



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

KARINNA MOURA BOAVIAGEM

**ANÁLISE DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA DO USO E DO ACESSO A
MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS NO BRASIL**

Recife
2020

KARINNA MOURA BOAVIAGEM

**ANÁLISE DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA DO USO E DO ACESSO A
MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Área de concentração: Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo Bezerra Nogueira

Recife
2020

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Maria Betânia de Santana da Silva, CRB4-1747

B662a	Boaviagem, Karinna Moura Análise demográfica e socioeconômica do uso e do acesso a medicamentos antidepressivos no Brasil / Karinna Moura Boaviagem. – 2020. 56 folhas: il. 30 cm. Orientador: Prof. Dr. José Ricardo Bezerra Nogueira. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2020. Inclui referências. 1. Antidepressivos. 2. Medicamentos - Utilização. 3. Medicamentos – Abuso – Aspectos sociais. I. Nogueira, José Ricardo Bezerra (Orientador). II. Título. CDD 615.6 (22. ed.)	UFPE (CSA 2020 – 040)
-------	--	-----------------------

KARINNA MOURA BOAVIAGEM

**ANÁLISE DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA DO USO E DO ACESSO A
MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Adriana Falângola Benjamin Bezerra (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Francisca Sueli Monte Moreira (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Rozane Bezerra de Siqueira (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

À minha família, minha fortaleza.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir perseguir meus objetivos e iluminar sempre o meu caminho;

À minha família por ter sempre me proporcionado toda uma estrutura sólida e equilibrada, incentivar-me e por me permitir fazer minhas escolhas;

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Ricardo Nogueira, pelo privilégio de seus ensinamentos, pela paciência e por me inspirar;

Ao Pedro, por me incentivar constantemente, me entender e apoiar nos momentos mais difíceis;

Ao meu amigo Maurilúcio Filho por toda uma linda história de amizade desde os corredores do departamento de Farmácia da UFPE;

Ao meu amigo Filipe Carrilho por toda inspiração e filosofia compartilhada entre as aulas e os cafés no CCSA;

À minha amiga Sueli Monte, que o destino farmacêutico tratou de nos unir, a qual me ajudou de diversas formas;

Aos meus amigos Cecília Leal, Albérico Duarte, Ana Karla Silva e Cristóvão Rodrigues pela compreensão e suporte na GGAF durante todo o mestrado;

Aos queridos colegas que o Mestrado me presenteou;

Ao Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde;

E, finalmente, à Universidade Federal de Pernambuco, instituição que carrego em meu coração desde os meus anos bem vividos no Colégio de Aplicação, toda minha gratidão.

RESUMO

Os transtornos depressivos além de provocarem impactos negativos diretos na saúde, também são responsáveis por impor fardos substanciais à sociedade, inclusive econômicos. No Brasil, a depressão foi considerada uma das doenças crônicas mais frequentes, atingindo 7,6% da população. Em relação ao tratamento da depressão, os antidepressivos têm se mostrado eficazes. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o acesso a medicamentos psicotrópicos para pessoas com doenças mentais oferece a chance de melhoria na saúde e a oportunidade de reengajamento na sociedade. No Brasil, embora o acesso a medicamentos seja considerado alto, desigualdades socioeconômicas ainda são observadas. Tendo essas questões em vista, o objetivo do presente trabalho é analisar o uso e o acesso a antidepressivos no Brasil, segundo as macrorregiões, as condições demográficas, sociais e econômicas e a percepção da saúde. Esse objetivo foi alcançado por meio da análise dos microdados reportados na Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (Pnaum 2013/2014), que, por sua vez, avaliou a utilização e o acesso a medicamentos pela população brasileira residente na zona urbana. A presente pesquisa é um estudo observacional, de corte transversal, descritivo, analítico, de base populacional e com abordagem quantitativa. Foram consideradas como variáveis independentes: sexo, idade, região do Brasil, classificação econômica, situação conjugal, raça, escolaridade e plano de saúde. Para a análise da percepção da saúde foram consideradas a limitação causada pela depressão e a percepção da autoavaliação da saúde. O processamento computacional realizou-se por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), sendo o estudo dividido em duas etapas: uma de análise descritiva e outra de análise estatística. Regressões logísticas (univariada e multivariada) foram utilizadas para investigar os fatores associados ao uso e ao acesso de antidepressivos, utilizando, como medida de associação, a razão de chances (*odds ratio*). Os resultados demonstraram que há uma alta prevalência de uso de antidepressivos nos indivíduos portadores de depressão no Brasil. O perfil de uso desses medicamentos foi idêntico ao perfil de acesso por meio da farmácia pública do SUS: indivíduos do sexo feminino, entre 20 e 59 anos, brancos, da Região Sudeste, da classe econômica D/E, com nível médio de escolaridade, em uma situação conjugal, sem cobertura de plano de saúde, sem limitações derivadas da depressão e que autoavaliaram a saúde como regular. A idade demonstrou associação positiva tanto para o uso quanto para o acesso a antidepressivos. Além disso, os outros fatores demográficos e socioeconômicos que mais se associaram ao uso dos antidepressivos foram o sexo e a região do Brasil. Em relação ao acesso, o plano de saúde e a classificação econômica demonstraram uma forte associação. Considerando a alta prevalência de depressão e a sua contribuição para a carga global de doenças, estudos que tratam dessa temática são de extrema valia. A partir do conhecimento das necessidades da população em cuidado, podem-se traçar políticas públicas estratégicas visando derrubar as barreiras de acesso aos antidepressivos e priorizar o uso racional desses medicamentos garantindo a atenção integral ao usuário.

Palavras-chave: Antidepressivos. Uso de medicamentos. Acesso a medicamentos. Fatores socioeconômicos.

ABSTRACT

Depressive disorders, in addition to causing direct negative impacts on health, are also responsible for imposing substantial burdens on society, including economic ones. In Brazil, depression was considered one of the most frequent chronic diseases, affecting 7.6% of the population. Regarding the treatment of depression, antidepressants have been shown to be effective. According to the World Health Organization, access to psychotropic drugs for people with mental illness offers the chance for improved health and the opportunity for re-engagement in society. In Brazil, although access to medicines is considered high, socioeconomic inequalities are still observed. The objective of the present study is to analyze the use and access to antidepressants in Brazil, according to the macro-regions, the demographic, social and economic conditions and the perception of health. This objective was achieved through the analysis of microdata reported in the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (Pnaum 2013/2014), which in turn assessed the use and access to medicines by the Brazilian resident population in the urban area. This research is an observational, cross-sectional, descriptive, analytical, population-based study with a quantitative approach. Independent variables were considered: sex, age, region of Brazil, economic classification, marital status, race, education and health insurance. For the analysis of the perception of health, the limitation caused by depression and the perception of self-rated health were considered. Computational processing was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) program, with the study divided into two stages: one for descriptive analysis and the other for statistical analysis. Logistic regressions (univariate and multivariate) were used to investigate the factors associated with the use and access of antidepressants, using the odds ratio as a measure of association. The results demonstrated that there is a high prevalence of antidepressant use in individuals with depression in Brazil. The profile of use of these drugs was identical to the profile of access through the SUS public pharmacy: female individuals, between 20 and 59 years old, white, from the Southeast Region, from the economic class D / E, with an average level of education, in a marital situation, without health insurance coverage, without limitations derived from depression and who self-rated health as regular. Age showed a positive association for both use and access to antidepressants. In addition, the other demographic and socioeconomic factors that were most associated with the use of antidepressants were sex and the region of Brazil. Regarding access, the health plan and the economic classification showed a strong association. Considering the high prevalence of depression and its contribution to the global burden of disease, studies that address this issue are extremely valuable. Based on the knowledge of the needs of the population in care, strategic public policies can be designed to break down barriers to access antidepressants and prioritize the rational use of these drugs, guaranteeing comprehensive care to the user.

Keywords: Antidepressants. Use of medicines. Access to medicines. Socioeconomic factors.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Frequências absolutas e relativas da população, segundo as condições demográficas e socioeconômicas. Pnaum, Brasil (2014)	30
Tabela 2	Frequências absolutas e relativas da população, segundo a percepção da saúde. Pnaum, Brasil (2014)	31
Tabela 3	Prevalências autorreferidas de depressão, indicação médica de tratamento farmacológico e uso de medicamentos antidepressivos. Pnaum, Brasil (2014)	32
Tabela 4	Prevalências de portadores de depressão em uso de medicamentos AD segundo características demográficas e socioeconômicas. Pnaum, Brasil (2014)	32
Tabela 5	Características de percepção da saúde. Pnaum, Brasil (2014)	34
Tabela 6	Acesso a AD por portadores de depressão em uso de medicamentos, segundo características demográficas e socioeconômicas. Pnaum, Brasil (2014)	35
Tabela 7	Totalidade do acesso a medicamentos por portadores de depressão em uso de medicamentos. Pnaum, Brasil (2014)	37
Tabela 8	Motivação por não ter usado os medicamentos antidepressivos, nos últimos 30 dias. Pnaum, Brasil (2014)	37
Tabela 9	Frequência de desabastecimento nas farmácias pública e privada. Pnaum, Brasil (2014)	37
Tabela 10	Cobertura de medicamentos pelo plano de saúde fora da internação. Pnaum, Brasil (2014)	37
Tabela 11	Análises univariada (OR não ajustada) e multivariada (OR ajustada) dos fatores demográficos e socioeconômicos associados ao uso de AD. Pnaum, Brasil (2014)	38
Tabela 12	Análises univariada (OR não ajustada) e multivariada (OR ajustada) dos fatores de percepção da saúde associados ao uso de AD. Pnaum, Brasil (2014)	40
Tabela 13	Análises univariada (OR não ajustada) e multivariada (OR ajustada) dos fatores demográficos e socioeconômicos associados ao acesso a AD por meio de farmácias públicas – SUS. Pnaum, Brasil (2014)	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Descrição das variáveis de interesse da Pnaum	25
Quadro 2	Descrição das variáveis de interesse recodificadas	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AD	Antidepressivos
AF	Assistência Farmacêutica
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
FPB	Farmácia Popular do Brasil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC 95%	Intervalo de Confiança Nível 95%
MS	Ministério da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Pnaum	Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
POF	Pesquisas de Orçamentos Familiares
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
YLD	<i>Years Lived with Disability</i>
WHS	<i>World Health Survey</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	DEPRESSÃO	17
3.2	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DEPRESSÃO	18
3.3	ACESSO A MEDICAMENTOS	19
3.4	POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS	20
4	MÉTODO	22
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	22
4.2	BASE DE DADOS	22
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	24
4.4	VARIÁVEIS ANALISADAS	24
4.4.1	Variáveis Independentes: características demográficas, socioeconômicas e de percepção da saúde	24
4.4.2	Variáveis dependentes: uso e acesso a medicamentos antidepressivos	25
4.5	ANÁLISE DE DADOS	25
5	RESULTADOS	30
5.1	ANÁLISE DESCRITIVA	30
5.1.1	População geral	30
5.1.2	População portadora de depressão	32
5.1.2.1	Características demográficas, socioeconômicas e de percepção da saúde em relação ao uso de medicamentos antidepressivos	32
5.2	ANÁLISE ESTATÍSTICA	38
5.2.1	Análise relacionada ao uso de medicamentos AD	38
5.2.2	Análise relacionada ao acesso a medicamentos AD por meio de farmácias públicas – SUS	41
6	DISCUSSÃO	44
6.1	USO DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS	44
6.2	ACESSO A MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS	48

7	CONCLUSÃO.....	51
	REFERÊNCIAS	52

1 INTRODUÇÃO

Segundo Marcelo Fleck et al. (2009, p. 8), estudos de prevalência mostram que a depressão é um transtorno frequente em diferentes países ocidentais, sendo que alguns desses trabalhos apontam para o fato de que a prevalência na população apresenta uma variação anual de 3 a 11%. Nesse sentido, verifica-se que

A depressão foi estimada como a quarta causa específica nos anos 90 de incapacitação através de uma escala global de comparação de várias doenças. A previsão para o ano 2020 é a de que será a segunda causa em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento (FLECK et al., 2009, p. 8).

No Brasil, a depressão foi considerada uma das doenças crônicas mais frequentes na população, com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, atingindo 7,6% da população (MALTA et al., 2015).

