



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Caracterização do perfil de utilização de medicamentos antidepressivos na Beira Interior

Marta Filipa Lourenço Fernandes

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Ciências Farmacêuticas
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutor Gilberto Alves

Covilhã, Outubro de 2011

**Aos meus pais,
Ao meu irmão.**

Agradecimentos

À Faculdade de Ciências da Saúde e à Universidade da Beira Interior pela formação que me proporcionaram.

Ao meu orientador, Professor Doutor Gilberto Alves, pela disponibilidade e apoio na elaboração desta dissertação, pela amizade e profissionalismo, e sobretudo pelo saber partilhado.

Ao Professor Miguel Freitas por toda a disponibilidade e simpatia, com que sempre me recebeu.

À Doutora Cristina, um obrigado especial, por toda a paciência e incentivo, pelas sugestões e conselhos essenciais para uma maior motivação.

Aos meus pais por toda a confiança que sempre depositaram em mim, pelo apoio, motivação e compreensão permanentes. Obrigada por tudo!

Ao meu irmão pela amizade, motivação e paciência.

Às Farmácias Comunitárias dos distritos da Guarda e de Castelo Branco, que aceitaram colaborar no presente estudo. Obrigada pela disponibilidade e simpatia.

Aos utentes das Farmácias pela participação no preenchimento dos questionários, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

Resumo

Introdução: A utilização de medicamentos antidepressivos, fármacos mais prescritos para o tratamento da depressão, tem vindo a aumentar nos últimos anos. As várias classes de antidepressivos diferem no seu mecanismo de acção farmacológico e também no perfil de efeitos adversos e potenciais interacções farmacológicas. Estes aspectos podem influenciar a selecção dos medicamentos antidepressivos e a adesão do doente à terapêutica.

Objectivo: Caracterizar o perfil de utilização de medicamentos antidepressivos na Beira Interior em função de variáveis sócio-demográficas e farmacológicas.

Material e métodos: Efectuou-se um estudo observacional descritivo e transversal, nas farmácias comunitárias dos distritos da Guarda e de Castelo Branco. Foi utilizada uma amostra de conveniência constituída por 404 utentes utilizadores de medicamentos antidepressivos. A informação relativa a cada utente foi obtida através da aplicação de um questionário de caracterização sócio-demográfica e outro de caracterização farmacológica.

Resultados: Dos 404 utentes estudados, com idades compreendidas entre 16 e 90 anos, 312 eram mulheres (77%). A média de idade dos indivíduos a tomar um antidepressivo foi de 55,6 anos. Entre os utilizadores de antidepressivos 55,7% estavam a tomar um inibidor selectivo da recaptação de serotonina (ISRS). Os três fármacos mais amplamente prescritos nessa classe foram a fluoxetina (34,7%), a sertralina (24%) e o escitalopram (22,2%). Os utentes que estavam a tomar concomitantemente 2 ou mais fármacos representaram 16,1% do total da amostra e os antidepressivos tricíclicos (ATCs) e inibidores da monoamina oxidase (IMAO) foram os menos utilizados. Para 51% dos doentes, o tratamento antidepressivo foi prescrito pelo clínico geral, e estes prescreveram mais ISRS e menos ATCs em relação aos médicos especialistas.

Conclusão: As mulheres utilizam mais medicamentos antidepressivos que os homens. O clínico geral prescreve mais antidepressivos que o psiquiatra e médicos de outras especialidades. A monoterapia é o regime terapêutico mais utilizado e os ISRS são os antidepressivos mais prescritos.

Palavras-chave

Medicamentos antidepressivos, depressão, Farmácia Comunitária, Beira Interior.

Abstract

Introduction: The use of antidepressant drugs, most commonly prescribed drugs for the treatment of depression, has been increasing in recent years. The diverse classes of antidepressants differ in their mechanism of action and also the adverse effects profile and potential drug interactions. These aspects may influence the selection of antidepressant medications and the adherence of the patient to therapy.

Goal: To characterize the profile of the use of antidepressants in Beira Interior in terms of socio-demographic and pharmacological variables.

Material and methods: It was taken an observational, descriptive and cross-sectional study in the community pharmacies in the district of Guarda and Castelo Branco. It was used a convenience sample consisting of 404 users of antidepressant medication. Information on each patient was obtained by applying a questionnaire on socio-demographic and other on pharmacological characterization.

Results: Of the 404 studied users, aged between 16 and 90 years, 312 were women (77%). The average age of people taking an antidepressant was of 55.6 years. Among the users of antidepressants 55.7% were taking a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI). The three most widely prescribed drugs in that class were fluoxetine (34.7%), sertraline (24%) and escitalopram (22.2%). The users who were taking two or more drugs concurrently represented 16.1% of the total sample and tricyclic antidepressants (TCAs) and monoamine oxidase inhibitors were the least used. For 51% of the patients, antidepressant treatment was prescribed by a general practitioner, who prescribed more SSRIs than TCAs in relation to medical specialists.

Conclusion: Women use more antidepressants than men. The general practitioner prescribes more antidepressants than the psychiatrist or other medical experts. Monotherapy regimen is the most used and SSRIs are the most commonly prescribed antidepressants.

Keywords

Antidepressant drugs, depression, Community Pharmacy, Beira Interior.

Índice

1. Introdução.....	1
1.1. Saúde mental	2
1.2. Depressão.....	2
1.3. Fármacos antidepressivos	5
1.3.1. Aspectos gerais.....	5
1.3.2. Classificação dos fármacos antidepressivos	7
1.4. Utilização de medicamentos antidepressivos	13
1.4.1. A nível Europeu	14
1.4.2. A nível Nacional.....	15
1.5. Duração do tratamento com fármacos antidepressivos e tempo de latência	18
1.6. Eficácia e segurança dos fármacos antidepressivos.....	19
1.7. Novas estratégias.....	21
2. Objectivos	23
3. Metodologia	25
3.1. Caracterização do estudo	25
3.2. Critérios de inclusão no estudo	25
3.3. Caracterização da amostra	25
3.4. Procedimento	26
3.5. Método de recolha de dados.....	26
3.6. Variáveis	26
3.7. Tratamento estatístico/Análise dos dados	27
4. Resultados.....	29
4.1. Participação das farmácias no estudo.....	29
4.2. Caracterização sócio-demográfica.....	30
4.3. Caracterização farmacológica.....	36
5. Discussão dos resultados	53
6. Limitações.....	63
7. Conclusões	65
8. Sugestões para trabalhos futuros.....	67
9. Bibliografia.....	69

Lista de Figuras

Figura 1: Representação esquemática do mecanismo de acção dos antidepressivos tricíclicos	7
Figura 2: Representação esquemática do mecanismo de acção dos inibidores selectivos da recaptação de serotonina (ISRS).	10
Figura 3: Utilização de medicamentos antidepressivos em Portugal e na União Europeia.	14
Figura 4: Utilização de medicamentos antidepressivos em todos os países da União Europeia	15
Figura 5: Consumo de medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos e antidepressivos em regime de ambulatório.	16
Figura 6: Distribuição geográfica da utilização de antidepressivos (DHD) em 2009.	16
Figura 7: Consumo de medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório (DHD), por região de saúde, para Portugal Continental.	17
Figura 8: Evolução da utilização dos principais fármacos antidepressivos, entre 2000 e 2009.	18
Figura 9: Número de farmácias do distrito da Guarda que aceitaram colaborar no presente estudo.	29
Figura 10: Número de farmácias do distrito de Castelo Branco que aceitaram colaborar no presente estudo.	30
Figura 11: Distribuição dos utentes de acordo com o distrito de residência.	30
Figura 12: Distribuição da amostra de acordo com o grupo etário.	31
Figura 13: Distribuição da amostra de acordo com o sexo.	31
Figura 14: Distribuição da amostra por sexo em função do grupo etário.	32
Figura 15: Distribuição da amostra de acordo com o estado civil.	32
Figura 16: Distribuição da amostra de acordo com a constituição do agregado familiar.	33
Figura 17: Distribuição dos utentes que vivem sozinhos pelos diferentes grupos etários.	33
Figura 18: Distribuição da amostra de acordo com o nível de escolaridade.	34
Figura 19: Distribuição da amostra de acordo com a situação profissional.	34
Figura 20: Distribuição do total da amostra de acordo com os hábitos tabágicos.	35
Figura 21: Hábitos tabágicos em função do sexo.	35
Figura 22: Distribuição da amostra de acordo com o consumo de bebidas alcoólicas.	36
Figura 23: Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas em função do género.	36
Figura 24: Distribuição do número de fármacos antidepressivos prescritos por utente.	37
Figura 25: Caracterização dos fármacos em regime de monoterapia de acordo com o tipo de comercialização.	37
Figura 26: Características comerciais dos fármacos antidepressivos usados em regime de politerapia.	37
Figura 27: Regime terapêutico utilizado pela amostra em função do género.	38
Figura 28: Regime terapêutico utilizado em função do grupo etário.	38
Figura 29: Regime terapêutico utilizado em função da especialidade do médico prescriptor.	39

Figura 30: Antidepressivos usados na amostra em estudo de acordo com a classe farmacológica.....	39
Figura 31: Antidepressivos usados na amostra em estudo de acordo com o princípio activo..	40
Figura 32: Antidepressivos usados na amostra em estudo de acordo com o princípio activo.	41
Figura 33: Antidepressivos usados na amostra em estudo de acordo com o princípio activo...	43
Figura 34: Associações mais utilizadas na amostra em estudo.	42
Figura 35: Distribuição das classes de antidepressivos em função dos grupos etários.	43
Figura 36: Distribuição dos doentes em função da duração do tratamento com antidepressivos.	44
Figura 37: Duração do tratamento em função do regime terapêutico.	44
Figura 38: Presença de efeitos secundários na amostra estudada.....	45
Figura 39: Efeitos secundários mais referidos pelos utentes.	45
Figura 40: Efeitos adversos de acordo com a duração do tratamento.	46
Figura 41: Efeitos adversos em função do regime terapêutico	46
Figura 42: Distribuição da duração do tratamento em função do género..	47
Figura 43: Distribuição dos antidepressivos em função da especialidade do médico prescriptor.	47
Figura 44: Distribuição dos antidepressivos prescritos em função da especialidade médica..	48
Figura 45: Local de prescrição dos fármacos antidepressivos.	49
Figura 46: Informação dos utentes relativamente à forma de tomar os medicamentos antidepressivo.	49
Figura 47: Satisfação das expectativas de bem-estar dos utentes relativamente à medicação antidepressiva.	50
Figura 48: Resposta dos utentes em relação à eficácia da terapêutica antidepressiva.	50
Figura 49: Outra medicação utilizada pelos utentes da amostra em estudo.....	51

Lista de Tabelas

Tabela 1: Sintomas somáticos da depressão.....	4
Tabela 2: Antidepressivos tricíclicos: princípio activo, nome comercial e principais indicações terapêuticas.....	8
Tabela 3: Evolução da utilização de psicofármacos (DHD), por subgrupo terapêutico de 2000 a 2009.	16
Tabela 4: Principais efeitos adversos dos fármacos antidepressivos.....	20
Tabela 5. Antidepressivos mais prescritos em regime de monoterapia, em função da especialidade do médico prescriptor.	43
Tabela 6: Duração do tratamento em meses em função da especialidade médica	44

Lista de Acrónimos

ATCs	Antidepressivos tricíclicos
CBZ	Carbamazepina
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com Saúde
DA	Dopamina
DDD	Dose diária definida
DHD	Dose diária definida por 1000 habitantes por dia
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
HBP	Hiperplasia Benigna da Próstata
IMAO	Inibidores da monoamina oxidase
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P
ISRS	Inibidores selectivos da recaptção de serotonina
ISRSN	Inibidores selectivos da recaptção de serotonina e noradrenalina
MGF	Medicina Geral e Familiar
NA	Noradrenalina
OMS	Organização Mundial de Saúde
P-gp	Glicoproteína P
SDT	Terapia de privação do sono
SNC	Sistema Nervoso Central
5-HT	Serotonina

1. Introdução

A maior parte das perturbações mentais requer a instituição de uma terapêutica com psicofármacos, seja para atenuar os sintomas, reduzir a incapacidade, alterar a evolução da doença ou prevenir as recorrências (1).

Segundo a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (INFARMED) e também de acordo com organizações internacionais, a utilização actual de medicamentos para problemas de ansiedade e depressão em Portugal tem vindo a aumentar de forma exponencial (2,3). Possíveis explicações para este aumento podem incluir a introdução no mercado de novos medicamentos antidepressivos, melhor diagnóstico das perturbações mentais, melhor aceitação do tratamento pelos doentes, aumento das indicações farmacológicas e longos períodos de tratamento (4,5).

Numa perspectiva geral tem-se referido que nenhum fármaco é significativamente melhor que outro no tratamento da depressão. Assim, alguns factores importantes a ter em conta na escolha de um medicamento antidepressivo consistem na obtenção da melhor resposta terapêutica, redução dos sintomas, boa adesão à terapêutica e efeitos adversos e interações medicamentosas mínimas, tendo sempre em consideração a idade, a sintomatologia e outra medicação utilizada pelo doente. Através da compreensão da utilização destes fármacos será possível proporcionar ao doente e à sua família uma melhor qualidade de vida (6).

Neste sentido, o presente estudo tem como principal objectivo efectuar uma análise da utilização de medicamentos antidepressivos na região da Beira Interior, mais concretamente nos distritos da Guarda e de Castelo Branco.

O presente trabalho encontra-se estruturado fundamentalmente em duas partes. Na primeira parte procedeu-se a uma revisão da literatura começando por se fazer uma abordagem geral à saúde mental e, subsequentemente à depressão em particular; de seguida procedeu-se à descrição da terapêutica antidepressiva e fez-se uma breve referência à sua evolução a nível mundial e nacional; adicionalmente foram ainda discutidos alguns aspectos relativos ao tempo de latência, eficácia e segurança dos fármacos antidepressivos. Na segunda parte foram apresentados os objectivos gerais e específicos a alcançar com o presente estudo, a metodologia utilizada, os resultados obtidos e a discussão integrada dos mesmos; por último, foram apresentadas as principais conclusões, algumas limitações do estudo e sugestões para trabalhos futuros.

“O homem deve entender que é da mente, e somente dela, que nascem nossos prazeres, alegrias, risos e graças, assim como nossas tristezas, dores, sofrimentos e temores. Por meio dela, em particular, pensamos, vemos, escutamos...” (Hipócrates)

1.1. Saúde mental

A saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países. A importância da saúde mental é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o que se reflecte na sua própria definição de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” e “não simplesmente a ausência de doença” (7).

O aumento da incidência das doenças mentais, afectando qualquer pessoa, em qualquer parte do mundo é, actualmente, um problema de saúde pública com uma dimensão crescente e com um enorme encargo social e económico que preocupa governos, autoridades e profissionais de saúde (1,8,9).

Estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades actuais (10,11). Entre as 10 causas principais de incapacidade, 5 correspondem a perturbações psiquiátricas e, no futuro, prevê-se um aumento significativo (7,10,11).

Embora as perturbações mentais sejam responsáveis por pouco mais de 1% da mortalidade a nível mundial, contribuem para 12% da incapacidade atribuída a doenças em geral. Na Europa esta incapacidade aumenta para 24% (11). As perturbações mentais são responsáveis em média por 31% dos anos vividos com incapacidade, valor que chega a índices de cerca de 40% na Europa (11).

Assim, em todo o mundo, e sobretudo nas sociedades mais desenvolvidas, as doenças psiquiátricas em conjunto com as doenças cardiovasculares estão a substituir as doenças infecto-contagiosas na lista de prioridades de saúde pública.

Estima-se que mais de 27% da população europeia adulta experimente pelo menos uma doença mental durante um determinado período da sua vida (11,12).

1.2. Depressão

A depressão é uma doença psiquiátrica bastante comum na actualidade (13,14,15,16). Embora a sua fisiopatologia ainda não tenha sido claramente definida, evidências não-clínicas e clínicas sugerem alterações na neurotransmissão mediada pela serotonina (5-HT), noradrenalina (NA) e dopamina (DA) no sistema nervoso central (SNC) (17).

A depressão apresenta como principais sintomas o humor deprimido, a perda de interesse e de prazer nas actividades da vida diária, sentimentos de culpa, baixa auto-estima, alterações do sono, do peso e do apetite, cansaço e diminuição da capacidade de concentração. Algumas pessoas têm um único episódio com retorno completo ao estado pré-mórbido, no entanto,

50% a 85% apresentam recorrência da depressão prejudicando a qualidade de vida a nível emocional, intelectual e social. Nos casos mais graves pode mesmo conduzir ao suicídio (13) (14,18,19).

De etiologia multifactorial, em que se destacam factores biológicos, psicológicos e sociais, a depressão pode manifestar-se clinicamente de diferentes formas, para as quais é necessário estar atento sob pena do diagnóstico não ser feito em tempo útil. Por outro lado, há doenças orgânicas que podem apresentar sintomatologia depressiva, pelo que é necessário excluir esta possibilidade antes de se iniciar a terapêutica com medicamentos antidepressivos (18).

Se se mantiverem as tendências da transição demográfica e epidemiológica, a depressão representará, em 2020, 5,7% do total de doenças (5) tornando-se a segunda maior causa de anos de vida perdidos por incapacidade (3,13,14,20).

O diagnóstico da depressão é amplo e heterogéneo e a gravidade da doença é determinada pelo número e gravidade dos sintomas bem como pelo grau de comprometimento funcional. Um diagnóstico formal usando o sistema de Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com Saúde (CID-10) exige pelo menos quatro em cada dez sintomas depressivos, enquanto que, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) exige pelo menos cinco dos nove sintomas para o diagnóstico de depressão major. Os sintomas devem estar presentes pelo menos 2 semanas e cada sintoma deve estar presente em gravidade suficiente na maioria dos dias. Ambos os sistemas de diagnóstico requerem que pelo menos um (DSM-IV) ou dois (CID-10) dos sintomas chave (humor deprimido, perda de interesse e de prazer e diminuição da energia) estejam presentes (21).

Nos últimos anos têm-se feito progressos importantes nos domínios da classificação, diagnóstico e tratamento da depressão. No entanto, a depressão é muitas vezes sub-diagnosticada e com frequência não é adequadamente tratada (13,22). Alguns dados disponíveis referem que menos de um terço dos adultos com depressão obtém tratamento profissional adequado (16).

Um grande número de perturbações depressivas é tratado pelo médico de Medicina Geral e Familiar (MGF). Estudos realizados noutros países sugerem que o número de doentes com depressão atendidos nos cuidados de saúde primários poderá ser até dez vezes superior ao número dos doentes tratados no Serviço de Psiquiatria e que, entre 6% a 10% de todos os doentes que recorrem ao médico de MGF apresentam depressão major (23,24). Esta percentagem aumenta para mais de 20% se se incluírem os casos que apresentam um número de sintomatologia depressiva clinicamente significativo mas que não preenchem todos os critérios para o diagnóstico de depressão major. Outros estudos estimam valores entre os 36 e os 50% (23). O principal problema que estes casos levantam é o diagnóstico; estima-se que a proporção entre os casos de morbilidade “escondida” (isto é, perturbação psiquiátrica não reconhecida pelo médico) e os casos de morbilidade evidente (reconhecida pelo médico) poderá ser de 2:1 (1,13,23). Assim, apesar da alta prevalência da depressão, os médicos de MGF têm dificuldade em reconhecer 30 a 50% dos casos de depressão major. A dificuldade em diagnosticar esta doença poderá estar relacionada com o facto de os sintomas somáticos

(Tabela 1) mascararem a depressão e na falta de tempo e de experiência do clínico geral no diagnóstico deste tipo de patologias (23,24,25). Num estudo sobre os sintomas somáticos da depressão verificou-se que 75% dos doentes tinham inicialmente consultado o médico apenas com estes sintomas. Apenas 25% iniciaram terapêutica antidepressiva nesse momento, enquanto 40% foram medicados com ansiolíticos; em 33% dos casos só após um ano foi iniciado o tratamento antidepressivo (23,24).

A depressão constitui assim um problema importante de saúde pública pela sua frequência, repercussão física, psicológica, social, laboral e, conseqüentemente, económica. Esta patologia está associada a episódios de longa duração, altas taxas de cronicidade, recaídas e elevada morbimortalidade (3).

Desta forma, um bom diagnóstico e tratamento da depressão são de extrema importância para a qualidade de vida e produtividade dos doentes e para os planos de saúde (15,21). No tratamento da depressão deve ter-se em conta as necessidades dos doentes e as suas preferências; pessoas com depressão devem ter a oportunidade de tomar decisões informadas sobre os seus cuidados e tratamento, em parceria com os profissionais de saúde. Uma boa comunicação entre médicos e doentes é essencial para o sucesso do tratamento (21).

O tratamento consiste essencialmente na administração de medicamentos antidepressivos, na psicoterapia, ou na combinação de ambas as opções terapêuticas (26,27). Na depressão leve a moderada alguns tratamentos psicológicos podem ser tão efectivos como a terapêutica farmacológica; no entanto esta possibilidade está limitada, devido muitas vezes à pressão do doente que pretende uma solução rápida, externa e fácil para os seus problemas (22).

É fundamental que o doente respeite as indicações do médico; qualquer alteração no tipo de medicamento seleccionado, na dose ou no tempo de administração pode diminuir a eficácia do tratamento.

Tabela 1: Sintomas somáticos da depressão

Problemas digestivos	- Mal disposição após as refeições - Dores abdominais - Obstipação - Diarreia
Problemas de sono	- Insónia
Problemas sexuais	- Perda do desejo sexual
Problemas respiratórios	- Sensação de falta de ar e dificuldade em respirar
Problemas cardiovasculares	- Hipertensão arterial - Taquicardia
Outros	- Cefaleias, tonturas, artralgias, lombalgias

1.3. Fármacos antidepressivos

Os fármacos antidepressivos surgiram em meados de 1950 e foram sempre evoluindo com o objectivo de encontrar fármacos com a mesma eficácia dos anteriores mas com tolerabilidade e perfil de efeitos adversos melhorados. É importante conhecer o mecanismo de acção dos antidepressivos, o perfil de efeitos adversos e a probabilidade de ocorrerem interacções farmacológicas, de forma a escolher o tratamento mais adequado tendo em conta as características individuais do doente. Assim, nesta secção, vão ser abordados alguns aspectos gerais relativos à evolução dos fármacos antidepressivos e à classificação dos mesmos de acordo com a classe farmacológica.

1.3.1. Aspectos gerais

Antes de 1950 não havia medicamentos antidepressivos. Os dois tratamentos para a depressão consistiam na administração de anfetaminas, muitas vezes ineficazes, e na terapia electroconvulsiva que, apesar de ser eficaz, colocava em risco a vida do doente (28).

Em meados de 1950 foram descobertos, ao acaso, os antidepressivos tricíclicos (ATCs) e os inibidores da monoamina oxidase (IMAO). Enquanto procurava compostos para o tratamento da esquizofrenia (cloropromazina), a imipramina foi reconhecida por Kuhn pelas suas propriedades antidepressivas tornando-se o precursor para a classe dos ATCs. O segundo composto a ser descoberto, a isoniazida, para o tratamento da tuberculose, demonstrou possuir fortes propriedades para melhorar o humor tornando-se o precursor dos IMAO (28). Desde então passaram a valorizar-se as alterações biológicas, nomeadamente, as alterações dos neurotransmissores e dos respectivos receptores (18).

O próximo passo na evolução dos fármacos antidepressivos consistiu na introdução de inibidores selectivos da recaptação da serotonina (ISRS), os quais foram desenvolvidos com o objectivo de alcançar medicamentos tão eficazes como os ATCs mas com um perfil de segurança e tolerabilidade melhorado. Durante as últimas duas décadas os ISRS (ex. fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina e citalopram) tornaram-se os fármacos antidepressivos mais prescritos. A evolução dos antidepressivos continuou, resultando na introdução de inibidores reversíveis da monoamina oxidase (moclobemida), inibidores selectivos da noradrenalina (reboxetina), inibidores selectivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (milnaciprano, venlafaxina, duloxetina) e fármacos com mecanismos de acção distintos em relação aos anteriores (mirtazapina e tianeptina). No entanto, estes novos fármacos não são mais eficazes que os seus antecessores, e aproximadamente 30% da população não responde às terapêuticas actuais (29).

Ao longo das últimas três décadas tem-se assistido a um aumento marcado na prescrição de medicamentos antidepressivos e da utilização dos mesmos com efeitos evidentes sobre o estado de saúde mental da população (30).

O tratamento com antidepressivos deve ser seleccionado tendo em consideração os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do doente. Em termos de eficácia, não existem diferenças significativas entre os diferentes antidepressivos, diferindo essencialmente no perfil de efeitos adversos a curto e longo prazo, no risco de suicídio, no potencial para interações farmacológicas, na facilidade de doseamento, custo, segurança, e tolerabilidade, implicando diferenças de efectividade para cada doente, o que justifica uma abordagem terapêutica individualizada (13,31). Os fármacos antidepressivos são classificados em diferentes grupos de acordo com a sua estrutura química ou de acordo com os neurotransmissores centrais sobre os quais actuam (6). No entanto, o sistema actual de classificação dos antidepressivos, baseado no mecanismo de acção elimina a confusão em torno da sua estrutura e incorpora as teorias actuais da fisiopatologia da doença (13). Esta classificação permite uma sistematização destes medicamentos e constitui um instrumento de apoio à prescrição, pois existe actualmente uma grande variedade de opções terapêuticas, o que se traduz num desafio para os clínicos. A selecção do tratamento vai depender do diagnóstico, da gravidade dos sintomas, da utilização de medicação concomitante, da idade, das preferências do doente e da natureza de eventuais dificuldades associadas (6,13).

