

Psicofármacos:

Evolução do consumo em Portugal Continental (2000 – 2012)

Elaborado por: Cláudia Furtado
Gabinete de Estudos e Projectos

Sumário Executivo

- Entre 2000 e 2012 ocorreu um aumento do consumo de psicofármacos, expresso através das DDD por 1000 habitantes dia (DHD), em todos os subgrupos mas mais evidente nos antidepressores (+240%) e antipsicóticos (+171%). A utilização de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos aumentou de modo menos acentuado (+6%) mas é o subgrupo com maior utilização (96DHD).
- O aumento do consumo pode dever-se a uma maior acessibilidade aos medicamentos, a uma utilização mais prolongada destes fármacos ou à aprovação de novas indicações terapêuticas.
- No que respeita à despesa com psicofármacos os encargos dos utentes com psicofármacos, entre 2000 e 2011, mantiveram-se constantes. Em contrapartida, no mesmo período observou-se um aumento elevado dos encargos do SNS, decorrente do alargamento do regime especial de comparticipação (Portaria n.º 543/2001, de 30 de Maio) aos antipsicóticos e antidepressores prescritos por qualquer especialidade médica. A partir de 2011, com a eliminação do regime especial de comparticipação os encargos do SNS diminuíram e em 2012 observou-se um decréscimo tanto dos encargos do SNS como dos utentes.
- O custo médio dos antidepressores e ansiolíticos diminuiu ao longo do período em estudo mas o dos antipsicóticos só diminuiu a partir de 2011.
- Comparando com outros países europeus verifica-se que Portugal apresenta um consumo de antidepressores (88 DHD) superior ao apresentado na Itália (37 DHD) e Noruega (57 DHD), mas similar ao da Dinamarca (93 DHD). Nos antipsicóticos não existem grandes diferenças entre países, com excepção da Itália.
- No que se refere aos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos o consumo em Itália (53 DHD), Noruega (62 DHD) e Dinamarca (31 DHD) é bastante inferior ao verificado em Portugal (96 DHD). Os valores elevados de consumo podem significar que os tratamentos são mais prolongados do que o indicado. Este é um importante problema de saúde pública que deve ser alvo de uma intervenção mais direccionada.

Índice

1.	Introdução.....	4
2.	Objectivos.....	5
3.	Metodologia.....	5
3.1.	Dados.....	5
3.2.	Variáveis em estudo.....	6
3.3.	Limitações metodológicas.....	7
4.	Apresentação dos resultados.....	8
4.1.	Evolução da utilização de psicofármacos.....	8
4.2.	Comparação internacional dos níveis de utilização de psicofármacos.....	9
4.3.	Evolução da despesa com psicofármacos.....	9
4.4.	Evolução do consumo por subgrupo farmacoterapêutico.....	12
4.4.1.	Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos.....	12
4.4.2.	Antidepressores.....	14
4.4.3.	Antipsicóticos.....	17
4.	Discussão e Conclusão.....	18
	Referências Bibliográficas.....	21

1. Introdução

De acordo com o relatório “Saúde Mental em números – 2013” do Programa Nacional para a Saúde Mental, Portugal apresenta uma elevada prevalência de doenças mentais as quais também encontram-se entre as principais responsáveis pela incapacidade para a actividade produtiva e psicossocial de população portuguesa, com destaque para a depressão major¹.

Em análises prévias efectuadas pelo Infarmed verificou-se que os medicamentos que actuam no Sistema Nervoso Central constituem um dos grupos terapêuticos com maior peso no consumo do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em ambulatório^{2,3} e com uma tendência global de crescimento⁴. Nesses estudos foi particularmente evidente o peso dos psicofármacos, nomeadamente dos antipsicóticos e antidepressores, no aumento da utilização e despesa na última década.

Para além da prevalência de doenças mentais salienta-se que, nos últimos anos, foram introduzidas algumas alterações no regime de comparticipação destes medicamentos que podem ter influência nos níveis de utilização e despesa. Entre estas medidas destacam-se:

- Introdução em 1999⁵ de um regime especial de comparticipação (REC) para os medicamentos antipsicóticos e antidepressores. Os antipsicóticos passavam a ser comparticipados pelo Escalão A e os antidepressores a ser comparticipados pelo Escalão B, quando prescritos por médicos psiquiatras ou neurologistas, desde que o médico confirmasse por escrito, na receita, que se tratava de um doente abrangido pela referida portaria. Nos restantes casos os medicamentos antipsicóticos e antidepressores eram comparticipados pelo Escalão C.
- Alargamento, em 2001, do REC aos medicamentos antipsicóticos e antidepressores, independentemente da especialidade do prescriptor.
- Eliminação do REC e comparticipação dos antidepressores pelo Escalão C (actualmente 37%), independentemente da especialidade do médico prescriptor ou da patologia e comparticipação dos antipsicóticos pelo Escalão A⁶ (actualmente 90%).

Embora não específicas da área dos psicofármacos ocorreram outras alterações legislativas que podem também ter afectado a utilização e a despesa com este grupo terapêutico:

- Em 2005 e 2007 houve uma redução dos preços dos medicamentos^{7,8} e, em 2008, uma redução de preços destinada apenas aos medicamentos genéricos;
- Em 2007 o Escalão B passou de 70% para 69% e o Escalão C passou de 40% para 37%⁸;
- Em 2010 foi implementada uma dedução de 6% do preço do medicamento e implementadas alterações ao Sistema de Preços de Referência (SPR) que conduziram a uma maior competitividade com redução de preços nos medicamentos abrangidos pelo SPR.

Neste contexto, pretende-se efectuar uma análise da evolução do consumo de psicofármacos em Portugal nos últimos anos.

2. Objectivos

Este estudo pretende analisar a evolução da utilização e da despesa com psicofármacos (Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos; Antidepressores e Antipsicóticos) no SNS e o efeito das alterações legislativas na área do sistema de comparticipações de medicamentos antidepressores e antipsicóticos.

Os objectivos específicos são:

- Analisar a utilização e despesa de psicofármacos por subgrupo terapêutico entre 2000 e 2012;
- Comparar os níveis de utilização com outros países;
- Analisar a evolução e os determinantes do padrão de utilização e despesa com as substâncias activas nos subgrupos terapêuticos.

3. Metodologia

3.1. Dados

- Os dados de consumo no SNS obtiveram-se a partir da base de dados resultante da conferência de facturas das farmácias comunitárias de Portugal Continental.

- Na análise foram incluídos os medicamentos prescritos e dispensados em regime de ambulatório à população que utilizou o SNS, durante o período de 1 de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2012. Seleccionaram-se os medicamentos cuja classificação anatómica, química e terapêutica (ATC 2013) da OMS⁹ correspondesse aos seguintes códigos: N05A – ANTIPSYCHOTICS; N05B-ANXIOLYTICS; N05C-HYPNOTICS AND SEDATIVES; N06A – ANTIDEPRESSANTS e N06CA - Antidepressants in combination with psycholeptics (nível 4).
- Neste estudo não foram incluídos os medicamentos utilizados em meio hospitalar nem os dispensados à população abrangida pelos subsistemas de saúde.
- A população anual abrangida pelo SNS e para cada ano considerado no estudo é a população residente no Continente em 31 de Dezembro (dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística) excluindo a estimativa da população abrangida pelos subsistemas de saúde.