No que diz respeito ao tratamento, “existe uma evidência contundente na literatura de que os medicamentos antidepressivos são eficazes no tratamento da depressão aguda de moderada a grave, quer melhorando os sintomas [...] quer eliminando-os” (FLECK et al., 2009, p. 9). Um estudo publicado em 2013 nos Estados Unidos, que utiliza o Levantamento do Painel de Despesas Médicas (*Medical Expenditure Panel Survey*) para calcular percentagens da população adulta entre 18 e 85 anos em uso de psicotrópicos, demonstrou que 16,7% de 242 milhões de adultos nos EUA relataram uma ou mais prescrições de psicotrópicos em 2013. Dessas drogas, 12% eram medicamentos antidepressivos (MOORE; MATTISON, 2017).

No entanto, o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA Brasil) demonstrou que o “uso de antidepressivos e benzodiazepínicos foi menos frequente [no Brasil] do que em países de alta renda” (SCHMIDT et al., 2015, p. 73, tradução nossa). Nesse sentido, realizado em Minas Gerais, um estudo de base populacional, que tratou sobre envelhecimento e saúde, apontou uma prevalência de 8,4% do uso de antidepressivos (VICENTE et al., 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “o acesso a medicamentos psicotrópicos para pessoas com doenças mentais oferece a chance de melhoria na saúde e a oportunidade de reengajamento na sociedade” (WORLD HEALTH ORGANIZATION; CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION, 2017, p. 13).

Entretanto, “apesar dos avanços [...], a desigualdade e a discriminação no acesso a medicamentos essenciais continuam sendo o principal desafio de saúde pública de nossos tempos” (HOGERZEIL; MIRZA, 2011, p. 8). No Brasil, embora o acesso a medicamentos seja considerado alto, desigualdades socioeconômicas ainda são observadas no que diz respeito a esse acesso (BERTOLDI et al., 2009). Nesse contexto,

Estudos realizados na comunidade permitem que os pesquisadores entendam o acesso a medicamentos, a disponibilidade e as barreiras de uso a partir do ponto de vista do usuário e, assim, podem estimular o desenvolvimento de políticas adequadas de medicamentos (BERTOLDI et al., 2008, n.p, tradução nossa).

O acesso e o uso dos antidepressivos foram contemplados na *Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos* (Pnaum), que teve por objetivo avaliar a utilização de medicamentos pela população brasileira, com a caracterização das morbidades para as quais eles são utilizados, de indicadores de acesso e de racionalidade do uso de medicamentos. A pesquisa se caracterizou por ser desenvolvida como um inquérito transversal de base populacional, baseado em amostra probabilística e realizado entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014, com cobertura nacional dos domicílios de zona urbana (GADELHA et al., 2016).

Desta forma, por meio dos dados coletados na Pnaum, neste trabalho pretende-se verificar se há uma associação entre o uso e o acesso a medicamentos antidepressivos e as condições demográficas, socioeconômicas e de percepção de saúde no Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o uso e o acesso a medicamentos antidepressivos na população brasileira segundo as macrorregiões, as condições demográficas, sociais e econômicas e a percepção da saúde por meio dos microdados reportados na Pnaum.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o uso e o acesso a medicamentos antidepressivos na população brasileira;
- Verificar as características demográficas e socioeconômicas associadas ao uso e ao acesso a medicamentos antidepressivos na população brasileira;
- Verificar a percepção da saúde dos usuários de medicamentos antidepressivos na população brasileira;
- Analisar as associações existentes entre os fatores demográficos e socioeconômicos e o uso e o acesso a medicamentos antidepressivos na população brasileira.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DEPRESSÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS),

Depressão é uma condição caracterizada por episódios de humor reduzido, falta de energia e diminuição das atividades. As capacidades de diversão, de interesse e de concentração são reduzidas e é comum o cansaço acentuado, mesmo após um esforço mínimo. O sono geralmente é perturbado e o apetite diminui. A auto-estima e a autoconfiança quase sempre são reduzidas e, mesmo em caso de leve depressão, algumas ideias de culpa ou inutilidade estão frequentemente presentes. [...] Embora os sentimentos depressivos sejam comuns, especialmente após reveses na vida, o transtorno depressivo é diagnosticado apenas quando os sintomas atingem um limite e duram pelo menos duas semanas (WORLD HEALTH ORGANIZATION; CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION, 2017, p. 75, tradução nossa).

A depressão é uma doença comum em todo o mundo, com mais de 264 milhões de pessoas afetadas de acordo com *The Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2017* (GBD 2017) (JAMES et al., 2018). Nesse sentido, nota-se que

Os transtornos depressivos, incluindo o transtorno depressivo maior, a depressão subliminar e a distímia, são doenças complexas associadas à incapacitação e à qualidade de vida reduzida. Esses transtornos, além do impacto negativo na saúde, impõem substanciais fardos, tanto sociais quanto econômicos [...] (MACQUEEN et al., 2017, p. 12, tradução nossa).

Um estudo que utilizou dados da *World Health Survey* (WHS), conduzido pela OMS entre os anos de 2002 e 2003 em 70 países, demonstrou que, em mais da metade desses países, percentuais significativamente maiores de mulheres relataram diagnóstico de depressão (WAGNER et al., 2013). Tal como aponta Malta et al. (2015), a depressão foi considerada uma das doenças crônicas mais frequentes e atinge quase três vezes mais as mulheres do que os homens. Além disso, 11,8% dos indivíduos referiram incapacitação devido à doença (MALTA et al., 2015).

De fato, “os transtornos mentais são responsáveis por uma proporção significativa da carga global total de doenças e são a principal causa de *anos vividos com incapacidade* [YLDs – *years lived with disability*]” (WORLD HEALTH ORGANIZATION; CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION, 2017, p. 10). Os transtornos mentais prevaleceram, junto com a dor lombar e a cefaleia, como as principais causas de perda de saúde não fatal em quase três décadas. Entre 1990 e

2007, o número de YLDs atribuídos a transtornos depressivos aumentaram 33,4% e, assim, esses transtornos tornaram-se, em 2007, a terceira principal causa de YLDs para todas as idades. De 2007 a 2017, foi observado um aumento de 14,3% no número de YLDs atribuídos à depressão para todas as idades (JAMES et al., 2018).

Diante desse contexto, já em 2016, durante o evento *Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority*, o Banco Mundial e a OMS “ênfaticamente enfatizaram a necessidade de priorizar os investimentos em saúde mental nas agendas globais de políticas de saúde, com especial ênfase à depressão” (RAZZOUK, 2016, p. 845). O relatório derivado desse evento afirma que existem evidências de que “reformas do sistema de saúde em nível nacional, como as que ocorreram no Brasil, no Chile, na Itália e no Reino Unido, transformaram a vida de pessoas com transtornos mentais” (MNOOKIN, 2016, p. 10, tradução nossa).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) identificou que 7,6% da população acima de 18 anos receberam diagnóstico de depressão de um profissional de saúde mental. Isso representa 11,2 milhões de pessoas, para as quais se verifica maior prevalência na área urbana do que na rural. As Regiões Sul e Sudeste apresentaram os maiores percentuais de pessoas com depressão diagnosticada (12,6% e 8,4%, respectivamente), acima do percentual nacional (IBGE, 2014).

Também com base na PNS 2013, um estudo detectou uma relevante associação no Brasil entre a depressão e determinados comportamentos de saúde, em especial, o tabagismo e o sedentarismo (BARROS et al., 2017, p. 5s). Outro fator relevante é que “a depressão constitui uma das principais causas de absenteísmo e presenteísmo no ambiente laboral, sendo a terceira causa de afastamento do trabalho no Brasil” (RAZZOUK, 2016, p. 846).

3.2 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DEPRESSÃO

Embora existam várias modalidades para o tratamento de transtornos depressivos, a farmacoterapia permanece como a estratégia de tratamento de primeira linha mais comum (MACQUEEN et al., 2017).

Os benefícios relacionados ao tratamento da depressão “traduzem-se na melhora do estado clínico e da funcionalidade do indivíduo, em sua qualidade de vida e produtividade no trabalho, e na diminuição das externalidades” (RAZZOUK,

2016, p. 846) provocadas em diversos setores da sociedade. No entanto, segundo relatório emitido pelo Banco Mundial em conjunto com a OMS, “devido ao estigma e ao financiamento inadequado, os distúrbios [mentais, incluindo os transtornos depressivos,] não estão sendo tratados na maioria dos cuidados primários e nas comunidades”(MNOOKIN, 2016, p. 3, tradução nossa).

Por outro lado, existem implicações à saúde relacionadas ao uso de antidepressivos ao longo prazo, as quais podem ser substanciais. Isso porque eventos adversos derivados dos medicamentos podem potencialmente interferir nas atividades diárias dos idosos, aumentar o risco de limitações funcionais e reduzir a qualidade de vida (AN; LU, 2016).

3.3 ACESSO A MEDICAMENTOS

Nota-se que, na primeira década do século XXI, “o acesso a medicamentos essenciais foi reconhecido como parte do direito fundamental ao mais alto padrão atingível de saúde, em resumo: “*o direito à saúde*” (HOGERZEIL; MIRZA, 2011, p. 2, tradução nossa).

Apesar dessa concepção, um estudo, desenvolvido em 2009, constatou que, em 36 países de renda baixa e média, as instalações do setor público tinham medicamentos essenciais em estoque para apenas um terço do tempo, enquanto, no setor privado, a disponibilidade era de apenas dois terços do tempo (CAMERON et al., 2009). Já dados da *World Health Survey* (WHS), demonstram que, em todos os 70 países avaliados, menos da metade dos adultos diagnosticados com uma condição crônica relatou receber medicamentos ou outro tratamento nas últimas duas semanas que antecederam a aplicação do questionário da pesquisa (WAGNER et al., 2013). Esses dados,

[...] combinados com os resultados de pesquisas domiciliares recentes, aproximam-se desconfortavelmente da estimativa intuitiva da OMS de que um terço da população mundial não tem acesso a medicamentos essenciais (e menos da metade em algumas áreas (HOGERZEIL; MIRZA, 2011, p. 8, tradução nossa).

No contexto brasileiro, um estudo realizado em São Paulo demonstrou um aumento significativo entre os anos de 2003 e 2008 no acesso a medicamentos no setor público. Segundo Monteiro et al. (2016), vários fatores podem ter influenciado esse resultado, como a expansão nas políticas públicas relacionadas à provisão de

medicamentos, as mudanças na distribuição de renda da população e a judicialização na área de assistência farmacêutica.

Como já mencionado, para Bertoldi et al. (2009), embora o acesso a medicamentos no Brasil seja considerado alto, ainda são observadas desigualdades socioeconômicas. Apesar das famílias mais pobres receberem mais medicamentos gratuitos financiados pelo governo ao serem comparadas àquelas em melhor situação, 25,5% dos medicamentos são pagos com capital próprio, pelo quintil de renda inferior da população. Nesse sentido, observa-se que

A desigualdade no acesso a medicamentos faz parte da desigualdade na atenção à saúde. Ao depender do suprimento de medicamentos do setor privado e do financiamento por meio de pagamentos diretos, muitos governos preferem ignorar o fato de que essa política praticamente exclui os pobres e vulneráveis de obter, até mesmo, os medicamentos essenciais (HOGERZEIL; MIRZA, 2011, p. 8, tradução nossa).

No que se refere especificamente ao acesso a medicamentos psicotrópicos, para a OMS,

Os recursos alocados para abordar os transtornos mentais têm sido, até o momento, inadequados, iniquamente distribuídos e utilizados de forma ineficiente. O resultado é uma grande lacuna de tratamento, com mais de 75% de pessoas em países de renda baixa e média sem acesso a serviços de saúde mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION; CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION, 2017, p. 15, tradução nossa).

Observa-se que as barreiras para garantir o acesso a esses medicamentos existem em todos os níveis do sistema de saúde: internacional; nacional ou subnacional (estadual e municipal); comunidade; família ou indivíduo. Além disso, essas barreiras podem ser “resultado do estigma associado aos transtornos mentais, da duração e do custo do tratamento e das limitações de pesquisas disponíveis. [...] [Todas essas questões] afetam a demanda ou o fornecimento dos psicotrópicos”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION; CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION, 2017, p. 11, tradução nossa).

3.4 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

A regulamentação da Constituição Federal, específica para a área da saúde, foi estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90), que em seu Artigo 6º determina a “formulação da política de medicamentos [...]” (BRASIL, 1990, n.p) como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) e atribui ao setor saúde

a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (BRASIL, 1990, n.p).

Assim, como uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, a Assistência Farmacêutica (AF) é fator determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e envolve a alocação de grandes volumes de recursos públicos. Nesse contexto, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi publicada no ano de 1998, por meio da Portaria GM/MS nº 3.916, tendo como uma das finalidades principais garantir o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 2007). O aprimoramento dessa política

[...] visou à complementação e ao aprofundamento das propostas da Assistência Farmacêutica no país, de modo a incorporar, de forma mais explícita, os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelecidos no SUS (GADELHA et al., 2016, p. 5s).