Ao longo de quatro décadas, a abordagem biológica para a depressão tem sido dominada pela hipótese das monoaminas. De acordo com esta hipótese, a depressão era causada por um défice funcional de monoaminas (NA, 5-HT e, possivelmente, DA) no sistema límbico, sistema responsável pelas emoções (19,28,29). Esta hipótese foi apoiada pelo facto do tratamento com reserpina (fármaco anti-hipertensor responsável por depleção nos níveis de monoaminas) dar origem a episódios depressivos em alguns doentes e também pela observação de fármacos antidepressivos exercerem os seus efeitos primários mediante aumento das concentrações dessas aminas nas sinapses. Porém, esta hipótese não explicava por que motivo são necessárias 2 a 3 semanas de tratamento para aliviar os sintomas depressivos, já que os níveis de monoaminas aumentavam dentro de 1 a 2 dias após administração do antidepressivo (19,29,32). A hipótese das monoaminas também não explicava o facto de alguns fármacos (anfetaminas e cocaína) que melhoram a transmissão noradrenérgica ou serotoninérgica não serem antidepressivos muito eficazes. No entanto, apesar dos seus inconvenientes, a hipótese das monoaminas continuou a fornecer o quadro predominante para a compreensão da depressão e tem sido responsável pelo desenvolvimento de várias classes de antidepressivos (29,33).

De acordo com a hipótese da sensibilidade dos receptores, o importante não são simplesmente os níveis de NA e 5-HT na sinapse, mas sim a sensibilidade dos receptores pós-sinápticos para estes neurotransmissores. Pensa-se que pessoas com depressão possuam receptores pós-sinápticos hipersensíveis à NA e à 5-HT devido à deficiência destes neurotransmissores na fenda sináptica. Esta teoria é importante para compreender o atraso entre a administração de fármacos antidepressivos e a resposta terapêutica. Segundo esta teoria, o alívio dos sintomas da depressão após administração crónica dos antidepressivos

surge após a normalização da sensibilidade do receptor (redução da hipersensibilidade), através do aumento da concentração de NA e 5-HT na fenda sináptica (28).

1.3.2. Classificação dos fármacos antidepressivos

1.3.2.1. Antidepressivos tricíclicos (ATCs)

Os fármacos antidepressivos tricíclicos (ATCs) foram descobertos a partir da síntese de derivados dibenzazepínicos, inicialmente desenvolvidos e utilizados na terapêutica devido às suas propriedades sedativas e analgésicas em animais (34). Estes fármacos exercem o seu efeito terapêutico através da inibição da recaptação não selectiva de 5-HT e NA no terminal neuronal pré-sináptico, aumentando assim a sua disponibilidade na fenda sináptica (Figura 1). Induzem efeitos anticolinérgicos, anti-histamínicos e cardiotoxicos, os quais estão relacionados com a sua acção nos receptores muscarínicos, histamínicos, adrenérgicos e nos canais de cálcio (Ca^{2+}) e de sódio (Na^+) cardíacos (29). Têm sido geralmente considerados um grupo homogéneo de fármacos, diferindo principalmente na capacidade para inibir a recaptação pré-sináptica de NA ou 5-HT e na sua propensão para causar vários efeitos secundários. As aminas terciárias como a imipramina e a amitriptilina são relativamente não-selectivas em relação à sua acção farmacológica, apresentando um elevado número de efeitos anticolinérgicos. Os metabolitos monometilados correspondentes, como a desipramina e a nortriptilina (aminas secundárias), são geralmente mais selectivos no bloqueio da recaptação da NA, sendo responsáveis por um número reduzido de efeitos anticolinérgicos; as aminas secundárias são também mais potentes e apresentam uma acção mais rápida (29,34). No entanto, mesmo a nortriptilina, o ATC melhor tolerado, pode ser fatal em sobredosagem e induzir efeitos adversos significativos em doses terapêuticas. Estes fármacos possuem índices terapêuticos estreitos, de tal forma que qualquer interferência no seu metabolismo pode conduzir a reacções adversas graves (arritmias, convulsões e confusão) resultantes do aumento das concentrações plasmáticas. Estas reacções adversas são mais comuns e mais propensas de colocar em risco a vida de doentes idosos devido, por exemplo, a alterações farmacocinéticas que ocorrem com o avançar da idade.

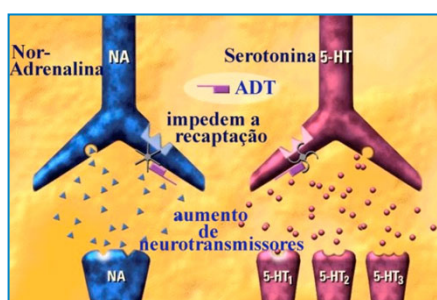


Figura 1: Representação esquemática do mecanismo de acção dos antidepressivos tricíclicos.

Os ATCs apresentam como efeitos adversos principais a sedação, efeitos anticolinérgicos (retenção urinária, confusão, aumento da pressão intra-ocular, xerostomia e obstipação), hipotensão ortostática (a qual pode estar na origem de quedas e ferimentos), e aumento de peso; estão contra-indicados ou devem ser usados com precaução em pessoas idosas, doentes com hiperplasia benigna da próstata (HBP) ou glaucoma. Verifica-se também uma redução do limiar para convulsões, pelo que devem ser usados com especial atenção em doentes com epilepsia (27,35).

É importante ter em conta que são necessários cerca de 5 a 7 dias para obter níveis plasmáticos em estado de equilíbrio estacionário para os ATCs e que estes medicamentos devem ser prescritos por pelo menos 5 a 6 semanas, com 10 dias a utilizar a dose máxima tolerada antes de se determinar a sua ineficácia. Apesar dos efeitos terapêuticos exigirem um período de latência, o mesmo não acontece em relação aos efeitos adversos; estes aparecem imediatamente após a administração do fármaco e são responsáveis pelo grande número de doentes que abandonam o tratamento antes da obtenção dos resultados desejados. Nestes casos, deve ter-se em conta a falta de adesão do doente à terapêutica antes de se proceder à troca da medicação por se julgar ineficaz. Daí a importância na orientação do doente, através de informação em relação ao tempo de latência dos medicamentos antidepressivos e da ocorrência normal de efeitos adversos no início do tratamento, que diminuirão de intensidade com a continuação do mesmo (36,37). A melhoria do perfil de segurança e tolerabilidade e a ampla acção terapêutica dos medicamentos antidepressivos mais recentes têm resultado num afastamento dos ATCs enquanto fármacos de primeira escolha no tratamento da depressão.

Tabela 2: Antidepressivos tricíclicos: princípio activo, nome comercial e principais indicações terapêuticas. Fonte: Prontuário Terapêutico 2010 (35).

Princípio activo	Nome comercial	Indicações terapêuticas
Amitriptilina	ADT Tryptizol	Depressão Síndromes de dor crónica
Amitriptilina+perfenazina	Mutabon-M Mutabon-D Mutabon-F	A dos componentes da associação, embora não se recomende esta associação
Clomipramina	Anafranil	Depressão Tratamento da doença obsessiva-compulsiva
Dosulepina	Protiadene	Depressão
Imipramina	Tofranil	Depressão Enurese nocturna na criança
Nortriptilina	Norterol	Depressão Enurese nocturna nas crianças
Trimipramina	Surmontil	Depressão
Maprotilina ^{a)}	Ludiomil	Depressão
Mianserina ^{a)}	Tolvon	Depressão

a) A maprotilina e a mianserina são antidepressivos tetracíclicos; no entanto partilham o mesmo mecanismo de acção que os antidepressivos tricíclicos.

1.3.2.2. Antidepressivos inibidores da monoamina oxidase (IMAO)

Os fármacos antidepressivos inibidores da monoamina oxidase (IMAO) promovem o aumento da disponibilidade de neurotransmissores através da inibição da MAO (enzima responsável pela metabolização de monoaminas como a 5-HT e NA), contribuindo assim para o aumento da concentração dos neurotransmissores nos locais de armazenamento em todo o SNC ou no sistema nervoso simpático (27,28).

Apesar da eficácia dos IMAO, a prescrição como fármacos de primeira linha foi sempre limitada devido à necessidade de restrições alimentares e ao seu potencial para efeitos adversos graves como a hipertensão potencialmente fatal após a ingestão de alimentos ricos em tiramina (28,38). O declínio da prescrição destes fármacos tornou-se ainda mais acentuado após a introdução dos ISRS e outros fármacos antidepressivos. Actualmente, os antidepressivos IMAO estão indicados principalmente em caso de resistência a outros fármacos antidepressivos. No entanto, com o aparecimento da moclobemida, um inibidor reversível da MAO-A, o risco associado a interacções medicamentosas e à ingestão concomitante de alimentos ricos em tiramina é reduzido (29,39).

1.3.2.3. Antidepressivos inibidores selectivos da recaptação de serotonina (ISRS)

Os fármacos antidepressivos inibidores selectivos da recaptação de serotonina (ISRS) foram desenvolvidos numa tentativa de conseguir compostos com menos efeitos adversos, mas mantendo a eficácia em relação aos anteriores (38); inibem selectivamente a recaptação de 5-HT da fenda sináptica, aumentando assim a neurotransmissão devido ao aumento dos níveis de 5-HT e consequente estimulação dos receptores serotoninérgicos pós-sinápticos (Figura 2) (5,13).

Ao longo das últimas décadas, os ISRS tornaram-se os fármacos antidepressivos mais utilizados, em grande parte, porque possuem um perfil de efeitos adversos melhorado comparativamente aos ATCs e IMAO (38); estão associados a menos efeitos anticolinérgicos e menor probabilidade de causar hipotensão postural ou sedação (26), são menos cardiotoxicos e, em casos de sobredosagem, possuem perfis de tolerabilidade e segurança superiores aos ATCs ou IMAO. O escitalopram, o citalopram, a fluoxetina, a fluvoxamina, a paroxetina e a sertralina representam os principais fármacos desta classe farmacológica. Os efeitos adversos causados mais frequentemente pelos ISRS são alterações gastrointestinais, cefaleias e disfunção sexual (5). No entanto, existem diferenças entre os ISRS para muitos doentes individuais, particularmente no que respeita aos efeitos terapêuticos e efeitos adversos, podendo estes ser atribuídos em parte a diferenças nas propriedades de ligação a receptores secundários. A paroxetina é o único ISRS com ligação significativa aos receptores muscarínicos da acetilcolina, o que implica uma maior incidência de efeitos adversos anticolinérgicos, possível aumento da sedação e disfunção cognitiva; inibe a enzima óxido nítrico sintetase, o que pode explicar o facto de estar associada à disfunção eréctil; inibe a recaptação de NA e tem afinidade para o citocromo P450 2D6, o que implica interacções farmacológicas com

alguns ATCs e outros fármacos (13). A fluoxetina, por exemplo, tem afinidade para as enzimas do citocromo P450 3A4 e 2D6, factor também importante na interacção medicamentosa com ATCs e outros fármacos.

Todos os ISRS, com excepção da fluoxetina, apresentam tempos de meia vida entre 15 a 30 horas. A fluoxetina e os seus metabolitos activos possuem tempos de semi-vida de 2 a 4 e de 7 a 15 dias respectivamente, daí serem reservados para os casos em que as vantagens de um tempo de semi-vida longo superam as desvantagens (13,28).

A fluvoxamina, a fluoxetina e a paroxetina possuem farmacocinética não-linear, o que significa que o aumento da dose conduz a um aumento desproporcional nos níveis plasmáticos. Assim, aumentos da dose podem resultar no aumento de efeitos adversos mediados pela 5-HT e na inibição de determinadas enzimas do citocromo P450. O escitalopram, o citalopram e a sertralina têm farmacocinética linear.

As reacções adversas são mais frequentes durante a primeira ou segunda semana de tratamento e, normalmente, diminuem de intensidade e de frequência com a continuação do tratamento.

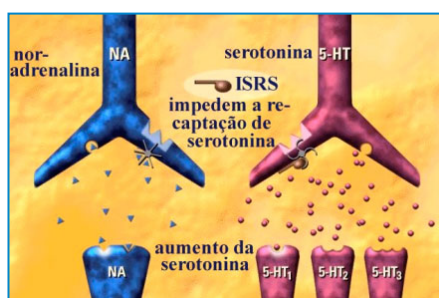


Figura 2: Representação esquemática do mecanismo de acção dos inibidores selectivos da recaptação de serotonina (ISRS).

Contudo, apesar dos ISRS apresentarem um melhor perfil de efeitos adversos como resultado da sua selectividade, esta pode também reduzir os seus efeitos antidepressivos. Assim, os ISRS podem ter um início de acção mais lento, resultando em menores taxas de remissão, e serem menos eficazes para os sintomas físicos associados com a depressão em comparação com os ATCs e os IMAO (38).

1.3.2.4. Antidepressivos inibidores selectivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSN)

Os fármacos antidepressivos inibidores selectivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSN) são responsáveis pelo aparecimento mais rápido dos efeitos antidepressivos e apresentam taxas de remissão superiores em comparação com os ISRS; em relação aos ATCs e IMAO, os ISRSN apresentam um perfil melhorado de efeitos adversos e, conseqüentemente, menores taxas de interrupção do tratamento (38). A venlafaxina e a duloxetina inibem a recaptação de 5-HT e NA, mas não se ligam consideravelmente a receptores muscarínicos, histamínicos e α -adrenérgicos, os quais são responsáveis por muitos dos efeitos adversos

significativos atribuídos aos ATCs. No entanto, os ISRSN também não são completamente desprovidos de efeitos adversos; os mais comuns são náuseas, insónia, sonolência, tonturas, xerostomia, cefaleias, obstipação, astenia, nervosismo e aumento da sudorese (13,38). A venlafaxina está associada a um risco aumentado de hipertensão arterial, especialmente em doses elevadas, sendo recomendada a monitorização da pressão arterial para todos os doentes medicados com venlafaxina (38); é metabolizada por enzimas do citocromo P450 2D6, 3A3 e 3A4, e a interrupção brusca do tratamento tem sido associada a efeitos adversos graves.

A duloxetine é normalmente bem tolerada e pode ser administrada com segurança em doentes idosos e com outras doenças concomitantes (40).

O milnaciprano inibe de forma mais potente a recaptção de NA que a recaptção de 5-HT, possui elevada biodisponibilidade, baixa ligação às proteínas plasmáticas e é amplamente eliminado na urina na forma inalterada ou como glucuronido. Estas características sugerem que a probabilidade de interacções com outros fármacos administrados concomitantemente seja menor. Apresenta melhor tolerabilidade em relação aos ATCs, mas possui maior incidência de disúria comparativamente aos ISRS (13).

1.3.2.5. Outros fármacos antidepressivos

- Reboxetina

A reboxetina é um fármaco antidepressivo que inibe de forma selectiva a recaptção de NA; actua principalmente através da ligação ao transportador da NA bloqueando a sua recaptção extracelular (28,41); constitui assim um complemento farmacológico aos ISRS uma vez que muitos doentes não apresentam uma remissão completa e parecem apresentar melhoria do humor com síndrome de deficiência noradrenérgica - resposta apática aos ISRS (13).

A reboxetina possui farmacocinética linear e semi-vida de aproximadamente 12-16 horas e, à semelhança de outros fármacos, a eficácia enquanto antidepressivo só aparece dentro de 2 a 3 semanas após o início do tratamento (13). Apresenta como principais efeitos adversos xerostomia, obstipação, insónia, sudorese, taquicardia, vertigens, hesitação e/ou retenção urinária (13,28). É metabolizada pelo citocromo P450 3A3 e 3A4 e a dose deve ser reduzida quando usado em combinação com fármacos que são inibidores substanciais do citocromo P450 (13).

- Mirtazapina

A mirtazapina é o único antidepressivo que aumenta a neurotransmissão noradrenérgica e serotoninérgica através do bloqueio de auto e hetero-receptores α_2 -adrenérgicos centrais, respectivamente; bloqueia também os receptores 5-HT₂ e 5-HT₃ (13,28,29,38). A mirtazapina é um fármaco antidepressivo com início de acção mais rápido em relação aos ISRS e com tolerabilidade e perfil de segurança semelhantes (13,29,42). O facto de antagonizar os auto-receptores α_2 -adrenérgicos reduz o papel destas estruturas sinápticas em retardar a resposta

antidepressiva (13,43); este fenómeno pode ser a base neurobiológica que explica o início de acção aparentemente mais rápido da mirtazapina em comparação com os ISRS; este facto é também importante no sentido em que a utilização de benzodiazepinas como tratamento concomitante é menos frequente com a mirtazapina que com os ISRS (13). A mirtazapina tem-se mostrado eficaz em doentes resistentes ou intolerantes aos ISRS e em doentes idosos deprimidos. O mecanismo de acção da mirtazapina permite a combinação desta com outros antidepressivos mais recentes que são bloqueadores da recaptação dos neurotransmissores (13). Num estudo em dupla ocultação, a mirtazapina e a paroxetina mostraram ser igualmente eficazes, mas a combinação de ambos os antidepressivos teve um efeito antidepressivo superior; no entanto, os seguintes efeitos secundários podem ocorrer com a associação de ambos os fármacos: sonolência, sedação excessiva, xerostomia, aumento do apetite e consequentemente aumento de peso, e hipotensão ortostática; estes efeitos secundários são ligeiros e transitórios (13,29). Quando a mirtazapina é administrada isoladamente os efeitos adversos cardiovasculares não se manifestam e a inibição das enzimas CYP450 não ocorre e, portanto, não interage com o metabolismo de outros fármacos (13). A mirtazapina também não está associada a disfunção sexual e apresenta redução da incidência de náuseas devido ao antagonismo dos receptores 5-HT_{2A} e 5-HT₃ respectivamente (29).

- Trazodona

A trazodona é um antagonista dos receptores 5-HT_{2A} e um inibidor fraco da recaptação de 5-HT na membrana do neurónio pré-sináptico, potenciando os efeitos sinápticos da 5-HT (28). Ao contrário de outros fármacos antidepressivos, a trazodona não está contra-indicada no glaucoma, nos distúrbios da micção, não é responsável por efeitos extrapiramidais e não diminui a função sexual (29,44). Além disso, ao ser desprovida de efeitos anticolinérgicos não apresenta os efeitos característicos dos ATCs na condução cardíaca. A eficácia da trazodona em doentes idosos está documentada e tem sido utilizada na substituição de benzodiazepinas devido à sua acção eficaz enquanto ansiolítico (44).

Estudos *in vitro* relativos ao metabolismo da trazodona demonstraram que é um substrato do citocromo P450 3A4, pelo que o seu metabolismo pode ser inibido por compostos inibidores desta isoenzima (28).

- Bupropiona

A bupropiona é um inibidor selectivo da recaptação de dopamina na membrana neuronal pré-sináptica com efeitos mínimos na recaptação de NA (13,45,46). É semelhante aos ISRS em termos de eficácia e tolerabilidade, mas apresenta como vantagem o facto de estar menos associada a sonolência e ser desprovida de efeitos adversos na função sexual (13,47). Em sobredosagem está associada a um elevado risco de convulsões (13).

- Agomelatina

A agomelatina é um fármaco antidepressivo análogo sintético da hormona melatonina; estimula a actividade dos receptores MT1 e MT2 da melatonina, contribuindo para melhorar a qualidade e a eficiência do sono sem estar associada aos efeitos adversos dos fármacos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos. É também um inibidor do receptor 5-HT_{2C} (48,49,50,51). A agomelatina possui eficácia antidepressiva semelhante à venlafaxina e ao escitalopram e superior à fluoxetina e à sertralina e, uma vez que não aumenta os níveis de 5-HT, está menos associada a efeitos adversos gastrointestinais, sexuais e metabólicos (50,52,53). Um estudo controlado com placebo em doentes idosos não demonstrou benefício significativo para a agomelatina nesta população; está também contra-indicada em doentes com insuficiência hepática e em doentes a tomar medicamentos que inibem as enzimas metabólicas do citocromo P450 1A2 (48).

- Tianeptina

A tianeptina é um fármaco antidepressivo com um novo perfil neuroquímico. Ao contrário de outros antidepressivos que facilitam os efeitos pós-sinápticos dos neurotransmissores centrais através do bloqueio da sua recaptação ou da inibição do seu catabolismo, a tianeptina aumenta a recaptação pré-sináptica da 5-HT, reduzindo assim a sua disponibilidade na fenda sináptica e reduz a atrofia das dendrites neuronais induzida pelo stress (29,54,55). Ao contrário da maioria dos ATCs, a tianeptina parece não estar associada com efeitos adversos cognitivos, psicomotores, cardiovasculares, sedativos, ou efeitos no peso corporal; apresenta vantagens em relação aos ATCs em termos de titulação da dose, mudanças de tratamento e possíveis interações medicamentosas. A tianeptina não é metabolizada pelo citocromo P450, ao contrário da maioria dos fármacos antidepressivos, apresentando menor probabilidade para participar em interações farmacológicas clinicamente significativas. Os efeitos adversos associados à tianeptina são semelhantes aos dos ISRS e mínimos em comparação com os ATCs. A baixa incidência de hipotensão e sedação está associada, provavelmente, à falta de afinidade para receptores α -adrenérgicos e histamínicos, respectivamente (56).

1.4. Utilização de medicamentos antidepressivos

Com o objectivo de analisar a evolução da utilização de medicamentos antidepressivos, vários indicadores podem ser utilizados. A dose diária definida de um fármaco (DDD) corresponde à dose média diária de manutenção do fármaco, usada normalmente em adultos, para a principal indicação terapêutica, por uma determinada via de administração e expressa em quantidade de princípio activo. A dose diária definida por 1000 habitantes por dia (DHD) indica, em medicamentos administrados cronicamente, a proporção da população que diariamente recebe tratamento com um determinado fármaco numa determinada dose média (57).

1.4.1. A nível Europeu

Nos últimos 10 anos verificou-se um aumento significativo do consumo de psicofármacos na Europa e no final dos anos 90 Portugal situava-se em terceiro lugar, apenas precedido pela Irlanda e pela Bélgica (1).

No entanto, de acordo com o último inquérito sobre saúde mental (Eurobarómetro), realizado em 2010 nos 27 países da União Europeia (26800 entrevistas, das quais 1032 a cidadãos portugueses) uma em cada sete pessoas portuguesas entrevistadas admitiu que utilizou antidepressivos nos últimos 12 meses, mais do dobro da média europeia (Figura 3). Estes dados parecem confirmar os resultados do primeiro inquérito epidemiológico efectuado a nível nacional, segundo o qual, Portugal é o país da Europa com a maior prevalência de doenças mentais na população - 23% sofreu de uma doença psiquiátrica no último ano e quase metade já teve uma destas perturbações durante a vida, aproximando-se dos EUA. A seguir a Portugal no estudo Eurobarómetro surgem Lituânia (11%), Malta e França (10%). Na França verifica-se também um aumento gradual da prescrição de medicamentos antidepressivos (58,59). Os búlgaros, os alemães e os gregos são os que utilizam menos antidepressivos (Figura 4) (58).

Pergunta: Tomou algum antidepressivo nos últimos 12 meses?

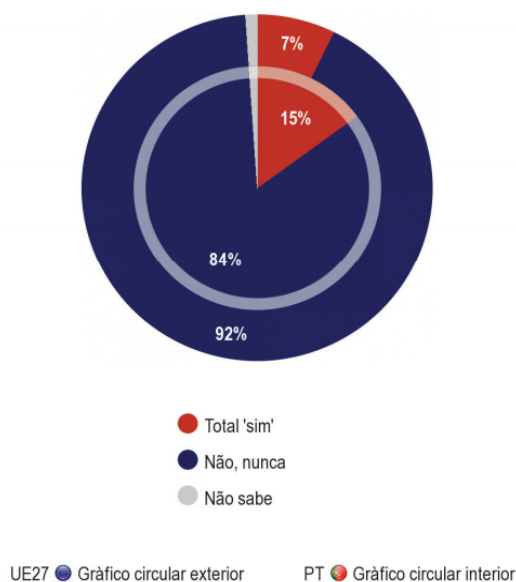


Figura 3: Utilização de medicamentos antidepressivos em Portugal e na União Europeia, em percentagem. Fonte: Eurobarometer 2010, European Commission.

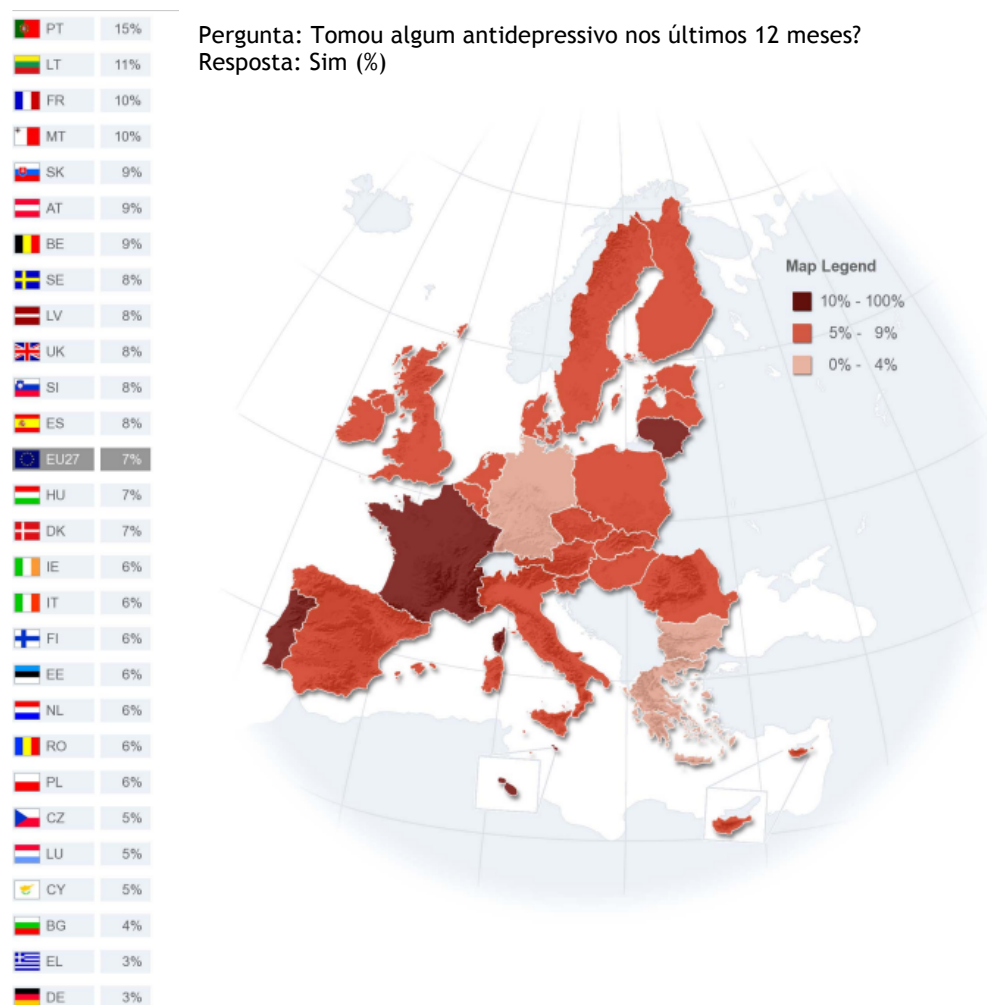


Figura 4: Utilização de medicamentos antidepressivos em todos os países da União Europeia, em percentagem. Fonte: Special Eurobarometer, 2010.