3.2. Variáveis em estudo

A evolução da utilização e da despesa é expressa pelas seguintes variáveis:

- Dose Diária Definida de um fármaco (DDD)

A DDD corresponde à dose média diária de manutenção do fármaco, em adultos, para a sua indicação principal, por uma determinada via de administração e expressa em quantidade de princípio activo. A DDD é uma unidade técnica de medida e de comparação, no entanto, não reflecte necessariamente a dose média prescrita em Portugal. No caso de medicamentos sem DDD atribuída foi utilizada a posologia média diária para a indicação principal.

- DDD por 1000 habitantes/dia (DHD)

A DHD é a dose diária definida por 1000 habitantes por dia e indica, em medicamentos administrados cronicamente, a proporção da população que diariamente recebe tratamento com determinado medicamento numa determinada dose média. A DHD calcula-se a partir da seguinte equação:

$$DHD = \frac{totalDDD * 1000hab.}{n^{\circ} dias * população}$$

- Despesa a PVP

A despesa a Preço de Venda ao Público (PVP) inclui o encargo para o Estado e para o utente.

- Encargos do SNS

Esta variável indica o encargo do SNS na comparticipação de medicamentos.

3.3. Limitações metodológicas

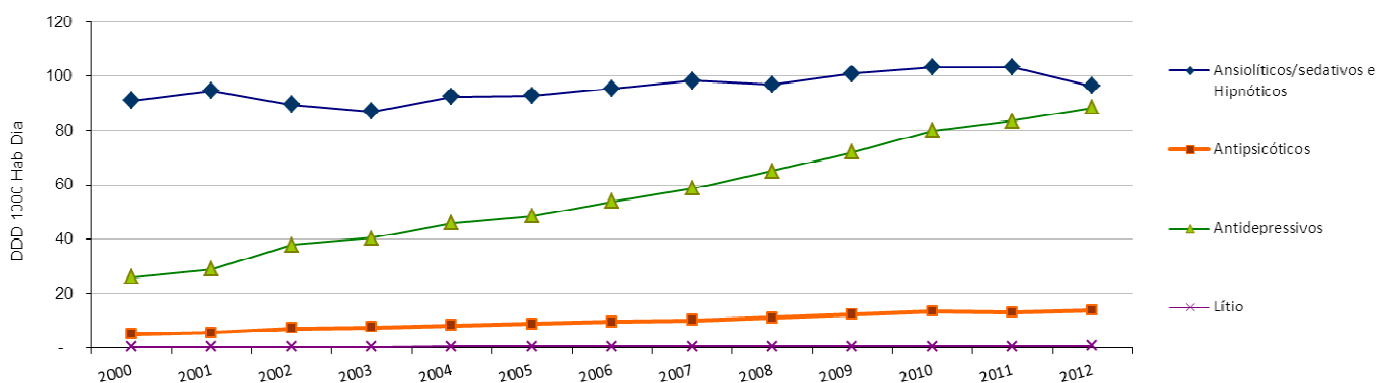
- Os dados de utilização referem-se aos utilizadores do SNS, excluindo-se deste modo os subsistemas de saúde/seguros privados e medicamentos dispensados sem receita médica;
- O método utilizado para o cálculo da utilização (DDD) apresenta limitações, pois não reflecte necessariamente a dose diária consumida, sendo em alguns casos apenas uma aproximação;
- Não é possível associar a prescrição dos medicamentos aos diagnósticos;
- Não é possível diferenciar a população que está a tomar apenas um psicofármaco daquela que está a tomar dois ou mais;
- Os dados referem-se à prescrição e dispensa de medicamentos. Não se pode assumir que os medicamentos dispensados são consumidos.

4. Apresentação dos resultados

4.1. Evolução da utilização de psicofármacos

- Entre 2000 e 2012 ocorreu um aumento da utilização, expressa através das DDD por 1000 habitantes dia (DHD), em todos os subgrupos mas mais evidente nos antidepressores e antipsicóticos.

Gráfico 1 - Evolução dos Medicamentos Psicofármacos (DHD), por Sub-Grupo Terapêutico entre 2000 e 2012



- Embora os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos não tenham apresentado um crescimento tão acentuado, são o subgrupo que apresenta o maior nível de consumo. Como se pode observar na Tabela 1, em 2012 verificou-se um consumo de 96 DDD por 1000 habitantes dia de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, o que representa um aumento de 6% relativamente ao ano 2000. Neste período observaram-se algumas oscilações nos níveis de utilização dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos não sendo possível identificar uma tendência consistente. A partir de 2010 observa-se uma tendência de decréscimo.

Tabela 1 - Evolução dos Medicamentos Psicofármacos (DHD), por Sub-Grupo Terapêutico entre 2000 e 2012

Ano	Ansiolíticos/sedativos e Hipnóticos	Antipsicóticos	Antidepressores	Lítio
2000	91	5	26	0
2012	96	14	88	0,7
Variação (2000-2012)	6%	171%	240%	60%

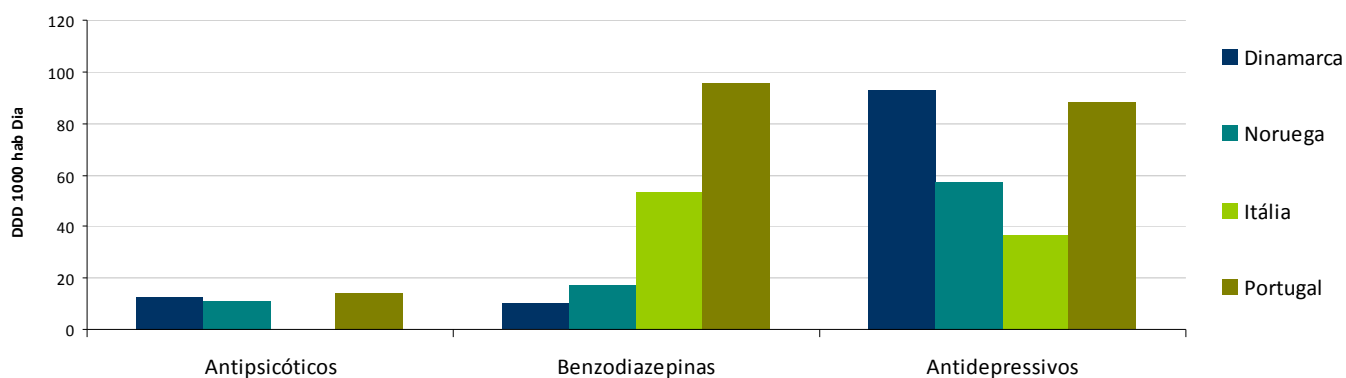
- Ao nível dos antidepressores verificou-se uma taxa de crescimento muito elevada (240%), passando de 26 DHD em 2000 para 88 DHD em 2012. A partir de 2010 observa-se um abrandamento do crescimento.

- Os antipsicóticos, embora apresentem níveis de utilização inferiores (14 DHD em 2009), apresentaram também uma taxa de crescimento acentuada (171%). Os níveis de utilização do Lítio mantiveram-se residuais ao longo do período em estudo. A partir de 2010 observa-se uma estabilização do consumo.