Assim, o SUS “está comprometido em ofertar cuidados de saúde de alta qualidade a toda população, incluindo a distribuição gratuita de medicamentos essenciais destinados a tratar as doenças mais prevalentes” (BERTOLDI et al., 2012, n.p, tradução nossa). Além disso, para Boing et al. (2013, p. 698), o SUS promove “a equidade no acesso aos medicamentos, contrapondo diferenças evitáveis e injustas entre grupos socioeconômicos e demográficos nesse acesso”.

“Avanços expressivos foram alcançados no campo das políticas farmacêuticas na atenção primária do SUS, porém desafios na ampliação e garantia do acesso equânime e na estruturação dos serviços” ainda persistem (COSTA et al., 2017, p. 4s). Nesse sentido, observa-se que

Esse acesso deve ser ampliado no sentido de contemplar não somente a garantia do acesso igualitário e universal da população brasileira aos medicamentos essenciais, mas também na garantia de acesso aos demais medicamentos como uma questão de direito social legitimado na constituição do SUS (PAULA et al., 2009, p. 1120).

Assim, faz se necessário aferir se os esforços governamentais investidos para ampliar o acesso e a garantia dos benefícios da AF à população estão repercutindo na redução dos gastos do orçamento familiar para a aquisição de medicamentos no país. Não obstante, é preciso questionar se os recursos aplicados – com a utilização adequada dos medicamentos nos diferentes estratos populacionais e nas grandes regiões brasileiras – estão, de fato, provocando impactos efetivos na saúde da população (COSTA, 2014).

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Esta pesquisa trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, descritivo, analítico, de base populacional e com abordagem quantitativa, no qual serão delineadas as características demográficas, socioeconômicas e de perspectiva de saúde associadas ao uso e ao acesso a medicamentos antidepressivos, a partir de uma amostra de microdados da Pnaum 2013/2014.

O estudo é dito observacional do tipo descritivo, visto que desempenha um papel passivo na observação dos eventos que ocorrem com os indivíduos selecionados pelo estudo e na exploração da topografia do terreno. Os estudos descritivos têm por objetivo, por exemplo, determinar a distribuição de doenças ou as condições relacionadas à saúde em uma população, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos e podendo fazer uso de dados secundários e primários. Assim, partindo das reflexões apresentadas por Lima-Costa e Barreto (2003) e por Hulley et al. (2012), define-se que este estudo é transversal, porque as observações foram feitas em uma única ocasião, e é também analítico, uma vez que avalia as associações a fim de realizar inferências sobre relações causa-efeito.

Segundo o IBGE (2014), os microdados consistem no menor nível de desagregação dos dados de uma pesquisa, retratando, sob a forma de códigos numéricos, o conteúdo dos questionários e preservando o sigilo das informações. Os arquivos de microdados são acompanhados por meio de uma documentação que fornece os nomes e os respectivos códigos e categorias das variáveis, a metodologia da pesquisa e o instrumento de coleta.

4.2 BASE DE DADOS

A base de dados utilizada foi a *Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (Pnaum) 2013/2014* do Ministério da Saúde (MS).

Essa pesquisa teve por objetivo avaliar a utilização de medicamentos pela população brasileira segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida e de morbidade (GADELHA et al., 2016).

Vale ressaltar também que, aplicado entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014, o inquérito realizado na Pnaum se caracterizou por ser de caráter transversal de base populacional, baseado em amostra probabilística. Nesse sentido, esse inquérito possuiu cobertura nacional dos domicílios de zona urbana, abrangendo as cinco regiões do Brasil: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste (MENGUE et al., 2016).

O inquérito foi composto por duas investigações independentes e complementares: *Pnaum – Componente Inquérito Populacional* e *Pnaum – Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica*, sendo a primeira o foco deste trabalho.

Os instrumentos de pesquisa utilizados na Pnaum foram estruturados em blocos, os quais foram aplicados de forma diferente para três grupos. O primeiro grupo foi identificado como “*Adultos*” e aplicado às pessoas com 15 anos ou mais. O segundo grupo, identificado como “*Incapazes de se comunicar*”, incluiu as pessoas sem capacidade de se comunicar ou de prestar informações sobre si devido à doença física ou mental, à privação da fala ou à falta de discernimento para responder às questões. O terceiro grupo, identificado como “*Crianças*”, incluiu crianças e jovens de zero a 15 anos de idade (BRASIL, 2016).

Para os entrevistados “*Adultos*”, o instrumento de pesquisa continha 11 (onze) blocos de conteúdo, a saber: *B01* – informações do entrevistado, *B02* – doenças crônicas, *B03* – serviços de saúde, *B04* – doenças e eventos agudos tratados com medicamentos, *B05* – contraceptivos, *B06* – serviços de farmácia, *B07* – comportamentos que podem afetar o uso de medicamentos, *B08* – bulas e embalagens, *B09* – estilo de vida, *B10* – plano de saúde e *B11* – informações sobre o domicílio e da pessoa de referência. Além disso, esses instrumentos continham duas fichas de detalhamento de medicamentos: *MC* – ficha de medicamentos de uso crônico e *ME* – ficha de medicamentos para doenças e eventos agudos (BRASIL, 2016).

No Bloco 11, foram coletadas informações referentes ao domicílio, como bens móveis, renda familiar e número de cômodos, necessárias para operacionalizar o *Critério de Classificação Econômica Brasil 2013* (CCEB) da Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP) (BRASIL, 2016). A ABEP enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e de famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. Portanto, a

divisão de mercado definida é exclusivamente de classes econômicas (BRAZILIAN ASSOCIATION OF RESEARCH COMPANIES, 2018).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Para o Componente Inquérito Populacional da Pnaum, foram entrevistados 41.433 moradores em domicílios permanentes na zona urbana, em municípios das 26 unidades da Federação brasileira e no Distrito Federal (BRASIL, 2016).

Dentre os entrevistados, foram selecionados, neste trabalho, aqueles que autorreferiram a depressão a partir do questionamento “Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem depressão?”. No glossário utilizado no Manual do Entrevistador da Pnaum, a depressão foi caracterizada como sendo “doença mental definida pela perda de interesse e prazer nas atividades habituais, humor depressivo, falta de concentração, de atenção e outras. Também conhecida por transtorno depressivo, tristeza profunda” (BRASIL, 2016).

Neste estudo, a partir dessa população, foram analisados o uso e o acesso a medicamentos antidepressivos.

4.4 VARIÁVEIS ANALISADAS

4.4.1 Variáveis Independentes: características demográficas, socioeconômicas e de percepção da saúde

Foram estudadas as seguintes características demográficas e socioeconômicas associadas ao uso e ao acesso a medicamentos antidepressivos: *sexo, idade, região do Brasil, CCEB, situação conjugal, raça, escolaridade e plano de saúde*.

Para a variável *idade*, foram consideradas as seguintes faixas etárias: 15 a 19 anos; 20 a 59 anos e 60 anos ou mais.

O CCEB se caracteriza como um escore da ABEP, o qual se baseia num sistema de pontos atribuídos a algumas variáveis, como, por exemplo, bens que estão dentro do domicílio em funcionamento. No presente trabalho, os cortes utilizados foram: classe A (45-100 pontos); classe B1 (38-44 pontos); classe B2 (29-37 pontos); classe C1 (23-28 pontos); classe C2 (17-22 pontos) e classe D/E (1-16 pontos).

Para a situação conjugal, foi considerada a resposta “não” como o agrupamento entre as opções “não, mas já viveu antes” e “não viveu”.

Em relação à análise da percepção da saúde foram consideradas as variáveis *limitação causada pela depressão* e *percepção da autoavaliação da saúde*.

4.4.2 Variáveis dependentes: uso e acesso a medicamentos antidepressivos

Foram analisados o *uso* e o *acesso* a medicamentos antidepressivos como variáveis dependentes.

Na Pnaum, o uso de medicamentos para tratamento de depressão foi identificado por meio dos questionamentos: “O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para a depressão?” e “O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?”.

Já o acesso aos medicamentos foi identificado por meio das perguntas: “Entrevistado obtém algum dos remédios que utiliza no SUS?”; “Neste local o(a) Sr(a) consegue todos os remédios que precisa?”; “Entrevistado obtém algum dos remédios que utiliza em farmácia(s) privada(s)?” e “Neste local o(a) Sr(a) consegue todos os remédios que precisa?”.

Vale ressaltar que a Pnaum também contemplou questionamentos referentes ao programa Farmácia Popular do Brasil (FPB). Entretanto, optou-se por não considerar os dados relativos a essa forma de acesso, visto que a rede própria da FPB foi encerrada no ano de 2017 pelo governo federal (TRINDADE, 2018).

4.5 ANÁLISE DE DADOS

O processamento computacional realizou-se por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS – versão 19.0.

O estudo foi dividido em duas etapas: uma de análise descritiva e outra de análise estatística. Para as duas etapas, foi construído um banco de dados com as variáveis de interesse contidas originalmente na Pnaum. Essas variáveis encontram-se descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Descrição das variáveis de interesse da Pnaum, Brasil (2014).

Variável	Descrição	Categorias
V5	Idade do entrevistado	15 a 19 anos
		20 a 59 anos
		60 anos ou mais

V6	Região do Brasil	1– Norte
		2– Nordeste
		3– Sudeste
		4– Sul
		5 – Centro-oeste
V7	Critério de Classificação Econômica Brasil (Escore contínuo da ABEP)	Classe A
		Classe B1
		Classe B2
		Classe C1
		Classe C2
		Classe D/E
V8	Sexo do entrevistado	1– Masculino
		2 – Feminino
V9	Situação conjugal	1– Sim
		2 – Não
V10	Raça	1– Branca
		2– Negra
		3– Amarela
		4–Parda
		5– Indígena
		99 – NS/NR
V14	Escolaridade	1 – Curso primário
		2– Admissão
		3 – Curso ginasial ou ginásio
		4 – 1º grau ou fundamental ou supletivo de primeiro grau ou EJA
		5 – 2º grau ou colégio técnico/normal/científico/ensino médio/supletivo de segundo grau/EJA
		6 – 3º Grau ou curso superior
		7 – Pós-graduação
		8 – Nunca estudou
		99 – NS/NR
V154	Prevalência de depressão	1– Sim
		2 – Não
V156	Portadores de depressão com indicação de tratamento farmacológico	1– Sim
		2– Não
		99 – NS/NR
V157	Portadores de depressão com indicação de tratamento farmacológico em uso de medicamentos	1– Sim
		2–Não
		99 – NS/NR
V158	Ficou sem medicamento para depressão nos últimos 30 dias	1– Sim
		2– Não
		99 – NS/NR
V162	Por que ficou sem medicamento para depressão?	0 – Outro motivo
		1 – Sem dinheiro
		2 – Não há no posto de saúde
V163	Nos últimos 30 dias, deveria estar usando medicamento para depressão e não está	1– Sim
		2– Não
		99 – NS/NR
V164	Outros motivos para não ter tomado o(s) medicamento(s) prescrito(s) para depressão	1– Dificuldade financeira
		2 – Não há no posto de saúde

		3 – Outro motivo
V166	Limitação causada pela depressão	1 – Não limita
		2 – Um pouco
		3 – Moderadamente
		4 – Intensamente
		5 – Muito intensamente
V324	Entrevistado obtém algum dos medicamentos que utiliza no SUS?	1 – Sim
		2 – Não
V326	Consegue todos os medicamentos que precisa na Farmácia do SUS	1 – Sim
		2 – Não
		3 – Às vezes
V327	Alguma vez faltou medicamento	1 – Sim
		2 – Não
V328	Frequência de desabastecimento	1 – Sempre falta
		2 – Às vezes falta
		3 – Quase sempre falta
		99 – NS/NR
V342	Entrevistado obtém algum dos medicamentos que utiliza em farmácia(s) privada(s)?	1 – Sim
		2 – Não
V343	Consegue todos os medicamentos que precisa na farmácia privada	1 – Sim
		2 – Não
V344	Desabastecimento na farmácia privada	1 – Sim
		2 – Não
V345	Frequência de desabastecimento na farmácia privada	1 – Sempre falta
		2 – Às vezes falta
		3 – Quase sempre falta
		99 – NS/NR
V440	Possui plano de saúde ou convênio médico	1 – Sim
		2 – Não
V445	Cobre medicamentos fora da internação?	1 – Não
		2 – Tenho desconto no preço
		3 – O plano cobre, mas há copagamento
		4 – O plano cobre integralmente
		5 – Eu pago e o plano me reembolsa
		99 – NS/NR
V446	Percepção da autoavaliação da saúde	1 – Muito boa
		2 – Boa
		3 – Regular
		4 – Ruim
		5 – Muito ruim
V41	Custo do medicamento	Custo em reais (R\$)

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da Pnaum 2014.