1.4.2. A nível Nacional

Uma das principais metas estabelecidas no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 foi considerar a saúde mental como principal prioridade, tendo como um dos seus objectivos a redução do consumo de antidepressivos em 20% no ano de 2010 (Figura 5) (60). No entanto, a utilização de antidepressivos em Portugal tem vindo a aumentar nos últimos anos. Entre 2002 e 2009, o consumo de medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos e antidepressivos em regime de ambulatório, determinado em DHD, aumentou em termos relativos 40,4% (61).

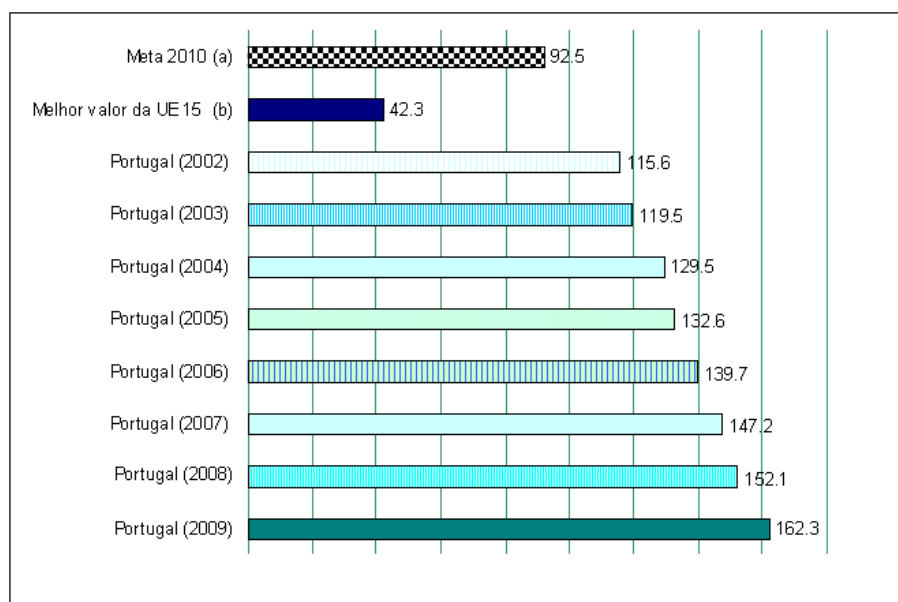


Figura 5: Consumo de medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos e antidepressivos em regime de ambulatório (DHD). a) Meta calculada pelo INFARMED para Portugal Continental. Fonte: PSN 2004-2010. b) Alemanha, OECD Health Data (2008). Fonte: INFARMED, 2010.

Tabela 3: Evolução da utilização de psicofármacos (DHD), por subgrupo terapêutico de 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	variação	peso na variação
ASH*	91	94	89	87	92	93	95	98	97	101	11%	15%
Antipsicóticos	5	6	7	8	8	9	10	10	11	12	140%	11%
Antidepressivos	26	29	38	40	46	49	54	59	65	72	177%	73%
Lítio	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	39%	0%
Psicofármacos	123	129	135	135	147	151	159	168	173	186	52%	100%

*ASH: ansiolíticos, sedativos e hipnóticos

Ao nível da utilização verificam-se elevadas assimetrias entre os distritos de Portugal Continental (Figuras 6 e 7), o que conduz à necessidade de analisar os factores determinantes destas variações geográficas, de modo a assegurar que o princípio da equidade no acesso ao tratamento farmacológico seja cumprido (5,62).

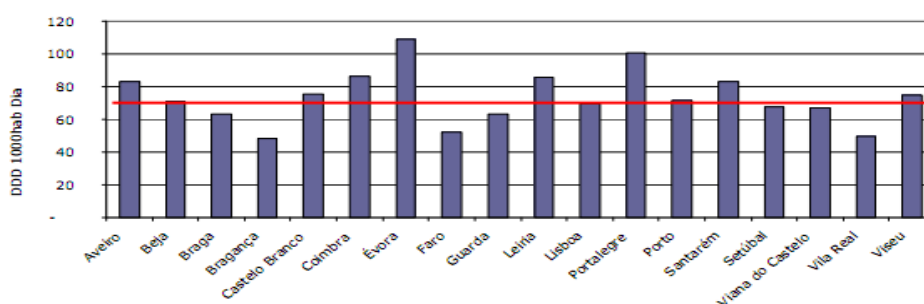


Figura 6: Distribuição geográfica da utilização de antidepressivos (DHD) em 2009. A linha vermelha representa a média nacional. Fonte: INFARMED 2010 (5).

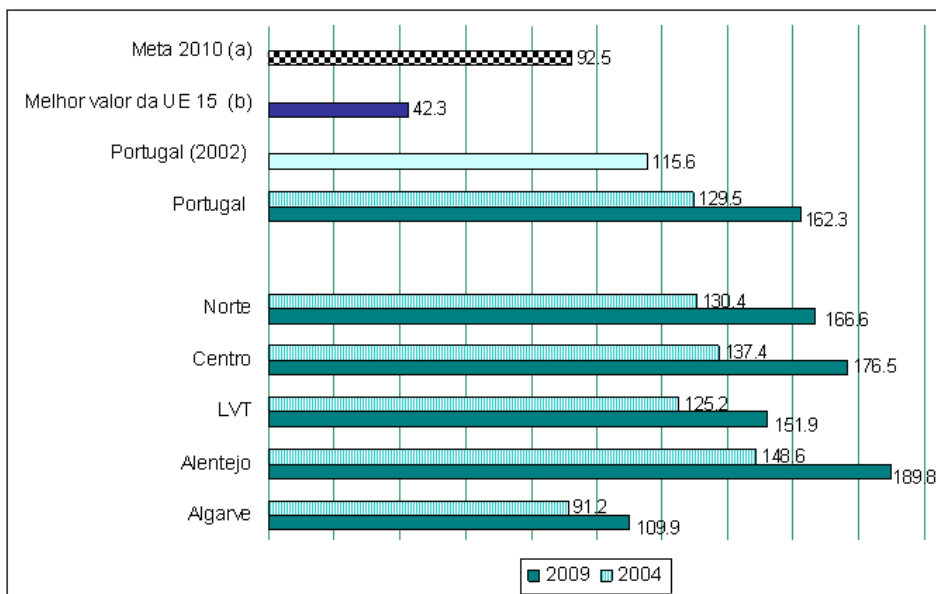


Figura 7: Consumo de medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório (DHD), por região de saúde. a) Calculada pelo INFARMED para Portugal Continental. Fonte: PNS 2004/2010. b) Alemanha, OECD Health Data. Fonte: INFARMED 2010.

De 2004 a 2009, o consumo de medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos e antidepressivos em ambulatório aumentou 25,3% em Portugal Continental. Na Região Norte, Centro e Alentejo registaram-se os aumentos relativos mais acentuados (27,7%, 28,5% e 27,7%, respectivamente) e no Algarve os mais ténues (20,5%) (61).

Em relação ao fármaco antidepressivo mais utilizado, a fluoxetina foi a substância com maior consumo no ambulatório do SNS no ano 2000 (5). No entanto, entre o período de 2000 a 2009 verificou-se um aumento acentuado da utilização de sertralina e do escitalopram, os quais foram responsáveis por cerca de 55% do crescimento deste subgrupo terapêutico no período em estudo (Figura 8) (5,63).

A venlafaxina apresentou também um peso elevado no crescimento, embora o impacto fosse inferior ao da sertralina e do escitalopram como se pode observar na figura 8.

Este aumento pode ser explicado tendo em conta a alteração legislativa no regime de comparticipação especial, o qual veio retirar a obrigatoriedade da prescrição por médicos com a especialidade de psiquiatria ou neurologia (5).

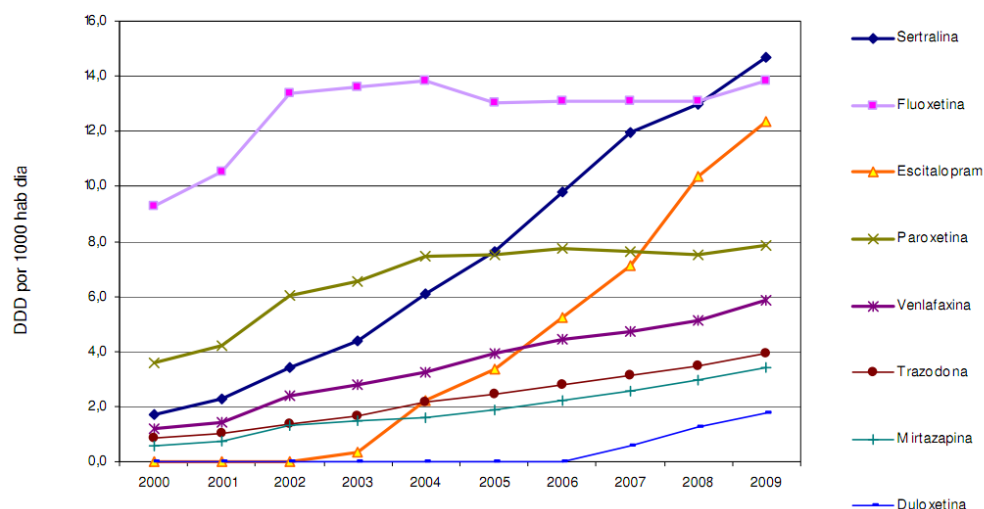


Figura 8: Evolução da utilização dos principais fármacos antidepressivos, entre 2000 e 2009. Fonte: INFARMED 2010.

Verifica-se igualmente que a comparticipação dos medicamentos genéricos da paroxetina em 2002 e da sertralina em 2003 potenciaram uma maior utilização destas substâncias, o que reflecte uma maior acessibilidade ao medicamento (5).

Relativamente ao escitalopram verificou-se um aumento acentuado da sua utilização desde que foi inserido no sistema de comparticipações do SNS em 2003 (Figura 8).

1.5. Duração do tratamento com fármacos antidepressivos e tempo de latência

Quando se inicia um tratamento com fármacos antidepressivos é de extrema importância informar o doente que o aparecimento do efeito terapêutico demora duas a três semanas. Caso contrário, o doente poderá abandonar a terapêutica devido ao facto de a julgar ineficaz (64). Os princípios básicos da farmacoterapia para a depressão são consistentes entre a maioria das *guidelines* europeias. Todas recomendam pelo menos 6 meses de terapêutica antidepressiva e em caso de resposta inadequada propõem alternativas (15). No entanto, a duração do tratamento é muito variável dependendo da resposta terapêutica e da história clínica do doente. Desta forma, se se trata de um primeiro episódio depressivo e há uma resposta favorável à medicação, o doente só deve suspender o tratamento entre 4 a 6 meses após a remissão total dos sintomas. Contudo, se os episódios depressivos se repetirem será necessário fazer um tratamento mais longo, em geral, com as mesmas doses usadas inicialmente (22). Quando ocorre uma descontinuação rápida da medicação antidepressiva, frequentemente, verificam-se vários efeitos secundários (fadiga, cansaço, náuseas, ansiedade, irritabilidade, taquicardia, entre outros). Desta forma, deve informar-se os doentes acerca dos efeitos secundários dos antidepressivos, provocados, especialmente, por

uma rápida descontinuação do tratamento; com o objectivo de minimizar os efeitos secundários associados a uma rápida cessação da medicação antidepressiva deve diminuir-se a dosagem do medicamento durante 2 a 4 semanas (65).

1.6. Eficácia e segurança dos fármacos antidepressivos

Existem diferenças clinicamente importantes entre os fármacos antidepressivos prescritos tanto em termos de eficácia e tolerabilidade como em relação à segurança.

Uma meta-análise realizada por Cipriani *et al* (66), com o objectivo de comparar a eficácia e a aceitabilidade de 12 fármacos antidepressivos, mostrou que a mirtazapina, o escitalopram, a venlafaxina e a sertralina foram significativamente mais eficazes que a duloxetina, a fluoxetina, a fluvoxamina, a paroxetina e a reboxetina. O escitalopram e a sertralina mostraram o melhor perfil de tolerabilidade conduzindo a uma menor taxa de descontinuação do tratamento em comparação com a duloxetina, a fluvoxamina, a paroxetina, a reboxetina e a venlafaxina. Desta forma, a sertralina pode ser a melhor escolha para iniciar o tratamento em adultos uma vez que apresenta um equilíbrio mais favorável entre os benefícios, aceitabilidade e custo de aquisição. O escitalopram, apesar de apresentar custos mais elevados, pode ser também utilizado como fármaco de primeira linha para o tratamento da depressão; em termos de eficácia é superior a outros ISRS e aos ISRSN (66).

No entanto, o efeito de cada antidepressivo pode variar dependendo das características individuais de cada doente (67).

Os resultados quantitativos de um estudo realizado com o objectivo de verificar quais os fármacos antidepressivos associados ao aumento de peso evidenciaram que a amitriptilina, a mirtazapina e a paroxetina estão associados a maior risco de ganho de peso. Por outro lado, a fluoxetina e a bupropiona foram associados a alguma perda de peso, embora o efeito da fluoxetina pareça estar limitado à fase aguda do tratamento (67,68).

Em doentes com diabetes, o tratamento com ISRS pode alterar o controlo da glicémia (hipoglicémia ou hiperglicémia), podendo haver necessidade de se proceder ao ajuste das doses de insulina e/ou de hipoglicemiantes orais (35).

Devido ao risco de hemorragias é recomendada precaução em doentes medicados com ISRS, em especial, na utilização concomitante com anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, com medicamentos conhecidos por afectarem a função plaquetária [antipsicóticos atípicos e fenotiazinas, ATCs, ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios não esteróides (AINES), ticlopidina e dipiridamol], bem como em doentes com predisposição conhecida para perturbações hemorrágicas (69,70,71). Desta forma, os médicos devem ter em conta os benefícios e os riscos da terapêutica com ISRS em doentes com depressão após enfarte agudo do miocárdio. Em relação aos efeitos adversos, os ATCs são responsáveis maioritariamente por efeitos anticolinérgicos enquanto os ISRS estão associados essencialmente a alterações gastrointestinais (Tabela 4)

Tabela 4: Principais efeitos adversos dos fármacos antidepressivos (6,22,72,73,74).

	Anticolinérgicos	Sedação	Insónia Agitação	Hipotensão postural	Náusea	Disfunção sexual	Aumento peso	Inibição das enzimas hepáticas	Mortalidade em sobredosagem
ATCs									
Amitriptilina	++	++	-	++	-	+	++	++	Elevada
Clomipramina	++	++	+	++	+	++	+	++	Moderada
Dosulepina	++	++	-	++	-	+	++	++	Elevada
Maprotilina	+	++	-	-	-	+	++	?	Elevada
Nortriptilina	+	+	+	+	-	+	-	++	Elevada
ISRS									
Citalopram	-	+	+	-	++	+	-	-	Moderada
Escitalopram	-	-	+	-	++	+	-	-	Baixa
Fluoxetina	-	-	++	-	++	++	-	++	Baixa
Fluvoxamina	-	++	+	-	++	+	-	++	Baixa
Paroxetina	+	++	+	-	++	++	+	++	Baixa
Sertralina	-	-	+	-	++	++	-	-	Baixa
ISRSN									
Duloxetina	-	+	-	-	++	+	-	++	Baixa
Venlafaxina	-	+	+	-	++	++	-	-	Moderada
Milnaciprano	+	++	-	-	++	++	-	-	Baixa
IMAO									
Moclobemida	+	+	++	++	+	++	-	-	Moderada
Outros									
Reboxetina	+	-	+	-	-	+	-	+	Baixa
Mirtazapina	-	++	-	-	-	-	++	-	Baixa
Bupropiona	-	-	++	-	+	-	-	++	Moderada
Trazodona	-	++	-	++	-	-	-	?	Baixa
Tianeptina	+	+	+	-	+	-	-	-	Baixa
Agomelatina	-	-	-	?	-	-	-	+	?

*Frequência dos efeitos adversos:

- raro/leve;

+ pode ocorrer/moderado;

++ relativamente frequente ou severo;

? desconhecido/informação insuficiente

1.7. Novas estratégias

Apesar da disponibilidade de vários medicamentos antidepressivos, o tratamento da depressão major está longe de ser satisfatório. Os medicamentos antidepressivos actuais são ineficazes para muitos doentes; aproximadamente 30% dos doentes não respondem ou não apresentam remissão completa mediante tratamento com os antidepressivos convencionais (51,75,76).

Desta forma, surge a necessidade urgente de desenvolver novas estratégias de tratamento, mais eficazes, com uma resposta significativamente mais rápida, e com efeitos adversos mínimos. Actualmente existem duas estratégias comprovadas que produzem acentuada melhoria dos sintomas depressivos graves em 48 horas, a cetamina e a terapia de privação do sono (SDT). Ambos os tratamentos indicaram evidências inequívocas quanto à rápida reversão do processo depressivo num subgrupo de doentes (77).

Dezassete estudos com cetamina em mais de 150 doentes mostraram uma resposta rápida (77). A SDT tem sido investigada em mais de 60 estudos com uma taxa de resposta de 40-60% dentro de 48 horas. Embora a SDT seja muitas vezes usada na Europa para iniciar uma resposta rápida, é menos utilizada nos EUA, em parte, porque tem uma duração curta quando instituída isoladamente (77).

As novas metas da farmacoterapia antidepressiva estão além do receptor da membrana. O futuro no tratamento da depressão requer uma melhor compreensão dos mecanismos bioquímicos susceptíveis de explicarem os efeitos antidepressivos (51,76). Neste contexto, o sistema glutamatérgico desempenha um papel importante na fisiopatologia da depressão e agentes que modulem a actividade glutamatérgica podem actuar como antidepressivos (76).

A bomba de efluxo de fármacos, glicoproteína-P (P-gp), desempenha um papel importante na função da barreira hemato-encefálica por excluir selectivamente certas moléculas endógenas e exógenas, limitando a capacidade dos seus substratos para alcançar o cérebro. Novas evidências sugerem que a P-gp pode restringir a exposição cerebral de vários antidepressivos podendo contribuir assim para a fraca taxa de resposta a alguns dos fármacos antidepressivos actuais. Desta forma, a co-administração de inibidores da P-gp com antidepressivos para doentes refractários ao tratamento antidepressivo pode representar uma nova abordagem terapêutica no tratamento da depressão (78).

Tem sido bem documentado que o início tardio de acção dos ISRS possa resultar do tempo necessário para dessensibilizar autoreceptores 5-HT (5-HT_{1A}) em corpos celulares e/ou terminais pré-sinápticos (5-HT_{1B}). Este facto levanta a possibilidade dos antagonistas selectivos de auto-receptores 5-HT usados em monoterapia ou em combinação com ISRS poderem revelar-se eficazes como antidepressivos e com um início de acção mais rápido que o conseguido com ISRS. O pindolol, um antagonista misto dos receptores 5-HT_{1A} e β -adrenérgicos, tem-se mostrado responsável por potenciar o efeito antidepressivo de ISRS e diminuir o tempo requerido para o início de acção. Consequentemente, tem havido um interesse considerável por diversos grupos para identificar estratégias de desenho de

fármacos focados na incorporação de um antagonista dos receptores 5-HT_{1A} num inibidor da recaptação de 5-HT de forma a obter um efeito antidepressivo completo e imediato (29).

Os desafios futuros que se colocam na abordagem farmacológica da depressão passam seguramente pela identificação de novos alvos terapêuticos e em alcançar uma visão mais integrada da acção dos fármacos antidepressivos, tendo em conta a diversidade funcional das células que constituem o próprio SNC e as conexões entre as diferentes regiões do cérebro.

2. Objectivos

A utilização de antidepressivos tem vindo a aumentar nos últimos anos. O tratamento com estes fármacos deve ser individualizado de forma a melhorar a adesão do doente à terapêutica e diminuir os efeitos adversos e possíveis interações medicamentosas. No entanto, em Portugal a informação relativa a este assunto é escassa.

Neste sentido o presente estudo teve como principal propósito a caracterização do padrão de utilização de medicamentos antidepressivos na região da Beira Interior, mais concretamente nos distritos da Guarda e de Castelo Branco. De forma a tornar exequível este objectivo foram delineados os seguintes objectivos específicos:

- Analisar a utilização de medicamentos antidepressivos de acordo com factores sócio-demográficos (idade, sexo, estado civil), sócio-económicos (nível de escolaridade, situação profissional) e comportamentais (hábitos tabágicos e consumo de bebidas alcoólicas);
- Identificar qual a classe farmacológica e quais os medicamentos antidepressivos mais prescritos/utilizados;
- Identificar os efeitos adversos mais referidos e a sua relação com o tipo de antidepressivo e duração do tratamento;
- Caracterizar a prescrição de medicamentos antidepressivos *genéricos versus medicamentos de marca comercial* em função da especialidade do médico prescriptor;
- Verificar se a amostra em estudo está bem informada em relação à forma de administrar a medicação e se esta satisfaz as suas expectativas de bem-estar;
- Analisar a utilização de medicamentos antidepressivos potencialmente inapropriados nos idosos;

Assim, com o presente estudo pretende alcançar-se um melhor conhecimento da utilização dos medicamentos antidepressivos e alertar para algumas variáveis importantes a ter em conta no momento da prescrição dos mesmos, contribuindo assim para a optimização da sua utilização.

3. Metodologia

3.1. Caracterização do estudo

O presente estudo apresenta uma metodologia quantitativa e caracteriza-se por ser um estudo observacional, descritivo e transversal, com uma componente analítica associada. Trata-se de um estudo realizado em várias farmácias dos distritos da Guarda e de Castelo Branco, permitindo assim conseguir um número adequado de doentes em menos tempo e alcançar conclusões mais fiáveis; contudo, este tipo de estudo torna difícil o controlo, a recolha e a manipulação dos dados.

3.2. Critérios de inclusão no estudo

Foram incluídos no presente estudo utentes com idade igual ou superior a 15 anos; pertencentes ao distrito da Guarda ou ao distrito de Castelo Branco; medicados com pelo menos um fármaco antidepressivo e que fossem à farmácia comprar a sua própria medicação. Todos os doentes que não obedeceram a pelo menos um dos critérios supracitados foram excluídos do presente estudo. Foram também excluídos os questionários que não estavam correctamente preenchidos.

3.3. Caracterização da amostra

A amostra foi seleccionada por conveniência nas farmácias comunitárias dos distritos da Guarda e de Castelo Branco que aceitaram participar no estudo. Foram incluídos todos os doentes com idade superior a 15 anos, que se faziam acompanhar de uma prescrição contendo pelo menos um medicamento antidepressivo para utilização própria e que deram consentimento verbal para participar no estudo. No total, 422 utentes participaram no estudo, no entanto, 18 foram excluídos por não obedecerem aos critérios de inclusão. A amostra total foi assim constituída por 404 utentes, 312 do sexo feminino.

Várias características dos doentes foram estudadas como determinantes para a escolha de medicamentos antidepressivos, nomeadamente, idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, especialidade do médico prescritor, local de residência; a utilização concomitante de outras classes farmacológicas foi utilizada como um marcador para algumas doenças uma vez que, em doentes com certas patologias cardiovasculares, HBP, epilepsia e glaucoma, a utilização de ATCs está contra-indicada ou necessita de um seguimento mais cauteloso devido a um risco aumentado de efeitos adversos.

3.4. Procedimento

Para a realização do presente estudo foi enviada uma carta com um pedido de colaboração (ANEXO I) para todas as farmácias pertencentes aos distritos da Guarda e de Castelo Branco, num total de 120 farmácias. Posteriormente, todas foram contactadas por telefone de forma a obter uma resposta em relação à disponibilidade para participarem no estudo. De seguida, os questionários para recolha dos dados (ANEXO II) foram enviados para as farmácias que aceitaram colaborar. Juntamente com os questionários foi também enviada uma carta com algumas orientações relativas ao preenchimento dos mesmos e com o período de duração do estudo (ANEXO III). Uma vez que as farmácias não dispunham da mesma disponibilidade, e com o objectivo de obter uma maior colaboração por parte das mesmas, foi estabelecida a duração de um mês para a recolha dos dados a partir da data de início do preenchimento dos questionários podendo este ser iniciado entre os meses de Março e Maio de 2011, ficando esta data ao critério de cada farmácia de acordo com a sua disponibilidade.

3.5. Método de recolha de dados

Os dados foram obtidos através de um questionário sócio-demográfico a preencher pelo utente no acto da dispensa do medicamento antidepressivo e de um questionário de caracterização farmacológica a preencher pelo Farmacêutico na presença do próprio utente que vai utilizar o medicamento antidepressivo. Ambos os questionários foram entregues pessoalmente ou enviados por correio para as farmácias pertencentes aos distritos da Guarda e de Castelo Branco que, após terem sido contactadas por telefone de forma a obter uma resposta em relação ao pedido de colaboração enviado anteriormente, aceitaram participar no estudo.

