



PRIETSCH, R.F.

REF-ISSN1808-0804 Vol.XII (2), 52-71, 2015.

**ESTUDO DA PRESCRIÇÃO DO
ANTIDEPRESSIVO FLUOXETINA NO
TRATAMENTO PARA A DEPRESSÃO NA CIDADE
DE PELOTAS**

*STUDY OF THE PRESCRIPTION OF THE ANTIDEPRESSANT
FLUOXETINE IN TREATMENT FOR DEPRESSION IN PELOTAS
CITY*

*ESTUDIO DE LA PRESCRIPCIÓN DE LO ANTIDEPRESIVO
FLUOXETINE EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN
PELOTAS DE LA CIUDAD*

Rafael da Fonseca Prietsch^{1*}

Submetido em: 29/01/2015; Aceito em: 22/04/2015; Publicado em: 03/07/2015

¹Universidade Federal de Pelotas, UFPel

E-mail*: rafaelprietsch@hotmail.com

RESUMO: A depressão é um dos transtornos mentais mais frequentes na população, podendo ocorrer em todas as faixas etárias. Ela é responsável por altos custos de tratamento, ocasionando grandes prejuízos para o indivíduo e, conseqüentemente, para a sociedade. O objetivo deste estudo é avaliar a prescrição de



PRIETSCH, R.F.

REF-ISSN1808-0804 Vol.XII (2), 52-71, 2015.

fluoxetina no tratamento para a depressão na cidade de Pelotas. O presente trabalho foi realizado pela análise documental de receituários de controle especial para a substância fluoxetina, pertencente à lista das outras substâncias sujeitas a controle especial da portaria 344/98, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária Anvisa, pertencentes da lista C1, a qual fica retida nas farmácias ou drogarias para futuro controle da Vigilância Sanitária. Os seguintes dados foram coletados: sexo do paciente, medicamento prescrito e especialidade médica do prescritor. Os resultados encontrados foram contabilizados e submetidos a uma análise quantitativa. Foram analisadas 300 prescrições. Através da análise dos resultados encontrados e da literatura pode-se verificar que as mulheres, mais uma vez, receberam mais prescrições de medicamentos antidepressivos quando comparadas aos homens.

PALAVRAS-CHAVE: Fluoxetina, Mulheres, Homens e antidepressivo.

ABSTRACT: Depression is one of the most common mental disorders in the population and can occur in all age groups. It is responsible for high processing costs, causing great harm to the individual and hence to society. The aim of this study is to evaluate the prescription of fluoxetine treatment for depression in Pelotas city. This work was carried out through the documentary analysis of control recipes especially for the fluoxetine substance, belonging to the list of substances subject to special control of the decree 344/98 of Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA, list C1, which is retained in pharmacies or drugstores for future control of the Health



PRIETSCH, R.F.

REF-ISSN1808-0804 Vol.XII (2), 52-71, 2015.

Surveillance. The following data were collected: patient's sex, prescribed medication, and medical speciality of the prescriber. The results were analyzed and submitted to quantitative analysis. 300 prescriptions were analyzed. Through the analysis of the results and the literature it can be unified that women, once again received more prescriptions of antidepressants when compared to men.

KEYWORDS: Fluoxetine, Women, Men and antidepressants.

RESUMEN: La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes en la población y puede ocurrir en cualquier edad. Esta es responsable por altos costos de tratamiento, causando grandes prejuicios a la persona y, por tanto, a la sociedad. El objetivo de este estudio es evaluar la prescripción de fluoxetina para el tratamiento de la depresión en la ciudad de Pelotas. Este trabajo se llevó a cabo mediante el análisis documental de las recetas de control especial para la sustancias fluoxetina, que pertenece a la lista de otras sustancias sujetas a control especial establecido en el acuerdo 344/98 de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria ANVISA pertenecientes lista C1, el cual está retenido en farmacias o droguerías para el control futuro de la Vigilancia de la Salud. Fueron analizados los siguientes datos: sexo del paciente, medicamento prescrito y especialidad médica del prescriptor. Los resultados fueron registrados y sometidos a un análisis cuantitativo, totalizando 300 prescripciones. A través del análisis de los resultados y de la literatura se puede observar que las mujeres, una vez más, recibieron



más recetas de antidepresivos cuando comparado con los hombres.