4.2. Comparação internacional dos níveis de utilização de psicofármacos

Para os países que disponibilizam dados de utilização em DDD ou DHD (Itália, Dinamarca e Noruega) apresentam-se no Gráfico 2 os dados de utilização por 1000 habitantes para os antidepressores, antipsicóticos e ansiolíticos, sedativos e hipnóticos.

Gráfico 2 – Comparação internacional dos níveis de utilização de Psicofármacos (DHD), por Sub-Grupo Terapêutico, em 2012



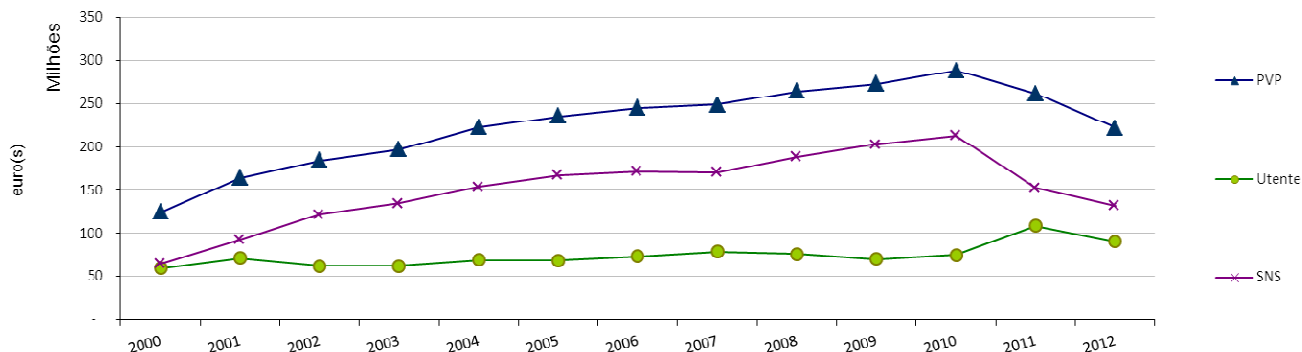
- Portugal apresenta claramente o maior consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (96 DHD), muito superior à Dinamarca (31 DHD), Noruega (62 DHD) e Itália (53 DHD);
- Nos antidepressores, Portugal apresenta um consumo (88 DHD) similar à Dinamarca (93 DHD) mas superior à Itália (37 DHD) e Noruega (62 DHD).
- Nos antipsicóticos não existem diferenças muito significativas entre países;

4.3. Evolução da despesa com psicofármacos

- A despesa a preço de venda ao público (PVP) com psicofármacos, que engloba os encargos do SNS e do utente, apresentou uma tendência de aumento até 2010 mas desde essa altura tem vindo a diminuir.
- As alterações nos níveis de encargos dos utentes e do SNS, visíveis no Gráfico 3, estão associadas às alterações aos regimes especiais de comparticipação (REC) para

antipsicóticos e antidepressores. Conforme já referido, em 2002 alargou-se o REC e em 2010 procedeu-se à respectiva revogação.

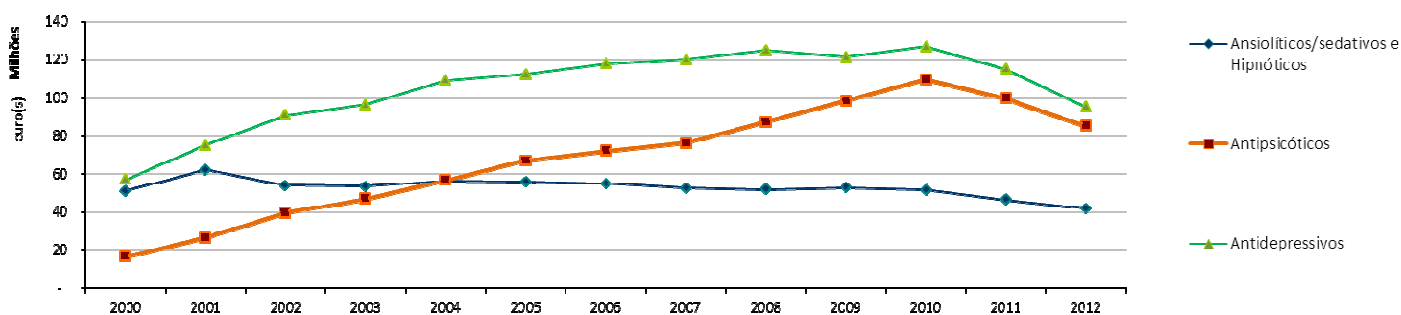
Gráfico 3 - Evolução da despesa com psicofármacos entre 2000 e 2012



Despesa a PVP

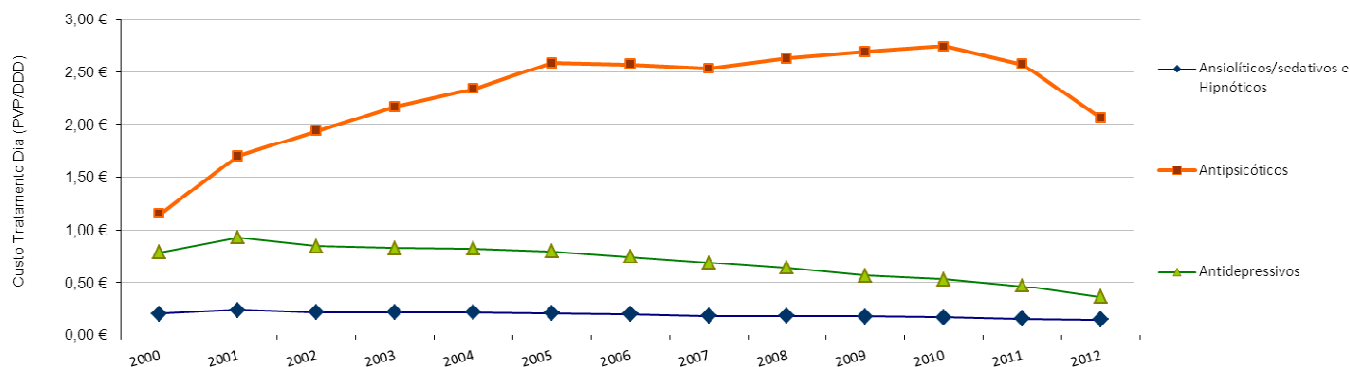
- Na análise por subgrupo (Gráfico 4), e no que se refere à despesa a PVP, verificou-se até 2010 um aumento nos antipsicóticos e antidepressores e um ligeiro decréscimo nos ansiolíticos. Em todos os subgrupos verificou-se um decréscimo acentuado a partir de 2010.

Gráfico 4 - Evolução da despesa a PVP com Psicofármacos entre 2000 e 2012



- O custo médio diário do tratamento (Gráfico 5), expresso pelo rácio da despesa a PVP sobre a quantidade consumida (DDD), dos ansiolíticos e antidepressores diminuiu no período em estudo. Os antipsicóticos apresentaram um aumento substancial até 2005 e apenas a partir de 2011 apresentaram um decréscimo do custo tratamento.