Com o preenchimento dos questionários pretendeu-se obter informação relativa a dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil), sócio-económicos (nível de escolaridade, profissão, situação profissional actual) e comportamentais (hábitos tabágicos e consumo de bebidas alcoólicas) e ao perfil terapêutico dos utentes.

3.6. Variáveis

A variável dependente é definida como a “característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente” (79). No presente estudo a variável dependente foi a utilização de medicamentos antidepressivos.

A variável independente define-se como a “dimensão ou característica que o investigador manipula deliberadamente para conhecer o seu impacto na variável dependente”. Assim, neste trabalho as variáveis independentes foram as seguintes: idade, sexo, estado civil, constituição do agregado familiar, distrito de residência, nível de escolaridade, situação

profissional; hábitos tabágicos e consumo de bebidas alcólicas; especialidade do médico prescriptor.

3.7. Tratamento estatístico/Análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados no programa Microsoft Office Excel 2007 e no programa SPSS versão.17.0.

A análise descritiva consistiu na caracterização da amostra em estudo apresentando médias, desvios-padrão, frequências absolutas e relativas, mediana, mínimos e máximos, e na elaboração de tabelas e gráficos.

Para verificar a significância estatística da diferença de percentagens, foi determinado o Intervalo de Confiança a 95% da diferença de percentagens. Se este intervalo não incluir o valor zero então pode afirmar-se que as percentagens são diferentes com 95% de confiança. Se o intervalo determinado contiver o valor zero, isto é, se a diferença entre as percentagens puder ser zero então as percentagens podem ser iguais, e portanto a diferença observada não tem significado estatístico. De acordo com Bland (80), o IC95% da diferença de percentagens calcula-se através da seguinte fórmula:

$$IC95\% = [(p1 - p2) - E; (p1 - p2) + E] \quad (1)$$

onde o erro (E) é dado por

$$E = 1,96 \times \sqrt{\frac{p1(1-p1)}{N1} + \frac{p2(1-p2)}{N2}} \quad (2)$$

com p1 e p2 expressos em valor decimal (entre 0 e 1).

4. Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos através do questionário realizado com o objectivo de analisar o perfil de utilização de medicamentos antidepressivos em função de algumas variáveis sócio-demográficas e farmacológicas. Assim, toda a amostra analisada e os respectivos resultados apresentados em seguida são relativos, unicamente, a pessoas que utilizam medicamentos antidepressivos.

4.1. Participação das farmácias no estudo

De todas as farmácias contactadas 84 aceitaram participar no estudo; no entanto, apenas 45 colaboraram efectivamente, das quais 19 pertenciam ao distrito da Guarda e 26 ao distrito de Castelo Branco (Figuras 9 e 10). Assim, obteve-se uma taxa de participação efectiva de aproximadamente 54% em relação ao total de farmácias que inicialmente aceitaram colaborar (45/84) e uma taxa de participação de aproximadamente 38% em relação a todas as farmácias contactadas (45/120). Algumas farmácias que inicialmente aceitaram colaborar não conseguiram preencher os questionários, apresentando como principais motivos a falta de disponibilidade, mudança de instalações, recusa por parte dos doentes e o facto de muitas vezes o medicamento antidepressivo dispensado não ser para a própria pessoa que se dirige à farmácia.

O número médio de inquéritos recebidos por farmácia foi de 11 (mínimo 1, máximo 21).

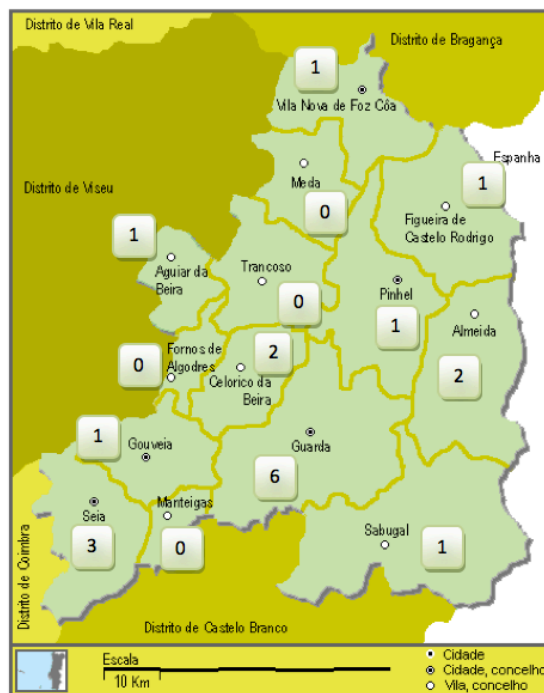


Figura 9: Número de farmácias do distrito da Guarda que aceitaram colaborar no presente estudo.



Figura 10: Número de farmácias do distrito de Castelo Branco que aceitaram colaborar no presente estudo.

4.2. Caracterização sócio-demográfica

Dos 404 utentes da amostra estudada, 197 (49%) pertenciam ao distrito da Guarda e 207 (51%) pertenciam ao distrito de Castelo Branco (Figura 11).

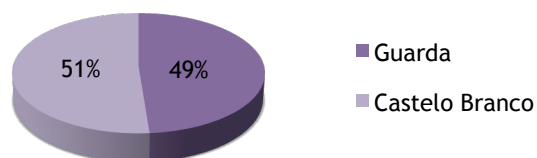


Figura 11: Distribuição dos utentes de acordo com o distrito de residência.

Os utentes pertencentes à amostra estudada tinham idades compreendidas entre os 16 e os 90 anos. A média etária foi de $55,6 \pm 1,4$ anos (média \pm desvio padrão) e a mediana de 57 anos. Na figura 12 podemos observar a distribuição dos utentes por grupos etários. Mais de metade da amostra (56%) apresentava idade igual ou superior a 55 anos, pertencendo a maioria dos utentes ao grupo etário dos 55 aos 64 anos (23,3% da amostra).

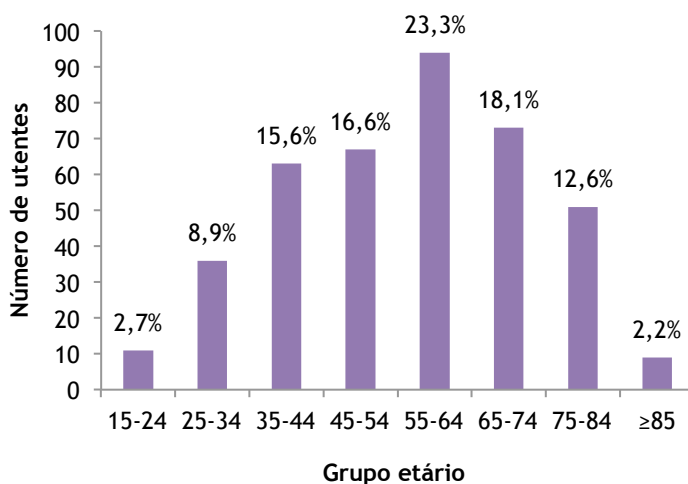


Figura 12: Distribuição da amostra de acordo com o grupo etário.

Relativamente à distribuição da amostra por sexo, verificou-se que 312 dos utentes eram do sexo feminino, o que corresponde a 77% e 92 eram do sexo masculino correspondendo a 23% do total da amostra. Assim, a amostra apresenta uma relação feminino/masculino de aproximadamente 3:1 (Figura 13).

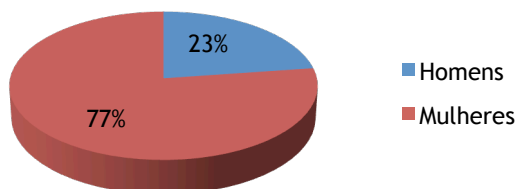


Figura 13: Distribuição da amostra de acordo com o sexo.

De acordo com a figura 14 há mais mulheres no grupo etário dos 45-64 anos. A diferença entre os sexos foi estatisticamente significativa apenas neste grupo etário

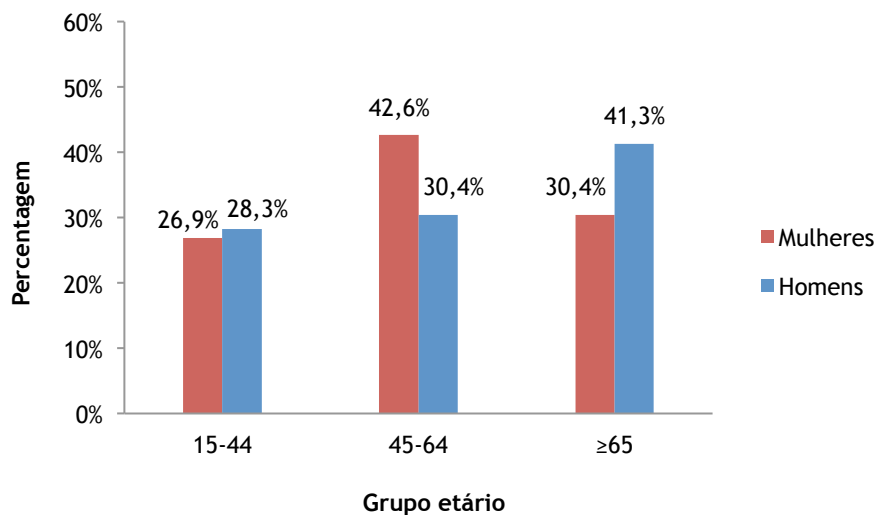


Figura14: Distribuição da amostra por sexo em função do grupo etário. Os valores representam percentagem do total dentro de cada grupo etário.

Quanto ao estado civil dos utentes inquiridos verificou-se que 245 eram casados (60,6%), 51 solteiros (12,6%), 31 divorciados (7,7%), 73 viúvos (18,1%) e apenas 4 pessoas (1%) viviam em união de facto (Figura 15).

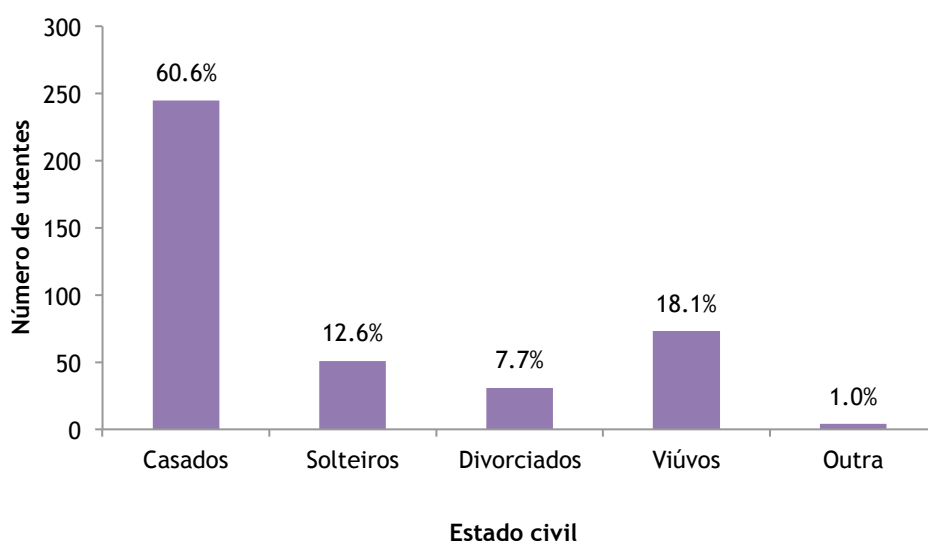


Figura 15: Distribuição da amostra de acordo com o estado civil.

Mais de metade dos utentes, encontravam-se inseridos num agregado familiar constituído por 2 ou 3 pessoas (61%) sendo que 22% referiram viver sozinhos e apenas 16% faziam parte de um agregado familiar constituído por 3 ou mais pessoas (Figura 16).

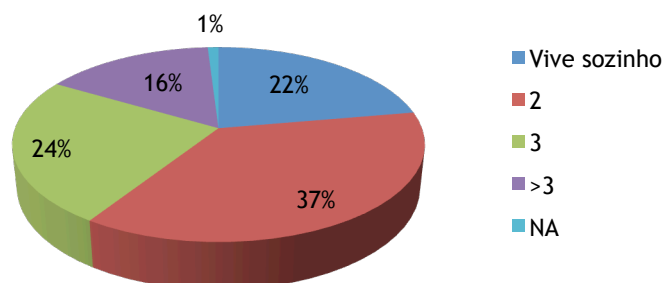


Figura 16: Distribuição da amostra de acordo com a constituição do agregado familiar. Os algarismos da legenda representam o número de pessoas por agregado familiar; NA = não respondeu.

De todos os utentes que viviam sozinhos a maioria tinha mais de 65 anos (Figura 17).

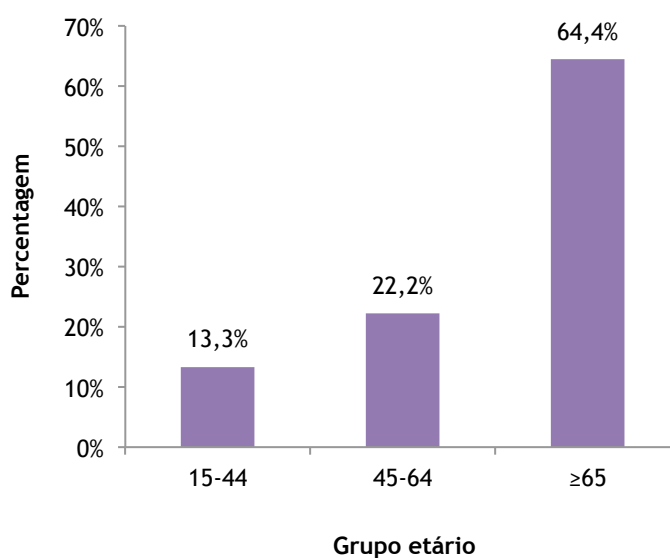


Figura 17: Distribuição dos utentes que vivem sozinhos pelos diferentes grupos etários.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, observou-se que a maioria dos inquiridos possuía habilitações inferiores ao ensino secundário, dos quais, 35 nunca foram à escola ou não concluíram o primeiro ciclo de estudos (9%), 166 completaram o 1º ciclo (41%), 72 o 2º ciclo (18%) e 85 frequentaram o 3º ciclo (21%). Apenas 10 pessoas (2%) frequentaram ou frequentam o ensino superior e 36 (9%) concluíram o ensino superior (Figura 18).

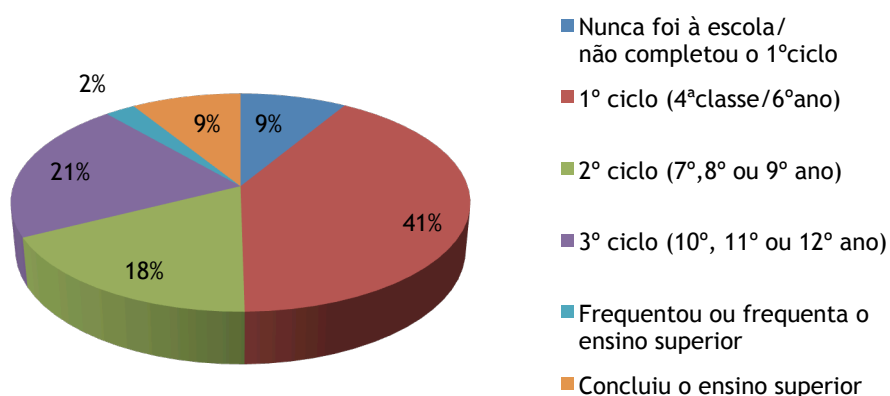


Figura 18: Distribuição da amostra de acordo com o nível de escolaridade.

Relativamente à situação profissional, 163 pessoas estavam reformadas, representando 40% da amostra, 128 trabalhavam por conta de outrem (32%), 61 trabalhavam por conta própria (15%), 46 estavam desempregadas (11%), e apenas 6 eram estudantes (2%) (Figura 19).

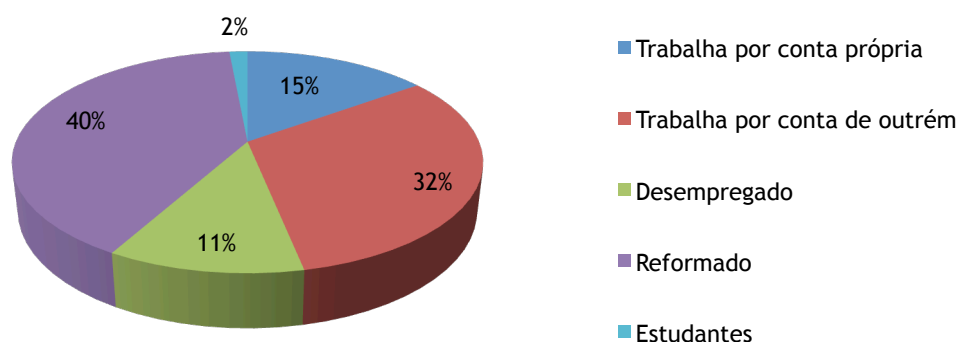


Figura 19: Distribuição da amostra de acordo com a situação profissional.

Em relação aos hábitos tabágicos, 62 pessoas eram fumadoras (15%) e 342 referiram que não fumavam (85%) (Figura 20).

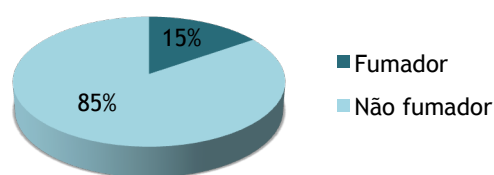


Figura 20: Distribuição do total da amostra de acordo com os hábitos tabágicos.

A figura 21 mostra a distribuição de fumadores/não fumadores em função do sexo. Verifica-se que há mais fumadores entre os homens que entre as mulheres. A diferença de 13,9% entre os dois sexos foi estatisticamente significativa.

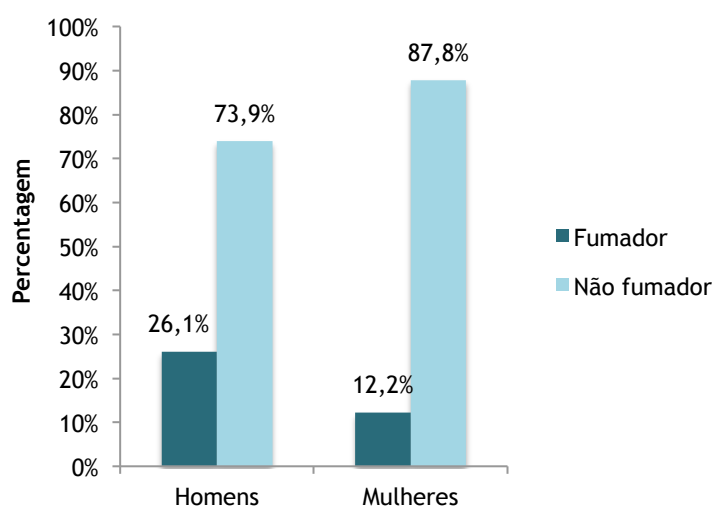


Figura 21: Hábitos tabágicos em função do sexo. Os valores são expressos em percentagem do total de homens e mulheres respectivamente.

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, 54 pessoas referiram que consumiam (13%) e 350 não consumiam (87%) (Figura 22). É de salientar que as respostas podem não corresponder ao que realmente acontece na prática, uma vez que as pessoas podem responder em função do que julgam ser mais correcto.

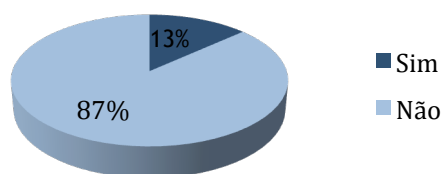


Figura 22: Distribuição da amostra de acordo com o consumo de bebidas alcoólicas.

Quando dividimos a amostra por género verificou-se que foram os homens que consumiram mais bebidas alcoólicas relativamente às mulheres (Figura 23). A diferença entre géneros foi estatisticamente significativa.

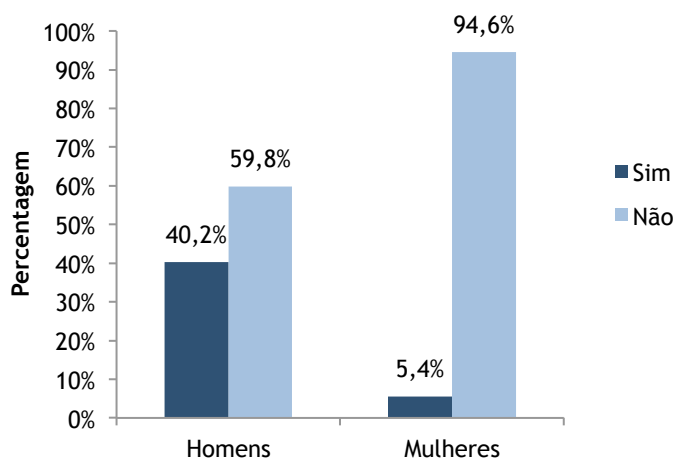


Figura 23: Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas em função do género. Os valores são expressos em percentagem do total de homens e mulheres respectivamente.

4.3. Caracterização farmacológica

Relativamente ao número de antidepressivos por pessoa, 339 dos inquiridos (84%) utilizavam um fármaco antidepressivo (regime terapêutico em monoterapia). Os restantes 65 (16%) encontravam-se num regime de politerapia; destes, 60 utilizavam dois antidepressivos (15% do total de inquiridos) e apenas 5 utilizavam três ou mais fármacos (1% do total de inquiridos) (Figura 24).

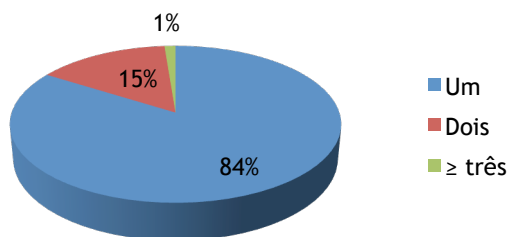


Figura 24: Distribuição do número de fármacos antidepressivos prescritos por utente.

É de salientar que as pessoas que tomavam três ou mais fármacos antidepressivos eram do sexo feminino e tinham idades compreendidas entre os 50 e os 72 anos.

Relativamente aos utentes em regime de monoterapia, 53% estavam medicados com genéricos e 47% utilizavam antidepressivos de marca comercial (Figura 25).

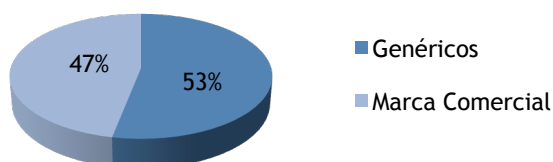


Figura 25: Caracterização dos fármacos em regime de monoterapia de acordo com o tipo de comercialização. Os resultados são expressos em percentagem do total de utentes em regime de monoterapia.

Em relação à politerapia, as combinações de antidepressivos de marca comercial foram as mais prescritas (40%) (Figura 26).

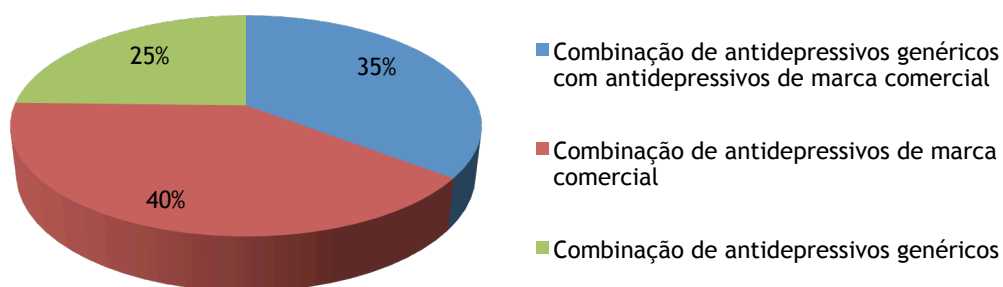


Figura 26: Características comerciais dos fármacos antidepressivos usados em regime de politerapia. Os resultados são expressos em percentagem do total de utentes em regime de politerapia.

Através da figura 27 verificou-se que a monoterapia foi mais utilizada pelo sexo masculino, verificando-se o inverso relativamente à politerapia. No entanto a diferença de 2,6% entre os dois sexos não foi estatisticamente significativa.

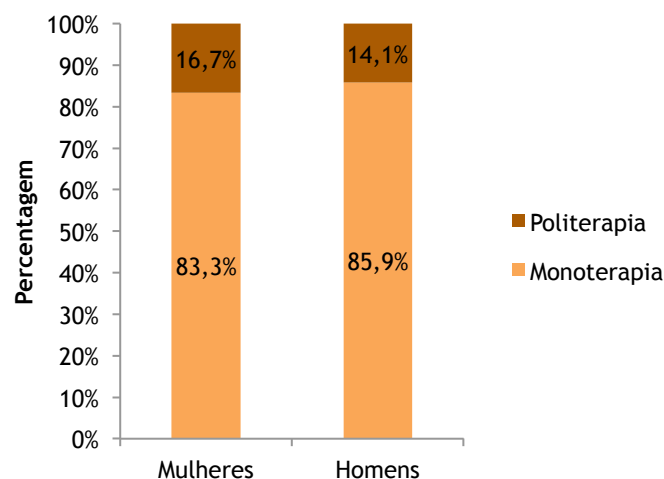


Figura 27: Regime terapêutico utilizado pela amostra em função do género. Os resultados são expressos em percentagem do total de mulheres e homens respectivamente.