Legenda: NS/NR – não sabe/ não respondeu

Ressalta-se que, em determinado momento, para algumas das variáveis, optou-se por recodificá-las visando uma melhor condução da análise (Quadro 2).

Quadro 2 - Descrição das variáveis de interesse recodificadas

Variável	Descrição	Categorias recodificadas
V5	Idade do entrevistado	15 a 19 anos
		20 a 59 anos

		60 anos ou mais
V7	Escore contínuo da ABEP	Classe A
		Classe B1
		Classe B2
		Classe C1
		Classe C2
		Classe D/E
V10	Raça	1 – Branca
		2 – Não branca
V14	Escolaridade	1 – Ensino básico
		2 – Ensino superior

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da Pnaum 2014

Como já mencionado, para a variável *idade*, foram definidas três faixas etárias: 15 a 19 anos; 20 a 59 anos e 60 anos ou mais. Já o *escore ABEP* foi agrupado, mantendo a classificação de acordo com o CCEB. Para *raça*, os indivíduos foram reagrupados em “brancos” e “não brancos”. Para a variável *escolaridade*, foram reorganizadas as categorias em dois grupos: “educação básica”, no qual foi incorporado o grupo “não estudou” e “educação superior”.

Na primeira etapa da análise, os dados foram descritos visando fornecer um cenário geral da população em estudo. Foram geradas tabelas de frequência absoluta e tabelas de contingência (*Crosstabs*), relacionando o uso e o acesso a medicamentos antidepressivos com fatores demográficos, socioeconômicos e de percepção da saúde.

É importante salientar que todos os percentuais obtidos foram devidamente ajustados pelos pesos amostrais.

Já na segunda etapa, regressões logísticas (univariada e multivariada) foram utilizadas para investigar os fatores associados ao uso e ao acesso de antidepressivos (AD).

Utilizou-se a regressão logística binária, uma vez que as duas variáveis dependentes estudadas são dicotômicas. Nesse método estatístico, “a variável resposta [dependente] possui apenas duas categorias, ou seja, natureza binária ou dicotômica, e apenas uma variável independente envolvida” (FIGUEIRA, 2006, p. 68).

Estudos epidemiológicos transversais com desfechos binários frequentemente utilizam a regressão logística, na qual a medida de associação é a razão de chances (*Odds Ratio* – OR), que, por sua vez, “avalia a relação entre a chance de um indivíduo exposto possuir a condição de interesse, comparada a do não exposto”

(FRANCISCO *et al.*, 2008, p. 349). Alguns estudos utilizam os termos “*odds ratio* não ajustado” e “*odds ratio* ajustado” para denominar as estimativas produzidas pelos modelos uni e multivariado, respectivamente (PAES, 2010).

De acordo com notação proposta por Hosmer & Lemeshow, o modelo de regressão logística binária assume a relação exposta na equação (1):

$$\pi(x) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 x}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 x}} \quad (1)$$

onde “ $\pi(x)$ ” representa a probabilidade associada a “ x ”; “ e ” é o vetor de coeficientes a ser estimado caracterizado como um valor fixo, base dos logaritmos naturais (aproximadamente 2,718); e “ $\beta_0 + \beta_1 x$ ” são os vetores das variáveis explicativas associadas ao evento (WALTER *et al.*, 2010).

Segundo Davi Rumel (1986, p. 257), “toda a amostra por melhor que seja feita está sujeita ao acaso, e é por isto que o OR deve ser expresso na forma de intervalo de confiança, calculado a partir de uma margem de erro pré-determinada”.

Para este estudo, foi escolhido o intervalo de confiança no nível de 95% (IC 95%).

Segundo Ângela Tavares Paes,

Na análise univariada, investiga-se isoladamente a relação entre cada variável explicativa [independente] e a variável resposta [dependente], sem considerar as demais. [...] portanto, a análise univariada pode servir como um critério de seleção das variáveis que entrarão em um modelo final. (PAES, 2010, p. 1).

Nesse sentido, a autora elucida que, após selecionar as variáveis que mais se conectaram ao desfecho de interesse, “o passo seguinte é incluí-las em uma análise multivariada. Esta consiste em avaliar simultaneamente (em um único modelo) o efeito das variáveis selecionadas sobre a resposta” (PAES, 2010, p. 2).

Após a análise no modelo univariado, foram incluídas no modelo multivariado aquelas variáveis independentes que apresentaram um p valor igual ou menor que 0,20 ($p \leq 0,20$) em relação ao desfecho. Um nível de significância de $p < 0,05$ foi o critério adotado para identificar as características independentemente associadas ao uso e ao acesso a medicamentos AD no modelo multivariado.

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

5.1.1 População geral

A amostra pré-selecionada da Pnaum foi composta por 32.652 indivíduos. A aplicação dos pesos amostrais resultou em uma população geral estudada de 130.741.284 indivíduos. Na Tabela 1 estão dispostas as frequências absolutas e relativas da população, segundo as condições demográficas e socioeconômicas.

Tabela 1 – Frequências absolutas e relativas da população segundo as condições demográficas e socioeconômicas. Pnaum, Brasil (2014).

Variável e Categorias	Frequências (%)
Sexo	
Masculino	60.677.695 (46,4%)
Feminino	70.063.590 (53,6%)
Faixa Etária	
15 a 19 anos	12.979.908 (9,9%)
20 a 59 anos	96.460.130 (73,8%)
60 anos ou mais	21.301.246 (16,3%)
Região do Brasil	
Norte	9.080.814 (6,9%)
Nordeste	30.575.088 (23,4%)
Sudeste	61.731.853 (47,2%)
Sul	19.041.450 (14,6%)
Centro-Oeste	10.312.079 (7,9%)
CCEB^a	
Classe A	0 (0%)
Classe B1	210.220 (0,2%)
Classe B2	6.343.339 (4,9%)
Classe C1	24.614.158 (19%)
Classe C2	46.370.042 (35,8%)
Classe D/E	51.837.703 (40,1%)
Situação conjugal	
Sim	70.336.466 (53,8%)
Não	54.360.702 (41,6%)
NS/NR	6.044.117 (4,6%)
Raça	
Branca	56.535.495 (43,2%)

Negra	11.718.586 (9%)
Amarela	1.503.978 (1,1%)
Parda	52.755.824 (40,4%)
Indígena	461.106 (0,4%)
NS/NR	7.766.295 (5,9%)

Escolaridade

Curso primário	23.176.772 (20,4%)
Admissão	1.023.343 (1%)
Curso ginasial ou ginásio	5.952.033 (5,2%)
1º grau ou fundamental ou supletivo de primeiro grau ou EJA	30.147.928 (26,6%)
2º grau ou colégio técnico/normal/científico/ensino médio/supletivo de segundo grau/EJA	36.881.625 (32,5%)
3º grau ou curso superior	12.602.343 (11,1%)
Pós-graduação	2.111.826 (1,9%)
Nunca estudou	645.456 (0,6%)
NS/NR	832.921 (0,7%)

Plano de saúde

Sim	30.034.435 (23%)
Não	100.590.974 (76,9)
Não sabe	97.279 (0,1%)

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da Pnaum2014.

^a Critério de Classificação Econômica Brasil (2013).

Legenda: NS/NR – não sabe/não respondeu

A média de idade dos indivíduos foi de 41 anos, sendo a idade mínima de 15 anos, enquanto a máxima foi 99 anos.

O perfil geral da população apresentou as maiores frequências para indivíduos do sexo feminino (53,6%), faixa etária de 20 a 59 anos (73,8%), da Região Sudeste (47,2%), pertencentes à classe D/E (40,1%), raça branca (43,2%), com escolaridade de 2º grau (32,5%) e sem plano de saúde (76,9%) (Tabela 1).

Considerando os dados referentes à percepção da saúde, a maioria dos indivíduos (56,50%) autoavaliou a sua saúde como “boa” (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequências absolutas e relativas da população, segundo a percepção da saúde. Pnaum, Brasil (2014).

Variável e Categorias	Frequências (%)
Percepção da autoavaliação da saúde	
Muito boa	25.605.351 (19,6%)
Boa	73.928.224 (56,5%)
Regular	27.132.888 (20,7%)
Ruim	3.084.518 (2,4%)
Muito ruim	990.303 (0,8%)

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da Pnaum 2014.

5.1.2 População portadora de depressão

Na Tabela 3 encontram-se descritas as prevalências relacionadas à depressão autorreferida e extraídas dos microdados da Pnaum.

Tabela 3 – Prevalências autorreferidas de depressão, indicação médica de tratamento farmacológico e uso de medicamentos antidepressivos. Pnaum, Brasil (2014).

	N	Depressão autorreferida N (%)	Portadores de depressão com indicação de tratamento farmacológico N (%)	Portadores de depressão em uso de medicamentos antidepressivos N (%)
N (%)	130.741.284	7.051.362 (5,4%)	5.697.662 (4,4%)	5.115.580 (3,9%)

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da Pnaum 2014.

Dentre os portadores de depressão autorreferida (n = 1.548; N = 7.051.362), 80,80% apresentavam indicação de tratamento farmacológico, enquanto 72,55% estavam em uso de medicamentos antidepressivos.

5.1.2.1 Características demográficas, socioeconômicas e de percepção da saúde em relação ao uso de medicamentos antidepressivos

A Tabela 4 descreve as características da população em estudo em relação às variáveis demográficas e socioeconômicas.

Tabela 4 – Prevalências de portadores de depressão em uso de medicamentos AD segundo características demográficas e socioeconômicas. Pnaum, Brasil (2014).

Variável e categorias	Portadores de depressão em uso de medicamentos antidepressivos N (%)
Sexo	
Masculino	1.132.831 (19,9%)
Feminino	4.564.831 (80,1%)
Faixa Etária	
15 a 19 anos	111.497 (2%)
20 a 59 anos	3.966.427 (69,6%)
60 anos ou mais	1.619.738 (28,4%)
Região do Brasil	
Norte	122.769 (2,2%)
Nordeste	1.036.654 (18,2%)
Sudeste	2.826.899 (49,6%)
Sul	1.328.134 (23,3%)
Centro-Oeste	383.207 (6,7%)

CCEB^a

Classe A	0
Classe B1	4.728 (0,1%)
Classe B2	365.687 (6,5%)
Classe C1	1.060.785 (18,9%)
Classe C2	1.990.700 (35,4%)
Classe D/E	2.199.325 (39,1%)

Situação conjugal

Sim	3.264.737 (57,3%)
Não	2.401.429 (42,1%)
NS/NR	31.496 (0,6%)

Raça

Branca	3.214.257 (56,4%)
Negra	399.972 (7%)
Amarela	55.776 (1%)
Parda	1.908.478 (33,5%)
Indígena	9.244 (0,2%)
NS/NR	109.935 (1,9%)

Escolaridade

Curso primário	988.883 (20,13%)
Admissão	31.272 (0,64%)
Curso ginásial ou ginásio	254.215 (5,17%)
1º grau ou fundamental ou supletivo de primeiro grau ou EJA	1.311.565 (26,7%)
2º grau ou colégio técnico/normal/científico/ensino médio/supletivo de segundo grau/EJA	1.586.844 (32,3%)
3º grau ou curso superior	566.821 (11,54%)
Pós-graduação	78.746 (1,6%)
Nunca estudou	33.775 (0,7%)
NS/NR	59.969 (1,22%)

Plano de saúde

Sim	1.719.324 (30,17%)
Não	3.976.690 (69,8%)
Não sabe	1.649 (0,03%)

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da Pnaum 2014.

^a Critério de Classificação Econômica Brasil (2013)

Legenda: AD – antidepressivos; NS/NR – não sabe/não respondeu

A média de idade dos indivíduos portadores de depressão em uso de medicamentos foi de 51 anos, sendo a idade mínima 15 anos e a máxima 92 anos.

Em sua maioria, os indivíduos eram do sexo feminino (80,1%), tinham entre 20 e 59 anos (69,6%) e estavam em uma situação conjugal (57,3%) (Tabela 4).

Entre as regiões do Brasil, as regiões Norte e Centro-Oeste (2,20% e 6,70%, respectivamente) apresentaram as menores frequências de uso de medicamentos antidepressivos, enquanto as regiões Sul e Sudeste (23,30% e 49,60%, respectivamente) apresentaram as maiores frequências de uso (Tabela 4).

