) e de DUD de fluoxetina (que apresenta relação significativa com a idade dos prescritores) (tabelas 16 e 18).

A prescrição de alprazolam, quando relacionada com as características de cada unidade de saúde, revela ainda relações significativas com o nº de utentes idosos (associada às DDD) e ao nº de médicos da unidade (associada às DUD). No entanto, esta relação é a contrária à esperada: menos médicos e menos idosos por unidade condicionam maior prescrição de alprazolam (tabelas 19 e 20).

Estas variáveis populacionais parecem insuficientes para justificar a diversidade intra-unidade de prescrição de alprazolam e fluoxetina, o que salienta a importância da caracterização de variáveis intrínsecas aos valores, crenças, atitudes, experiência, conhecimento e aprendizagem dos médicos em estudos posteriores, talvez com um formato inicial qualitativo. (11)

Uma limitação deste estudo consiste na não avaliação de outros motivos que possam diminuir a prescrição médica (doença prolongada, licença de maternidade), podendo a DUD média prescrita de alprazolam e fluoxetina estar subestimada.

O uso ainda limitado do SAM como fonte de informação estatística (módulo estatístico deste em funcionamento só em poucas unidades do país), atribui actualmente ao SIARS© uma responsabilidade acrescida no acesso à informação por parte dos profissionais. Responsabilidades clínicas como a gestão da consulta e a definição de prioridades na actualização do conhecimento médico, podem ser significativamente auxiliadas por esta ferramenta. O SIARS© é a única ferramenta disponível capaz de produzir informação a nível do prescritor.

Os estudos farmacoepidemiológicos estão a adquirir cada vez maior dimensão e importância em vários países, consequência da evolução e integração de bases de dados. O potencial do SIARS© para caracterizar, compreender e fundamentar intervenções sobre a prescrição médica deve continuar a ser explorado e melhorado. Uma importante limitação para a realização deste estudo foi a necessidade de introdução manual do nº de DDD correspondente a cada nome comercial da

substância activa, já que Portugal é o país da União Europeia com a maior razão nº substâncias activas/nº nomes comerciais (11,67; Mín=2,68). O projecto EURO-MED-STAT propôs um conjunto mínimo de informação que deveria caracterizar cada embalagem de medicamento, no sentido de aumentar a comparabilidade de informação, que inclui o nº de DDD de cada embalagem. De futuro, é pertinente continuar a trabalhar os dados recolhidos para expandir esta análise às restantes substâncias activas das classes mais prescritas, o que poderá enriquecer a discussão da adequação da prescrição. Por exemplo, é considerado sinal de prescrição desadequada o uso de muitas benzodiazepinas diferentes para justificar 90% das DDD prescritas. (16) Neste estudo esta medida adaptada de modo grosseiro (baseada no nº de comprimidos prescritos e não no nº de DDD), permite concluir que são necessárias 8 benzodiazepinas diferentes para justificar a prescrição de 80% dos comprimidos.

A secção sobre “Política do Medicamento” do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2012 (documento de Novembro de 2010, ainda em discussão pública), destaca a “necessidade premente” de aumentar a investigação sobre utilização de medicamentos em Portugal, a nível dos seus vários actores: indústria farmacêutica, farmácias de oficina, médicos e enfermeiros, sistema público e privado e utentes.

A disponibilização aos médicos dos resultados deste estudo poderá ser um elemento-chave a utilizar pelo ACeSPO na sensibilização para esta problemática, inclusivé proporcionando fundamentos para a realização de uma intervenção local direccionada. Vários formatos de intervenção têm sido testados com o intuito de reverter a toma crónica de benzodiazepinas a que muitos utentes se habituaram, mas que acarreta, sobretudo nos idosos, maior risco de interacções medicamentosas, quedas e consequentemente de fracturas do cólo do fémur e disfunção psicomotora (9,16,19,20). O próprio PNS 2011-16 emite recomendações sobre que estratégias de intervenção sobre a prescrição têm maior eficácia evidenciada na literatura.

# Conclusão

---

Este estudo encontrou variações amplas na prescrição de psicofármacos numa grande área urbana portuguesa. Contudo, não foram encontradas associações entre os padrões de prescrição e as características demográficas dos médicos ou as características estruturais das unidades de saúde.

A prescrição de psicofármacos representa cerca de 14,3% do nº total de embalagens de fármacos prescritos em 2009 no ACeSPO. (tabela 2)

Entre 2006 e 2009, a prescrição de psicofármacos não parece ter aumentado. (tabela 2)

Dos grupos de psicofármacos mais prescritos, relativamente ao nº de embalagens, AD (21%) e ASH (74%), as classes mais prescritas são, respectivamente, ISRS (cerca de 60% ) e benzodiazepinas (cerca de 90%) (tabelas 5, 6 e 8). Os fármacos mais prescritos destas, em nº de comprimidos, são o alprazolam (26,5%) e a fluoxetina (33,6%). (tabelas 7 e 9).