Em relação ao regime terapêutico mais utilizado em função do grupo etário, a monoterapia foi mais utilizada nos idosos, enquanto a politerapia foi mais utilizada no grupo etário dos 45-64 anos. É de salientar o facto da politerapia ter sido menos utilizada nos idosos, contribuindo assim para a redução de possíveis interacções medicamentosas que, normalmente tendem a ocorrer com maior frequência com o avançar da idade e consequentemente com o maior número de patologias (Figura 28). No entanto as diferenças encontradas entre os grupos etários considerados não foram estatisticamente significativas.

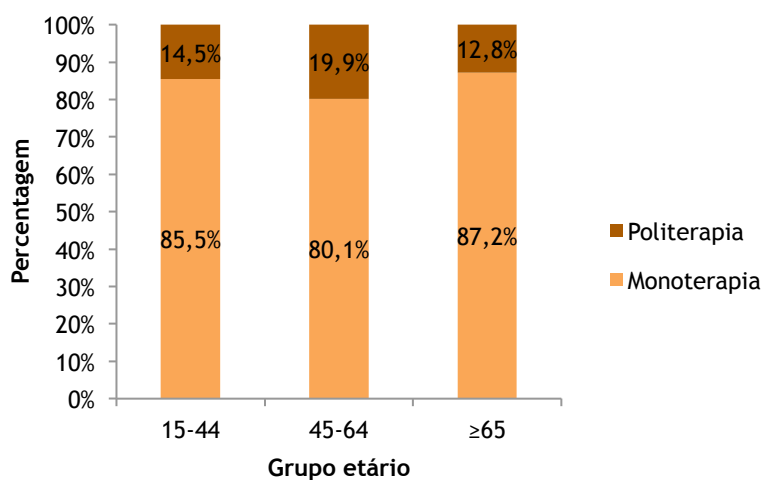


Figura 28: Regime terapêutico utilizado em função do grupo etário. Os valores representam percentagens do total de utentes pertencentes a cada grupo etário.

Como se pode ver na figura 29, a monoterapia foi o regime terapêutico mais prescrito independentemente da especialidade do médico prescriptor. No entanto, a monoterapia foi mais utilizada pelo clínico geral, ao contrário da politerapia que foi utilizada principalmente pelo psiquiatra. Estas diferenças foram estatisticamente significativas. Entre o clínico geral e médicos de outras especialidades e entre o psiquiatra e médicos de outras especialidades não foram encontradas diferenças significativas.

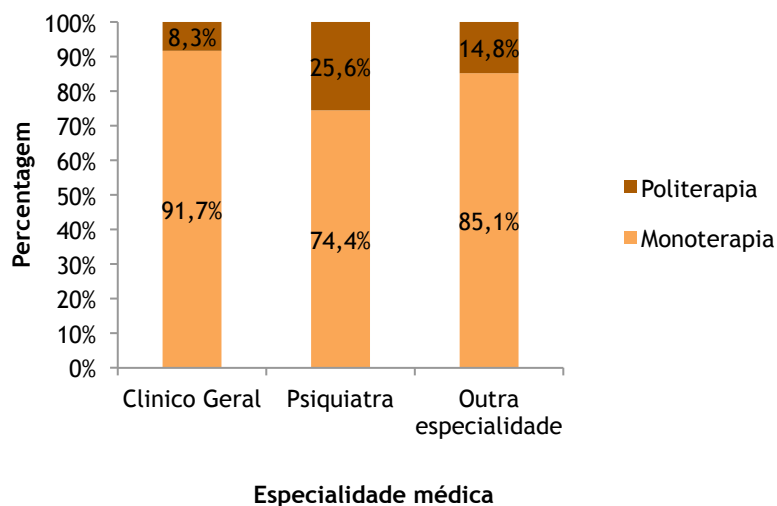


Figura 29: Regime terapêutico utilizado em função da especialidade do médico prescriptor. Os resultados expressam percentagens do total de cada especialidade médica.

Como se pode verificar através da figura 30, mais de metade da amostra estudada, utilizava antidepressivos pertencentes à classe farmacológica dos ISRS (55,7%), 12,6% utilizavam ISRSN, 3,5% ATCs e 1,0% IMAO. Os restantes 11,1% dos utentes da amostra utilizavam outros antidepressivos. As associações farmacológicas faziam parte do regime terapêutico de 16,1% dos utentes.

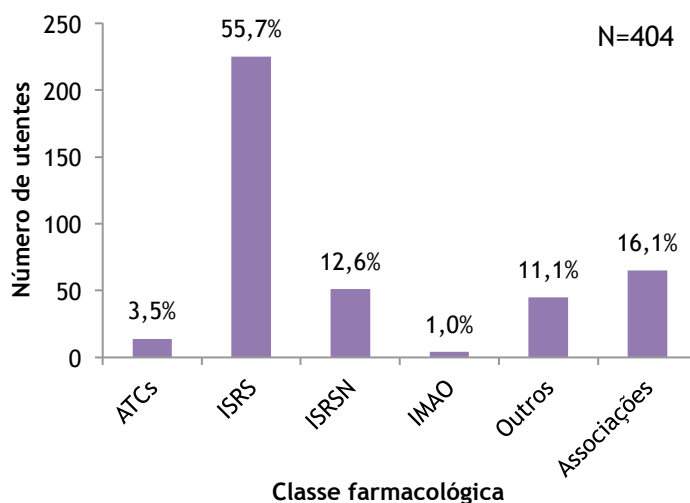


Figura 30: Antidepressivos usados na amostra em estudo de acordo com a classe farmacológica. Os resultados são expressos em percentagem do total de receitas (monoterapia + politerapia).

Os fármacos antidepressivos mais utilizados independentemente do regime terapêutico foram por ordem decrescente a fluoxetina (21,6%), o escitalopram (13,8%) e a sertralina (13,4%) (Figura 31).

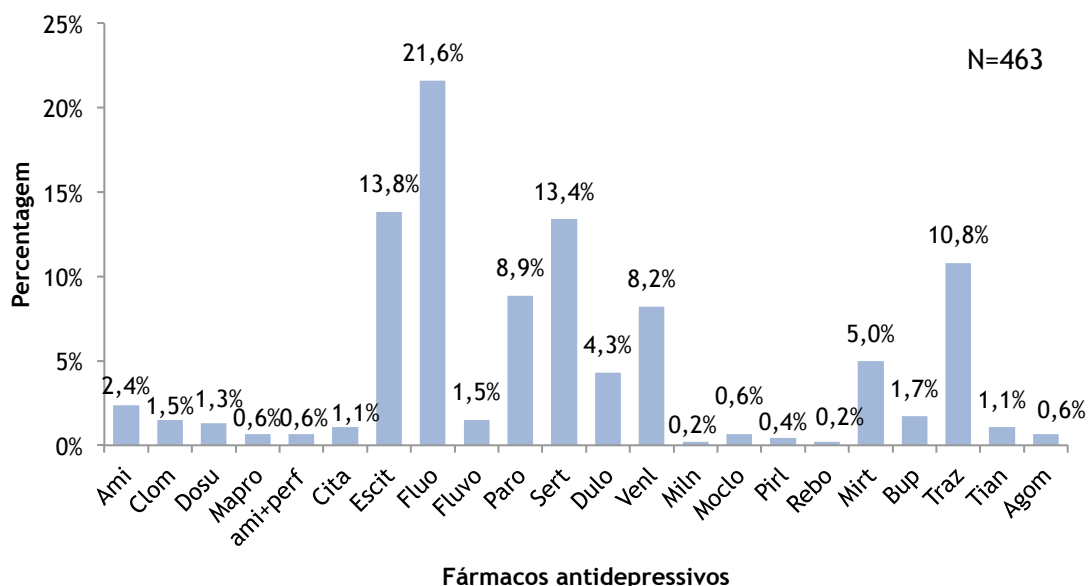


Figura 31: Antidepressivos usados na amostra em estudo de acordo com o princípio activo. Os resultados são expressos em percentagem do total de medicamentos prescritos (monoterapia + politerapia). **ami:**amitriptilina;**clom:**clomipramina;**dosu:**dosulepina;**mapro:**maprotilina;**ami+perf:**amitriptilina+perfenazina;**cita:**citalopram;**escit:**escitalopram;**fluo:**fluoxetina;**fluvo:**fluvoxamina;**paro:**paroxetina;**sert:**sertralina;**dulo:**duloxetina;**venl:**venlafaxina;**miln:**milnaciprano;**moclo:**moclobemida;**pirl:**pirlindol;**rebo:**reboxetina;**mirt:**mirtazapina;**bup:**bupropiona;**traz:**trazodona;**tian:**tianeptina;**agom:**agomelatina.

Entre os ISRS, os fármacos mais utilizados em monoterapia foram, por ordem decrescente, a fluoxetina (23%), a sertralina (15,9%) e o escitalopram (14,7%). Dos ISRSN, o fármaco mais usado foi a venlafaxina (9,7%). A amitriptilina foi o ATC mais utilizado (1,8%). Relativamente aos antidepressivos com mecanismos de acção distintos em relação aos anteriores, classificados como “Outros”, o mais utilizado foi a trazodona (6,5%), seguindo-se a mirtazapina com 3,8% (figura 32).

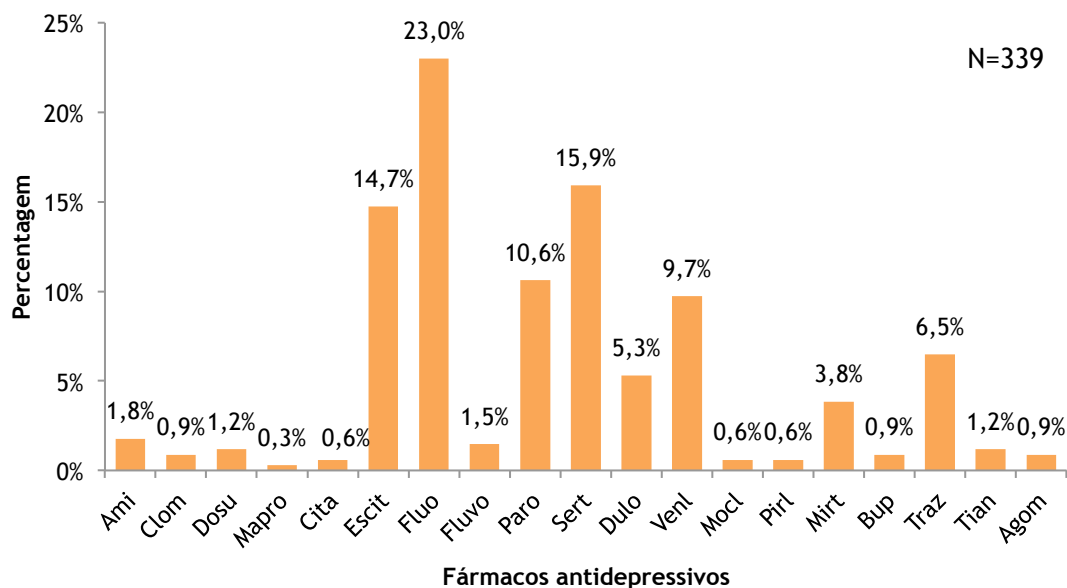


Figura 32: Antidepressivos usados na amostra em estudo de acordo com o princípio activo. Os resultados são expressos em percentagem do total de medicamentos prescritos em monoterapia.

ami:amitriptilina;**clom:**clomipramina;**dosu:**dosulepina;**mapro:**maprotilina;**cita:**citalopram;**escit:**escitalopram;**fluo:**fluoxetina;**fluvo:**fluvoxamina;**paro:**paroxetina;**sert:**sertralina;**dulo:**duloxetina;**venl:**venlafaxina;**mocl:**moclobemida;**pirl:**pirlindol;**mirt:**mirtazapina;**bup:**bupropiona;**traz:**trazodona;**tian:**tianeptina;**agom:**agomelatina.

Os fármacos antidepressivos mais utilizados em associação foram a trazodona, a fluoxetina e o escitalopram com 22,6%, 17,7% e 11,3% respectivamente.

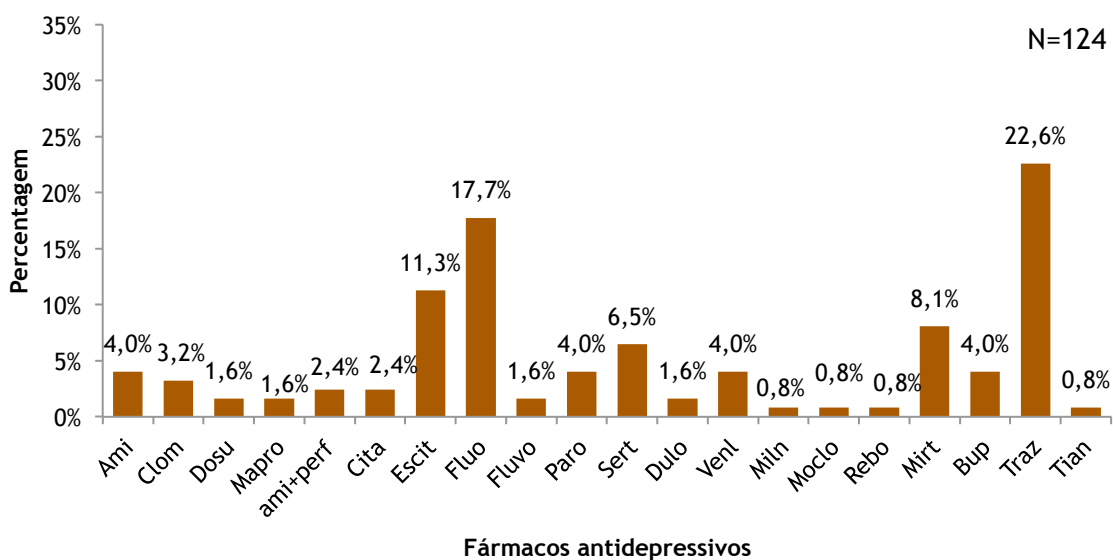


Figura 33: Antidepressivos usados na amostra em estudo de acordo com o princípio activo. Os resultados são expressos em percentagem do total de medicamentos prescritos em politerapia.

ami:amitriptilina;**clom:**clomipramina;**dosu:**dosulepina;**mapro:**maprotilina;**ami+perf:**amitriptilina+perfe nazina;**cita:**citalopram;**escit:**escitalopram;**fluo:**fluoxetina;**fluvo:**fluvoxamina;**paro:**paroxetina;**sert:**sertralina;**dulo:**duloxetina;**venl:**venlafaxina;**mocl:**moclobemida;**rebo:**reboxetina;**mirt:**mirtazapina;**bup:**bupropiona;**traz:**trazodona;**tian:**tianeptina.

Como referido anteriormente, 65 (16,1%) dos utentes utilizavam regimes terapêuticos com politerapia; de todas as associações a combinação de ISRS com outros antidepressivos foi a mais utilizada na amostra estudada (41,5%) (Figura 34), destacando-se a combinação de escitalopram com trazodona (9,2%) seguida de fluoxetina com mirtazapina (7,7%).

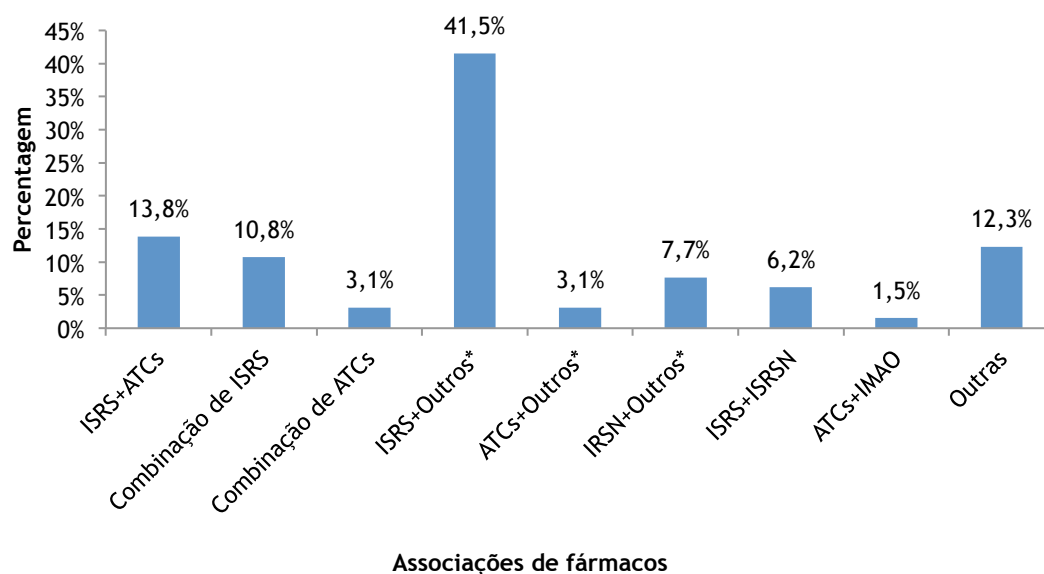


Figura 34: Associações mais utilizadas na amostra em estudo. *Outros: Reboxetina, Mirtazapina, Bupropiona, Trazodona, Tianeptina, Agomelatina.

Os antidepressivos mais utilizados pelos idosos foram os ISRS (51,1%), com destaque para a fluoxetina (15%), sertralina (15%) e escitalopram (12,8%). Dentro dos antidepressivos classificados como “Outros”, os mais utilizados foram a trazodona (6,8%) e a mirtazapina (6,0%). Os IRSN foram utilizados por 15% dos idosos, e apenas 3,0% utilizavam ATCs e 2,3% IMAO (Figura 35). Em relação às associações, as mais utilizadas pelos idosos foram a combinação de escitalopram com trazodona, sertralina com trazodona e paroxetina com trazodona.

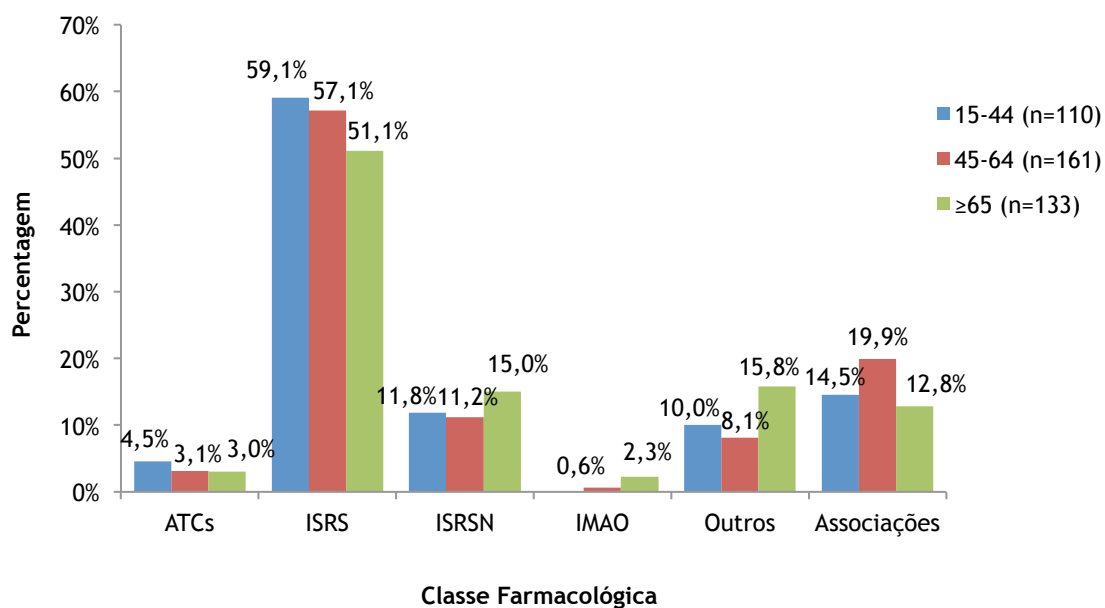


Figura 35: Distribuição das classes de antidepressivos em função dos grupos etários. Os resultados representam percentagem de antidepressivos em cada classe etária.

Tabela 5. Antidepressivos mais prescritos em regime de monoterapia, em função da especialidade do médico prescriptor. São indicados os valores absolutos e a percentagem correspondente em relação ao total. CG - clínico geral; P - psiquiatra; O - outros (inclui cardiologista e neurologista).

	CG	CG (%)	P	P (%)	O	O (%)	Total
Fluoxetina	50	30,7	23	25,0	5	27,8	78
Sertralina	34	20,9	17	18,5	3	16,7	54
Escitalopram	35	21,5	10	10,9	5	27,8	50
Paroxetina	22	13,5	11	12,0	3	16,7	36
Venlafaxina	13	8,0	18	19,6	2	11,1	33
Trazodona	9	5,5	13	14,1	0	0,0	22
Total	163	100,0	92	100,0	18	100,0	273

No que diz respeito à duração do tratamento, 21,1% dos inquiridos encontrava-se a fazer tratamento com antidepressivos há menos de seis meses, 25,5% utilizavam antidepressivos com uma duração entre os 6 meses e os 2 anos e 45% dos utentes estavam em tratamento há mais de 2 anos. Os restantes 8,4% dos inquiridos responderam que não sabiam ou não se lembravam da duração do tratamento (Figura 36).

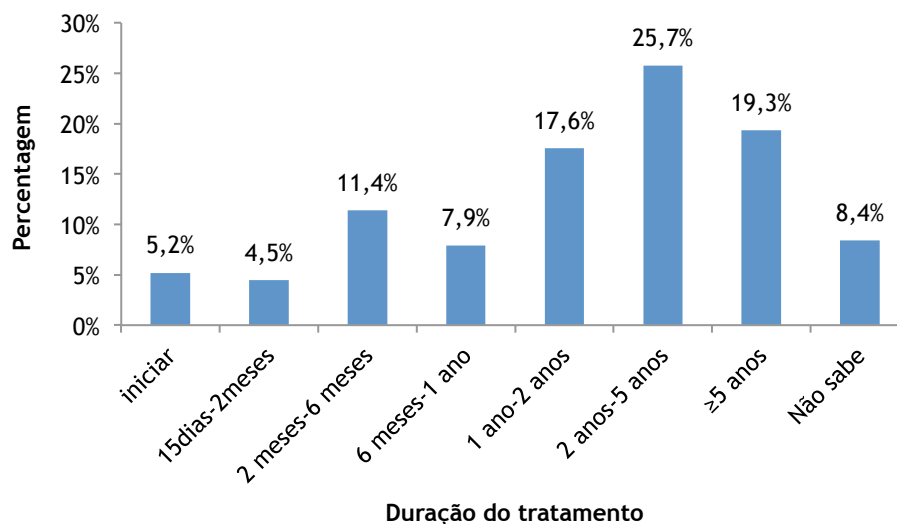


Figura 36: Distribuição dos doentes em função da duração do tratamento com antidepressivos.

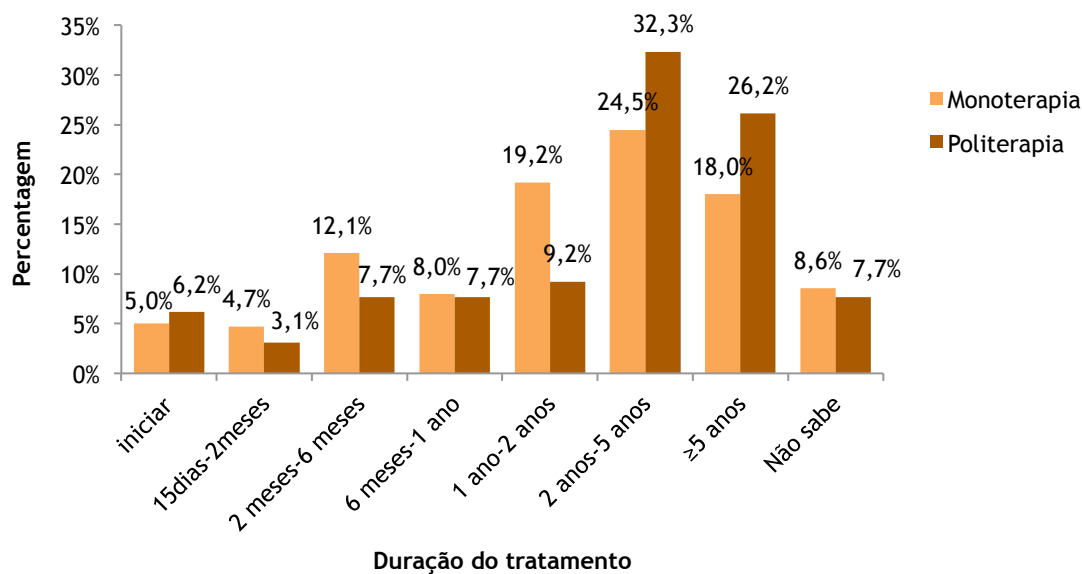


Figura 37: Duração do tratamento em função do regime terapêutico.

Tabela 6: Duração do tratamento em meses em função da especialidade médica (antidepressivos em regime de monoterapia).

	Mínimo	Máximo	Duração média	1ºQ	Mediana	3ºQ
Psiquiatra	0	360	41,7	7	24	48
Clínico Geral	0	180	28,0	4	12	36
Outra especialidade	0	360	30,3	3,5	12	24

Quanto à presença de efeitos secundários atribuídos à terapêutica antidepressiva, 78 utentes responderam que sim, 278 responderam que não e 41 não sabiam.

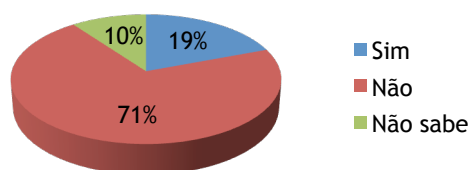


Figura 38: Presença de efeitos secundários na amostra estudada.