Em relação ao CCEB, os indivíduos pertencentes às classes D/E apresentaram maior prevalência de uso de medicamentos antidepressivos (39,10%) (Tabela 4).

Além disso, os indivíduos de raça branca (56,40%) apresentaram maior frequência de uso de medicamentos AD quando comparados aos indivíduos de outras raças (Tabela 4).

Em relação à escolaridade, os indivíduos com 2º grau ou colégio técnico/normal/científico/ensino médio/supletivo de segundo grau/EJA apresentaram maior percentual (32,30%) de uso de AD (Tabela 4).

No que diz respeito à variável “plano de saúde”, aqueles que não possuem esse tipo de convênio são a maioria (68,80%) dos que são portadores de depressão em uso de medicamentos (Tabela 4).

As características relacionadas à percepção da saúde estão demonstradas na Tabela 5.

Tabela 5 – Características de percepção da saúde. Pnaum, Brasil (2014).

Variável	Portadores de depressão em uso de medicamentos antidepressivos N (%)
Limitação causada pela depressão	
Não limita	2.301.708 (40,42%)
Um pouco	1.647.582 (28,93%)
Moderadamente	826.855 (14,52%)
Intensamente	623.472 (10,95%)
Muito intensamente	294.888 (5,18%)
Percepção da autoavaliação da saúde	
Muito boa	302.202 (5,3%)
Boa	1.925.181 (33,8%)
Regular	2.612.058 (45,8%)
Ruim	592.472 (10,4%)
Muito ruim	265.748 (4,7%)

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da Pnaum 2014.

Ao serem analisadas as variáveis relacionadas à percepção da saúde, a maior parte dos portadores de depressão em uso de medicamentos respondeu que

não há limitações derivadas da doença (40,42%), entretanto considerou como “regular” (45,80%) a autoavaliação de saúde (Tabela 5).

Ressalta-se que cerca de 1,90% (N = 98.261) dos indivíduos relataram que deveriam estar usando os AD nos últimos 30 dias e não estavam.

5.1.2.2 Características relacionadas ao acesso a medicamentos antidepressivos

Cerca de 62% (N = 3.525.886) da população portadora de depressão em uso de AD obteve algum medicamento que utiliza por meio da farmácia pública, no SUS, enquanto 70,7% (N = 4.025.658) afirmou obtê-lo por via da farmácia privada.

A Tabela 6 apresenta o perfil demográfico e socioeconômico relacionado ao acesso a medicamentos antidepressivos.

Tabela 6 – Acesso a AD por portadores de depressão em uso de medicamentos, segundo características demográficas e socioeconômicas da amostra. Pnaum, Brasil (2014)

Variável	Acesso Farmácia Pública - SUS N (%)	Acesso Farmácia Privada N (%)
Sexo		
Masculino	664.898 (18,8%)	724.291 (18%)
Feminino	2.860.987 (81,2%)	3.301.368 (82%)
Faixa Etária		
15 a 19 anos	49.996 (1,42%)	83.819 (2,08%)
20 a 59 anos	2.502.478 (70,97%)	2.735.447 (67,95%)
60 anos ou mais	1.206.392 (27,61%)	1.206.392 (29,97%)
Região do Brasil		
Norte	65.953 (1,87%)	84.506 (2,1%)
Nordeste	549.164 (15,57%)	848.780 (21,08%)
Sudeste	1.826.505 (51,81%)	1.812.399 (45,02%)
Sul	887.429 (25,17%)	1.011.630 (25,13%)
Centro-Oeste	196.835 (5,58%)	268.343 (6,67%)
CCEB^a		
Classe A	0 (0%)	0 (0%)
Classe B1	2.101 (0,06%)	4.728 (0,12%)
Classe B2	121.837 (3,48%)	361.564 (9,11%)
Classe C1	574.383 (16,43%)	851.723 (21,46%)
Classe C2	1.306.919 (37,37%)	1.447.044 (36,46%)
Classe D/E	1.491.539 (42,66%)	1.303.516 (32,85%)
Situação conjugal		
Sim	2.005.234 (56,87%)	2.408.878 (59,84%)
Não	1.497.107 (42,46%)	1.609.495 (39,98%)

NS/NR	23.544 (0,67%)	7.286 (0,18%)
Raça		
Branca	1.929.467 (54,73%)	2.393.037 (59,44%)
Negra	251.164 (7,12%)	22.024 (5,56%)
Amarela	38.168 (1,08%)	36.527 (0,91%)
Parda	1.237.499 (35,1%)	1.287.643 (31,98%)
Indígena	3.293 (0,09%)	7.175 (0,18%)
NS/NR	66.294 (1,88%)	77.253 (1,92%)
Escolaridade		
Curso primário	652.460 (21%)	648.354 (18,87%)
Admissão	12.561 (0,40%)	15.081 (0,44%)
Curso ginásial ou ginásio	140.545 (4,5%)	213.789 (6,22%)
1º grau ou fundamental ou supletivo de primeiro grau ou EJA	819.153 (26,3%)	927.703 (27%)
2º grau ou colégio técnico/normal/científico/ensino médio/supletivo de segundo grau/EJA	1.025.176 (32,9%)	1.071.831 (31,19%)
3º grau ou curso superior	383.956 (12,3%)	437.341 (12,73%)
Pós-graduação	39.747 (1,3%)	69.619 (2,03%)
Nunca estudou	18.428 (0,6%)	14.806 (0,43%)
NS/NR	20.777 (0,7%)	37.922 (1,10%)
Plano de saúde		
Sim	751.788 (21,32%)	1.464.058 (36,37%)
Não	2.774.098 (78,68%)	2.559.951 (63,59%)
Não sabe	0 (0%)	1.649 (0,04%)

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da Pnaum 2014.

^a Critério de Classificação Econômica Brasil (2013).

Legenda: AD – antidepressivos; NS/NR – não sabe/não respondeu

O perfil da população que obteve acesso aos medicamentos por meio da farmácia pública se caracterizou como sendo do sexo feminino (81,2%), numa faixa etária de 20 a 59anos (70,97%),da Região Sudeste(51,81%),pertencente à classe D/E (42,66%), em uma situação conjugal (56,87%), raça branca (54,73%), escolaridade de 2º grau (32,9%) e sem plano de saúde(78,68%) (Tabela 6).

Em relação ao acesso por meio da farmácia privada, a população apresentou perfil semelhante, diferindo apenas na classificação econômica, com a classe C2 representando o maior percentual (36,46%) (Tabela 6).

Na Tabela 7 encontram-se informações referentes ao tipo de acesso aos medicamentos antidepressivos. Nesse sentido, observa-se que 51,9% da população afirmaram já terem conseguido todos os medicamentos AD na farmácia pública e 90,7% da população alegaram consegui-los na farmácia privada.

Tabela 7 – Totalidade do acesso a medicamentos por portadores de depressão em uso de medicamentos. Pnaum, Brasil (2014).

Totalidade do acesso	Farmácia Pública - SUS N (%)	Farmácia Privada N (%)
Consegue todos os medicamentos	1.830.660 (51,9%)	3.652.521 (90,7%)
Não consegue todos os medicamentos	1.200.746 (34,1%)	257.355 (6,4%)
Às vezes consegue todos os medicamentos	494.479 (14%)	115.782 (2,9%)

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da Pnaum 2014.

Ressalta-se que 7,30% (N = 374. 673) da população em estudo relatou ter ficado sem o medicamento AD nos últimos 30 dias. Na Tabela 8, abaixo, está discriminada a motivação reportada, sendo a questão financeira apontada como responsável por 31% dos casos.

Tabela 8 – Motivo por ter ficado sem o medicamento antidepressivo, nos últimos 30 dias. Pnaum, Brasil (2014).

Motivo	N (%)
Outro motivo	201.176 (61,9%)
Sem dinheiro	100.836 (31%)
Não há no posto de saúde	22.929 (7,1%)

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da Pnaum 2014.

Para 50,2% (N = 1.768.381) dos usuários do SUS em uso de AD, alguma vez faltou medicamento. A Tabela 9 representa a frequência de desabastecimento dos medicamentos reportada tanto na farmácia pública quanto na farmácia privada.

Tabela 9 – Frequência de desabastecimento nas farmácias pública e privada. Pnaum, Brasil (2014).

Frequência de desabastecimento	Farmácia Pública – SUS N (%)	Farmácia Privada N (%)
Sempre falta	624.130 (35,4%)	333.299 (8,3%)
Às vezes falta	1.003.321 (56,9%)	3.654.769 (90,8%)
Quase sempre falta	113.786 (6,5%)	37.509 (0,9%)
NS/NR	22.351 (1,3%)	0,00%

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da Pnaum 2014.

Legenda: NS/NR – não sabe/ não respondeu

A Tabela 10 demonstra os tipos de cobertura de medicamentos pelo plano de saúde fora do contexto da internação. Pode-se observar que para 85,80% dos usuários não há nenhum tipo de cobertura.

Tabela 10 – Cobertura de medicamentos pelo plano de saúde fora da internação. Pnaum, Brasil (2014).

Tipo de cobertura de medicamentos pelo plano de saúde fora da internação	Portadores de depressão em uso de medicamentos antidepressivos (%)
---	---

Não há cobertura pelo plano de saúde	1.485.991 (85,8%)
Há desconto no preço	26.428 (1,5%)
O plano cobre, mas há copagamento	80.845 (4,7%)
O plano cobre integralmente	9.552 (0,6%)
Há reembolso	44.028 (2,5%)
NS/NR	85.709 (4,9%)

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da Pnaum 2014
 Legenda: NS/NR – não sabe/ não respondeu

Ao se avaliar os gastos com medicamentos entre os portadores de depressão, a média de gastos foi de R\$ 28,75 (vinte e oito reais e setenta e cinco centavos), sendo o máximo gasto relatado de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais).

5.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA

5.2.1 Análise relacionada ao uso de medicamentos AD

A Tabela 11 apresenta os resultados das análises univariada (*OR não ajustada*) e multivariada (*OR ajustada*) expressos em termos de razões de chances (OR) associadas ao uso de medicamentos em relação às características demográficas e socioeconômicas.

Tabela 11 – Análises univariada (*OR não ajustada*) e multivariada (*OR ajustada*) dos fatores demográficos e socioeconômicos associados ao uso de AD. Pnaum, Brasil (2014).

Variável e Categorias	Razão de chances (OR) não ajustada	IC 95%	P	Razão de chances (OR) ajustada	IC 95%	P
Sexo						
Masculino	1,000			1,000		
Feminino	1,691	1,681 - 1,701	0,00	1,702	1,708 - 1,732	0,00
Faixa Etária						
15 a 19 anos	1,000			1,000		
20 a 59 anos	3,259	3,216 - 3,302	0,00	6,829	6,717 - 6,942	0,00
60 anos ou mais	8,128	8,010 - 8,247	0,00	13,235	13,005 - 13,470	0,00
Região do Brasil						
Norte	1,000			1,000		
Nordeste	1,444	1,423 - 1,465	0,00	1,023	1,005 - 1,040	0,011
Sudeste	3,104	3,061 - 3,147	0,00	1,773	1,744 - 1,803	0,00
Sul	4,267	4,203 - 4,331	0,00	2,382	2,339 - 2,426	0,00
Centro-Oeste	2,375	2,336 - 2,415	0,00	1,437	1,409 - 1,466	0,00
CCEB^a						
Classe B2	1,000			1,000		

Classe C1	1,153	1,138 - 1,168	0,00	1,837	1,811 - 1,863	0,00
Classe C2	1,247	1,232 - 1,261	0,00	1,941	1,915 - 1,967	0,00
Classe D/E	0,737	0,728 - 0,745	0,00	1,855	1,830 - 1,881	0,00
Situação conjugal						
Sim	1,000			1,000		
Não	0,760	0,756 - 0,764	0,00	0,669	0,664 - 0,673	0,00
Raça						
Branca	1,000			1,000		
Não Branca	0,622	0,618 - 0,625	0,00	0,933	0,926 - 0,939	0,00
Escolaridade						
Ensino Básico	1,000			1,000		
Ensino Superior	0,967	0,958 - 0,975	0,00	1,172	1,160 - 1,184	0,00
Plano de saúde						
Sim	1,000			1,000		
Não	0,508	0,505 - 0,512	0,00	0,454	0,450 - 0,459	0,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da Pnaum 2014.

^a Critério de Classificação Econômica Brasil (2013).