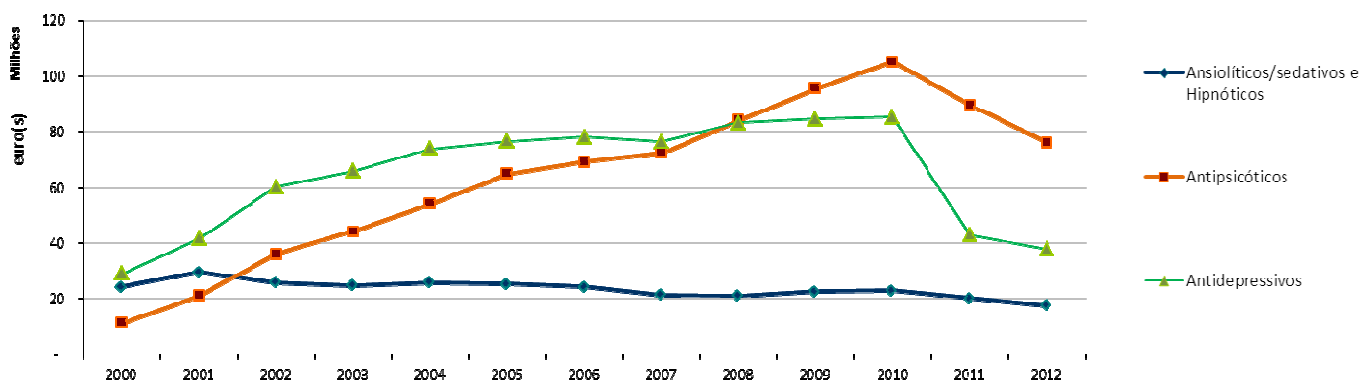
Gráfico 5 - Evolução do Custo Médio (PVP/DDD) com Psicofármacos entre 2000 e 2012



Encargos SNS

- Uma análise mais detalhada aos encargos do SNS (Gráfico 6) mostra que o aumento deveu-se essencialmente aos encargos com antipsicóticos e antidepressores. Salienta-se que a partir de 2010 ocorreu um decréscimo acentuado dos encargos do SNS com antidepressores devido principalmente à revogação do regime especial de comparticipação do Estado mas também às reduções de preços.
- As benzodiazepinas estão englobadas no escalão C e não beneficiaram, neste período, de qualquer regime especial de comparticipação, o que explica em parte o menor nível de encargos no SNS.

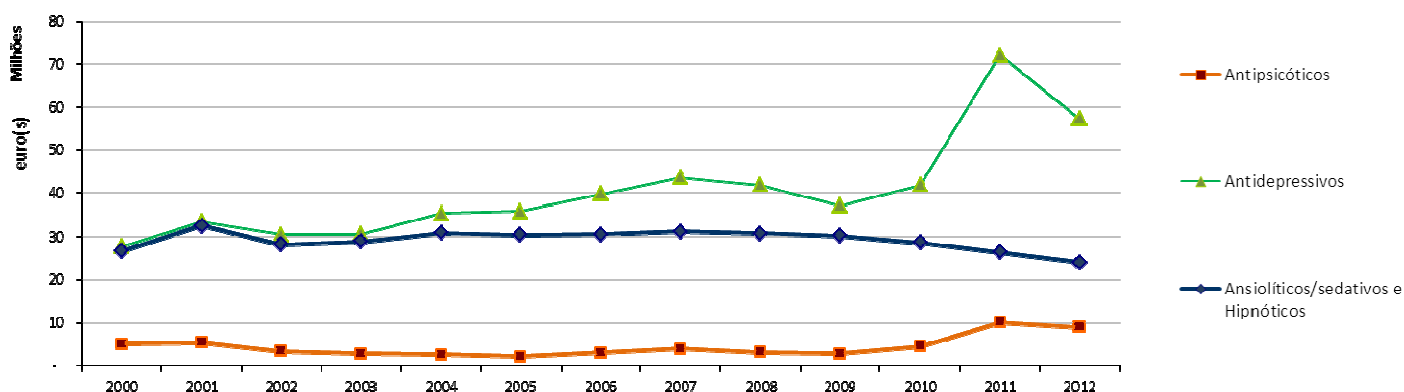
Gráfico 6 - Evolução dos Encargos do SNS com Psicofármacos entre 2000 e 2012



Encargos dos Utentes

- Quanto aos encargos dos utentes (Gráfico 7) existiram tendências distintas nos três subgrupos: nos ansiolíticos a tendência é de decréscimo, nos antipsicóticos ocorreu um aumento acentuado em 2011 e nos antidepressivos observaram-se várias oscilações, com um aumento acentuado em 2011 mas com uma redução em 2012, o que corrobora o efeito da descida de preços dos medicamentos.

Gráfico 7 - Evolução dos Encargos dos utentes com Psicofármacos entre 2000 e 2012



De seguida será efectuada uma análise mais detalhada de cada subgrupo terapêutico.

4.4. Evolução do consumo por subgrupo farmacoterapêutico

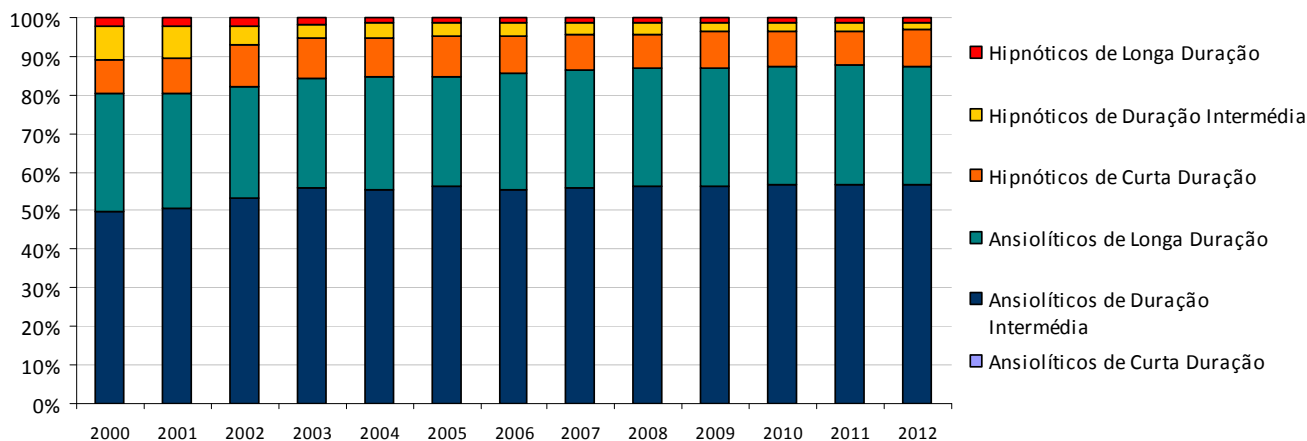
4.4.1. Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos

Neste subgrupo terapêutico incluem-se as benzodiazepinas, produtos relacionados com as benzodiazepinas, como o Zolpidem ou o Zopiclone, e outros fármacos como a Valeriana. Entre as benzodiazepinas existem diferenças em termos de potência, início de acção e duração de acção relacionadas com o tempo de semi-vida e a presença de metabolitos activos¹⁰.