Os principais efeitos secundários referidos pelos utentes que utilizavam medicamentos antidepressivos foram sonolência (18%), aumento de peso (15%), xerostomia (15%) entre outros (Figura 39)

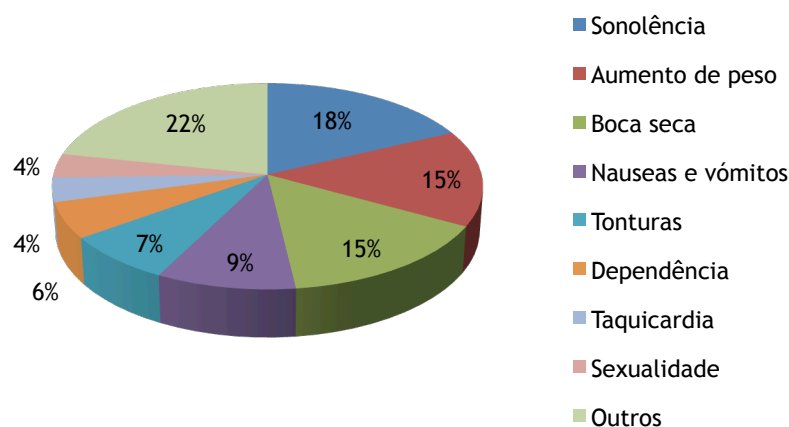


Figura 39: Efeitos secundários mais referidos pelos utentes.

Os efeitos adversos foram mais referidos não só pelos utentes que utilizavam medicamentos antidepressivos entre os 15 dias e os 2 meses, mas também por aqueles que já estavam a tomar medicamentos antidepressivos entre os 6 meses e os 2 anos. É de salientar que de todos os doentes que estavam medicados com antidepressivos há mais de 5 anos, 19,7% referiram ter efeitos adversos (Figura 40).

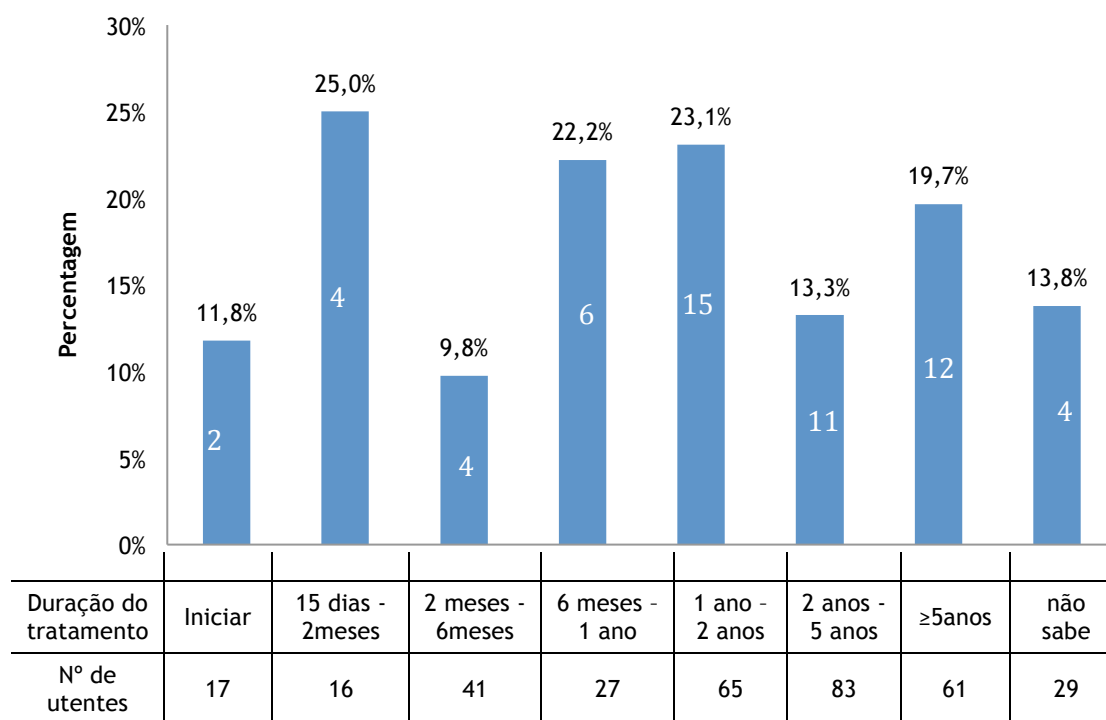


Figura 40: Efeitos adversos de acordo com a duração do tratamento.

Como se pode verificar através da figura 41 regimes terapêuticos com politerapia foram mais associados a efeitos adversos.

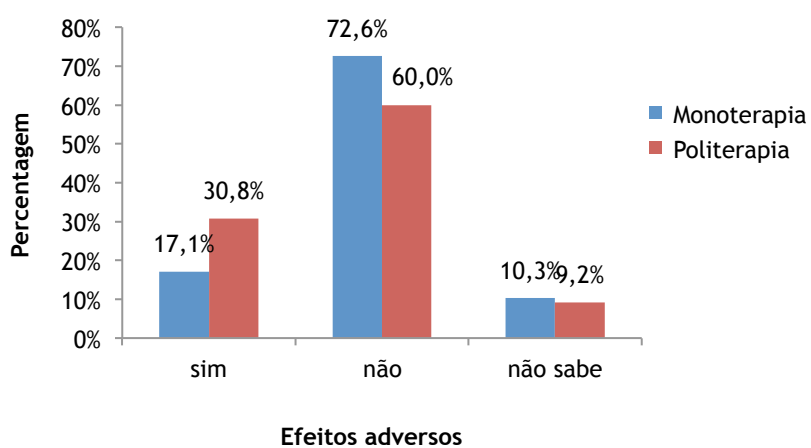


Figura 41: Efeitos adversos em função do regime terapêutico.

Dos utentes que se encontravam em tratamento entre 2 e 5 anos a distribuição em função do género indica-nos que o sexo masculino tem maior prevalência neste intervalo. Porém, os resultados sugerem que os homens apresentam uma tendência para tratamentos mais curtos, uma vez que há mais mulheres que se encontram a fazer tratamento antidepressivo há mais de 5 anos (Figura 42).

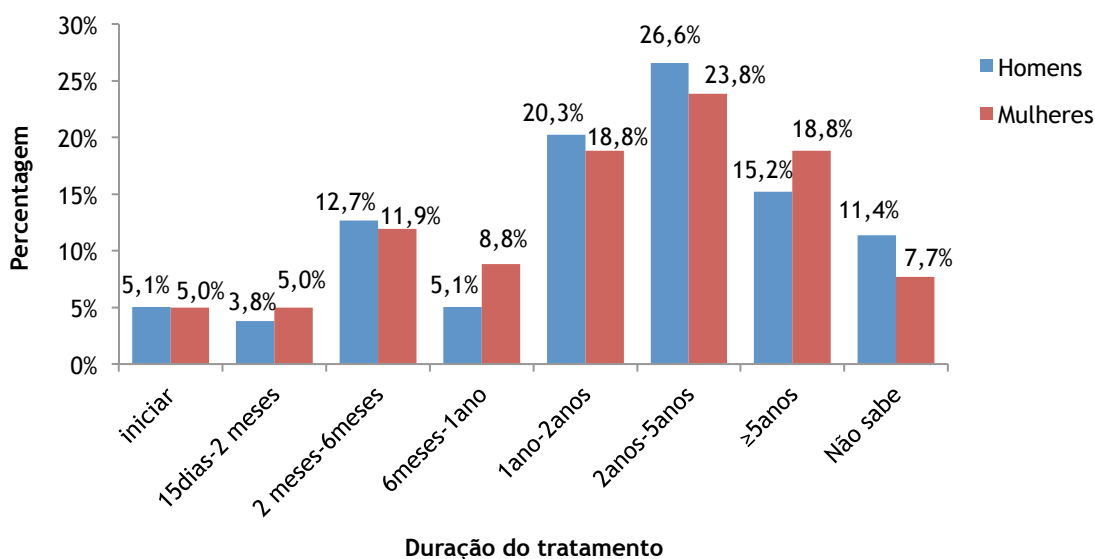


Figura 42: Distribuição da duração do tratamento em função do género. Os valores representam percentagens do total de homens e mulheres em regime de monoterapia.

Relativamente à especialidade do médico prescriptor, verificou-se que os antidepressivos foram maioritariamente prescritos pelo clínico geral (51%), seguindo-se as prescrições efectuadas pelo psiquiatra (42%) e apenas 7% da medicação foi prescrita por outras especialidades - cardiologia e neurologia (Figura 43).

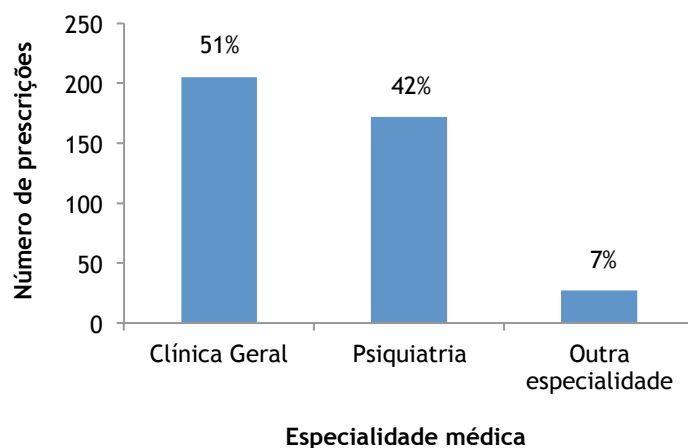


Figura 43: Distribuição dos antidepressivos em função da especialidade do médico prescriptor.

Os ISRS foram os antidepressivos mais prescritos na amostra estudada, independentemente da especialidade médica. No entanto, estes foram prescritos principalmente pelo clínico geral (69,8%) e por médicos de outras especialidades (59,3%), com diferenças estatisticamente significativas em relação ao psiquiatra. Porém, os ATCs, ISRSN e as associações foram prescritos maioritariamente pelo psiquiatra. Em relação aos fármacos mais recentes, classificados como “Outros” foram mais prescritos por médicos de outras especialidades e também por psiquiatras (Figura 44).

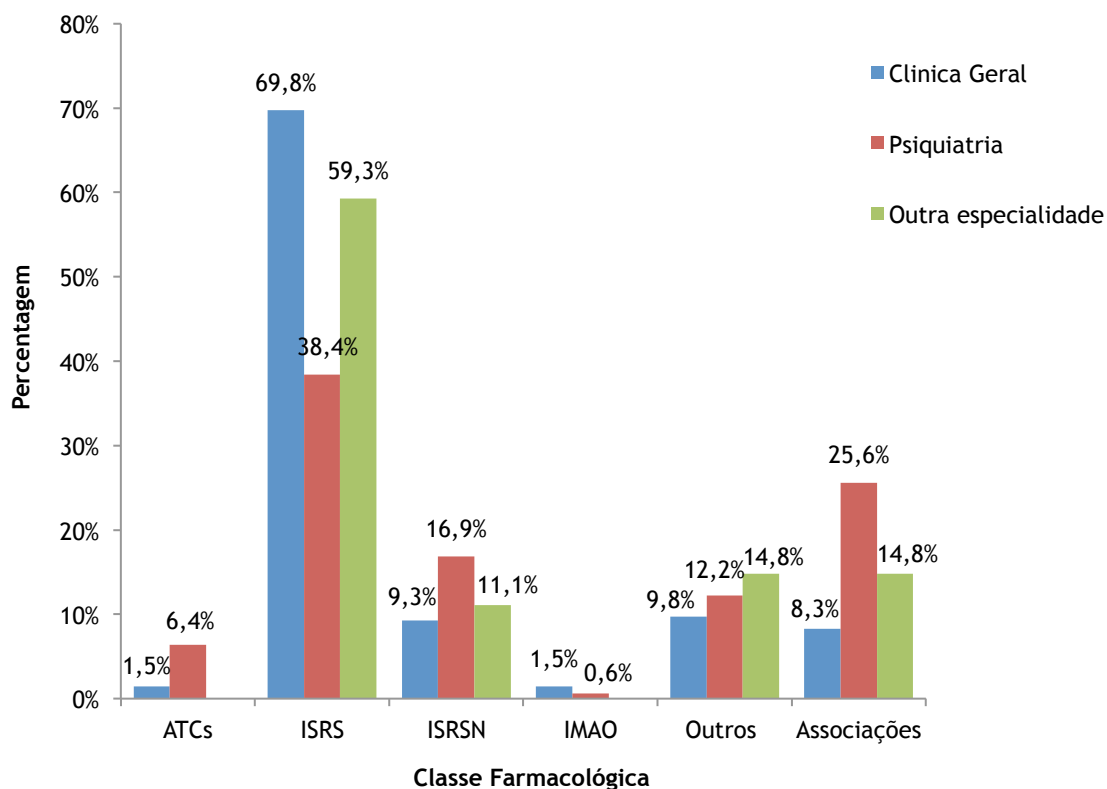


Figura 44: Distribuição dos antidepressivos prescritos em função da especialidade médica. Os valores representam percentagens do total de cada especialidade médica.

Através da análise da figura 45, verifica-se que grande parte da prescrição de antidepressivos foi efectuada no centro de saúde (41%), seguindo-se o consultório particular (34%) e por último o hospital (25%).

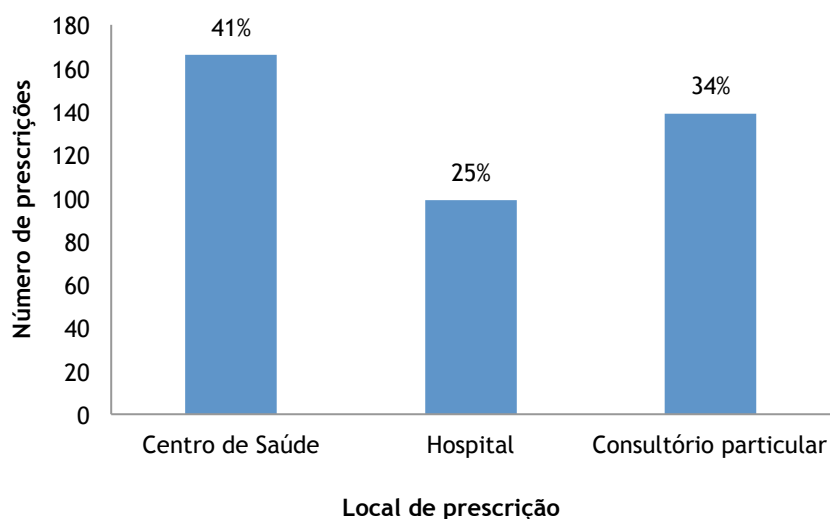


Figura 45: Local de prescrição dos fármacos antidepressivos.

No que diz respeito à informação do utente em relação à forma de tomar a medicação, 88% responderam que estavam informados e apenas 4% referiram que não estavam informados; 8% dos utentes não souberam responder a esta questão.

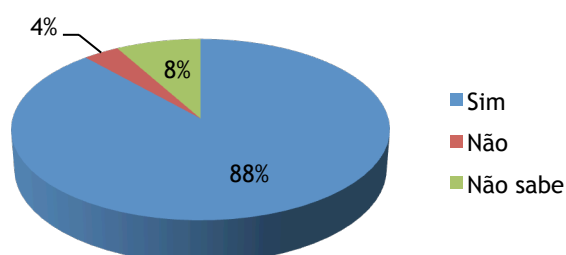


Figura 46: Informação dos utentes relativamente à forma de tomar os medicamentos antidepressivo.

Observou-se que a medicação antidepressiva satisfazia as expectativas de bem-estar de 328 utentes; não satisfazia as de 24 utentes e 52 utentes não souberam responder (Figura 47).

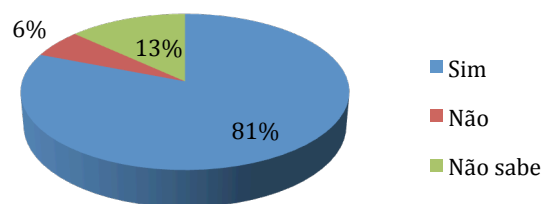


Figura 47: Satisfação das expectativas de bem-estar dos utentes relativamente à medicação antidepressiva.

Em relação à eficácia, 323 utentes referiram que a medicação estava a ser eficaz, apenas 17 referiram que não e 64 pessoas não sabiam.

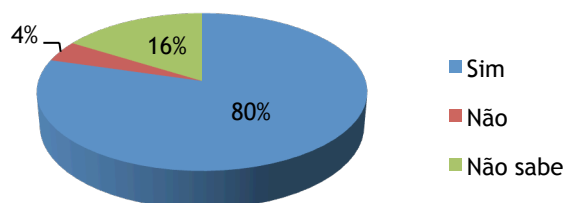


Figura 48: Resposta dos utentes em relação à eficácia da terapêutica antidepressiva.

Os fármacos mais utilizados em combinação com os antidepressivos foram as BZD (28,8%) como se pode verificar na figura 49.

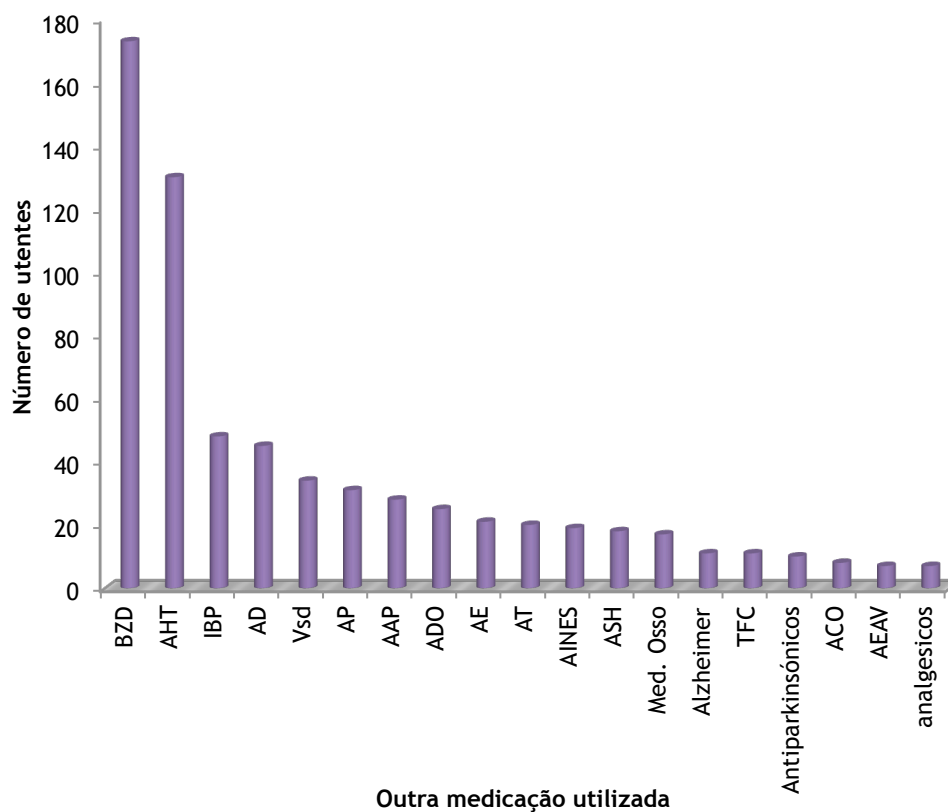


Figura 49: Outra medicação utilizada pelos utentes da amostra em estudo.
BZD: benzodiazepinas; **AHT:** antihipertensores; **IBP:** inibidores da bomba de protões; **AD:** antidiislipidémicos; **Vsd:** vasodilatadores; **AP:** antipsicóticos; **AAP:** antiagregantes plaquetários; **ADO:** antidiabéticos orais; **AE:** antiepilépticos e anticonvulsivantes; **AT:** antitiroideos; **AINES:** anti-inflamatórios não esteroides; **ASH:** ansiolíticos, sedativos e hipnóticos; **Med. Osso:** medicamentos que actuam no osso; **Alzheimer:** medicamentos para a doença de Alzheimer; **TFC:** Tratamento das funções cognitivas; **ACO:** anticoagulantes orais; **AEAV:** antieméticos e antivertiginosos;

5. Discussão dos resultados

Dada a importância da utilização de fármacos antidepressivos e dada a escassez de informação relativa a este assunto em Portugal, pretendeu-se com este estudo descrever o perfil de utilização de medicamentos antidepressivos nos distritos da Guarda e de Castelo Branco.

No presente estudo, a amostra foi constituída por 404 utentes, dos quais 312 eram do sexo feminino. A utilização de fármacos antidepressivos foi, em geral, mais frequente no grupo etário dos 45-64 anos (39,9%) e cerca de 3 vezes superior no sexo feminino (77%) em relação ao sexo masculino (23%). Verificou-se também ser mais frequente nas mulheres que nos homens no grupo etário dos 45-64 anos, com uma diminuição no grupo etário seguinte; enquanto no sexo masculino a utilização de fármacos antidepressivos foi superior nos utentes com idade igual ou superior a 65 anos. Desta forma, a distribuição da amostra em função da idade e do sexo coincidiu com a observada noutros estudos. Um estudo do Alto Comissariado da Saúde (ACS) realizado em Portugal mostrou que, apesar das mulheres correrem maior risco de sofrimento psicológico em todas as idades, esta tendência é menor nas mulheres a partir dos 65-74 anos; nos homens os valores aumentam até aos 75-84 anos, à excepção dos residentes no Centro do país em que o valor mais alto ocorre no grupo etário dos 65-74 anos (81,82). Segundo o 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 realizado em Portugal Continental e nas regiões autónomas dos Açores e da Madeira 27,6% da população residente com idade igual ou superior a 15 anos enquadra-se no grupo de pessoas com provável sofrimento psicológico, destacando-se sobretudo as mulheres com 36,8% enquanto apenas 17,6% de homens se encontram nesta situação (83). De acordo com um estudo realizado em 2004 na rede Médicos Sentinela em 18 distritos de Portugal e nas regiões autónomas dos Açores e da Madeira, o diagnóstico “depressão” foi mais frequente nos utentes do grupo etário dos 55-64 anos e cerca de 4 vezes mais frequente no sexo feminino que no sexo masculino (84); o mesmo estudo refere ainda que durante o ano de 2004 foram notificadas 8043 consultas em que houve prescrição de pelo menos um psicofármaco, tendo sido prescritos 1963 (24,4%) a homens e 6080 (75,6) a mulheres. Também num estudo dinamarquês realizado entre 2002-2005, os fármacos antidepressivos foram prescritos mais frequentemente em mulheres (85); um estudo realizado em França determinou um *ratio* de 3 mulheres para 1 homem em relação à utilização de medicamentos antidepressivos na população francesa com idade superior a 15 anos (86).

O facto da utilização de fármacos antidepressivos ser mais frequente nos utentes do sexo feminino pode ter várias explicações. De acordo com um estudo realizado numa cidade do Norte de Portugal a elevada prevalência de problemas afectivos e emocionais no sexo feminino em comparação com o sexo masculino deve-se ao facto das amostras portuguesas serem geralmente constituídas por uma elevada proporção de mulheres (87). Outros estudos justificam o facto do consumo de medicamentos antidepressivos ser superior no sexo feminino referindo que são as mulheres que procuram mais o médico.

No presente estudo é importante referir que o número de homens da amostra estudada pode estar subestimado uma vez que, a maior parte das vezes são as mulheres que se dirigem à farmácia comprar a medicação, e um dos critérios de inclusão no estudo era ser a própria pessoa que utiliza o medicamento antidepressivo a responder ao questionário.

A utilização mais frequente de fármacos antidepressivos no sexo feminino no grupo etário dos 45-64 anos pode estar associada à relevância do papel da mulher na família. Os filhos que crescem e se emancipam, a geração anterior que envelhece (os adultos que cuidaram, necessitam agora de serem cuidados, e a mulher continua a ser a principal prestadora desses cuidados) e a menopausa que representa o fim da vida reprodutiva e assinala um marco de envelhecimento provocam alterações nas relações anteriores e nos papéis sociais, o que exige particulares adaptações e reformulações (88,89). Estudos recentes indicam que a probabilidade de humor deprimido na transição da menopausa é de aproximadamente 30%. Alguns estudos referem também que o ambiente de mudança hormonal está significativamente associado com sintomas depressivos (90,91). Assim, diferenças de género relacionadas com diferentes níveis hormonais e padrões de secreção ao longo da vida contribuem para a maior vulnerabilidade das mulheres aos transtornos de humor e depressão major. As mulheres são mais propensas que os homens a depressão a partir da puberdade, com uma exposição específica ao longo da transição da menopausa. Nestes casos, a combinação de antidepressivos com terapia de substituição hormonal (TSH) parece oferecer melhor potencial terapêutico em termos de eficácia, rapidez de acção e taxa de remissão (92). Alterações da função tiróideia que são bastante frequentes nas mulheres podem constituir outro factor de risco (93,94). Assim, o médico deve estar atento a todos os sintomas referidos pela mulher principalmente neste grupo etário, de forma a seleccionar a melhor opção terapêutica.

Em relação ao estado civil verificou-se que a utilização de medicamentos antidepressivos na amostra estudada foi mais frequente nas pessoas casadas, o que não estará totalmente de acordo com o obtido num estudo efectuado na Índia em que a prevalência de depressão foi superior entre os divorciados (26,5%) e viúvos (20%) em comparação com indivíduos casados (15,4%) (95); e com um estudo dinamarquês onde os antidepressivos foram mais utilizados por pessoas que viviam sozinhas (85). Este facto pode explicar-se em parte devido ao peso da responsabilidade da vida em comum, perda de independência após o casamento e dificuldade em conciliar a vida profissional com a familiar. No entanto, é de salientar que, no presente estudo quando se teve em conta a idade dos utentes, verificou-se que a partir dos 65 anos a utilização de antidepressivos foi mais frequente nas pessoas viúvas, o que está de acordo com o obtido num estudo realizado na Alemanha (96). O estudo Eurobarómetro realizado em 2003 numa população de 16000 pessoas residentes em 15 países encontrou uma prevalência de morbilidade psiquiátrica em Portugal de 29,8% com uma associação estatisticamente significativa ao sexo feminino, idade superior a 65 anos e viuvez (97).