Legenda: AD – antidepressivos; NS/NR – não sabe/ não respondeu; IC – intervalo de confiança; OR – odds ratio

Ressalta-se que, as categorias “classe A” e “classe B1” da variável *CCEB* foram excluídas, considerando que não houve casos registrados para a primeira categoria (0%) e a segunda representou apenas 0,1% da amostra. Desta forma, para efeito de melhor comparabilidade, optou-se pela exclusão das referidas categorias da análise, tomando a “classe B2” como a referência.

Da mesma forma, a categoria “não sabe” da variável *plano de saúde* também foi excluída, considerando que apresentou apenas 0,03% da amostra. Portanto, optou-se por excluí-la visando a comparação de interesse apenas entre aqueles indivíduos que possuíam e os que não possuíam convênio.

Na análise univariada, a variável mais fortemente associada ao uso de medicamentos AD foi a idade (OR = 8,128; IC 95% 8,010 – 8,247) (Tabela 11).

Há uma associação positiva entre o sexo feminino e o uso de AD, tendo as mulheres cerca de 70% de chances a mais de estarem em uso de medicamentos (OR = 1,691; IC 95% 1,681 – 1,701) (Tabela 11).

As regiões do Brasil também demonstraram diferenças em relação ao uso de AD, uma vez que há uma probabilidade 4 (quatro) vezes maior de um indivíduo do Sul utilizar AD quando comparado a um indivíduo do Norte do Brasil (OR = 4,267; IC 95% 4,203 – 4,331) (Tabela 11).

Em relação à classificação econômica, indivíduos da classe D/E apresentaram 26,3% (OR = 0,737; IC 95% 0,728 – 0,745) a menos de chances de estar em uso de medicamentos AD quando comparados àqueles pertencentes à classe B2 (Tabela 11).

Indivíduos que não estavam em uma situação conjugal apresentaram 24% menos chances (OR = 0,760; IC 95% 0,756 – 0,764) de estarem em uso de AD quando comparados àqueles que estavam em uma situação conjugal (Tabela 11).

Em relação à raça, a população não branca apresentou uma probabilidade 37,8% menor (OR = 0,622; IC 95% 0,618 – 0,625) de estar em uso de AD quando comparada à população branca (Tabela 11).

Ao se comparar as probabilidades de uso de medicamentos antidepressivos (OR = 0,967; IC 95% 0,958 – 0,975), a população com ensino básico apresentou razão de chances muito próximas em relação à população com ensino superior (Tabela 11).

A parcela da população analisada que não possuía plano de saúde apresentou 49,2% (OR = 0,508; IC 95% 0,505 – 0,512) menos chances de estar em uso de AD (Tabela 11).

Como pode ser observado na Tabela 11, todas as variáveis analisadas relacionadas às características demográficas e socioeconômicas apresentaram *valor p* menor do que 0,20, sendo, portanto, incluídas na análise multivariada.

Como resultado, constatou-se uma maior associação positiva em relação ao uso de antidepressivos no sexo feminino (OR = 1,702; IC 95% 1,708 – 1,732), nos indivíduos com 60 anos ou mais (OR = 13,235; IC 95% 13,005 – 13,470) e naqueles da Região Sul (OR = 2,382; IC 95% 2,339 – 2,426).

O modelo de regressão logística foi estatisticamente significativo, $\chi^2(8) = 71.214, 744$, $p < 0,05$. O modelo explicou 10,7% (Nagelkerke R^2) da variação no uso de medicamentos antidepressivos e classificou corretamente 90,8% dos casos.

Na Tabela 12 estão descritas as razões de chances (OR) relacionadas à percepção da saúde dos indivíduos portadores de depressão em uso de AD.

Tabela 12 – Análises univariada (OR não ajustada) e multivariada (OR ajustada) dos fatores de percepção da saúde associados ao uso de AD. Pnaum, Brasil (2014).

Variável e Categorias	Razão de chances (OR) não ajustada	IC 95%	P	Razão de chances (OR) ajustada	IC 95%	P
-----------------------	------------------------------------	--------	---	--------------------------------	--------	---

Limitação causada pela depressão

Não limita	1,00			1,00		
Um pouco	1,196	1,188 - 1,204	0,00	1,324	1,315 - 1,333	0,00
Moderadamente	0,836	0,830 - 0,842	0,00	0,930	0,923 - 0,937	0,00
Intensamente	2,508	2,477 - 2,539	0,00	2,712	2,678 - 2,746	0,00
Muito intensamente	1,927	1,989 - 1,957	0,00	1,994	1,963 - 2,026	0,00

Percepção da autoavaliação da saúde

Muito boa	1,00			1,00		
Boa	0,155	0,151 - 0,159	0,00	0,146	0,142 - 0,150	0,00
Regular	0,154	0,150 - 0,158	0,00	0,133	0,130 - 0,137	0,00
Ruim	0,194	0,189 - 0,199	0,00	0,141	0,137 - 0,145	0,00
Muito ruim	0,380	0,368 - 0,392	0,00	0,278	0,269 - 0,287	0,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da Pnaum 2014.

Legenda: AD – antidepressivos; NS/NR – não sabe/ não respondeu; IC – intervalo de confiança; OR – odds ratio

As características relacionadas à saúde também se apresentaram significativamente associadas ao uso de AD ($p < 0,05$), sendo a limitação causada pela depressão positivamente associada ao uso de medicamentos.

5.2.2 Análise relacionada ao acesso a medicamentos AD por meio de farmácias públicas – SUS

A Tabela 13 apresenta os resultados das análises univariada e multivariada expressos em termos de razões de chances (OR) associadas ao acesso a medicamentos AD em relação às características demográficas e socioeconômicas.

Tabela 13 – Análises univariada (OR não ajustada) e multivariada (OR ajustada) dos fatores demográficos e socioeconômicos associados ao acesso a AD por meio de farmácias públicas – SUS. Pnaum, Brasil (2014)

Variável e Categorias	Razão de chances (OR) não ajustada	IC 95%	P	Razão de chances (OR) ajustada	IC 95%	P
Sexo						
Masculino	1,000			1,000		
Feminino	1,182	1,177 - 1,187	0,00	1,264	1,257 - 1,270	0,00
Faixa Etária						
15 a 19 anos	1,000			1,000		
20 a 59 anos	2,103	2,078 - 2,128	0,00	3,897	3,835 - 3,959	0,00
60 anos ou mais	1,853	1,830 - 1,875	0,00	3,524	3,468 - 3,582	0,00
Região do Brasil						
Norte	1,000			1,000		
Nordeste	0,970	0,959 - 0,982	0,00	0,951	0,938 - 0,964	0,00
Sudeste	1,573	1,555 - 1,591	0,00	2,893	2,855 - 2,931	0,00

Sul	1,735	1,714 - 1,755	0,00	2,910	2,870 - 2,950	0,00
Centro-Oeste	0,910	0,898 - 0,922	0,00	1,384	1,364 - 1,405	0,00
CCEB^a						
Classe B2	1,000			1,000		
Classe C1	2,363	2,345 - 2,382	0,00	1,958	1,941 - 1,976	0,00
Classe C2	3,825	3,797 - 3,854	0,00	3,063	3,037 - 3,089	0,00
Classe D/E	4,218	4,186 - 4,249	0,00	3,241	3,212 - 3,270	0,00
Situação conjugal						
Sim	1,000			1,000		
Não	1,040	1,036 - 1,043	0,00	0,946	0,942 - 0,950	0,00
Raça						
Branca	1,000			1,000		
Não Branca	1,208	1,204 - 1,212	0,00	1,394	1,387 - 1,400	0,00
Escolaridade						
Ensino Básico	1,000			1,000		
Ensino Superior	1,101	1,095 - 1,107	0,00	1,684	1,673 - 1,694	0,00
Plano de saúde						
Sim	1,000			1,000		
Não	2,969	2,958 - 2,980	0,00	3,895	3,876 - 3,913	0,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da Pnaum 2014.

Critério de Classificação Econômica Brasil (2013)

Legenda: AD – antidepressivos; NS/NR – não sabe/ não respondeu; IC – intervalo de confiança; OR – *odds ratio*

Ressalta-se que, novamente as categorias “classe A” e “classe B1” da variável *CCEB* foram excluídas, considerando que não houve casos registrados para a primeira categoria (0%) e a segunda representou apenas 0,06% da amostra. Desta forma, para efeito de melhor comparabilidade, optou-se pela exclusão das referidas categorias da análise, tomando a “classe B2” como a referência.

Da mesma forma, a categoria “não sabe” da variável *plano de saúde* também foi excluída, considerando que não houve casos registrados (0%). Portanto, optou-se por excluí-la visando a comparação de interesse apenas entre aqueles indivíduos que possuíam e os que não possuíam convênio.

Na análise univariada, o fator mais fortemente associado positivamente ao acesso a medicamentos AD foi a classificação econômica (OR = 4,218; IC 95% 4,186 – 4,249), tendo um indivíduo da classe D/E 4 (quatro) vezes mais chances de ter acesso por meio do SUS ao AD do que àquele pertencente à classe B2.

A variável *plano de saúde* também apresentou forte associação positiva, indicando que o fato de não possuir o convênio eleva quase 3 (três) vezes as

chances de acesso ao AD por meio do SUS (OR = 2,969; IC 95% 2,958 – 2,980) (Tabela 13).

Indivíduos entre 20 e 59 anos e aqueles acima de 60 anos apresentaram quase duas vezes mais chances de ter acesso ao AD por meio da farmácia pública quando comparados aos mais jovens, que possuem idade entre 15 e 19 anos (Tabela 13).

Sexo, situação conjugal, raça e escolaridade demonstraram fracas associações relacionadas ao acesso a medicamentos antidepressivos.

Como pode ser observado na Tabela 13, todas as variáveis analisadas apresentaram nível de significância maior que 0,20 ($p > 0,20$) e, portanto, foram incluídas na análise multivariada. Como resultado dessa análise, os fatores que apresentaram associação positiva mais forte foram a idade (OR = 3,897; IC 95% 3,835 – 3,959), o plano de saúde (OR = 3,895; IC 95% 3,876 – 3,913) e a classificação econômica (OR = 3,24; IC 95% 3,212 – 3,270).

O modelo de regressão logística foi estatisticamente significativo, $\chi^2(14) = 681420,765$, $p < 0,05$. O modelo explicou 18,4% (Nagelkerke R^2) da variação no acesso a medicamentos antidepressivos e classificou corretamente 69,7% dos casos.

6 DISCUSSÃO

6.1 USO DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS

O perfil da população brasileira em uso de medicamentos antidepressivos apresentou prevalência de indivíduos do sexo feminino, entre 20 e 59 anos, brancos, da Região Sudeste, da classe econômica D/E, com nível médio de escolaridade, em uma situação conjugal e sem cobertura de plano de saúde. Além disso, a população em estudo relatou não apresentar limitações derivadas da depressão e autoavaliou sua saúde como regular.

A Pnaum permitiu identificar que a maioria dos portadores da doença relatou o uso de AD (72,55%), percentual maior que aquele apontado pela PNS em 2013, a qual indicou que a proporção média, no Brasil, de uso de medicamentos antidepressivos era de 52% (IBGE, 2014).

Em Minnesota (EUA), um estudo que incluiu 142.377 indivíduos identificou que os medicamentos antidepressivos foram o segundo grupo de medicamentos mais prescritos para a população (13%) (ZHONG et al., 2013). Outro estudo, de coorte, realizado na Inglaterra, identificou que as taxas de tratamento com antidepressivos, quando comparadas às taxas de tratamento com terapias psicológicas, são altas para aqueles indivíduos registrados com novos diagnósticos de depressão (87,1%) ou sintomas de depressão (58,7%) (WALTERS et al., 2018).

Em uma pesquisa domiciliar representativa realizada entre 2004 e 2008 com 4.340 indivíduos, na Irlanda do Norte, os entrevistados foram questionados sobre o uso de medicamentos psicotrópicos prescritos nos últimos 12 meses. Essa pesquisa revelou que quase um em cada dez indivíduos (9,4%) havia tomado antidepressivo (BENSON et al., 2015)

Segundo Gomez-Lumbreras et al.(2019), a maioria dos estudos que tentaram determinar as consequências da crise econômica na saúde dos pacientes observou tanto uma demanda maior no que diz respeito à busca de ajuda para distúrbios psicológicos quanto taxas mais altas de doenças mentais. Portanto, esse cenário pode estar relacionado ao consumo de AD.

Nota-se que, a associação positiva entre o sexo feminino e o uso de medicamentos antidepressivos detectada neste estudo foi observada em diversos estudos internacionais.

