



**Perfil de prescrição de antidepressivos e  
ansiolíticos numa amostra de utentes na  
Farmácia Comunitária  
Avaliação do controlo da depressão/ansiedade**

Cláudia Cristina Matos Branco

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências  
Farmacêuticas

**Trabalho realizado sob a orientação de:**  
Professora Doutora Mónica Sofia Leal Condinho

2019



**Perfil de prescrição de antidepressivos e  
ansiolíticos numa amostra de utentes na  
Farmácia Comunitária  
Avaliação do controlo da depressão/ansiedade**

Cláudia Cristina Matos Branco

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências  
Farmacêuticas

**Trabalho realizado sob a orientação de:**  
Professora Doutora Mónica Sofia Leal Condinho

2019



# **Perfil de prescrição de antidepressivos e ansiolíticos numa amostra de utentes na Farmácia Comunitária**

## **Avaliação do controlo da depressão/ansiedade**

### **Declaração de autoria de trabalho:**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Universidade do Algarve, 20 de setembro de 2019

Cláudia Branco

---

© Copyright: Cláudia Branco

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.



## Agradecimentos

Quero, em primeiro lugar, agradecer à Professora Doutora Mónica Condinho pela orientação deste trabalho e, acima de tudo, por me ter desafiado e motivado a dar o melhor de mim durante todo o processo.

Aos utentes da Farmácia Central de Mora que aceitaram integrar a amostra. Obrigada pelo tempo que despenderam para a entrevista e pela compreensão face ao trabalho que me propus a desenvolver e, muitas vezes, pela sorte que me desejaram no final da mesma. Foram uma peça essencial neste estudo!

A toda a equipa da Farmácia Central de Mora, sem exceções! Foram incansáveis no recrutamento dos utentes e sem eles, não teria sido possível reunir uma amostra tão consistente. Agradeço também o companheirismo durante os 3 meses e meio de estágio curricular.

Ao Centro de Informação do Medicamento da Ordem dos Farmacêuticos, pela rapidez e qualidade da informação reunida após solicitação desta junto dos mesmos.

Aos meus pais e ao meu irmão pelo suporte constante que têm vindo ser desde sempre e que foram também durante este processo.

A todos os meus amigos que me ouviram lamentar durante o período de escrita da tese e, em particular, ao Márcio Almeida, que me acompanhou de perto em todo o processo de elaboração deste trabalho, e esteve lá para me levantar o astral nos momentos mais difíceis.

E por fim, mas não menos importante, à Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve e a todos os docentes que contribuíram para a minha Formação Académica e me concederam as bases necessárias para que eu me possa tornar numa boa Farmacêutica.



## Resumo

A depressão é a principal causa de incapacidade global, sendo também a principal causa de morte por suicídio. A ansiedade encontra-se em 6º lugar no *ranking* relativo às causas de incapacidade. Tratando-se de patologias fortemente associadas a incapacidade torna-se imperativo o adequado tratamento, bem como a monitorização da efetividade e segurança da terapêutica farmacológica instituída.

Neste sentido, o Farmacêutico tem um papel importante em relação aos doentes com estas patologias, nomeadamente através da monitorização da terapêutica farmacológica (efetividade e segurança), adesão à terapêutica, transmissão de conhecimentos sobre a medicação, alteração de estilos de vida, comunicação e reconhecimento da tendência suicida.

Desta forma, o principal objetivo do estudo consistiu na avaliação do perfil de prescrição de antidepressivos e ansiolíticos numa amostra de utentes em farmácia comunitária. Pretendeu-se também avaliar o controlo da depressão e ansiedade na referida amostra, bem como comparar o perfil de prescrição encontrado com as *guidelines* terapêuticas a nível nacional e internacional.

Para tal, durante cerca de 3 meses, entrevistaram-se todos os utentes (maiores de 18 anos) da Farmácia Central de Mora que se apresentaram com prescrição médica de, pelo menos, um fármaco para o tratamento da depressão / ansiedade, e que aceitaram participar no estudo. Para a recolha de dados e para a avaliação do controlo recorreu-se a um questionário (construído para o efeito) e ao questionário HADS, respetivamente. Todos os participantes assinaram o seu consentimento informado.

Obteve-se uma amostra de 56 utentes, na qual prevaleceu o género feminino e a média das idades foi  $63,8 \pm 1,64$  anos. A maioria destes utentes apresenta apenas o nível básico de estudos e na amostra prevaleceu a situação profissional “reformado”.