São necessárias 8 benzodiazepinas diferentes para justificar a prescrição de 90% dos comprimidos da classe. Destas, as 4 benzodiazepinas mais prescritas são, por ordem decrescente: o alprazolam, o lorazepam, o bromazepam e o diazepam. São necessários 4 ISRS diferentes para justificar 90% dos comprimidos prescritos nesta classe (fluoxetina, sertralina, escitalopram e paroxetina ). (tabelas 7 e 9).

Foram prescritas 19,74 DDD/1000utentes/dia de alprazolam e 9,18 DDD/1000utentes/dia de fluoxetina. Verificam-se grandes amplitudes de prescrição, com o maior prescriptor situado 3 vezes acima da DDD média. (tabelas 11 e 12)

Todos os prescritores analisados prescrevem predominantemente embalagens de 60 comprimidos (Mín=57,47%), sendo que alguns médicos só prescrevem este tamanho de embalagem (Máx=100%). (tabela 11)

O custo por DDD de alprazolam e fluoxetina não parece variar muito, mas dependendo da preferência prescritional, o custo médio por utente pode triplicar. (tabelas 11 e 12)

A prescrição de alprazolam esteve significativamente relacionada com algumas características predictoras (nº médicos por unidade e nº de idosos por unidade). No caso da fluoxetina não se verificam associações relevantes. (tabelas 19 e 20)

Estes resultados podem ajudar a identificar prescritores nos extremos da prescrição. Contudo, estudos qualitativos ao nível dos prescritores e das unidades de saúde são necessários para obter uma compreensão mais completa dos padrões de prescrição.

# Referências Bibliográficas

---

- (1) Linden M, Lecrubier Y, Bellantuono C et al (1999). The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *Journal Clinical Psychopharmacology*, 19:132–40.
- (2) Smith AJ, Sketris I, Cooke C, et al (2008). A comparison of antidepressant use in Nova Scotia, Canada and Australia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 17(7):697–706.
- (3) Smith A, Sketris I, Cooke C, et al (2008). A comparison of benzodiazepines and related drug use in Nova Scotia, Canada and Australia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53:545-52.
- (4) Kaduševičius E, Mikučionytė E, Mačiulaitis R, Milvidaitė I, Sveikata A (2006). Trends in the consumption of antidepressant drugs in Lithuania in 2002–2004. *Medicina (Kaunas)* 42(12).
- (5) Jiron M, Machado M, Ruiz I. (2008) Consumo de antidepressivos en Chile entre 1992 y 2004. *Rev. méd. Chile*, 136 (9):1147-1154.
- (6) Sartorius N, Baghai TC, Baldwin DS et al (2007). Antidepressant medications and other treatments of depressive disorders: a CINP Task Force report based on a review of evidence. *Int J Neuropsychopharmacology*, 10 Suppl 1: S1-207.
- (7) Furtado C e Teixeira I (2006.) Utilização de benzodiazepinas em Portugal continental (1999–2003). *Acta Med Port*, 19:239–246.
- (8) International Narcotic Control Board: Report of the INCB for 2004. Disponível em: [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 15/12/2010)
- (9) António A e Remísio E (2002). Evolução do consumo de benzodiazepinas em Portugal de 1995 a 2001. Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde, INFARMED.
- (10) Ribeiro M, Monteiro C e Oliveira R (2009). Benzodiazepines's Utilization and Forecast in Portugal Mainland. Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde, INFARMED. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/>
- (11) Vaz A, Pinto C, Lourenço A et al (2010). Política do medicamento, dispositivos médicos e avaliação de tecnologias em saúde. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/06/PM.pdf> (acedido a 12/12/2010)
- (12) de Vries CS, Tromp ThFJ, Blijleven W, de Jong-van den Berg LTW. (1998) Prescription data as a tool in pharmacotherapy audit. *Pharm World Sci*, 21:80-4
- (13) EURO-MED-STAT – The Library of European Union Pharmaceutical Indicators: Expenditure and Utilisation Indicators. Final version, March 2004. Disponível em: <http://www.euromedstat.cnr.it/indicators/indicators.asp> (acedido em 5/12/2010)