PALABRAS CLAVE: Fluoxetina, Mujeres, Hombres y antidepresivo

INTRODUÇÃO

A depressão é a segunda condição clínica mais comum na prática médica geral, sendo secundária apenas à hipertensão arterial sistêmica⁽¹⁾. Os transtornos depressivos são comuns, graves e, em alguns casos, ameaçadores à vida. Causam sofrimento, incapacidade e desordem social, frequentemente levando à ruptura das atividades de vida diária dos pacientes e familiares próximos. É ainda a principal causa mundial de incapacidade em indivíduos entre 15 e 44 anos⁽²⁾.

O fardo econômico para a sociedade é considerável e

comparável àquele determinado por outras doenças como a doença arterial coronariana. Por atingir indivíduos relativamente jovens, a depressão representa um custo econômico elevado por um prolongado período de tempo, acarretando um impacto elevado na produtividade. A depressão é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde⁽³⁾ como um problema maior de saúde pública.

Além disso, pacientes deprimidos apresentam um risco aumentado de morte precoce. O índice de mortalidade em indivíduos com mais de 55 anos com Transtorno Depressivo Maior (TDM) pode ser quatro vezes maior do que na população geral. Uma possível explicação



PRIETSCH, R.F.

REF-ISSN1808-0804 Vol.XII (2), 52-71, 2015.

para a redução da expectativa de vida nestes indivíduos é a doença cardiovascular, já que o risco de desenvolvimento de infarto do miocárdio é quatro vezes maior nestes pacientes. Também, após o infarto do miocárdio, os sintomas depressivos aumentam a mortalidade e as complicações clínicas e psicológicas, mesmo após o controle da doença arterial coronariana⁽⁴⁾.

É importante considerar que pacientes portadores de depressão frequentemente tentam suicídio. Este representa aproximadamente 0,9% das causas de morte em todo o mundo. Estima-se que 85 a 90% das vítimas de suicídio apresentam um distúrbio psiquiátrico, sendo a depressão grave o distúrbio mais frequente. Aproximadamente 21% dos pacientes com transtorno

depressivo recorrente tentarão suicídio⁽³⁾. Quinze por cento dos indivíduos com Transtorno Depressivo Maior grave morrem por suicídio (DSM IV). É interessante ressaltar que a história familiar positiva para suicídio constitui fator de risco independente do diagnóstico psiquiátrico do paciente e associa-se com tentativas de autoextermínio mais violentas e letais⁽⁵⁾.

A seguir encontram-se descritos os principais fatores de risco para suicídio em pacientes com depressão maior⁽¹⁾:

- Idade maior do que 65 anos;
- Sexo masculino;
- Raça branca;
- Estado civil: solteiro, divorciado, separado ou viúvo (especialmente sem filhos);



- Desemprego;
- História pessoal ou familiar de distúrbio psiquiátrico;
- Abuso de álcool ou drogas;
- Graves eventos estressantes de vida em passado recente;
- Ataques de pânico ou ansiedade grave;
- Doença orgânica grave (especialmente de início recente);
- Desesperança ou anedonia grave;
- Planejamento elaborado de suicídio (especialmente com elevado potencial de letalidade);
- Acesso a armas de fogo ou outros meios letais;

EPIDEMIOLOGIA:

É uma das doenças psiquiátricas mais comuns. Apresenta prevalência de aproximadamente 5% na população geral. Entretanto, a prevalência ao longo da vida chega a 20%. O risco para TDM durante a vida em amostras comunitárias tem variado de 10 a 25% para as mulheres e de 5 a 12% para os homens. Estudo epidemiológico populacional envolvendo 10 países mostrou uma taxa de depressão ao longo da vida variando de 1.5 a 19.0 casos a cada 100 adultos e uma taxa anual de 0.8 a 5.8 casos para cada 100 adultos, dependendo da região, conforme demonstrado na tabela 1⁽⁶⁾. Os índices de prevalência para o TDM parecem não ter relação com etnia, educação, situação socioeconômica ou estado civil (DSM IV).