- O consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, no SNS, manteve níveis elevados no período em análise. Em 2012 o nível foi de 96 DDD por 1000 habitantes dia o que representa uma taxa de crescimento de 6% relativamente ao ano 2000, como já observado na Tabela 1.

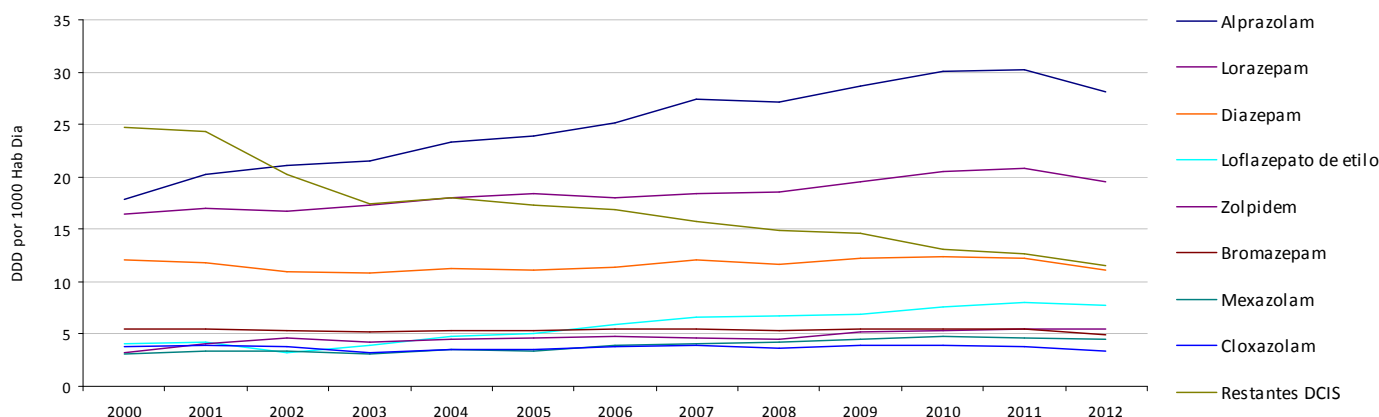
- Em termos qualitativos verificou-se, entre 2000 e 2012, um aumento da proporção da utilização de benzodiazepinas (BZD) ansiolíticas e uma diminuição das hipnóticas, especificamente das hipnóticas de duração intermédia e longa (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Evolução da utilização (DHD) de BZD, por tipo e duração de acção, entre 2000 e 2012



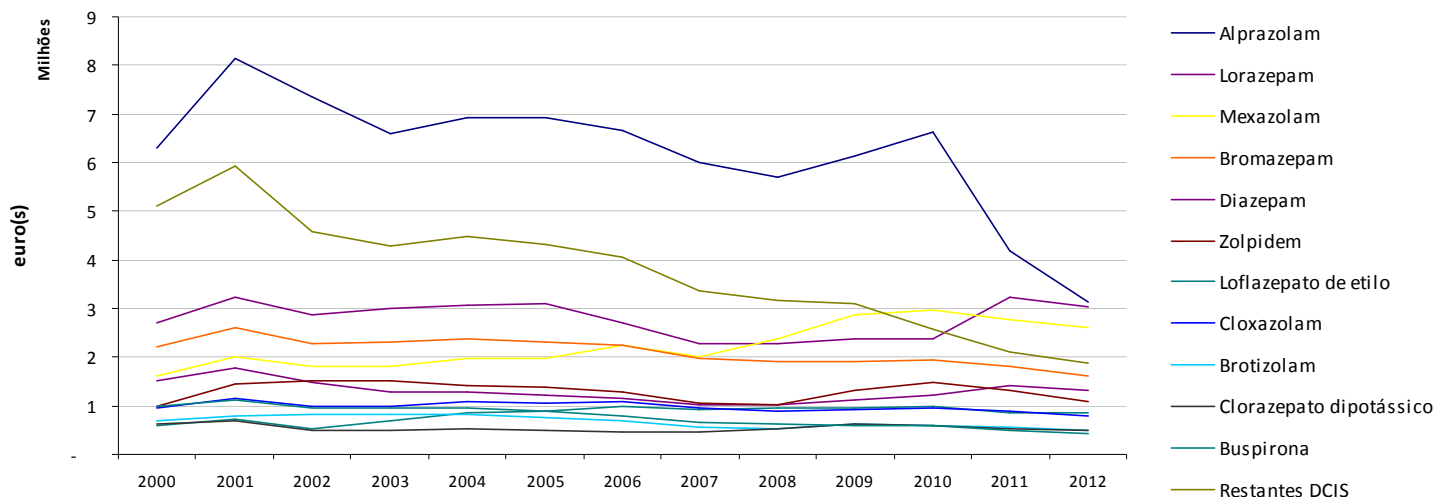
- A substância activa que apresentou um maior nível de consumo foi o Alprazolam (28 DHD em 2012) e continua com uma tendência crescente. Para a manutenção desta tendência de crescimento pode ter contribuído a introdução da formulação de libertação prolongada do Alprazolam (Gráfico 9).
- O Lorazepam também apresentou níveis elevados de utilização (20 DHD) e igualmente com tendência de crescimento (mais informação no Anexo 1).

Gráfico 9 - Evolução dos Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (DHD) entre 2000 e 2012



- No que concerne aos encargos do SNS verificou-se no período em estudo uma diminuição dos encargos, sendo o valor em 2012 de aproximadamente 17 milhões de euros. A taxa média de comparticipação manteve-se na ordem dos 40% (Anexo 1).

Gráfico 10 - Evolução dos encargos do SNS com as principais substâncias activas (Ansiolíticos, Sedativos e hipnóticos) entre 2000 e 2012



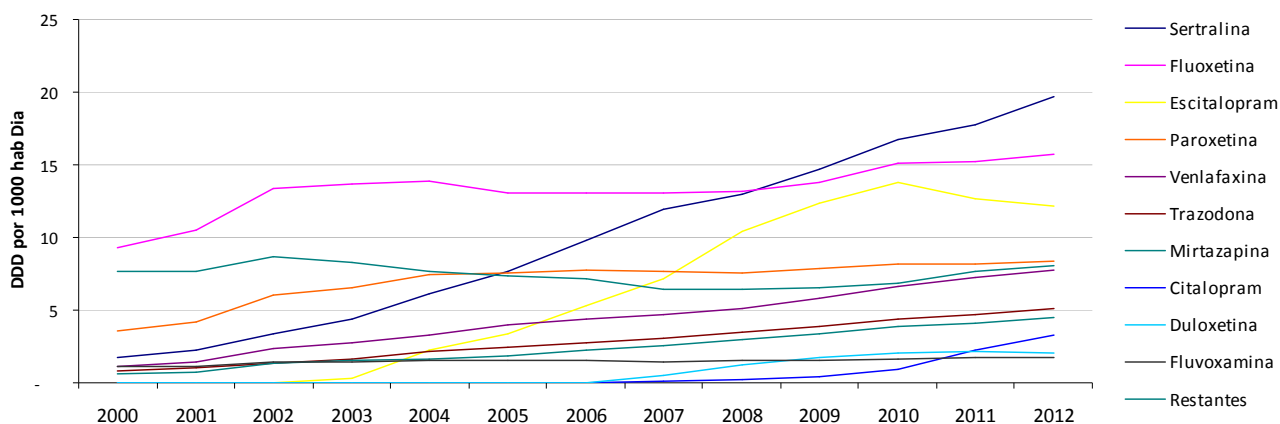
- As substâncias activas com maior nível de encargos para o SNS foram, em 2012, o Alprazolam e o Lorazepam.