Concluiu-se que a subclasse onde se regista um maior consumo é nos derivados da benzodiazepina, seguindo-se, com uma frequência de consumo semelhante, a subclasse “outros antidepressivos”. Apesar do consumo de fármacos ansiolíticos e antidepressivos, existe uma grande percentagem de

utentes com *scores* compatíveis com não controlo da depressão e/ou da ansiedade.

**Palavras-chave:** Depressão, ansiedade, terapêutica farmacológica, *guidelines* terapêuticas, controlo

## Abstract

Depression is the leading cause of global disability and is also the leading cause of death from suicide. Anxiety is in 6<sup>th</sup> place of the ranking regarding the causes of disability. Since these diseases often result in disability, appropriate treatment is crucial, as well as effectiveness and security screening of pharmacological treatment.

Thus, the Pharmacist plays an important role towards people with these conditions, in particular through the pharmacologic treatment screening (effectiveness and security), therapeutics adherence, medication's education, lifestyles implementation and suicidal tendency communication and identification.

In this context, the aim of the study was the evaluation of the prescription profile of anxiolytic and antidepressant drugs in a sample of users in community pharmacy. It's also intended to evaluate depression and anxiety's control in this sample, as well as to compare the prescription profile found with national and international therapeutic guidelines.

To this end, for about 3 months, the patients of Central's Pharmacy, in Mora, (older than 18 years) who came up with a prescription of, at least, an anxiolytic / antidepressant drug, and that agreed to participate in this study, were interviewed. For data collection and for diseases control evaluation a questionnaire (constructed for this purpose) and the HADS questionnaire were used, respectively. All participants signed your informed consent.

A sample of 56 patients was obtained, in which the female gender prevailed and the average age was  $63,8 \pm 1,64$  years. Most of these patients have only the basic level of school education and, in the sample, the "retired" professional situation prevailed.

From this study it was concluded that the subclass with the highest consumption is benzodiazepines derivatives, followed, with a similar frequency, by "other antidepressants" subclass. Despite anxiolytic and antidepressant drugs consumption, there is a large percentage of patients with scores compatible with non-control of depression and / or anxiety.

**Keywords:** Depression, anxiety, pharmacological treatment, therapeutic guidelines, control.



# Índice Geral

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>vii</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>ix</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>xi</b>
<b>Índice de Figuras</b> .....	<b>xv</b>
<b>Índice de Tabelas</b> .....	<b>xvii</b>
<b>Índice de Gráficos</b> .....	<b>xix</b>
<b>Índice de Anexos</b> .....	<b>xxi</b>
<b>Abreviaturas</b> .....	<b>xxiii</b>
<b>1. Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. A depressão e o distúrbio de ansiedade generalizado - Definição</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2. Fisiopatologia</b> .....	<b>1</b>
1.2.1. Depressão <i>major</i> .....	1
1.2.2. Distúrbio de ansiedade generalizado .....	3
<b>1.3. Epidemiologia</b> .....	<b>4</b>
<b>1.4. Diagnóstico</b> .....	<b>5</b>
1.4.1. Depressão <i>major</i> .....	5
1.4.2. Distúrbio de ansiedade generalizado .....	5
<b>1.5. Tratamento</b> .....	<b>6</b>
1.5.1. Depressão <i>major</i> .....	6
1.5.1.1. Tratamento não farmacológico .....	7
1.5.1.2. Tratamento farmacológico .....	7
1.5.1.3. Guidelines NICE .....	10
1.5.1.4. Guidelines Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists .....	10
1.5.1.5. Guidelines American Psychiatric Association .....	11
1.5.2. Distúrbio de ansiedade generalizado .....	12
1.5.2.1. Tratamento não farmacológico .....	12
1.5.2.2. Tratamento farmacológico .....	13
1.5.2.3. Guidelines NICE .....	14
1.5.2.4. Guidelines Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists .....	15
1.5.2.5. Guidelines Association Canadienne des troubles anxieux e McGill University .....	16
<b>1.6. Monitorização: Efetividade e segurança</b> .....	<b>17</b>
<b>1.7. Perfil de prescrição</b> .....	<b>18</b>
<b>1.8. Papel do farmacêutico</b> .....	<b>20</b>
<b>2. Objetivos</b> .....	<b>23</b>
<b>3. Metodologia</b> .....	<b>25</b>
<b>3.1. Fontes de informação</b> .....	<b>25</b>