Na Irlanda do Norte, ao se avaliar o uso de medicamentos psicotrópicos, grupo do qual os antidepressivos fazem parte, indivíduos do sexo feminino foram os mais propensos a utilizarem algum medicamento desse grupo (BENSON et al., 2015). Além disso, Boydet al. (2015) realizaram um estudo em dez países europeus e constataram que, em todos os países analisados, as mulheres apresentaram uma probabilidade significativamente maior do que os homens no que diz respeito ao uso de medicamentos psicotrópicos, nos últimos 12 meses (OR geral = 2,04, IC 95% 1,81 – 2,31).

Zhong et al. (2013), em Minnesota (EUA), verificaram que as mulheres receberam mais prescrições do que os homens para vários grupos de medicamentos, principalmente antidepressivos. Em relação a essas questões, um estudo foi conduzido em cinco contextos europeus (Suécia, Noruega, Dinamarca, Catalunha e Veneto) para descrever as tendências do uso de antidepressivos por idade e sexo, além de avaliar a correlação com determinantes econômicos, sociais e culturais, durante o período de 2007 a 2011. Os resultados dessa pesquisa constataram que as mulheres apresentaram o maior consumo de AD, sendo o uso cerca de duas a três vezes maior que os homens (GOMEZ-LUMBRERAS et. al, 2019).

No Brasil, na cidade de Campinas (SP), segundo um estudo transversal de base populacional utilizando dados da pesquisa de saúde *ISACamp 2014/2015*, a frequência de uso de antidepressivos foi maior entre as mulheres (44,3%) do que nos homens (25,5%) (FERNANDES et al., 2018).

Geralmente, a explicação que é dada para o maior uso de medicamentos pelas mulheres quando comparadas aos homens é que elas apresentam uma “maior propensão em relatar problemas de saúde e em utilizar os serviços de saúde” (NASCIMENTO; LIMA-COSTA; LOYOLA-FILHO, 2016, p. 663, tradução nossa).

Um estudo realizado na Escócia com grupos focais demonstrou que, de fato, os homens são mais relutantes em buscar ajuda médica, principalmente entre os mais jovens. Além disso, a depressão parecia ser uma área que se apresentou como um desafio particular à masculinidade, uma vez que os homens entrevistados apenas sugerem que podem experimentar dificuldades emocionais ou “estresse”, mas não estavam dispostos a elaborar ou a definir seus problemas como “depressão” (O'BRIEN; HUNT; HART, 2005). Para Halonen (2018), dentro da população masculina, em particular, parece haver diferentes padrões

comportamentais relacionados à saúde mental entre os indivíduos que trabalham em ocupações mais baixas *versus* as mais qualificadas.

Nesse contexto, percebemos que

[...] faz-se necessário entender as peculiaridades de cada sexo que possam exercer uma influência na percepção de problemas de saúde e no desejo de procurar atendimento médico, que, por sua vez, pode afetar o uso de agentes psicotrópicos (FERNANDES et al., 2018, p. 1, tradução nossa).

O aumento da idade como um fator positivamente associado ao uso de AD também foi demonstrado nos estudos conduzidos por Boyd et al. (2015), na Europa, e por Schmidt et al. (2015), no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA Brasil). Entretanto, para a PNS, estatisticamente não houve diferenças por grupos de idade em relação ao uso de antidepressivos (IBGE, 2014).

Em um estudo americano sobre o perfil de prescrição para vários grupos de medicamentos foi constatado que o uso de medicamentos aumentou com o avanço da idade, sendo os antidepressivos mais comumente prescritos para adultos jovens e de meia idade (ZHONG et al., 2013).

Em contrapartida, Benson et al. (2015) demonstraram que indivíduos com idade entre 50 e 64 anos estavam mais propensos a utilizar algum medicamento psicotrópico. Gomez-Lumbreras et al. (2019) também concluíram que os idosos apresentavam o maior consumo de AD e observaram, em todos os ambientes estudados durante o período analisado, que o uso desses medicamentos aumentava à medida que a idade tornava-se maior, atingindo o ponto máximo em pessoas com 80 anos ou mais. Nessa direção, no contexto brasileiro, um estudo, realizado na região metropolitana de Belo Horizonte com idosos, estimou uma prevalência de uso de antidepressivos de 5% (IC 95% 3,8 – 6,1) na população sênior (ABI-ACKEL et al., 2017).

Ademais, cabe avaliar outras possíveis associações entre o uso de medicamentos AD e as variáveis já apresentadas. Nesse sentido, o presente estudo, assim como demonstrado pela PNS (IBGE, 2014), não identificou diferenças por cor ou raça no uso de medicamentos antidepressivos. Já um estudo americano no qual os autores analisaram dados de uma coorte de idosos acompanhados por 10 anos (1986-1996) identificou que idosos afro-americanos são menos propensos a tomar antidepressivos quando comparados aos brancos e a diferença no uso aumentou nos 10 anos da pesquisa (BLAZER et al., 2000).

Em relação às regiões do Brasil, a PNS demonstrou que apenas a Região Norte havia apresentado uma proporção de uso de AD menor que a nacional (41,5%) (IBGE, 2014).

No presente estudo, a classificação econômica não demonstrou forte associação com o uso de medicamentos antidepressivos. Já Boyd et al. (2015) perceberam, em sua análise multivariada de fatores de risco estratificados por gênero, que os indivíduos eram mais propensos a utilizar psicotrópicos com a diminuição do nível de renda.

No que diz respeito à escolaridade, não foi identificada uma forte associação relacionada ao uso de AD. A PNS também não encontrou diferenças estatisticamente significantes ao relacionar o nível de instrução e o uso de medicamentos antidepressivos (IBGE, 2014). Para Fernandes et al. (2018), maiores taxas de prevalência de uso de psicotrópicos foram encontradas entre aqueles indivíduos com maior nível de escolaridade. No Elsa Brasil, o maior desempenho educacional foi associado ao maior uso de antidepressivos (SCHMIDT et al., 2015).

Ao se considerar a situação conjugal da população, foi demonstrado que aqueles indivíduos que não estavam em uma situação conjugal tinham menos chances de uso de AD. Nessa direção, Benson et al. (2015) afirmaram que indivíduos casados anteriormente eram mais propensos a utilizar algum medicamento psicotrópico.

A limitação causada pela depressão esteve positivamente associada ao uso de medicamentos antidepressivos na população em estudo. Nesse sentido, nota-se que, segundo James et al. (2018), as mulheres são mais propensas que os homens a ter uma maior carga de condições incapacitantes derivada de transtorno depressivo maior. Essa incapacidade, quando relacionada ao trabalho e a perda de produtividade, é determinante crítica da qualidade de vida dos pacientes e contribui significativamente para os custos humanos e econômicos derivados da doença (LEE et al., 2018).

Além disso, usando dados de pesquisas longitudinais representativas a nível nacional, An e Lu (2016) examinaram o impacto do uso de antidepressivos nas limitações funcionais entre idosos dos EUA. Esses pesquisadores demonstraram que o uso de antidepressivos por um ano ou mais foi associado ao aumento de 8% no risco de limitação funcional.

Em relação à autoavaliação de saúde, os indivíduos em uso de AD demonstraram razões de chance muito próximas entre as categorias “ruim” e “boa”. Já na PNS 2013, indivíduos entre 18 anos ou mais com diagnóstico de depressão apresentaram três vezes mais de chance de uma autoavaliação de saúde “ruim” em relação à autoavaliação “boa” (THEME FILHA et al., 2015).

6.2 ACESSO A MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS

Percebe-se que o perfil de acesso da população brasileira a medicamentos antidepressivos apresentou similaridades ao se comparar a farmácia pública e a farmácia privada. Como já dito, ao traçar esse perfil constatou-se que houve a prevalência de indivíduos do sexo feminino, entre 20 e 59 anos, brancos, da Região Sudeste, da classe econômica D/E, com nível médio de escolaridade e sem cobertura de plano de saúde. No entanto, a única diferença identificada no acesso privado está relacionada à classe econômica, sendo a B2 a mais prevalente no acesso privado e a D/E no acesso público.

Utilizando dados oriundos do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), um estudo conduzido em 2008 sobre o acesso a medicamentos no Brasil indicou, para o caso de acesso por meio do SUS, um percentual mais elevado para indivíduos na Região Sul, de cor de pele preta e com menor escolaridade e renda. Ao se considerar a obtenção dos medicamentos por meio do setor privado, verificou-se maior acesso para os mais ricos, de cor de pele branca e com maior escolaridade (BOING et al., 2013).

Cabe ressaltar que a condição basal para o acesso total aos AD por meio da farmácia pública é que todos os medicamentos prescritos façam parte das relações de medicamentos essenciais padronizados, seja nacional (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME), estaduais ou municipais. Além disso, no Brasil, os medicamentos antidepressivos estão sujeitos ao controle especial e, desta forma, têm a sua dispensação mais restrita tanto nas farmácias públicas quanto nas privadas.

De forma mais ampliada, relacionando o acesso a medicamentos de uso contínuo, a PNAD 2008 demonstrou que “o acesso completamente gratuito a todos os medicamentos era da ordem de 34%” (BRASIL, 2016, p. 19). Entretanto, no

presente estudo, metade da população em uso de AD relatou obter todos os medicamentos por meio de farmácia pública.

Ao se considerar a população que relatou ter ficado sem usar os medicamentos para o tratamento da depressão, foi demonstrado que o fator financeiro suplantou a questão do desabastecimento no posto de saúde. Nesse sentido, os dados da PNAD indicaram que o principal motivo para a não aquisição dos medicamentos foi não ter dinheiro para comprá-los, atingindo 51,5% dos entrevistados que responderam à pergunta (BOING et al., 2013).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008- 2009 demonstrou que, para o grupo com até 17 anos, o gasto com psicotrópicos consistiu-se no maior gasto entre as categorias de medicamentos e, para os grupos com idade de 18 a 59 anos e com 60 anos ou mais de idade, há um maior gasto com anti-hipertensivos, seguido de psicotrópicos (MEDEIROS, 2016). Segundo essa pesquisa, o gasto com medicamentos foi o principal componente do gasto com saúde das famílias brasileiras. Assim, o estudo afirma que “77% das famílias tiveram registro de gasto com medicamentos durante o período de referência para coleta de dados, cujo gasto médio foi R\$ 76,31. E o gasto familiar *per capita* médio com medicamentos foi R\$ 17,91” (GARCIA et al., 2013, p. 1).

De fato, o custo configura-se como uma das principais barreiras para obtenção dos medicamentos, sendo estes os responsáveis por comprometer cerca de 30% das despesas com assistência médica (MONTEIRO et al., 2016).

Nesse contexto, e tendo em conta os dados apresentados na PNAD 2013, se considerarmos que a maior parte da população pertence à classe D/E e tem uma estimativa de renda domiciliar mensal de R\$ 639,78 (seiscentos e trinta e nove reais e setenta e oito centavos), percebemos que o gasto médio identificado neste estudo para aquisição de medicamentos antidepressivos impacta de modo considerável os gastos do domicílio.

Baseado nos resultados da análise multivariada, os fatores mais fortemente associados de forma positiva ao acesso foram a idade, o plano de saúde e a classificação econômica.

No presente estudo, o sexo não demonstrou forte associação com o acesso a medicamentos AD. Nessa direção, no estudo conduzido por Wagner et al.(2013), as análises agregadas também não apoiam a noção de iniquidade de gênero no acesso ao tratamento para depressão (OR = 1,18; IC 95%: 1,08 – 1,29).

Além disso, em um estudo voltado para a população com indicadores de transtornos mentais comuns, escolaridade e renda se mostraram inversamente proporcionais à cobertura pelo SUS. Sobre esse resultado, os autores sugerem que, provavelmente, as pessoas de maior renda e escolaridade possuem algum plano privado de saúde e/ou a possibilidade de desembolso direto do valor dos medicamentos (RIBEIRO et al., 2018).

Ademais, é importante ressaltar que o presente estudo apresentou algumas limitações. Uma delas foi a necessidade de utilização de literatura que aborda o uso de medicamentos psicotrópicos como um todo e não apenas da classe de antidepressivos, objeto deste trabalho. Da mesma forma, a discussão sobre acesso também foi realizada de maneira mais ampliada, extrapolando para a disponibilidade à população de todos os medicamentos e não apenas de antidepressivos.

Ressalta-se também que a própria Pnaum apresentou algumas limitações, ao utilizar, por exemplo, o critério de classificação econômica. Talvez se informações de renda da população em estudo estivessem disponíveis no banco de dados outras análises mais robustas poderiam ter sido realizadas.