4.4.2. Antidepressores

Os antidepressores podem ser agrupados em Antidepressores Tricíclicos, Inibidores das Monoaminoxidases, Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina, Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina ou outros onde se incluem o Bupropiom, Mirtazapina e Trazadona.

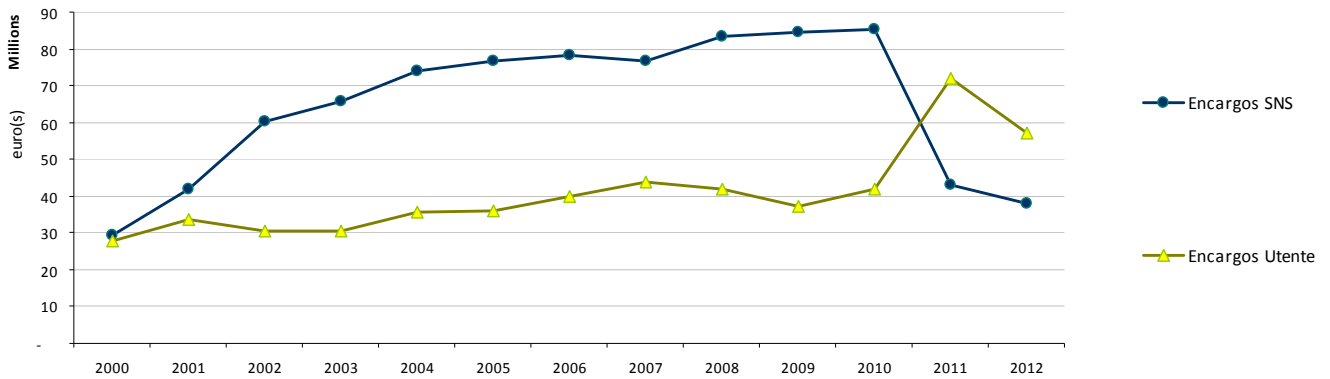
- Os antidepressores apresentaram um crescimento acentuado (240%) no período em estudo, tendo o nível de utilização passado de 26 DHD em 2000 para 88 DHD em 2012.

Gráfico 11 - Evolução da utilização das principais substâncias activas (Antidepressores) entre 2000 e 2012



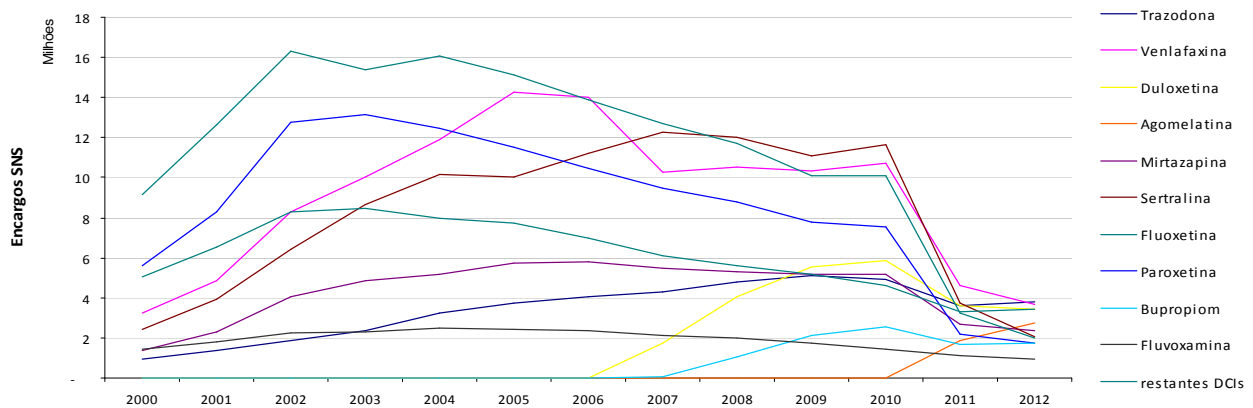
- No ano 2000 a substância com maior consumo no ambulatório do SNS foi a Fluoxetina. No entanto, entre 2000 e 2012, verificou-se um aumento acentuado da utilização da Sertralina e do Escitalopram.
- A comparticipação dos medicamentos genéricos da Sertralina (em 2003) potenciou uma maior utilização desta substância, o que reflecte uma maior acessibilidade ao medicamento. Actualmente, a Sertralina é líder de mercado neste subgrupo terapêutico.
- O Escitalopram apresentou um aumento acentuado da utilização a partir do momento em que foi incluído no sistema de comparticipações do SNS (2003). Este aumento foi potenciado pelo alargamento das indicações terapêuticas em 2005 (perturbação da ansiedade generalizada) e em 2007 (perturbação obsessiva-compulsiva). No entanto, a partir de 2010 observa-se um ligeiro decréscimo.
- A Paroxetina e a Venlafaxina também apresentaram um peso elevado no crescimento, embora o impacto tenha sido inferior ao da Sertralina e do Escitalopram.
- Relativamente aos encargos do SNS com este subgrupo, verificou-se que estes apresentaram em 2001 e 2002 um aumento muito acentuado.
- Em 2007 ocorreu um decréscimo dos encargos do SNS, como consequência da redução dos níveis de comparticipação, mas voltaram a aumentar em 2008 e 2009. Em 2009 o aumento deveu-se essencialmente à comparticipação a 100% dos medicamentos genéricos aos indivíduos com pensões inferiores ao salário mínimo nacional.

Gráfico 12 - Evolução dos encargos do SNS e dos utentes com Antidepressores, entre 2000 e 2012



- Decorrente da eliminação do regime especial de comparticipação em 2010 verificou-se, em 2011, uma redução da despesa pública com estes medicamentos. Este facto reflectiu-se nos encargos do utente (Gráfico 12), que apresentaram nesse ano um aumento significativo.
- Em 2012 tanto os encargos dos utentes como do SNS apresentaram uma redução decorrente da diminuição do custo do tratamento uma vez que a utilização manteve-se com uma tendência de crescimento.