PRIETSCH, R.F.

REF-ISSN1808-0804 Vol.XII (2), 52-71, 2015.

Acomete 10% dos indivíduos que buscam os serviços de saúde por motivos diversos. E, pelo menos, 20% dos pacientes portadores de doenças crônicas, como patologias cardiovasculares e diabetes melito, sofrem de transtornos depressivos, embora o diagnóstico seja feito em uma pequena minoria (cerca de um terço dos casos)⁽⁴⁾. Um terço dos pacientes após infarto agudo do miocárdio evoluem com depressão maior num período de 12 meses. Dentre os pacientes portadores de câncer, um quarto sofre de depressão. Aproximadamente metade dos pacientes com doenças neurológicas apresenta sintomas depressivos. É especialmente comum em pacientes hospitalizados e durante o processo de recuperação de doenças

agudas⁽⁷⁾. A incidência da depressão está aumentando e a faixa etária de acometimento está reduzindo⁽⁴⁾.

ETIOLOGIA:

A depressão, conforme atualmente diagnosticada pelo DSM-IV, provavelmente representa um conjunto heterogêneo de desordens de múltiplas causas. O desenvolvimento de um sistema diagnóstico baseado na etiologia constitui um dos objetivos das pesquisas atuais⁽⁸⁾. Embora a etiologia precisa da depressão não seja bem compreendida, um amplo espectro de fatores envolvidos nesta desordem encontra-se bem conhecido, como fatores biológicos, psicológicos e sócio culturais⁽⁹⁾.

Não existem dúvidas quanto à importância dos fatores genéticos na etiologia



PRIETSCH, R.F.

REF-ISSN1808-0804 Vol.XII (2), 52-71, 2015.

da depressão. Episódios recorrentes de depressão de início precoce associam-se com maior agregação familiar⁽⁷⁾. Estudos baseados em agregação familiar demonstram uma herança em torno de até 50%^(2,10,11,12)

Os fatores genéticos poderiam predispor à depressão afetando a neurotransmissão através do aumento ou redução da liberação, ação ou duração da atividade do neurotransmissor⁽¹²⁾.

Problemas psicossociais como baixos níveis socioeconômicos, distúrbios orgânicos, incapacidade, isolamento social e institucionalização podem determinar uma desordem de ajustamento que cursa com humor deprimido ou desencadear síndromes depressivas mais graves.

Durante os primeiros anos de luto, 10 a 20% das mulheres desenvolvem sintomas de depressão e a prevalência persiste elevada no segundo ano. Além disso, 14% dos idosos viúvos apresentam depressão maior⁽¹³⁾.

O presente trabalho procurou estabelecer, por meio do exame das prescrições medicas aviadas na farmácia de manipulação localizada no centro da cidade de cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, as características da prescrição e dispensação da fluoxetina.

FLUOXETINA

Em 1985, a fluoxetina foi lançada nos EUA. Esta nova classe de antidepressivos causou uma revolução no tratamento de casos de depressão, por sua maior tolerabilidade em relação aos



PRIETSCH, R.F.

REF-ISSN1808-0804 Vol.XII (2), 52-71, 2015.

antidepressivos tricíclicos e inibidores da monoaminoxidase⁽¹⁴⁾.

A fluoxetina é efetiva em todos os graus de depressão, sendo claramente melhor tolerada e mais confiável que outros medicamentos antidepressivos⁽¹⁵⁾.

É derivada da feniltrifluortoliloxipilamina e usada na forma de cloridrato⁽¹⁶⁾.

FARMACODINÂMICA:

A fluoxetina é um inibidor seletivo da captação da serotonina no nível do córtex cerebral, neurônios serotoninérgicos e das plaquetas. Além disso, não inibe a captação de outros neurotransmissores e não tem afinidade pelos receptores adrenérgicos, muscarínicos,

colinérgicos, H1-histamínicos, serotoninérgicos ou dopamínicos⁽¹⁸⁾.