<b>3.2.</b>	<b>Enquadramento temporal e espacial .....</b>	<b>25</b>
<b>3.3.</b>	<b>Desenho do estudo .....</b>	<b>25</b>
3.3.1.	Seleção da amostra .....	25
3.3.2.	Crítérios de inclusão e exclusão .....	25
3.3.3.	Instrumento para recolha de dados.....	26
3.3.4.	Consentimento.....	27
<b>3.4.</b>	<b>Fase preliminar .....</b>	<b>27</b>
3.4.1.	Apresentação do estudo à equipa .....	27
3.4.2.	Pré-teste.....	27
<b>3.5.</b>	<b>Fase de execução .....</b>	<b>28</b>
3.5.1.	O Estudo.....	28
3.5.2.	Tratamento de dados .....	29
<b>4.</b>	<b>Resultados.....</b>	<b>31</b>
4.1.	Pré-teste.....	31
4.2.	Dados sociodemográficos.....	31
4.3.	Informação relativa às patologias.....	34
4.4.	Informação sobre a terapêutica farmacológica atual e anterior .....	35
4.5.	Informação sobre outros problemas de saúde .....	41
4.6.	Avaliação do controlo das patologias.....	41
4.7.	Concordância com as <i>guidelines</i> .....	42
<b>5.</b>	<b>Discussão de Resultados .....</b>	<b>45</b>
5.1.	Características sociodemográficas .....	45
5.2.	Diagnóstico de depressão <i>major</i> e distúrbio de ansiedade generalizado .....	46
5.3.	Terapêutica ansiolítica e/ou antidepressiva atual e anterior .....	47
5.4.	Controlo das patologias .....	49
5.5.	Concordância com as <i>guidelines</i> .....	49
5.6.	Crítérios de exclusão .....	51
5.7.	Limitações .....	51
<b>6.</b>	<b>Perspetiva do autor .....</b>	<b>53</b>
<b>7.</b>	<b>Conclusão.....</b>	<b>55</b>
<b>8.</b>	<b>Bibliografia.....</b>	<b>57</b>
<b>9.</b>	<b>Anexos .....</b>	<b>63</b>

## Índice de Figuras

Figura 1 - Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas, demência e perturbações da ansiedade, entre os utentes inscritos ativos em Cuidados de Saúde Primários (%), Portugal continental   2011-2016 (Adaptado de <sup>[14]</sup> ) .....	4
Figura 2 - Abordagens recomendadas para o tratamento agudo da depressão <i>major</i> segundo a <i>American Psychiatric Association</i> (Adaptado de <sup>[22]</sup> ) .....	12
Figura 3 – Algoritmo terapêutico do tratamento de manutenção do DAG das Normas de Orientação Terapêutica da Ordem dos Farmacêuticos (Adaptado de <sup>[30]</sup> ) .....	14
Figura 4 - Recomendações do <i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists</i> para o tratamento do DAG (Adaptado de <sup>[34]</sup> ).....	16
Figura 5 - Fluxograma relativo à metodologia do trabalho.....	28
Figura 6 - Sistema de codificação das profissões segundo a CPP 2010.....	29



## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Subclasses de antidepressivos .....	8
Tabela 2 - Abordagens farmacológicas no tratamento agudo da depressão <i>major</i> segundo as <i>guidelines</i> do <i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists</i> (Adaptado de <sup>[24]</sup> ).....	11
Tabela 3 - Recomendações farmacoterapêuticas para o DAG, segundo as <i>guidelines</i> da prática clínica do Canadá. (Adaptado de <sup>[35]</sup> ) .....	17
Tabela 4 - Profissões dos utentes da amostra .....	33
Tabela 5 - Terapêutica farmacológica atual .....	37
Tabela 6 - Terapêutica farmacológica anterior .....	39
Tabela 7 - Número de fármacos consumidos anteriormente pelos utentes, considerando um período de 3 anos .....	40
Tabela 8 – Concordância da posologia com o RCM .....	40
Tabela 9 – Motivos subjacentes à classificação de posologia não concordante com o RCM .....	41
Tabela 10 - Outros problemas de saúde dos utentes que integram a amostra	41
Tabela 11 - Avaliação da conformidade com as <i>guidelines</i> da depressão <i>major</i> .....	43
Tabela 12 - Motivos subjacentes à discordância com as <i>guidelines</i> da depressão <i>major</i> .....	43
Tabela 13 - Avaliação da conformidade com as <i>guidelines</i> da DAG.....	43
Tabela 14 - Motivos subjacentes à discordância com as <i>guidelines</i> do DAG ..	44



## Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Evolução do consumo dos Medicamentos Psicofármacos (DHD), por Subgrupo Terapêutico entre 2000 e 2012 (Adaptado de [43]) .....	19
Gráfico 2 – Evolução da utilização das principais substâncias ativas da classe dos antidepressivos (Adaptado de [43]) .....	19
Gráfico 3 - Escalões etários da amostra .....	31
Gráfico 4 - Estado civil da amostra.....	31
Gráfico 5 - Escolaridade da amostra .....	32
Gráfico 6 - Situação profissional dos utentes da amostra .....	33
Gráfico 7 - Respostas à questão "Sofre de depressão?" .....	34
Gráfico 8 - Respostas à questão "Há quanto tempo sofre de depressão?" .....	34
Gráfico 9 - Resposta à questão "Sofre de ansiedade?" .....	35
Gráfico 10 - Respostas à questão "Há quanto tempo sofre de ansiedade?" ....	35
Gráfico 11 - Número de medicamentos ansiolíticos e/ou antidepressivos tomados pelos utentes da amostra .....	36
Gráfico 12 - Número de prescritores dos fármacos ansiolíticos e/ou antidepressivos .....	36
Gráfico 13 - Frequência de cada prescriptor (utentes com 1 prescriptor) .....	37
Gráfico 14 - Frequência de cada combinação de prescritores .....	37
Gráfico 15 - Frequência do consumo dos fármacos ansiolíticos, por substância ativa, na terapêutica atual .....	38
Gráfico 16 - Frequência do consumo dos fármacos antidepressivos, por substância ativa, na terapêutica atual .....	38
Gráfico 17 - Frequência do consumo dos fármacos ansiolíticos, por substância ativa, na terapêutica anterior.....	39
Gráfico 18 - Frequência do consumo dos fármacos antidepressivos, por substância ativa, na terapêutica anterior.....	39
Gráfico 19 - Avaliação qualitativa da componente de depressão do questionário HADS-D.....	42
Gráfico 20 - Avaliação qualitativa da componente de ansiedade do questionário HADS-A.....	42



## Índice de Anexos

Anexo 1 - Potências relativas e perfil de efeitos adversos dos fármacos antidepressivos (Adaptado de <sup>[3]</sup> ) .....	63
Anexo 2 - Doses relativas dos fármacos antidepressivos (Adaptado de <sup>[3]</sup> ) .....	64
Anexo 3 - Propriedades farmacocinéticas dos fármacos antidepressivos (Adaptado de <sup>[3]</sup> ) .....	65
Anexo 4 – Questionário .....	67
Anexo 5 - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão .....	69
Anexo 6 - Consentimento informado .....	71



## Abreviaturas

5-HT – 5-Hidroxitriptamina (serotonina)

ADT – Antidepressivos tricíclicos

APA – *American Psychiatric Association*

BDI-II - *Beck Depression Inventory-II*

CPP - Classificação portuguesa das profissões

DAG – Distúrbio de ansiedade generalizado

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica

GABA – *Gamma aminobutyric acid*

HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HAM-A – *Hamilton Anxiety Scale*

HTA – Hipertensão arterial

IMAO – Inibidores da monoamina oxidase

IRSN – Inibidores da recaptção da serotonina e da noradrenalina

ISRS – Inibidores seletivos da recaptção da serotonina

NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*

PHQ-9 - *Patient Health Questionnaire*

WHO – *World Health Organization*



## 1. Introdução

“The consequences of this disorders in terms of lost health are huge. Depression is ranked by WHO as the single largest contributor to global disability; anxiety disorders are ranked 6<sup>th</sup>” [1].