7 CONCLUSÃO

Este estudo foi realizado utilizando dados de uma grande pesquisa nacional – Pnaum – e refletiu sobre os aspectos populacionais relacionados ao uso e ao acesso a medicamentos antidepressivos.

O presente estudo possibilitou afirmar que há uma alta prevalência de uso de medicamentos antidepressivos nos indivíduos portadores de depressão no Brasil.

O perfil da população brasileira em uso de medicamentos antidepressivos apresentou prevalência de indivíduos do sexo feminino, entre 20 e 59 anos, brancos, da Região Sudeste, da classe econômica D/E, com nível médio de escolaridade, em uma situação conjugal e sem cobertura de plano de saúde. Além disso, a população em estudo relatou não apresentar limitações derivadas da depressão e autoavaliou sua saúde como regular.

Ao se traçar o perfil de uso de medicamentos antidepressivos verifica-se que este é idêntico ao perfil de acesso a AD por meio de farmácias públicas do SUS.

Nota-se também que o fator idade demonstrou associação positiva tanto para o uso quanto para o acesso a antidepressivos. Os outros fatores demográficos e socioeconômicos que mais se associaram ao uso dos medicamentos antidepressivos foram o sexo e a região do Brasil. Quanto ao acesso, o plano de saúde e a classificação econômica demonstraram uma forte associação.

Importante ressaltar que o fato da maioria dos usuários de planos de saúde não disporem de nenhum tipo de copagamento de medicamentos fora da internação pode indicar que esses usuários, em algum momento, poderão utilizar o SUS para ter acesso a seu tratamento farmacológico.

Considerando a alta prevalência de depressão, a sua contribuição para a carga global de doenças e o impacto gerado em toda sociedade, não só nos aspectos da saúde, como também no âmbito socioeconômico, estudos que tratam da depressão como objeto de pesquisa são de extrema valia.

Além disso, a partir das reflexões levantadas por esses estudos e do conhecimento das necessidades da população em cuidado, podem-se traçar políticas públicas estratégicas. Estas deverão derrubar barreiras ainda existentes de acesso aos antidepressivos e priorizar o uso racional desses medicamentos garantindo a atenção integral ao usuário.

REFERÊNCIAS

- ABI-ACKEL, Mariza Miranda et al. Uso de psicofármacos entre idosos residentes em comunidade: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 57-69, jan./mar. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700010005>>. Acesso em: 19 nov. 2019.
- AN, Ruopeng; LU, Lingyun. Antidepressant use and functional limitations in U.S. older adults. **Journal of Psychosomatic Research**, Amsterdã, v. 80, p. 31-36, jan. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2015. Disponível em: <<http://www.sbpem.org.br/criterios.asp>>. Acesso em: 07 jun. 2019.
- BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 1s-10s, jun. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000084>>. Acesso em: 29 jul. 2019.
- BENSON, Tony et al. Prevalence and predictors of psychotropic medication use: Results from the Northern Ireland Study of Health and Stress. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, Cambridge, v. 24, n. 6, p. 542-552, dez. 2015.
- BERTOLDI, Andréa Dâmaso et al. A descriptive review of the methodologies used in household surveys on medicine utilization. **BMC Health Services Research**, [online], v. 8, p. 1-9, oct. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-222>>. Acesso em: 29 jan. 2019.
- BERTOLDI, Andréa Dâmaso et al. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. **Health Policy**, Amsterdã, v. 89, n. 3, p. 295-302, mar. 2009.
- BERTOLDI, Andréa Dâmaso et al. Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines? **Globalization and Health**, [online], v. 8, n. 6, p. 1-10, mar. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1744-8603-8-6>>. Acesso em: 29 jan. 2019.
- BLAZER, Dan G. et al. Marked differences in antidepressant use by race in an elderly community sample: 1986-1996. **American Journal of Psychiatry**, [online], v. 157, n. 7, p. 1089-1094, jul. 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.7.1089>>. Acesso em: 22 jan. 2019.
- BOING, Alexandra Crispim et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701, apr. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400007>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

BOYD A, et al. Gender differences in psychotropic use across Europe: Results from a large crosssectional, population-based study. **European Psychiatry**, may. 2015, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.05.001>

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**, nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, [online]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 28 nov. 2019.

BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A assistência farmacêutica no SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011. (Coleção Progestores: Para entender a gestão do SUS, 7). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. **Componente populacional**: introdução, método e instrumentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (Série Pnaum: Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente_populacional_introducao_metodo_instrumentos.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2019.

BRAZILIAN ASSOCIATION OF RESEARCH COMPANIES. Economic classification criterion Brazil. **ABEP**, São Paulo, v. 1, p. 1-5, 2018.

CAMERON, Alexandra et al. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. **The Lancet**, [online], v. 373, n. 9659, p. 240-249, jan. 2009. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61762-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61762-6)>. Acesso em: 01 fev. 2019.

COSTA, Karen Sarmento. **Acesso e uso de medicamentos**: inquéritos de saúde como estratégia de avaliação. 2014. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

COSTA, Karen Sarmento et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1s-5s, fev. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007146>>. Acesso em: 10dez. 2018.

FERNANDES, Camila Stéfani Estancian et al. Psychotropic use patterns: Are there differences between men and women? **PLOS ONE**, [online] v. 13, n. 11, nov. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207921>>. Acesso em: 27 nov. 2019.

FIGUEIRA, Cleonis Viater. **Modelos De Regressão Logística**. 2006. 146 f. Dissertação (Mestrado em Matemática) - Programa de Pós-Graduação em Matemática, Instituto de Matemática, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FLECK, Marcelo P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, n. suppl. 1, p. 7-17, mai. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500003>>. Acesso em: 06 fev. 2019.

FRANCISCO, Priscila Maria S. Bergamo et al. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 347-355, set. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000300002>>. Acesso em: 09 out. 2020.

GADELHA, Carlos Augusto Graboys et al. PNAUM: Integrated approach to Pharmaceutical Services, Science, Technology and Innovation. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. supl 2, p. 1s-8s, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006153>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

GARCIA, Leila Posenato et al. Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. **Textos para Discussão 1839**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, jun. 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=18633>. Acesso em: 08 fev. 2019.

GOMEZ-LUMBRERAS, Ainhoa et. al. Study of antidepressant use in 5 European settings. Could economic, sociodemographic and cultural determinants be related to their use? **Spain Journal of Affective Disorders**, Barcelona, n. 15, p. 278-285, abr. 2019.

HOGERZEIL, Hans V.; MIRZA, Zafar. Access to Essential Medicines as part of the Right to Health. In: **The World Medicines Situations 2011**. 3. ed. Genebra: World Health Organization, p. 1-12, 2011. Disponível em: <<https://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18772en/>>. Acesso em: 28 jan. 2019.

HULLEY, STEPHEN B; et al. **Delineando a pesquisa clínica**. Tradução de Michael Schmidt Duncane André Garcia Islabão. 4. ed. Porto Alegre : ArtMed, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014.

INTERNATIONAL BUSINESS MACHINES CORPORATION. **Statistical Package for the Social Sciences SPSS**. Versão 19.0. [S.l.]: International Business Machines Corporation, 2017. Disponível em: <<https://statistics.laerd.com/>>. Acesso em: 17 out. 2019.

INTERNATIONAL BUSINESS MACHINES CORPORATION. **Laerd Statistics: SPSS Statistics Tutorials and Statistical Guides**. [S.l.]: International Business Machines Corporation, 2018. Disponível em: <<https://statistics.laerd.com/>>. Acesso em: 17 out. 2019.

JAMES, Spencer L. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, [online], v. 392, n. 10159, p. 1789-1858, nov. 2018. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)>. Acesso em: 07 dez. 2018.

JANE-LLOPIS, Eva et al. Reducing the silent burden of impaired mental health. **Journal of Health Communication**, Londres, v. 16, n. suppl. 2, p. 59-74, ago. 2011.

LEE, Yena et al. Efficacy of antidepressants on measures of workplace functioning in major depressive disorder: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdã, v. 227, p. 406-415, fev. 2018.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

MACQUEEN, Glenda et al. Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Failed Antidepressant Treatment Response in Major Depressive Disorder, Dysthymia, and Subthreshold Depression in Adults. **Canadian Journal of Psychiatry**, [online], v. 62, n. 1, p. 11-23, jan. 2017. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0706743716664885>>. Acesso em: 07 dez. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. suppl. 2, p. 3-16, dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-54972015000600002>>. Acesso em: 11 fev. 2019.

MEDEIROS, Irla Maria Vidal de Souza. **Gastos familiares privados com saúde no Brasil e em Pernambuco: uma análise descritiva com microdados da pesquisa de orçamentos familiares 2008-09**. 2016. f. 63. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

MENGUE, Sotero Serrate et al. National Survey on access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM): Household survey component methods. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. suppl. 2, p. 1-13, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006156>>. Acesso em: 06 jan. 2019.

MNOOKIN, Seth. **Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority**. [S.l.]: World Bank Group, World Health Organization, 2016. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/pt/270131468187759113/pdf/105052-WP-PUBLIC-wb-background-paper.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

MONTEIRO, Camila Nascimento et al. Access to medication in the Public Health System and equity: populational health surveys in São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 26–37, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010003>>. Acesso em: 06 jan. 2019.

MOORE, Thomas J.; MATTISON, Donald R. Adult utilization of psychiatric drugs and differences by sex, age, and race. **JAMA Internal Medicine**, [online], v. 177, n. 2, p. 274-275, fev. 2017. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2592697>>. Acesso em: 30 jan. 2019.

NASCIMENTO, Mariana M. G.; LIMA-COSTA, Maria F.; LOYOLA-FILHO, Antônio I. Potentially inappropriate medication use among Brazilian elderly: A population-based pharmacoepidemiological study. **Latin American Journal of Pharmacy**, [online], v. 35, n. 4, p. 659-666, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/301200474_Potentially_Inappropriate_Medication_Use_Among_Brazilian_Elderly_A_Population-Based_Pharmacoepidemiological_Study>. Acesso em: 25 nov. 2019.

O'BRIEN, Rosaleen; HUNT, Kate; HART, Graham. "It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate": Men's accounts of masculinity and help seeking. **Social Science and Medicine**, Amsterdã, v. 61, n. 3, p. 503-516, 2005.

PAES, Ângela Tavares. Análise univariada e multivariada. **Einstein: Educação Continuada em Saúde**, [online], v. 8, n. 1, p. 1-2, 2010. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/ecs/index.asp?SPREEdic=25>>. Acesso em: 28 nov. 2019.

PAULA, Patrícia Aparecida Baumgratz de et al. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1111–1125, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000400011>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

RAZZOUK, Denise. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? **Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 845-848, out./dez. 2016.

RIBEIRO, Melck Kelly Piastrelli et al. Equidade na cobertura dos gastos com saúde pelo Sistema Único de Saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, p. 1-13, 2018.

RUMEL, Davi. "Odds ratio": algumas considerações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 253-258, 1986.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Cohort profile: Longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 44, n. 1, p. 68-75, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/ije/dyu027>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

THEME FILHA, Mariza Miranda et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa nacional de saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. suppl. 2, p. 83-96, dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060008>>. Acesso em: 19 nov. 2020.

TRINDADE, Josélia Souza. O fim da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil e o Princípio da Proibição do Retrocesso Social. **Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 61-81, abr./jun. 2018. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/480/538>>. Acesso em: 26set. 2019.

VICENTE, Adriano Roberto Tarifa et al. Antidepressant use and associated factors among the elderly: the Bambuí Project. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3797-3804, dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.09662015>>. Acesso em: 07 dez. 2018.

WAGNER, Anita K. et al. Need for and Access to Health Care and Medicines: Are There Gender Inequities? **PLOS ONE**, [online], v. 8, n. 3, p. 1-10, mar. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057228>>. Acesso em: 06 jan. 2019.

WALTER, Silvana Anita et al. Lealdade de estudantes : um modelo de regressão logística. **R. Adm. FACES Journal**, Belo Horizonte, v. 9, n. 4, p. 129-151 · set./dez. 2010.

WALTERS, Kate et al. Sociodemographic inequalities in the management of depression in adults aged 55 and over: An analysis of English primary care data. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 48, n. 9, p. 1504-1513, jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION. **Improving access to and appropriate use of medicines for mental disorders**. Genebra: WHO Document Production Services, 2017.

ZHONG, Wenjun et al. Age and sex patterns of drug prescribing in a defined American population. **Mayo Clinic Proceedings**, [online], v. 88, n. 7, p. 697-707, jul. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.04.021>>. Acesso em: 28 nov. 2019.