FARMACOCINÉTICA:

As diferenças mais significativas entre os ISRS estão em suas meia-vidas no soro. A fluoxetina tem meia-vida mais longa 4 a 6 dias; e seu metabólito ativo norfluoxetina tem uma meia-vida de 7 a 9 dias⁽¹⁹⁾.

Conforme⁽²⁰⁾, esta longa meia-vida parece proteger contra os efeitos adversos, em caso de retirada do medicamento. A fluoxetina também apresenta preparações de liberação lenta, que permitem a administração de uma única dose semanal, ou seja, uma fluoxetina de longa duração⁽²¹⁾.

De acordo com os estudos de⁽²²⁾ a fluoxetina é



PRIETSCH, R.F.

REF-ISSN1808-0804 Vol.XII (2), 52-71, 2015.

metabolizada pela CYP2D6, podendo interferir no metabolismo de outros medicamentos que também sejam metabolizados por esta enzima. A fluoxetina pode lentificar o metabolismo da carbamazepina, de agentes antineoplásicos, do diazepam e da fenitoína.

É absorvida rapidamente no trato gastrintestinal e amplamente distribuída pelo organismo, atingindo as concentrações plasmáticas máximas em 6 a 8 horas. É excretada (80%) pela urina, sobretudo na forma de metabólitos (livres ou conjugados) e pequenas porções (15%) aparecem nas fezes⁽¹⁶⁾.

INDICAÇÕES:

A fluoxetina é indicada no tratamento da depressão maior, distúrbio obsessivo-compulsivo, desordem pré-menstrual e bulimia nervosa⁽¹⁷⁾.

CONTRA-INDICAÇÕES:

É contra indicada na gravidez, lactação e hipersensibilidade a fluoxetina⁽¹⁶⁾.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GERAL:

Avaliar a prescrição de fluoxetina no tratamento para a depressão na cidade de Pelotas

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar o perfil do usuário de antidepressivos, quanto ao gênero;
2. Verificar as concentrações mais prescritas;



3. Caracterizar as especialidades médicas que prescrevem os antidepressivos.

MATERIAL E MÉTODOS:

A cidade de Pelotas, com 328.275 habitantes. As farmácias, identificadas por farmácias magistrais ou farmácias de manipulação, caracterizam-se por aviar receitas com formulações de medicamentos criadas pelo próprio médico para cada paciente. Seriam fórmulas individualizadas que supostamente atenderiam as necessidades de saúde de cada paciente. As farmácias necessitam de licença especial, concedida pela Anvisa, para lidar com as substâncias controladas listadas na Portaria no 344/1998. Ambas, drogarias e farmácias necessitam ainda cumprir vários outros requisitos

legais e específicos para lidar com substâncias controladas.

COLETA DAS RECEITAS ESPECIAIS:

Foram coletadas 300 receitas especiais retidas durante nos meses de abril a setembro em 2011, analisadas em uma farmácia de manipulação. A coleta foi feita pelo farmacêutico da farmácia de manipulação, no qual definiu o estudo com a ordem de chegada das receitas médicas. Cada receita especial foi analisada em relação a presença de fluoxetina, o sexo do(a) paciente foi anotado, concentração e especialidades médicas prescritas. Os dados foram obtidos da análise direta das notificações retidas e arquivadas na drogaria, sendo processadas e analisadas as informações sobre gênero do paciente, dosagem e



especialidade médica do prescritor. O teste do quantitativo foi utilizado para verificar as diferenças de proporções, com nível de significância utilizando o software Graphpad Prism 5,0.

RESULTADOS:

Das 300 prescrições analisadas, observa-se uma maior prevalência do sexo feminino em relação ao sexo masculino. Conforme estudo de⁽²³⁾ expõe

que a depressão tem uma incidência de duas à três vezes maior em mulheres do que em homens. Esta diferença sugere a participação de fatores psicossociais e biológicos associados ao sexo feminino^(24,25). No âmbito biológico⁽²⁶⁾ chamam a atenção para as questões hormonais e suas consequências, os autores tomam a menarca como referência para as diferenças de prevalências para a depressão entre os sexos.