Contrariamente ao que seria de esperar, a utilização de fármacos antidepressivos na amostra estudada foi mais frequente nos utentes pertencentes a um agregado familiar constituído por 2 ou mais pessoas que nos utentes que viviam sozinhos; o que não está em concordância com o encontrado por outros autores. Num estudo realizado por Bonde e colaboradores (85), os fármacos antidepressivos foram prescritos mais frequentemente a doentes que viviam sozinhos. Na amostra por nós estudada os utentes que viviam sozinhos eram sobretudo idosos; a solidão, o isolamento, o sentimento de perda são alguns dos acontecimentos que tornam as pessoas com mais de 65 anos susceptíveis a sofrimento psicológico e outras patologias que implicam o aumento da utilização de fármacos antidepressivos.

Quanto ao nível de escolaridade, metade da amostra estudada era constituída por pessoas que nunca tinham ido à escola ou que apenas possuíam o 1º ciclo de estudos, estando em concordância com um estudo do Alto Comissariado da Saúde, segundo o qual a baixa taxa de escolaridade influencia negativamente o risco de sofrimento psicológico em ambos os sexos, e em todas as regiões do país (81). Ao ter em conta a idade dos utentes com baixo nível de escolaridade, verificou-se que grande parte pertencia ao grupo etário dos 44-64 anos e com mais de 65 anos, o que está de acordo com o encontrado na bibliografia (98).

Na amostra por nós estudada, os fármacos antidepressivos foram mais utilizados por utentes que estavam reformados; o isolamento, o afastamento do meio social ao qual estavam habituados, a perda de interesse em actividades do dia-a-dia podem estar associados à utilização superior de antidepressivos neste grupo de utentes. De acordo com Luppá e colaboradores (96), pessoas com baixo nível de actividade social apresentam um risco mais elevado de sofrer sintomas depressivos que pessoas com elevado nível de actividade social (97,99). No presente estudo é de salientar o facto de terem sido os utentes que se encontravam desempregados que utilizaram os antidepressivos em menor número logo a seguir aos estudantes. No entanto, o número de pessoas desempregadas pode estar subestimado tendo em conta o facto de ter sido utilizada uma amostra de conveniência.

Os hábitos tabágicos e o consumo de bebidas alcoólicas foram hábitos mais praticados por utentes do sexo masculino. Tal pode estar relacionado com diferenças na forma de encarar os problemas psicológicos. Enquanto as mulheres com depressão estão mais propensas a apresentar sentimentos de tristeza, inutilidade e de culpa excessiva, os homens com depressão apresentam como principais sintomas cansaço e irritabilidade, ao ponto de às vezes infligir dor a outras pessoas; são também mais propensos a problemas de sono, abuso de substâncias e perda de interesse no trabalho ou outras actividades. Os homens podem ser mais propensos que as mulheres a recorrerem ao álcool ou a drogas quando estão deprimidos (89); o risco de suicídio é quatro vezes mais frequente em relação a mulheres. Apesar destas dificuldades, os homens tendem a ser muito menos propensos a receber tratamento para qualquer condição, em particular a depressão (100).

Segundo Desai *et al* (101), o tabagismo constitui um factor de risco que pode conduzir a variações interindividuais na resposta à terapêutica; pode afectar as propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas de muitos fármacos. Por exemplo, a indução de

enzimas hepáticas aumenta o metabolismo e diminui as concentrações plasmáticas da imipramina, clomipramina, fluvoxamina e trazodona. Desta forma, os médicos devem considerar o tabagismo como um factor importante a ter em conta aquando da prescrição destes fármacos.

No que concerne à caracterização farmacológica, a monoterapia foi o regime terapêutico mais utilizado pelos utentes estudados; estes resultados confirmam que regimes terapêuticos com politerapia só devem ser utilizados após regimes com monoterapia terem falhado (102). A monoterapia está associada a uma maior adesão do doente ao tratamento devido à simplicidade dos esquemas posológicos e a um menor risco de efeitos adversos devido a interações farmacológicas (15,22). Dentro do regime de monoterapia um maior número de utentes estava a utilizar medicamentos genéricos, o que também contribui para uma melhor adesão à terapêutica uma vez que está associado a menores custos; no entanto as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas. Em relação à politerapia foram encontradas associações compostas apenas por medicamentos genéricos, medicamentos genéricos e de marca comercial, e apenas medicamentos de marca comercial, representando respectivamente 25%, 35% e 40%.

No presente estudo esperava-se que a politerapia fosse mais utilizada nos utentes do sexo masculino uma vez que alguns estudos referem que os homens procuram o médico apenas quando a situação clínica já se encontra num estado mais avançado e conseqüentemente mais grave. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao regime terapêutico utilizado em função do sexo. Quanto ao regime terapêutico utilizado em função da especialidade do médico prescriptor verificou-se que a politerapia foi prescrita principalmente pelo psiquiatra o que pode ser explicado tendo em conta a sua maior experiência na combinação de fármacos e também no tratamento de casos mais graves de perturbações psicológicas, onde a politerapia normalmente é mais utilizada (102). O regime terapêutico com dois ou mais fármacos foi mais utilizado no grupo etário dos 45-64 anos, o que está de acordo com o encontrado noutros estudos (102). No entanto as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas.

Tendo em conta todas as prescrições de fármacos antidepressivos independentemente do regime terapêutico, o clínico geral foi quem mais prescreveu, seguido pelo psiquiatra e por médicos de outras especialidades (neurologistas e cardiologistas) (103). Como já tinha sido referido, a depressão é uma doença comum muitas vezes tratada nos cuidados de saúde primários (104). De acordo com Tami *et al* (103), a prescrição de psicotrópicos por médicos não especialistas aumenta o acesso ao tratamento; no entanto, subsistem preocupações sobre se os doentes tratados no contexto dos cuidados de saúde primários recebem tratamento concordante com as *guidelines* baseadas na evidência bem como psicoterapia, monitorização da medicação e intensidade do tratamento adequados.

Na nossa amostra os antidepressivos foram prescritos maioritariamente nos centros de saúde e consultórios particulares; estes resultados confirmam o que foi encontrado no estudo do INFARMED - Monitorização da prescrição por denominação comum internacional (DCI) e implementação da receita médica 2005, segundo o qual no centro de saúde são prescritas 61,5% das receitas, seguido do sector privado (consultórios médicos particulares) com 18,7% e do hospital (consulta externa, hospital de dia e urgência) com 12,7% (105).

Os ATCs e os IMAO foram as classes farmacológicas menos utilizadas na amostra em estudo independentemente do sexo e do grupo etário; os antidepressivos mais utilizados foram os ISRS. Segundo Jain (38), apesar dos ATCs e dos IMAO serem medicamentos úteis, o perfil de efeitos adversos limita a sua utilização clínica em muitos doentes; por este motivo os ISRS foram desenvolvidos numa tentativa de produzir medicamentos com menos efeitos adversos, mantendo a eficácia dos anteriores. De acordo com o mesmo autor, os ISRS tornaram-se os antidepressivos mais utilizados na última década, em grande parte, devido ao facto de apresentarem melhor perfil de efeitos adversos, segurança, tolerabilidade, e maior facilidade na obtenção da dose terapêutica em relação aos medicamentos que foram utilizados anteriormente (ATCs e IMAO), tendo desfrutado de uma boa aceitação por parte dos médicos e dos doentes (106).

O fármaco mais prescrito em monoterapia independentemente da especialidade médica foi a fluoxetina; este resultado está de acordo com o observado noutros estudos (1,22,59).

As associações mais utilizadas no presente estudo combinaram ISRS com outros antidepressivos e os fármacos mais utilizados em associação foram por ordem decrescente a trazodona, a fluoxetina, o escitalopram e a mirtazapina destacando-se a combinação de escitalopram com trazodona, e de fluoxetina com mirtazapina. Segundo Gartlehner e seus colaboradores (42), a trazodona é frequentemente utilizada como sedativo para complementar a terapêutica com fármacos antidepressivos que possuam acção estimulante. A mirtazapina em associação reduz o tempo de latência da resposta antidepressiva devido ao seu efeito antagonista sobre os receptores pré-sinápticos; além disso, o seu efeito noradrenérgico potencia os efeitos serotoninérgicos dos antidepressivos mais comuns. Os efeitos adversos da mirtazapina podem ser parcialmente neutralizados pela actividade farmacodinâmica de outros antidepressivos, assim como a mirtazapina também pode melhorar os efeitos adversos de outros fármacos, como por exemplo a disfunção sexual e a intolerância digestiva, através do bloqueio dos receptores 5-HT₃ responsáveis por esses efeitos adversos. No entanto, ao contrário do observado no presente estudo, a mirtazapina não deve ser utilizada em associação com paroxetina, fluoxetina ou fluvoxamina devido ao risco de interacção farmacológica (43).

Quanto à duração do tratamento, os valores elevados e o aumento continuado do consumo, pode significar que os tratamentos são mais prolongados em relação ao indicado, e podem estar também a ser utilizados em condições patológicas para as quais não estão indicados. Porém, no presente estudo os doentes não foram questionados sobre o motivo que conduziu à toma da medicação antidepressiva. Contudo, os doentes foram questionados em relação à

duração do tratamento; 19,3% dos utentes estavam a utilizar fármacos antidepressivos há mais de 5 anos; foram encontrados doentes com tratamento antidepressivo há mais de 30 anos. Nestes casos seria importante analisar se o tratamento é realmente necessário ou se não está a ser feita uma monitorização adequada do doente. Tendo em conta os resultados obtidos para a duração do tratamento em função do sexo, foram as mulheres que apresentaram uma tendência para tratamentos mais prolongados, o que está em concordância com outros estudos realizados anteriormente (15). Tratamentos com politerapia também têm tendência a ser mais prolongados em relação a regimes terapêuticos com monoterapia.

De acordo com Piek *et al* (107), a continuação do tratamento por muito tempo parece explicar a maior proporção de tratamento excessivo. A duração do tratamento antidepressivo tem implicações importantes não só para os doentes individuais mas também em relação a custos que incluem custo directo com medicamentos, monitorização longitudinal e tratamento de efeitos adversos (108).

Neste sentido, os doentes devem ser monitorizados com mais frequência de forma a serem obtidas pelo prescriptor informações relativas à eficácia, segurança, adesão à terapêutica e necessidade de continuar ou não com o tratamento. Em Portugal foi demonstrada grande prevalência de utilização crónica de medicamentos antidepressivos, pelo que a formação dos médicos e a educação dos utentes na tentativa de explorar terapêuticas não medicamentosas que permitam abreviar e mesmo reduzir o uso deste tipo de fármacos pode ser eficaz (2).

Após se ter analisado a duração do tratamento em função da especialidade médica, verificou-se que em média os tratamentos mais prolongados na amostra estudada foram os prescritos pelo psiquiatra (aproximadamente três anos e meio) em comparação com outras especialidades (dois anos e meio) e com o clínico geral (dois anos), o que está de acordo com o encontrado na bibliografia (15). Este facto pode ser explicado tendo em conta que as pessoas tendem a procurar o psiquiatra quando a situação clínica é mais grave, necessitando de tratamentos mais prolongados. A duração do tratamento antidepressivo tende a ser mais prolongada no sexo feminino.

Os efeitos adversos mais referidos pelos doentes pertencentes à amostra estudada foram sonolência, aumento de peso, xerostomia, náuseas e vômitos. Segundo Hu *et al* (109), apesar da xerostomia, sonolência e disfunção sexual terem sido os efeitos adversos mais comuns, os dois últimos e o ganho de peso foram os efeitos adversos referidos como os mais incómodos na população estudada (24). Apesar da disfunção sexual ser um dos principais efeitos adversos associados à medicação antidepressiva, no presente estudo estes foram referidos apenas por 4% dos doentes, o que pode ser explicado devido ao facto dos doentes não se sentirem confortáveis a mencionar estes efeitos adversos no seu auto-relato.

Segundo Santiago *et al* (2), a terapêutica farmacológica para perturbações mentais deve ser individualizada em função das características do doente entre as quais, o género, o grupo de actividade profissional e o grupo etário (2). No entanto, no presente estudo entre as diferentes variáveis tidas em conta como determinantes para a escolha da classe farmacológica a utilizar em cada doente, apenas foi encontrada uma correlação fraca entre a

especialidade médica e a classe farmacológica prescrita. Desta forma, a escolha do antidepressivo foi influenciada pela especialidade do médico prescriptor, e não teve em consideração as características individuais do doente. Este achado está de acordo com o que já tinha sido obtido anteriormente noutro estudo (110).

A necessidade de manter tratamento a longo prazo para patologias crónicas torna possível o aparecimento de interações com outra medicação concomitante.

No presente estudo dois doentes com 27 e 87 anos estavam a ser medicados simultaneamente com carbamazepina (CBZ) e trazodona. De acordo com Romero e colaboradores (111), a adição de trazodona a um tratamento crónico com CBZ está associada com sintomas típicos de sobredosagem por este antiepiléptico, acompanhada por uma elevada concentração sérica. Quando a trazodona foi suspensa estes sintomas diminuíram e a concentração de CBZ diminuiu progressivamente, sugerindo uma interação provável entre os dois fármacos. A CBZ é metabolizada pelo CYP3A4 e em menor extensão pelo CYP1A2 e CYP2C8. A trazodona inibe o CYP3A4, aumentando a concentração plasmática da CBZ (111).

Os IMAO não devem ser utilizados em simultâneo com ATCs uma vez que podem potenciar os efeitos destes, podendo ocorrer crises de hiperpirexia, convulsões graves e morte. Ainda assim na amostra estudada um doente com 51 anos estava medicado com dosulepina e moclobemida. Foi encontrado um doente com 65 anos simultaneamente medicado com ATCs e fármacos que actuam na tiróide, o que aumenta a possibilidade de ocorrência de arritmias.

Cinco doentes com mais de 50 anos utilizavam ISRS e ATCs simultaneamente apesar de dados epidemiológicos terem evidenciado um risco acrescido de fracturas ósseas.

Nos doentes polimedicados devem ser utilizados antidepressivos que apresentem menor capacidade de interações como é o caso do citalopram, da mirtazapina e da venlafaxina (22).

Em relação à utilização de outra medicação, verificou-se que grande parte da amostra estudada utilizava simultaneamente benzodiazepinas (BZD) (28,8%). De acordo com a literatura, estas devem ser utilizadas a curto prazo no tratamento da ansiedade e da depressão, de forma a obter-se um rápido alívio dos sintomas no início do tratamento com antidepressivos, com posterior redução gradual quando os fármacos antidepressivos começarem a fazer efeito. De acordo com alguns estudos, a combinação de BZD com antidepressivos no tratamento da depressão diminui a probabilidade de descontinuação do tratamento antidepressivo (24,112).

As BZD são úteis nas perturbações de ansiedade devido ao seu rápido início de acção, ao contrário do que acontece com os antidepressivos. Além disso, estão associadas a um elevado perfil de aceitação e tolerabilidade por parte dos doentes. No entanto, deve ter-se em atenção o seu potencial para a dependência e efeitos adversos a longo prazo (24).

A terapêutica medicamentosa do doente idoso requer cuidados acrescidos tendo em conta as suas alterações fisiopatológicas, múltiplas patologias e consequentemente a utilização de múltiplos fármacos, o que o torna mais susceptível a efeitos adversos e a problemas de tolerabilidade (113,114). Menos de 30% dos idosos deprimidos recebem tratamento antidepressivo adequado (113). Neste sentido, no presente estudo os doentes idosos foram alvo de uma análise mais aprofundada no que diz respeito à utilização de fármacos potencialmente inapropriados e possíveis interações medicamentosas.

Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos são medicamentos ou classes farmacológicas que devem ser evitados em doentes com idade superior a 65 anos, uma vez que não têm indicação baseada em evidências, não são custo-efectivos, apresentam riscos desnecessários para os doentes idosos uma vez que os riscos superam os benefícios e para os quais existem alternativas mais seguras (114).

Assim, de acordo com os critérios de Beers, a fluoxetina é considerada potencialmente inapropriada nos idosos, pois é um fármaco com semi-vida longa, com risco de estimulação excessiva do SNC, perturbações do sono e aumento da agitação. Ainda assim, no presente estudo, 20 doentes idosos (17,4%) estavam a utilizar a fluoxetina. Os ATCs são também considerados medicamentos potencialmente inapropriados nos idosos, uma vez que estão associados a efeitos secundários, entre os quais a obstrução urinária (podendo reduzir o fluxo urinário conduzindo a retenção urinária), incontinência de stress (podendo induzir poliúria e agravar a incontinência urinária), arritmias (devido ao efeito pro-arrítmico e à capacidade de prolongar o intervalo QT) e quedas. No presente estudo foram encontrados 4 idosos medicados com ATCs, mais concretamente com amitriptilina (que está associada a um forte efeito anticolinérgico e sedativo), clomipramina e dosulepina. Uma nova pesquisa sugere também que antidepressivos como a fluoxetina e a venlafaxina podem não ser a melhor escolha para os idosos, uma vez que parecem apresentar mais efeitos adversos em relação aos antidepressivos anteriores. Assim, a tianeptina pode apresentar uma alternativa neste grupo de doentes, uma vez que parece ser tão eficaz como estes fármacos, e está sujeita a menos interações medicamentosas, pois não é metabolizada pelo citocromo P450, e ao contrário dos ATCs, não está associada a efeitos adversos anticolinérgicos, cognitivos e cardiovasculares. Além disso, o perfil de tolerabilidade favorável da tianeptina foi confirmado em estudos realizados a longo prazo e em doentes idosos, incluindo aqueles com patologias cardiovasculares antes de iniciarem o tratamento. A baixa incidência de efeitos anticolinérgicos e neurológicos associados à tianeptina é de particular importância nesses subgrupos, que apresentam maior sensibilidade aos efeitos adversos dos fármacos psicotrópicos. Além disso, a tianeptina possui uma ampla margem terapêutica, estando menos associada ao risco de sobredosagem (56,115). A duloxetina constitui outra alternativa, uma vez que no geral é bem tolerada e pode ser administrada com segurança mesmo em doentes mais velhos e com doenças concomitantes (40). Segundo um estudo sobre a farmacoterapia de transtornos obsessivos em doentes idosos, o citalopram e a sertralina foram também mencionados como detentores de maior eficácia e tolerabilidade nos doentes idosos (116).

Neste estudo os ISRS foram os fármacos mais utilizados pelos utentes idosos, o que está de acordo com o encontrado noutros estudos (113). Dentro desta classe farmacológica, os mais utilizados foram a fluoxetina, a sertralina e o escitalopram, diferindo entre vários estudos. No entanto, apesar dos ISRS serem geralmente considerados seguros e eficazes, um novo estudo britânico sugeriu que os ATCs podem ser mais seguros em pessoas com mais de 65 anos. Contudo, vários factores devem ser considerados na escolha do antidepressivo, sendo os efeitos secundários apenas um desses factores (113,117). Segundo Carol Coupland, autora do estudo, a escolha da classe de antidepressivos é uma decisão complexa, faltando ainda algumas evidências que ajudem nessa escolha em doentes idosos. No entanto, baixas doses de ATCs podem ser mais adequadas em doentes idosos debilitados com maior risco de quedas e fracturas. Segundo Angie Hochhalter, embora os ISRS (citalopram, paroxetina e sertralina), sejam amplamente prescritos para a depressão em idosos, poucos estudos se têm realmente debruçado sobre a segurança e a eficácia destes fármacos neste grupo de pessoas (117).

De acordo com um estudo realizado em idosos, os ISRS foram associados a um aumento do risco de acidente vascular cerebral (AVC), quedas, fracturas, epilepsia/convulsões e hiponatremia, em comparação com ATCs. (113). No entanto, os ATCs estão associados a maiores taxas de descontinuação devido a efeitos adversos como sedação e xerostomia. Desta forma, os potenciais riscos e benefícios dos diferentes antidepressivos devem ser considerados cuidadosamente quando são prescritos para pessoas idosas (113). Assim, tendo em conta estes factos, o diálogo dos utentes com o médico prescritor e a monitorização cuidadosa dos doentes, principalmente durante o primeiro mês de tratamento são de extrema importância. Neste contexto a intervenção do Farmacêutico no aconselhamento e na monitorização da terapêutica é fundamental para reduzir o número de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) usados pelos doentes. A educação dos utentes em relação à correcta utilização dos fármacos, ao seu benefício e possíveis efeitos adversos contribuem para uma melhor adesão à terapêutica e redução de custos em saúde. O seguimento farmacoterapêutico por parte dos farmacêuticos, em colaboração com o doente e com outros profissionais de saúde, permite assim a detecção, prevenção e resolução de problemas relacionados com a medicação (PRM) contribuindo para melhorar a qualidade de vida do doente.

6. Limitações

Ao longo do presente estudo deparámo-nos com algumas limitações. O facto de os dados terem sido obtidos com base no auto-relato dos doentes sem terem sido confirmados com a informação da fonte prescritora pode ter constituído um viés de informação.

Os utentes não foram questionados em relação ao motivo da toma do medicamento antidepressivo; isto pode ter implicações sobre a duração recomendada do tratamento e também sobre a resposta terapêutica esperada, já que algumas situações clínicas podem ser resistentes ao tratamento. Hoje em dia os antidepressivos são usados para uma variedade de perturbações psiquiátricas; o tipo de perturbação pode ter sido um determinante importante para a escolha do antidepressivo. Por exemplo, tem sido reconhecido que as perturbações de pânico e o transtorno obsessivo compulsivo respondem melhor a um antidepressivo serotoninérgico que a um ATC; por outro lado, ATCs podem ser preferidos no tratamento da dor. Não foi obtida nenhuma informação relativa à adesão do doente à terapêutica ou à utilização de tratamentos não farmacológicos para as perturbações mentais; desta forma, não sabemos se a medicação antidepressiva que estava a ser utilizada era a primeira escolha ou se o tratamento já tinha sido alterado devido à falta de resposta com medicamentos anteriores. Uma vez que o estudo foi realizado nas farmácias, não foram incluídos os fármacos antidepressivos utilizados em hospitais ou instituições; o que constitui um problema principalmente quando se estudam grupos etários mais velhos que normalmente se encontram em lares.

7. Conclusões

Com a finalidade de estudar a utilização de fármacos antidepressivos pelos utentes residentes nos distritos da Guarda e de Castelo Branco em função de determinadas variáveis verificou-se que entre os utilizadores de antidepressivos que faziam parte da nossa amostra a grande maioria eram do sexo feminino, faziam parte do grupo etário dos 45-64 anos, muitos eram casados, pertenciam a um agregado familiar constituído por 2 ou mais pessoas e estavam reformados. Utesntes com baixo nível de escolaridade tendem a sofrer mais de perturbações psiquiátricas e, conseqüentemente na amostra estudada foram as que utilizaram mais medicamentos antidepressivos. Os hábitos tabágicos e o consumo de bebidas alcoólicas associados à utilização de medicamentos antidepressivos foram superiores nos homens.

Com o objectivo de determinar quais os fármacos antidepressivos mais utilizados na amostra estudada, constatou-se que os ISRS foram os mais prescritos independentemente do sexo, da idade e da especialidade médica. Dentro desta classe farmacológica os princípios activos mais utilizados independentemente do regime terapêutico foram a fluoxetina, o escitalopram e a sertralina.

Os efeitos adversos mais frequentemente referidos pelos utentes foram os seguintes: sonolência, aumento de peso, xerostomia, náuseas e vômitos entre outros.

Grande parte da amostra mostrou estar bem informada relativamente à forma de administrar a medicação que estava a utilizar e referiu que a mesma satisfazia as suas expectativas de bem-estar.

Tendo em conta as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas que ocorrem com o avançar da idade, a multiplicidade de patologias e, conseqüentemente a polifarmácia utilizada pelos idosos, existem fármacos que são potencialmente inapropriados nestes doentes. Ainda assim, no presente estudo foram encontrados alguns idosos nesta situação. Estes dados sugerem que as características individuais de cada doente não influenciaram a escolha do fármaco antidepressivo

Os riscos e os benefícios dos diferentes fármacos antidepressivos devem ser cuidadosamente avaliados, principalmente quando estes medicamentos são prescritos para pessoas idosas. De forma a melhorar a terapêutica com fármacos antidepressivos as características mais relevantes dos doentes devem ser consideradas.

Uma vez que a discrepância entre o aumento da utilização de fármacos antidepressivos e a prevalência de doenças mentais como a depressão se deve ao aumento da utilização de antidepressivos em pessoas com depressão menos grave, é importante efectuar uma melhor definição e uma utilização mais criteriosa de antidepressivos em caso de episódios depressivos mais graves que são mais propensos a responder a tais tratamentos (118).

Na maioria dos casos os dados obtidos no presente estudo estavam em concordância com estudos efectuados anteriormente.

8. Sugestões para trabalhos futuros

Alargar o presente estudo a outros distritos de Portugal continental e aplicá-lo tendo em conta a possível influência da sazonalidade na utilização de fármacos antidepressivos.

Utilizar escalas de diagnóstico de depressão de forma aleatória e verificar se há pessoas com depressão que não estão a ser medicadas e por outro lado, analisar se há pessoas medicadas com psicofármacos sem no entanto lhes ter sido diagnosticada depressão com base nas escalas de diagnóstico.

Estudar a utilização de medicamentos antidepressivos após ter sido revogada a portaria de comparticipação especial (portaria nº.1474/2004) destes medicamentos.

Alertar os profissionais de saúde para a importância de considerarem as características mais relevantes dos doentes, a fim de melhorar a terapêutica com fármacos antidepressivos e reduzir os custos em saúde.

Monitorizar regularmente os doentes de forma a limitar a utilização excessiva de fármacos antidepressivos.