- (14) Falcão I, Monsanto A, Nunes B, Marau J e Falcão J (2005). Prescrição de psicofármacos em Medicina Geral e Familiar: um estudo na Rede de Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral*, 23:17-30.
- (15) EURO-MED-STAT – The Library of European Union Pharmaceutical Indicators: Price Indicators. Final version, March 2004. Disponível em:  
<http://www.euromedstat.cnr.it/indicators/indicators.asp>(acedido em 6/12/2010)
- (16) World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology: Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index including defined daily doses (DDD) for plain substances (2004). Disponível em: <http://www.whocc.no/atcddd/> (acedido em 5/11/2010)
- (17) Programme on Substance Abuse: Rational use of benzodiazepines. (1996) World Health Organization. Disponível em:(acedido em 2/12/2010)
- (18) Longo LP e Johnson B (2000). Addiction: Part I Benzodiazepines-side effects, abuse risk and alternatives. *American Family Physician*, 61(7):2121–2128.
- (19) Longo LP, Johnson B. Addiction: Part II Long-Term Use and Withdrawal (2010). *Continuing Medical Education*. Disponível online em:  
<https://www.cmellc.com/landing/pdf/A10001081.pdf> (acedido em 12/12/2010)
- (20) Nelson J e Chouinard G (1999). Guidelines for the clinical use of benzodiazepines: pharmacokinetics, dependency, rebound and withdrawal. *Canadian Society for Clinical Pharmacology*. *Can J Clin Pharmacol*, 6:69–83.
- (21) Orzella, L, Chini, F, Rossi, P e Borgia, P (2010). Physician and patient characteristics associated with prescriptions and cost of drugs in the Lazio region of Italy. *Health Policy*, 95:236-24.
- (22) Ubeda A, Cardo E, Sellés N et al (2007). Antidepressant utilization in primary care in a Spanish region: Impact of generic and reference-based pricing policy (2000-2004). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3):181–188.

# Anexo I

Tabela 1

Sobre os prescritores				
Nº	Nome	Código	Tipo	Nível a que está disponível
11	Código unidade de saúde	US	Qualitativa nominal	Unidade de Saúde
12	Tipo unidade de saúde	TUS	Qualitativa nominal	Unidade de Saúde
13	Nº médicos	Nmed	Quantitativa discreta	Unidade de Saúde
14	Código médico	Med	Qualitativa nominal	Médico
15	Idade	Idade	Quantitativa discreta	Médico
16	Género	Gen	Qualitativa nominal	Médico
17	Nº utentes inscritos	NUU	Quantitativa discreta	Unidade de Saúde
18	Nº utentes inscritos	NUM	Quantitativa discreta	Médico
19	Nº unidades ponderadas	NUPU	Quantitativa discreta	Unidade de Saúde
20	Nº unidades ponderadas	NUPM	Quantitativa discreta	Médico
21	Nº utentes (mulheres ≥ 15 anos)	NFU	Quantitativa discreta	Unidade de Saúde
22	Nº utentes (mulheres ≥ 15 anos)	NFM	Quantitativa discreta	Médico
23	Nº utentes (≥ 65 anos)	NIU	Quantitativa discreta	Unidade de Saúde
24	Nº utentes (≥ 65 anos)	NIM	Quantitativa discreta	Médico
25	Nº diabéticos com guia de diabético	ND	Quantitativa discreta	Unidade de Saúde
26	Nº utentes com declaração médica definitiva	NDDM	Quantitativa discreta	Unidade de Saúde
27	Nº utentes sem médico de família	NSM	Quantitativa discreta	Unidade de Saúde
28	Nº utentes utilizadores	Nut	Quantitativa contínua	Unidade de Saúde
29	Nº utentes isentos de taxa moderadora por motivos económicos	ITM	Quantitativa discreta	Unidade de Saúde
Sobre a prescrição				
Nº	Nome	Código	Tipo	Nível a que está disponível
1	Nº embalagens	N embal	Quantitativa discreta	Todos os níveis
2	Nº comprimidos	N comp	Quantitativa discreta	Psicofármacos
3	Nº DDD	N DDD	Quantitativa discreta	Alprazolam e Fluoxetina
4	Nº DDD/1000utentes/dia	DUD	Quantitativa contínua	Alprazolam e Fluoxetina
5	Percentagem emb. 60 comprimidos	P60	Quantitativa contínua	Alprazolam
6	Percentagem DDD fluoxetina NG	PCDDDNG	Quantitativa contínua	Fluoxetina
7	Custo PVP	PVP	Quantitativa contínua	Todos os níveis
8	Custo PVP/DDD	PVPpDDD	Quantitativa contínua	Alprazolam e Fluoxetina
9	Custo PVP/utente	PVPpU	Quantitativa contínua	Todos os níveis
10	Custo SNS	SNS	Quantitativa contínua	Todos os níveis

Tabela 2

Unidade de Saúde	Nº médicos	Nº utentes	Média	DP	Min	Mediana	Máx
Unidade A	8	12852	1606	82	1559	1563	1768
Unidade B	13	21029	1617	104	1550	1569	1931
Unidade C	8	13890	1736	113	1486	1777	1815
Unidade D	8	13891	1736	49	1656	1747	1795
Unidade E	3	5172	1724	22	1710	1713	1749
Unidade F	2	2960	1480	17	1468	1480	1492
Unidade G	4	6298	1574	32	1534	1580	1603
Unidade H	9	14345	1594	58	1483	1584	1667
Unidade I	10	15552	1555	182	1102	1588	1791
Unidade J	10	16806	1681	121	1497	1675	1853
Unidade K	10	17175	1717	113	1513	1785	1879
Unidade L	10	19982	1998	110	1727	2007	2167