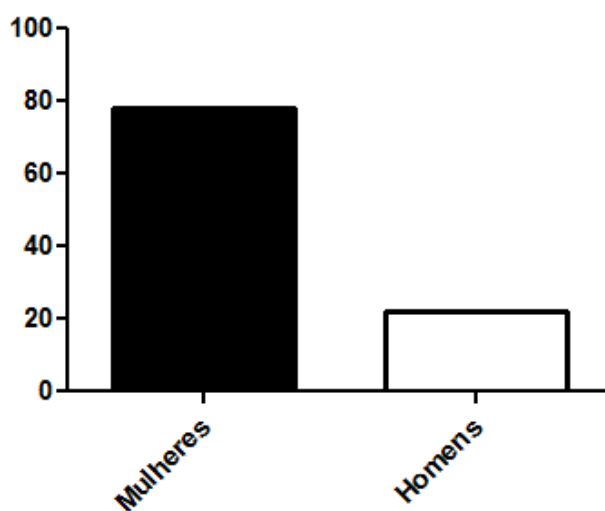


Figura1: Maior prevalência do consumo de fluoxetina



PRIETSCH, R.F.

REF-ISSN1808-0804 Vol.XII (2), 52-71, 2015.

Todas as prescrições avaliadas estiveram de acordo com a dose diária recomendada, não havendo um caso com dose prescrita excedente ao recomendado pela literatura, para o devido fim terapêutico. Esse fato pode ser explicado pelo fato da farmácia avaliada

possuir farmacêutico, uma vez que ele é o responsável pelo atendimento de todas as prescrições que entram na farmácia.

Observa-se também uma maior administração de fluoxetina 20mg em relação a outras concentrações avaliadas.

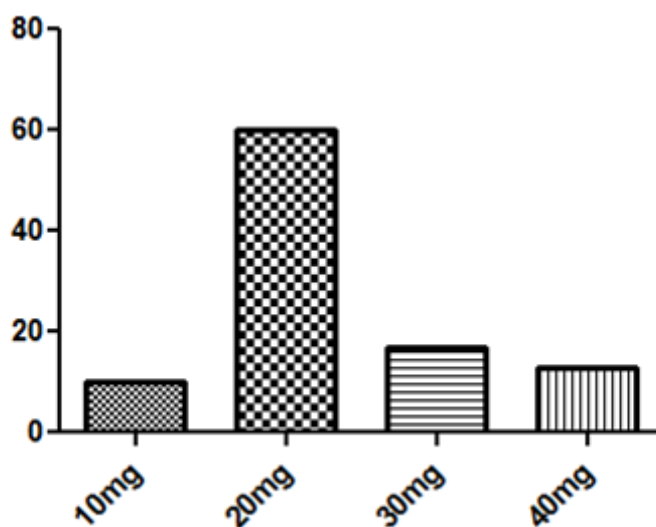


Figura2: Concentração do antidepressivo estudado



PRIETSCH, R.F.

REF-ISSN1808-0804 Vol.XII (2), 52-71, 2015.

O presente estudo também qualificou e quantificou as especialidades médicas prescritas.

Em relação às prescrições de fluoxetina pode-se observar uma variedade maior no número de especialidades médicas. Conforme a figura 3 observou-se um resultado satisfatório em relação às prescrições de fluoxetina, clínica geral (64%), psiquiatria, (19%), cardiologia (16%) e ginecologia (1%). Outras especialidades, com menor frequência, também foram encontradas: pediatria, neurologia, anestesiológica, nefrologia, urologista, dermatologia, infectologia, oncologia, gastroenterologia, Oftamologia, geriatria,

endocrinologia, medicina social, ortopedia e traumatologia. Também foram encontradas duas prescrições de fluoxetina 20mg prescrita por odontólogo e uma fluoxetina 7mg prescrita por um especialista em psiquiatria.

Estes dados foram compatíveis com os verificados em outros trabalhos⁽²⁷⁾ nos quais o clínico geral também foi apontado como o mais atuante em saúde mental. Discute⁽²⁸⁾ que o clínico geral não se encontra preparado para um diagnóstico correto de transtorno mental refletindo, em parte, na prescrição indiscriminada destes fármacos, o que, provavelmente, também ocorre em nosso estudo.