9. Bibliografia

1. Falcão IM, Monsanto A, Nunes B, Marau J, Falcão JM. Prescrição de Psicofármacos em Medicina Geral e Familiar: um estudo na Rede Médicos Sentinela. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2007 pp.17-30.
2. Santiago LM, Neto MG, Miranda P, Rosendo I. O medicamento, a ansiedade e a depressão. *Acta Médica Portuguesa*. 2010 Vol. 23, 983-992.
3. Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde, INFARMED. Evolução do consumo de antidepressivos em Portugal Continental de 1995 a 2001. 2002.
4. Gardarsdottir H, Heerdink ER, Dijk L, Egberts ACG. Indications for antidepressant drug prescribing in general practice in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*. 2007, 109-115.
5. Furtado C, Ribeirinho M, Gaspar M. *Análise da Evolução da Utilização de Psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009*. Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde, INFARMED, 2010.
6. Aguiar CC, Castro TR, Carvalho AF, Vale OC, Sousa FC, Vasconcelos SM. Antidepressant drugs. *Acta Med Port*. Jan-Feb, 2011 Vol. 24, 91-8.
7. Organização Mundial de Saúde. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Lisboa, 2002.
8. Simsek Z, Altindag A, Günes M. Prevalence and predictors of mental disorders among women in Sanliurfa, Southeastern Turkey. *J Public Health (Oxf)*. 2008 Vol. 30(4), 487-93.
9. Wong S, Mercer S, Woo J, Leung J. The influence of multi-morbidity and self-reported socio-economic standing on the prevalence of depression in an elderly Hong Kong population. *BMC Public Health*. 2008.
10. *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa, 2008.
11. Almeida JM, Leuschne A, Duarte H, Paixão I, Sennfelt J. Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de Saúde Mental em Portugal - Plano de acção 2007-2016. 2007.
12. Gusmão R, Xavier M, Heitor MJ, Bento A. O peso das perturbações depressivas, aspectos epidemiológicos globais e necessidade de informação em Portugal. *Acta Méd Port*. 2005, Vol. 18, 129-146.
13. Vita D, Audrius S. Contemporary approach to pharmacological and clinical aspects of novel antidepressants. 2002, Vol. 38.
14. WHO 2010, disponível em :
http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html.
15. Milea D, Guelfucci F, Bent-Enakhil N, Toumi M. Antidepressant Monotherapy: A Claims Database Analysis of Treatment Changes and Treatment Duration. *Clinical Therapeutics*. 2010 Vol. 32.
16. Lazarou C, Kout C, Kapsou M, Kaite C. Review of epidemiology of depression and implications for community nursing practice. *East Afr J Public Health*. 7(3), 2010, 246-9.
17. Moret C, Briley M. The importance of norepinephrine in depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2011, 9-13.
18. Esteves A, Mota A, Matias A, Sebastião A. *Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas*. 4ªed: Porto Editora, 2001.
19. Schechter E, Ring RH, Beyer CEI. Innovative Approaches for the Development of Antidepressant Drugs: Current and Future Strategies. *NeuroRx: The Journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*. 2005, Vol. 2, 590-611.
20. Almeida C. Primeiro estudo nacional sobre Saúde Mental.
21. NICE. [Online]
22. Tratamiento de la depresión en Atención Primaria . *Información Farmacoterapéutica de la Comarca*. 2002, Vol. 10.

23. **Gonçalves B, Fagulha T.** Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Rev Port Clin Geral.* 2004, Vol. 20, 13-27.
24. **Bostwick, JM.** A Generalist's Guide to Treating Patients With Depression With an Emphasis on Using Side Effects to Tailor Antidepressant Therapy. *Mayo Clin Proc.* 2010, 538-50.
25. **Betrus PA, Elmore SK, Hamilton PA.** Women and somatization: unrecognized depression. *Health Care Women Int .* 1995, Vol. 16(4):, 287-97.
26. **Halaris A.** A primary care focus on the diagnosis and treatment of major depressive disorder in adults. *J Psychiatr Pract.* 2011, Vol. 17(5), 340-50.
27. **Aguiar CC, Castro TR, Carvalho AF, Vale OC, Sousa FC, Vasconcelos SM.** Drogas Antidepressivas. *Acta Med Port.* 2011, Vol. 24:, 091-098.
28. Foyes.
29. **Pacher P, Kecskemeti V.** Trends in the Development of New Antidepressants. Is there a Light at the End of the Tunnel? *Curr Med Chem.* 2004, Vol. 11(7), 925-943.
30. **Mojtabai R.** The public health impact of antidepressants: An instrumental variable analysis. *J Affect Disord.* 2011.
31. **Souza FG.** Tratamento da depressão. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999, Vol. 21.
32. **Haenisch B, Bonisch H.** Depression and antidepressants: Insights from knockout of dopamine, serotonin or noradrenaline re-uptake transporters. *Pharmacology and Therapeutics.* 2011, Vol. 129, 352-368.
33. **Moret C, Briley M.** The importance of norepinephrine in depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2011, Vol. 7, 9-13.
34. **Romeiro LA, Fraga CA, Barreiro EJ.** Novas estratégias terapêuticas para o tratamento da depressão: uma visão da química medicinal. *Quim. Nova.* 3, 2003, Vol. 26, 347-358.
35. *Prontuário Terapêutico.* 2010.
36. **Fawzi W, Abdel MY, Hashem AH, Moussa S, Coker E, Wilson KC.** Beliefs about medications predict adherence to antidepressants in older adults. *Int Psychogeriatr.* 2011, Vol. 28, 1-11.
37. **Hung CI, Wang SJ, Liu CY, Hsu SC, Yang CH.** Comorbidities and factors related to discontinuation of pharmacotherapy among outpatients with major depressive disorder. *Compr Psychiatry.* 2011, Vol. 52(4), 370-7.
38. **Jain R.** Single-Action Versus Dual-Action Antidepressants. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2004, Vol. 6, 7-11.
39. **Branco JC, Tomé AM, Cruz MR, Filipe A.** Pirlindole in the treatment of depression and fibromyalgia syndrome. *Clin Drug Investig.* 1;31(10), 2011, 675-89.
40. **Bitter I, Filipovits D, Czobor P.** Adverse reactions to duloxetine in depression. *Expert Opin Drug Saf.* 2011.
41. **Eyding D, Lelgemann M, Grouven U, Härter M, Kromp M, Kaiser T, Kerekes MF, Gerken M, Wieseler B.** Reboxetine for acute treatment of major depression: systematic review and meta-analysis of published and unpublished placebo and selective serotonin reuptake inhibitor controlled trials. *BMJ.* 2010.
42. **Gartlehner G, Hansen RA, Thieda P, DeVaugh-Geiss AM, Gaynes BN, Krebs EE, Lux LJ, Morgan LC, Shumate JA, Monroe LG, Lohr KN.** Comparative Effectiveness of Second-Generation Antidepressants in the Pharmacologic Treatment of Adult Depression. 2007.
43. **Álvarez E, Viñas F.** Mirtazapine in combination. *Actas Esp Psiquiatr.* 2010, Vol. 38 (2), 121-128.
44. **Frecska E.** Trazodone-its multifunctional mechanism of action and clinical use. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2010, Vol. 12(4), 477-82.
45. **Portugal GS, Gould TJ.** Bupropion dose-dependently reverses nicotine withdrawal deficits in contextual fear conditioning. *Pharmacol Biochem Behav.* 88(2), 2007, 179-87.
46. **Arias HR.** Is the inhibition of nicotinic acetylcholine receptors by bupropion involved in its clinical actions? *Int J Biochem Cell Biol.* 2009, Vol. 41(11), 2098-108.

47. **Dhillon S, Yang LP, Curran MP.** Bupropion: a review of its use in the management of major depressive disorder. *Drugs*. 2008, Vol. 68(5), 653-89.
48. **Howland RH.** A benefit-risk assessment of agomelatine in the treatment of major depression. *Drug Saf*. 1;34(9), 2011, 709-31.
49. **Demyttenaere K.** Agomelatine: A narrative review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011.
50. **Hickie IB, Rogers NL.** Novel melatonin-based therapies: potential advances in the treatment of major depression. *Lancet*. . 2011, Vol. 13, 621-31.
51. **Baudry A, Mouillet-Richard S, Launay JM, Kellermann O.** New views on antidepressant action. *Curr Opin Neurobiol*. 2011.
52. **Rouillon F, Leboyer M.** Treating depression: Current antidepressants and beyond. *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2011.
53. **Hale A, Corral RM, Mencacci C, Ruiz JS, Severo CA, Gentil V.** Superior antidepressant efficacy results of agomelatine versus fluoxetine in severe MDD patients: a randomized, double-blind study. *International Clinical Psychopharmacology* . 2010, 25:305-314.
54. **Uzbay TI.** Tianeptine: potential influences on neuroplasticity and novel pharmacological effects. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008, Vol. 15, 915-24.
55. **Kasper S, McEwen BS.** Neurobiological and clinical effects of the antidepressant tianeptine. 2008, Vol. 22(1), 15-26.
56. **Wagstaff AJ, Ormrod D, Spencer CM.** Tianeptine: a review of its use in depressive disorders. *CNS Drugs*. 15(3), 2001, 231-59.
57. **INFARMED.** Análise da Evolução do Mercado Total de Medicamentos entre 2003 e 2010.
58. **European Commission.** Eurobarometer, Saúde Mental. 2010.
59. **Olié JP, Elomari F, Spadone C, Lépine JP.** Antidepressants consumption in the global population in France. *Encephale*. 2002, Vol. 28, 411-7.
60. **Ministério da Saúde - Direção Geral de Saúde.** Plano Nacional de Saúde 2004/2010. [Online] http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_74.html.
61. **Alto Comissariado da Saúde.** Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado do SNS, em ambulatório. [Online] 2010. [Citação: 18 do 6 de 2011.] <http://www.acs.min-saude.pt/pns/acessibilidade-ao-medicamento/>.
62. **Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M.** Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2003, Vol. 15, 98-112.
63. **Farmácia Observatório.** Análise de Mercado dos Medicamentos Antidepressivos. *Centro de estudos e avaliação em saúde - Cefar*. 2010. Especial antidepressivos.
64. **Costa EL.** Depressão: consumo de antidepressivos em Portugal e na Europa. 2010.
65. **Información terapéutica de la comarca.** [Online] 2002 [Citação: 18 do 6 de 2011] <http://www.euskadi.net/sanidad>.
66. **Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, Watanabe N, Nakagawa A, Omori IM, McGuire H, Tansella M, Barbui C.** Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*. 2009, Vol. 28, 746-58.
67. **Serretti A, Mandelli L.** Antidepressants and body weight: a comprehensive review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2010, 1259-72.
68. **Ruetsch O, Viala A, Bardou H, Martin P, Vacheron MN.** Psychotropic drugs induced weight gain: a review of the literature concerning epidemiological data, mechanisms and management. *Encephale*. 2005, Vol. 31, 507-16.
69. **Andrade C, Sandarsh S, Chethan KB, Nagesh KS.** Serotonin reuptake inhibitor antidepressants and abnormal bleeding: a review for clinicians and a reconsideration of mechanisms. *J Clin Psychiatry*. 2010, Vol. 71(12), 1565-75.
70. **Verdel BM, Souverein PC, Meenks SD, Heerdink ER, Leufkens HG, Egberts TC.** Use of serotonergic drugs and the risk of bleeding. *Clin Pharmacol Ther*. 2011, 89-96.
71. **Preidt R.** Certain Antidepressants With Blood Thinners May Pose Risk for Heart Patients. *Canadian Medical Association Journal*. 2011.

72. Stahl SM. *The prescriber's guide*. Cambridge, 2006.
73. Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, Montano CB, Leadbetter RA, Bolden-Watson C, Bass KI, Donahue RM, Jamerson BD, Metz A. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J Clin Psychiatry*. 2002, Vol. 63(4), 357-66.
74. Gartlehner G, Thaler K, Hansen RA, Gaynes BN. The general and comparative efficacy and safety of duloxetine in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Drug Saf*. 2009, Vol. 32(12), 1159-73.
75. Kulkarni SK, Dhir A. Current investigational drugs for major depression. *Expert Opin Investig Drugs*. 2009, Vol. 18(6), 767-88.
76. Pitchot W, Scantamburlo G, Anseau M. Antidepressants of the future: role of the glutamatergic system. *Rev Med Liege*. 2011, Vol. 66(4), 195-8.
77. Bunney BG, Bunney WE. Rapid-acting antidepressant strategies: mechanisms of action. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2011, Vol. 7, 1-19.
78. O'Brien FE, Dinan TG, Griffin BT, Cryan JF. Interactions between antidepressants and P-glycoprotein at the blood-brain barrier: Clinical significance of in vitro and in vivo findings. *Br J Pharmacol*. 2011.
79. Almeida LS. Metodologia da investigação em psicologia e educação. 2003.
80. Bland M. *An Introduction to Medical Statistics*. Oxford University Press 3rd. edition, 2009.
81. *Saúde Mental em Portugal*. Alto Comissariado da Saúde. 2008.
82. Pachana NA, McLaughlin D, Leung J, Byrne G, Dobson A. Anxiety and depression in adults in their eighties: do gender differences remain? *Int Psychogeriatr*. 2011, Vol. 22, 1-6.
83. Instituto Nacional de Estatística. 4º Inquérito Nacional de Saúde- 2005/2006. 2007.
84. Médicos-Sentinela. Um ano com saúde mental. *Relatório das actividades de 2004*. 2006.
85. Bonde JP, Munch-Hansen T, Wieclaw J, Westergaard-Nielsen N, Agerbo E. Psychosocial work environment and antidepressant medication: a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2009, Vol. 27;9, 262.
86. Olié JP, Elomari F, Spadone C, Lépine JP. Antidepressants consumption in the global population in France. *Encephale*. 2002, Vol. 28, 411-7.
87. Apóstolo JLA, Figueiredo MH, Mendes AC, Rodrigues MA. Depression, Anxiety and Stress in Primary Health Care Users. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011, Vol. 10(2), 348-53.
88. Gonçalves B, Fagulha T, Ferreira A. A depressão nas mulheres de meia idade: estudo sobre as utentes dos cuidados de saúde primários. *Psicologia*. 2005, Vol. 19, 1-2.
89. National Institute of Mental Health. Depression. 2011, Vol. 11, 3561.
90. Freeman EW. Associations of depression with the transition to menopause. *Menopause*. 2010, Vol. 17(4);, 823-7.
91. Soares CN, Poitras JR, Prouty J. Effect of reproductive hormones and selective estrogen receptor modulators on mood during menopause. *Drugs Aging*. 2003, Vol. 20(2), 85-100.
92. Graziottin A, Serafini A. Depression and the menopause: why antidepressants are not enough? *Menopause Int*. . 2009, Vol. 15(2), 76-81.
93. Panicker V, Evans J, Bjørø T, Asvold BO, Dayan CM, Bjerkeset O. A paradoxical difference in relationship between anxiety, depression and thyroid function in subjects on and not on T4: findings from the HUNT study. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2009, Vol. 71(4);, 574-80.
94. Manual Merck. [Online] <http://www.manualmerck.net/?id=110>.
95. Poongothai S, Pradeepa R, Ganesan A, Mohan V. Prevalence of depression in a large urban South Indian population--the Chennai Urban Rural Epidemiology Study (CURES-70). *PLoS One*. 2009, Vol. 28;4(9), 7185.
96. Lippa M, Sikorski C, Luck T, Weyerer S, Villringer A, König HH, Riedel-Heller SG. Prevalence and risk factors of depressive symptoms in latest life-results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011.
97. The european opinion research group. Eurobarometer 58.2 - The mental health status of de European population. 2003.

98. **Batistoni S, Neri A, Cupertino A.** Prospective measures of depressive symptoms in community-dwelling elderly individuals. *Rev Saúde Pública.* 2010, 44(6).
99. **Teixeira L.** *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção.* Universidade de Lisboa, 2010.
100. **Edwards RD, Lee D.** *MedicineNet.* [Online] <http://www.medicinenet.com/depression/page3.htm>.
101. **Desai HD, Seabolt J, Jann MW.** Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs.* 2001, Vol. 15(6), 469-94.
102. **Mojtabai R, Olfson M.** National Trends in Psychotropic Medication Polypharmacy in Office-Based Psychiatry. *ARCH GEN PSYCHIATRY.* 2010, Vol. 67 .
103. **Tami L, Katharine R, Jeffrey A.** Psychotropic Drug Prescriptions by Medical Specialty. *Datapoints.* 2009, Vol. 60, 9.
104. **Piek E, van der Meer K, Hoogendijk WJ, Penninx BW, Nolen WA.** Most antidepressant use in primary care is justified; results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *PLoS One.* 2011, Vol. 29.
105. **INFARMED - Direção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde.** Monitorização da prescrição por DCI e implementação da receita médica. 2005.
106. **Poluzzi E, Motola D, Silvani C, De Ponti F, Vaccheri A, Montanaro N.** Prescriptions of antidepressants in primary care in Italy: pattern of use after admission of selective serotonin reuptake inhibitors for reimbursement. *Eur J Clin Pharmacol.* 2004, Vol. 59(11), 825-31.
107. **Piek E, van der Meer K, Hoogendijk WJ, Penninx BW, Nolen WA.** Most antidepressant use in primary care is justified; results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *PLoS One.* 2011, Vol. 29;6(3), 14784.
108. **Williams JW, Slubicki MN, Tweedy DS, Bradford DW, Trivedi RB, Baker D.** Evidence Synthesis for Determining the Responsiveness of Depression Questionnaires and Optimal Treatment Duration for Antidepressant Medications. 2009.
109. **Hu XH, Bull SA, Hunkeler EM, Ming E, Lee JY, Fireman B, Markson LE.** Incidence and duration of side effects and those rated as bothersome with selective serotonin reuptake inhibitor treatment for depression: patient report versus physician estimate. *J Clin Psychiatry.* 2004, Vol. 65(7), 959-65.
110. **Egberts A, Veenstra M, Jong LTW.** Antidepressant drug choice for first users in two regions in the Netherlands. *Pharmacy World & Science.* 1999, Vol. 21, 3.
111. **Romero AS, Aranda MA, Delgado RG, Quintana DJA.** Probable interaction between trazodone and carbamazepine. *Pharmacopsychiatry.* 2011, Vol. 44(4), 158-9.
112. **Dunlop BW, Davis PG.** Combination Treatment With Benzodiazepines and SSRIs for Comorbid Anxiety and Depression: A Review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2008, Vol. 10(3), 222-8.
113. **Coupland C, Dhiman P, Morriss R, Arthur A, Barton G, Hippisley J.** Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ.* 2011, Vol. 343.
114. **Varallo F, Capucho H, Planeta C, Mastroianni P.** Safety Assessment of Potentially Inappropriate Medications (PIM) use in Older People and the Factors Associated with Hospital Admission. *J Pharm Pharmaceut Sci.* 14(2), 2011, 283-290.
115. **Wagstaff AJ, Ormrod D, Spencer CM.** Tianeptine: a review of its use in depressive disorders. *CNS Drugs.* 2001, Vol. 15(3), 231-59.
116. **Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF, Carpenter D, Docherty JP.** The expert consensus guideline series. Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. *Postgrad Med.* 2001, 1-86.
117. **Coupland C, Hochhalter A.** Popular Antidepressants not always best choice for seniors. *U.S. National Library of Medicine; National Institutes of Health.* 2011.

118. **Mojtabai R.** The public health impact of antidepressants: An instrumental variable analysis. *J Affect Disord.* 2011, Vols. 134(1-3), 188-97.

ANEXO I

Carta para solicitação de colaboração das farmácias no estudo

Exmo(a) Senhor(a)

Director(a) Técnico(a) da Farmácia

Dra.

Assunto: Solicitação de colaboração para um estudo conducente à realização de Tese de Mestrado em Ciências Farmacêuticas

Ex.ma Senhora Dra.,

O meu nome é Marta Filipa Lourenço Fernandes, estudante do 5º ano do **Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior**, e venho por este meio solicitar a colaboração de V. Ex.a, a qual é imprescindível para tornar possível a concretização da minha tese de mestrado intitulada: “*Caracterização do perfil de utilização de antidepressivos na Beira Interior*”. Concretamente, necessito de recolher informação relativa aos utilizadores deste tipo de fármacos (através de inquérito a preencher pelos utentes) e relacionada com a prescrição (através de inquérito a preencher pelo Farmacêutico no acto da cedência). O período previsto para a recolha de dados terá a duração aproximada de um mês.

Dentro de alguns dias entrarei em contacto com V. Ex.a a fim de obter uma resposta, para proceder posteriormente à entrega dos respectivos inquéritos.

Agradeço antecipadamente toda a atenção dispensada e esperando uma resposta favorável a este meu pedido,

Atentamente,

Covilhã, 2 de Fevereiro de 2011,

Marta Filipa Lourenço Fernandes

A Directora de Curso

O Orientador

Profª Doutora Luiza Breitenfeld Granadeiro

Prof. Doutor Gilberto Alves

ANEXO II

Questionário de caracterização sócio-demográfica e farmacológica

A presente investigação insere-se numa dissertação de mestrado em Ciências Farmacêuticas, a apresentar na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. O estudo pretende analisar o perfil de utilização de medicamentos **antidepressivos** e a sua correlação em função de algumas variáveis sócio-demográficas. A participação nesta investigação é **voluntária** e todos os dados recolhidos através deste inquérito são **anónimos**. Agradeço a sua participação.

Questionário de caracterização sócio-demográfica (a preencher pelo utente)

Grupo I

1. Idade _____ Peso _____ Altura _____
2. Sexo : M F
3. Raça:
 - Caucasiana
 - Negra
 - Outra. Qual? _____
4. Estado civil:
 - casado/união de facto
 - solteiro
 - divorciado
 - viúvo
 - outro
5. Número de pessoas do agregado familiar: _____
6. Residência(Concelho/Distrito): _____
7. Nível de escolaridade:
 - Nunca foi à escola/não completou o 1º.ciclo
 - 1º ciclo (4ªclasse/6ºano de escolaridade)
 - 2º ciclo (7º, 8º ou 9º ano de escolaridade)
 - 3º ciclo (10º, 11º ou 12º ano de escolaridade)
 - Frequentou/frequenta o ensino superior
 - Concluiu o ensino superior
8. Profissão: _____
9. Situação profissional actual:
 - Trabalha por conta própria
 - Trabalha por conta de outrem
 - Desempregado
 - Reformado

Grupo II

10. Hábitos tabágicos:

Fumador

Não fumador

11. Consumo de bebidas alcoólicas:

Sim

Não

11.1. Se **Sim**, como classifica o grau de consumo?

1 copo por dia

2 copos por dia

3 copos por dia

4 copos por dia

Mais de 4 copos por dia

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões

MUITO OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO

Questionário de caracterização farmacológica (a ser preenchido pelo Farmacêutico na presença do próprio utente que vai tomar o medicamento antidepressivo)

Grupo I

1. Quantos medicamentos antidepressivos toma actualmente?

- 1
- 2
- > 2

2. Quais? (preencher o quadro seguinte)

Medicamento (princípio activo/designação comercial)	Dosagem	Como toma o medicamento? (posologia)	Há quanto tempo toma o medicamento?	Observações

3. Quem lhe receitou/especialidade do médico prescriptor?

- Clínico geral
- Psiquiatra
- Outra. Qual? _____

4. Local de prescrição

- Centro de saúde
- Hospital
- Consultório particular

5. Toma o medicamento antidepressivo de acordo com o que lhe foi recomendado pelo médico?

- Sim
- Não

5.1 Se **Não**, que tipo de alterações costuma fazer ao que lhe foi prescrito? _____

6. Atribui efeitos secundários à terapêutica antidepressiva?

- Sim
- Não
- Não sei

6.1 Se **Sim**, quais? _____

7. Considera estar bem informado sobre a forma de tomar a medicação antidepressiva?
- Sim
 Não
 Não sei
8. Acha que a medicação satisfaz as suas expectativas de bem-estar?
- Sim
 Não
 Não sei
9. Acha que a medicação que está a tomar é eficaz?
- Sim
 Não
 Não sei
10. Para além dos medicamentos anteriormente referidos, toma outros?
- Sim
 Não

10.1 Se **Sim**, quais? (preencher o quadro seguinte)

Medicamento (princípio activo/designação comercial)	Dosagem	Para que serve o medicamento?	Como toma o medicamento? (posologia)	Há quanto tempo toma o medicamento?	Observações

11. Toma/tomou suplementos naturais com fins medicinais?

- Nunca
 Quase nunca
 Às vezes
 Muitas vezes

Se marcou uma das 3 últimas opções responda à questão seguinte:

11.1 Para que fim utilizou os suplementos naturais? _____

MUITO OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO

ANEXO III

Normas relativas ao preenchimento dos questionários



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde

Farmácia

A/C Exmo(a) Senhor(a) Dr(a).

Assunto: Envio dos inquéritos e algumas notas relativas ao seu preenchimento

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a),

Venho por este meio enviar a V. Ex^a os inquéritos para recolha de informação relativa à utilização de medicamentos antidepressivos. O preenchimento dos inquéritos deverá ser realizado de forma contínua durante **um mês (30 dias)**. A data de início ficará ao critério de V. Ex^a, embora, pela nossa parte, seja conveniente que a recolha de dados se inicie o mais cedo possível.

Solicita-se o preenchimento de dois inquéritos por cada utente. O inquérito relativo à **caracterização sócio-demográfica** deve ser preenchido pelo próprio utente no acto da cedência (se o utente eventualmente não se encontrar capacitado para o preencher poderá ser preenchido pelo Farmacêutico). Por outro lado, o inquérito relativo à **caracterização farmacológica** deve ser preenchido pelo Farmacêutico na presença do próprio utente que vai tomar o medicamento antidepressivo. Solicita-se também que os inquéritos referentes ao mesmo utente sejam agrafados após o seu preenchimento.

Se o número de inquéritos enviados for insuficiente agradeço que V. Ex^a me contacte para enviar mais inquéritos (Email: martaflfernandes@sapo.pt / Telemóvel:).

Agradecendo pela disponibilidade e colaboração de V.Ex^a,

Atenciosamente,

Marta Fernandes
Estudante de Ciências Farmacêuticas FCS – UBI