Gráfico 13 - Evolução dos encargos do SNS com as principais substâncias activas (Antidepressores) entre 2000 e 2012



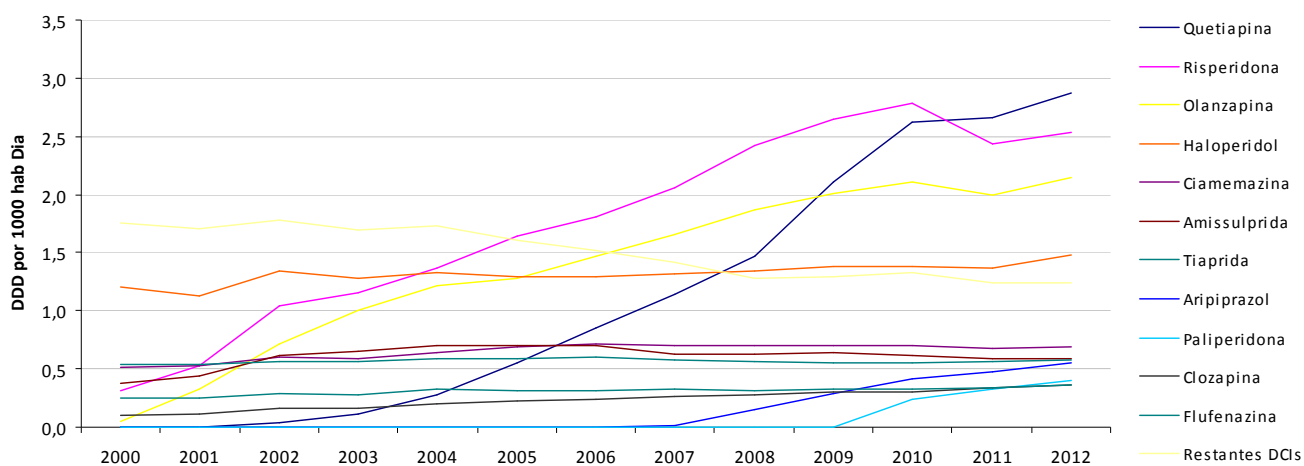
- No que concerne aos encargos do SNS com substâncias activas (Gráfico 13) verifica-se, entre 2000 e 2004, uma dinâmica de crescimento com a maioria das substâncias em análise.
- Em final de 2003 com a comparticipação do medicamento genérico da Sertralina e em 2007 com a comparticipação do genérico da Venlafaxina observou-se uma tendência para a estabilização dos encargos com estas 2 substâncias.

- A partir de 2010 todas as substâncias identificadas apresentaram um decréscimo nos encargos com excepção da Agomelatina. Esta substância não tem medicamentos genéricos comparticipados e apresenta uma linha de crescimento bastante acentuada.

4.4.3. Antipsicóticos

- Os antipsicóticos passaram de um consumo de 5 DDD por 1000 habitantes dia em 2000 para um valor de 14 DDD por 1000 habitantes dia em 2012, o que representa um aumento de 171%.
- Em 2000 predominava a utilização dos antipsicóticos de 1ª geração, nomeadamente do Haloperidol, que era a substância mais consumida, e da Ciamemazina. Os antipsicóticos de 1ª geração mantiveram os níveis de utilização praticamente inalterados ao longo do período em estudo.
- A partir do ano 2000 observou-se um aumento dos antipsicóticos de 2ª geração, particularmente da Risperidona e da Olanzapina.
- A Quetiapina, embora só tenha sido comparticipada em 2002, teve um crescimento acentuado e em 2012 foi a substância com maior consumo (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Evolução da utilização das principais substâncias activas (Antipsicóticos) entre 2000 e 2012

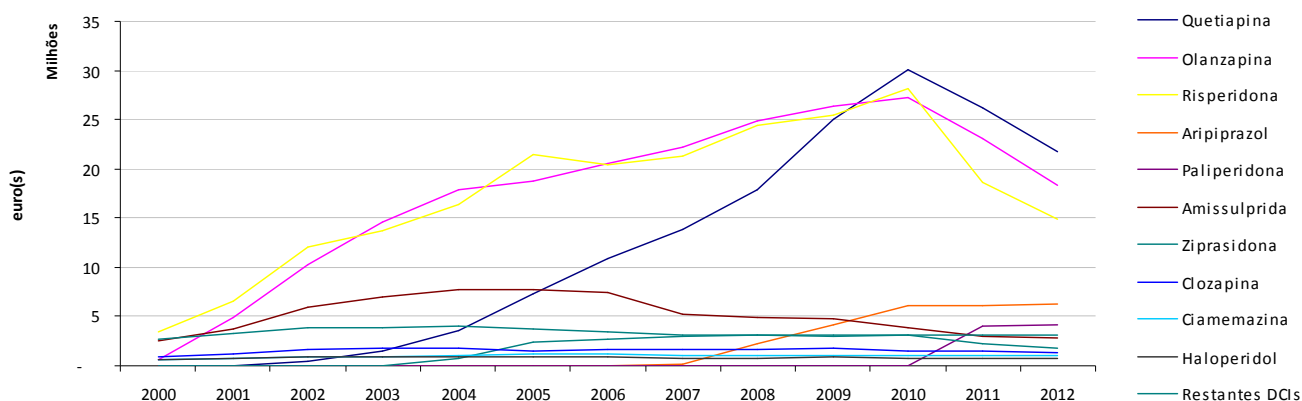


- Em 2004, verificou-se um abrandamento na utilização da Olanzapina o qual pode estar associado ao alerta de segurança emitido pela European Medicines Agency. Este alerta reforçou o facto de a Olanzapina não estar autorizada no tratamento da demência relacionada com psicose e/ou alterações do comportamento, não sendo recomendado o

seu uso neste grupo específico de doentes¹¹. A Risperidona também teve um alerta de segurança relacionado com a utilização no tratamento da demência.

- Em 2004 observou-se um aumento mais pronunciado da utilização da Quetiapina, o qual voltou a acontecer em 2008. Este último facto pode reflectir a aprovação de uma nova indicação terapêutica - tratamento de episódios depressivos major no contexto da doença bipolar.
- A Quetiapina tem um conjunto alargado de indicações terapêuticas aprovadas o que pode explicar o nível elevado de consumo desta substância. Para além da esquizofrenia a Quetiapina está também indicada no tratamento da perturbação bipolar (episódios maníacos moderados a graves, episódios depressivos e prevenção das recorrências).
- No que concerne aos encargos do SNS (Gráfico 15) observou-se uma tendência de aumento, muito acentuado entre 2000 e 2002. Apenas em 2011 iniciou-se uma tendência de decréscimo de encargos.

Gráfico 15 - Evolução dos encargos com as principais substâncias activas (Antipsicóticos) entre 2000 e 2012



- No Gráfico 16 verifica-se que a Quetiapina, Olanzapina e Risperidona foram as substâncias com maior aumento de encargos do SNS. O Aripiprazol, embora só tenha sido participado em Outubro de 2007, apresentou uma tendência de crescimento acentuada.

4. Discussão e Conclusão

- Nesta análise verificou-se um aumento da utilização e da despesa com ansiolíticos, antidepressores e antipsicóticos. O aumento dos níveis de utilização pode dever-se a uma

utilização mais prolongada destes fármacos, a novos utilizadores devido a uma melhor taxa de diagnóstico, maior acessibilidade aos medicamentos ou introdução de novas indicações terapêuticas.