PRIETSCH, R.F.

REF-ISSN1808-0804 Vol.XII (2), 52-71, 2015.

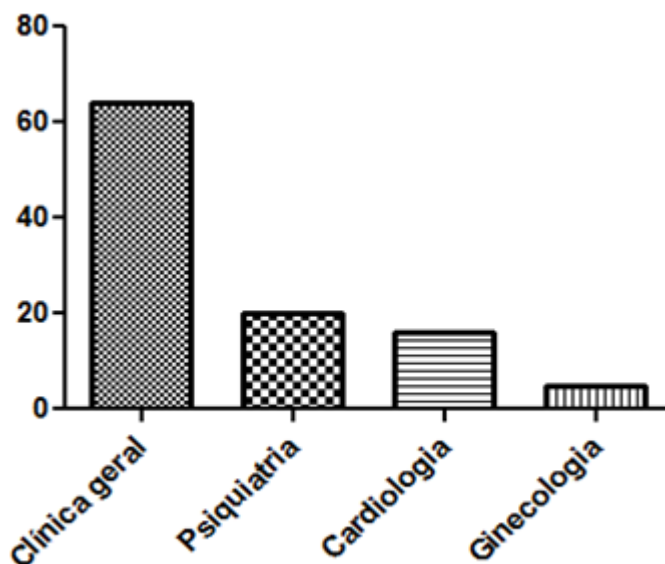


Figura 3: Especialidades médicas e suas participações nas prescrições de controle especial para a substância fluoxetina.

CONCLUSÕES:

Através da análise dos resultados encontrados e da literatura pode-se verificar que as mulheres, mais uma vez, receberam mais prescrições de medicamentos antidepressivos quando comparadas aos homens. Esta ocorrência maior em mulheres se deve ao fato de que nelas ocorrem alterações

hormonais, como na puberdade, menopausa, período pré-menstrual, pós-parto e questões afetivas. O início é precoce, em torno de 20 anos, mas pode ocorrer inclusive em crianças.

Observou-se que os maiores prescritores de antidepressivos na farmácia analisada foram os médicos



PRIETSCH, R.F.

REF-ISSN1808-0804 Vol.XII (2), 52-71, 2015.

clínicos gerais, seguidos pelos psiquiatras, cardiologistas e ginecologia. Outras especialidades, com menor frequência, também foram encontradas.

O perfil epidemiológico dos usuários antidepressivos é de fundamental importância para os centros de referência de atendimento da população, pois segundo⁽²⁹⁾ essas informações podem e devem ser utilizadas para o planejamento terapêutico, além de possibilitar a definição de prioridades de ações e estratégias na assistência à saúde de uma população.

No presente trabalho podemos observar que algumas discrepâncias entre especialidades médicas em relação ao grupo farmacológico prescrito, não condizendo com a racionalidade terapêutica da especialidade médica prescritora analisada. Esses resultados nos mostram, claramente, que mesmo com a venda controlada, ou seja, efetuada com a apresentação e posterior retenção das receitas, e notificações das mesmas nas farmácias, o uso racional desse tipo de medicamento ainda não é o ideal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Whooley, M.A.; Simon, G.E. Primary care: managing depression in medical outpatients. *N Engl J Med*, 2000;343: 1942-1950.



PRIETSCH, R.F.

REF-ISSN1808-0804 Vol.XII (2), 52-71, 2015.

- 2- Hamet, P.; Tremblay, J. Genetics and genomics of depression. *Metabolism*, 2005; v. 54, p. 10-5.
- 3- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004). Segurança dos medicamentos: um guia para detectar e notificar reações adversas a medicamentos. Brasília: OPAS/OMS. p.18.
- 4- Wong, M.L.; Licinio, J. Research and treatment approaches to depression. *Nat Rev Neurosci*, 2001; 2: 343-351.
- 5- Viana, M.M.; De Marco L, Boson, W.L.; Romano-Silva M.A.; Correa H. Investigation of A218C tryptophan hydroxylase polymorphism: association with familial suicide behavior and proband's suicide attempt characteristics. *Genes Brain Behav*, 2006; 5: 340-5.
- 6- Weissman, M.M.; Bland, R.C.; Canino G.J.; Faravelli, C.; Greenwald, S.; Hwu, H.G.; Joyce, P.R.; Karam, E.G.; Lee, C.K.; Lellouch, J.; Lépine J.P.; Newman, S.C.; Rubio-Stipec, M.; Wells, J.E.; Wickramaratne, P.J.; Wittchen, H.; Yeh, E. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 1996; 276: 293-299.
- 7- Ebmeier, K.P.; Donaghey, C.; Steele, J.D. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*, 2006; 367:153-167.
- 8- Charney, D.S.; Manji, H.K. Life stress, genes, and depression: multiple pathways lead to increased risk and new opportunities for intervention. *Sci STKE*, 2004; (225): re5
- 9- Kalia, M. Neurobiological basis of depression: an update. *Metabolism*, 2005; 54: 24-27.

- 10- Kendler, K.S.; Kuhn J.W.; Vittum J.; Prescott C.A.; Riley B. The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005; 62, 529-535.
- 11- Levinson, D.F. The genetics of depression: a review. *Biol Psychiatry*, 2006; 60: 84-92.
- 12- Wurtman, R. J. (2005). Genes, stress, and depression. *Metabolism*. 54: 16-19.
- 13- Alexopoulos, G.S. Depression in the elderly. *Lancet*, 2005; 365: 1961-1970.
- 14- Horimoto, F.C.; Ayache, D.C.; Souza, J.A.D. Depressão: diagnóstico e tratamento pelo clínico. 1. ed. São Paulo: Roca. p.132-137, 2005.
- 15- Leite, C.E. Influência do Uso Continuado de Fluoxetina nas Dosagens Séricas de Prolactina em Mulheres. *RBAC*, 2007; v.39, n.4, p.283-285.
- 16- Korolkovas, A.; França, Francisco Faustino de Albuquerque Carneiro de. (2006). *Dicionário terapêutico Guanabara*. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- 17- Martindale, M. (2002). *The complete drug reference*. 33. ed. Grayslake, EUA: The Pharmaceutical Press. p.281-309.
- 18- Ballone, G. J. Antidepressivos ISRS - in. *PsiquWeb*, (2005). Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 4 set. 2008.
- 19- Sadock, B.J., Sadock V.J., Sussman N. *Manual de Farmacologia Psiquiátrica de Kaplan e Sadock*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, p.277-295.

- 20-Rossi, A., Barroco A., Donda P. Fluoxetine: a review on evidence based medicine. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2004; v.3, p.1-8.
- 21-Souza, J.C.; Camargo, D.A. (2002). *Psicofarmacologia e equipe multidisciplinar*. Campo Grande: UCDB. p.52.
- 22-Kaplan, H. I; Sadock, B. J., Grebb, J.A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. p.927.
- 23-Fleck, M. P. A. et al (2009). Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 31: 7-17.
- 24-Michelon, L.; Cordeiro, Q.; Vallada, H. (2008). Depressão: Como diagnosticar e tratar. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, dez: 15-25.
- 25-Santos, J.R.B.; Aguilar, T.M. (2010). Investigação do Consumo de Antidepressivos aviados em Farmácias com Manipulação na Cidade de Valinhos – SP. *Revista Infarma*, v. 22.
- 26-Justo, L. P.; Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres. *Revista Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v. 33: 74-9.
- 27-Prado, F.C.; Ramos, J.A.; Valle, J.R. *Atualização terapêutica 2003: manual prático de diagnóstico e tratamento*. 21 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.
- 28-Andrade, M.F.; De Andrade, R.C.G.; Dos Santos, V. (2004). Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. *Revista Brasileira Ciências Farmacêuticas*. vol. 40.



PRIETSCH, R.F.

REF-ISSN1808-0804 Vol.XII (2), 52-71, 2015.

29-Fletcher, R. H.; Fletcher, S. W.; Wagner, E. H. (2008).
Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 4. ed. Porto
Alegre: Artmed.