- O aumento dos antidepressores foi mais acentuado no ano 2002 decorrente do alargamento do regime de comparticipação especial aos antidepressores e antipsicóticos prescritos por médicos de outras especialidades. A comparticipação pelo Escalão B passou a estar acessível a um conjunto mais alargado da população, o que potenciou a utilização destes medicamentos. A eliminação do regime especial de comparticipação em 2010 pode ter contribuído para o atenuar da taxa de crescimento na utilização destes medicamentos, nos últimos anos.
- À semelhança do verificado com os antidepressores, a alteração dos critérios de prescrição no regime especial de comparticipação parece ter também potenciado a utilização dos antipsicóticos. No entanto, o aumento não foi tão marcado provavelmente devido ao facto de a maioria das indicações terapêuticas destes fármacos requerer um acompanhamento mais especializado.
- Comparando com outros países europeus verifica-se que em Itália o consumo de antidepressores apresentou um valor bastante inferior ao apresentado em Portugal para o mesmo ano. Na Dinamarca e Noruega, o consumo apresenta níveis mais elevados e mais próximos dos portugueses.
- Os antipsicóticos de segunda geração tiveram um aumento no período em estudo, o que também foi observado noutros estudos internacionais^{12,13}. Portugal apresenta níveis comparáveis ao dos países nórdicos.
- Para o aumento da utilização dos antipsicóticos foram identificadas na literatura revista algumas explicações¹⁴: aumento da prevalência de perturbações psicóticas, aumento da duração do tratamento, alargamento das indicações terapêuticas aprovadas para os antipsicóticos de segunda geração e o aumento da utilização *off-label*.
- O consumo de antipsicóticos e antidepressores aumentou noutros países europeus^{15,16} mas o mesmo não se verificou com as benzodiazepinas. Em Itália e nos países nórdicos, o consumo de ansiolíticos e hipnóticos é bastante inferior ao verificado em Portugal. Na maioria destes países tem ocorrido uma estabilização e nalguns verifica-se mesmo um decréscimo do consumo¹⁷.
- Em Portugal os valores elevados^{18,19} e o aumento continuado do consumo pode significar que os tratamentos são mais prolongados do que o indicado e estão a ser utilizados em indicações terapêuticas para os quais não estão aconselhados. O facto de Portugal apresentar dos maiores níveis de utilização de benzodiazepinas ao nível europeu veio

realçado no relatório do International Narcotic Board²⁰, que aconselha Portugal a analisar a prática no que concerne à prescrição e utilização de benzodiazepinas.

- As Benzodiazepinas são fármacos com um bom perfil de segurança e efectivos nas indicações para os quais estão aprovados, quando administrados por curtos períodos de tempo^{21,22}. No entanto, o seu uso durante longos períodos tem sido desaconselhado devido ao risco de conduzir a habituação, tolerância e dependência que se traduz em síndromes de privação aquando da interrupção do tratamento²³. O uso crónico destes fármacos, para além dos riscos de dependência, tem efeitos ao nível das capacidades psicomotoras, estando demonstrado que aumenta o risco de fracturas e acidentes de viação^{23,24}.
- Na ansiedade generalizada e no tratamento das perturbações de pânico considera-se que os Antidepressores são a intervenção farmacológica que deve ser utilizada no tratamento a longo prazo quer da ansiedade generalizada quer da doença de pânico²⁵. Ou seja, provavelmente indivíduos que agora estão em tratamento com benzodiazepinas deveriam estar antes sujeitos a tratamento com antidepressores.
- No que concerne ao aumento da despesa com psicofármacos esta deve-se a níveis de utilização mais elevados mas também à introdução de novas substâncias activas. Apenas a partir de 2011 observa-se uma tendência de decréscimo na despesa a PVP e nos encargos do SNS.
- Os encargos dos utentes mantiveram-se praticamente constantes ao longo do período em estudo com excepção do ano 2011, em que houve um aumento elevado dos encargos decorrente da revogação do regime especial de comparticipação dos antidepressores.

Referências Bibliográficas

- ¹ Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental. www.dgs.pt
- ² Infarmed, I.P. Análise da Evolução do Mercado total de medicamentos entre 2003 e 2010. Observatório do Medicamentos e Produtos de Saúde. 2010. Disponível em www.infarmed.pt.
- ³ Infarmed, I.P. Estatística do Medicamento 2011. Disponível em www.infarmed.pt.
- ⁴ Infarmed, I.P. Análise da Evolução da Utilização de Psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009. 2011. Disponível em www.infarmed.pt.
- ⁵ Portaria n.º 982/99, de 30 de Outubro
- ⁶ Portaria n.º 924-A/2010, de 17 de Setembro
- ⁷ Portaria n.º 618-A/2005, 27 de Julho
- ⁸ Lei n.º 53-A/2006, de 29 de Dezembro
- ⁹ World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index including defined daily doses (DDD) for plain substances. Disponível em <http://www.whocc.no/atcddd/>
- ¹⁰ Harrison. Princípios de Medicina Interna
- ¹¹ Alerta de Segurança. Disponível em www.infarmed.pt
- ¹² Verdoux H, Tournier M, Bégaud B. Antipsychotic prescribing trends: a review of pharmaco-epidemiological studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2010 Jan;121(1):4-10.
- ¹³ Cáceres M, Peñas-Lledó E, Rubia A, Llerena A. Increased use of second generation antipsychotic drugs in primary care: potential relevance for hospitalizations in schizophrenia patients. *Eur J Clin Pharmacol* (2008) 64:73–76
- ¹⁴ Verdoux H, Tournier M, Bégaud B. Antipsychotic prescribing trends: a review of pharmaco-epidemiological studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010. 121 (1): 4-10
- ¹⁵ Moore M, Yuen H, Dunn N et al. Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. *BMJ* 2009. 339
- ¹⁶ Koskinen H, Martikainen JE, Maljanen T. Antipsychotics and antidepressants: an analysis of cost growth in Finland from 1999 to 2005. *Clin Ther*. 2009 Jun;31 Pt 1:1469-77.
- ¹⁷ Medstat. Dinamarca
- ¹⁸ António A, Remísio E. Evolução do consumo de benzodiazepinas em Portugal de 1995 a 2001. Observatório do Medicamento e dos produtos de Saúde, Dezembro de 2002.
- ¹⁹ Carmona R, Bicho C. – Serão as benzodiazepinas a panaceia para todos os males dos portugueses? *Boletim de Farmacovigilância* vol.5 (1), 1º Trimestre de 2001.
- ²⁰ International Narcotic Board. Report of the INCB for 2004. Disponível em http://www.incb.org/e/ind_ar.htm
- ²¹ TONKS A. Clinical Review – Treating Generalised Anxiety Disorder. *Br Med J* 2003; 326: 700-702
- ²² Lance P, Brian J. Addiction: Part I. Benzodiazepines-Side Effects, Abuse Risk and Alternatives. *Am Fam Physician*. Vol. 61(7):2121-8. 2000
- ²³ Van Hulst R et al. The impact of attitudes and beliefs on length of benzodiazepine use: a study among inexperienced and experienced benzodiazepine users. *Soc Sci Med*. 2003 Mar;56 (6):1345-54.
- ²⁴ French DD, Campbell R, Spehar A, Angaran DM. et al. Benzodiazepines and injury: a risk adjusted model. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. Vol.14(1):17-24. Janeiro 2005.
- ²⁵ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10960/29642/29642.pdf>