### 1.1. A depressão e o distúrbio de ansiedade generalizado - Definição

Um episódio depressivo *major* é caracterizado, essencialmente, por um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer na realização de todas, ou quase todas, as atividades habituais. Traduz-se por sintomas tais como alterações de apetite, peso ou sono e atividade psicomotora; fadiga ou decréscimo de energia; sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada; diminuição da capacidade de pensar, concentrar-se, ou tomar decisões; pensamentos de morte recorrentes ou ideações, planos ou tentativas de suicídio que podem variar desde o desejo passivo de não acordar ou a crença de que os outros estariam melhor se a pessoa estivesse morta, a pensamentos transitórios mas recorrentes de cometer suicídio, até ao plano específico de suicídio; em alguns indivíduos há uma redução significativa do desejo ou interesse sexual. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste [2].

O distúrbio de ansiedade generalizado (DAG) é determinado, essencialmente, pela presença de ansiedade e preocupação excessivas acompanhadas de sintomas tais como agitação, nervosismo ou tensão interior, fadiga fácil, dificuldade de concentração ou mente vazia, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono, que se observam em mais de metade dos dias, durante pelo menos 6 meses. A ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutros domínios importantes do funcionamento [2].

### 1.2. Fisiopatologia

#### 1.2.1. Depressão *major*

Antes da introdução de fármacos antidepressivos no mercado, acreditava-se que a causa da depressão estava relacionada com uma redução dos níveis dos neurotransmissores noradrenalina, serotonina e dopamina no cérebro,

embora a verdadeira causa da doença permanecesse desconhecida [3]. Esta teoria é, nos dias de hoje, conhecida como a hipótese da amina biogénica. Para além desta, existem outras teorias que procuram explicar os mecanismos fisiopatológicos subjacentes à depressão *major*. Uma das hipóteses considera que esta patologia se deve a alterações pós-sinápticas relacionadas com a sensibilidade do recetor, ideia que é suportada por estudos que têm demonstrado que a dessensibilização ou a desregulação dos recetores da noradrenalina ou da serotonina podem influenciar a eclosão do efeito dos fármacos antidepressivos. A hipótese da desregulação defende que a causa da patologia reside, essencialmente, numa falha ao nível da regulação homeostática do sistema dos neurotransmissores, mais do que num aumento ou diminuição absolutos da sua atividade, salientando que antidepressivos eficazes podem restaurar a eficiência da regulação. A hipótese da associação entre serotonina/noradrenalina sugere que as atividades destes dois neurotransmissores estão inter-relacionadas e que ambos os sistemas, serotoninérgico e noradrenérgico, estão envolvidos na resposta a fármacos antidepressivos [4].

Para além das hipóteses expostas, sugere-se que uma atividade aumentada da dopamina na via mesolímbica contribui para a atividade antidepressiva, suportando assim a influência da dopamina nesta patologia. E que, a disrupção da expressão do fator neurotrófico derivado do cérebro no hipocampo poderá estar relacionada com a depressão [4].

Ao longo dos tempos, a evidência tem vindo a confirmar que a vitamina D tem múltiplos alvos no organismo, nos quais se incluem os tecidos do sistema nervoso [5]. E, apesar de ser necessária uma maior evidência que suporte a biologia subjacente a este aspeto [6], existem estudos que estabelecem a relação entre os níveis de vitamina D e a depressão, sugerindo que níveis reduzidos desta vitamina estão associados à ocorrência da patologia [7][8].

De referir ainda, no campo hormonal, o papel da hormona tiroide no desenvolvimento e maturação do cérebro, papel este que é sugestivo de uma relação entre o hipotireoidismo e o estado deprimido [9].

### 1.2.2. Distúrbio de ansiedade generalizado

Defende-se que a modulação dos estados de ansiedade normais e patológicos está associada com múltiplas regiões do cérebro e com o funcionamento anormal de vários sistemas de neurotransmissores, incluindo a noradrenalina, ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA), serotonina (5-HT), fator libertador da corticotrofina, e colecistocinina [10].

O mecanismo subjacente à ansiedade pode ser explicado com recurso a diferentes modelos. A premissa que é assumida no modelo noradrenérgico é a de que o sistema nervoso autónomo dos doentes que sofrem desta patologia é hipersensível e reage em excesso a vários estímulos [4].

O modelo do recetor GABA apoia-se no facto de este ser o principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso central, o que justifica que existam fármacos utilizados para combater a ansiedade que têm como alvo o recetor GABA<sub>A</sub>. Por exemplo, o mecanismo de ação das benzodiazepinas concentra-se no aumento dos efeitos inibitórios deste neurotransmissor que, por sua vez, regula ou inibe a atividade da serotonina, noradrenalina e dopamina [11]. Os sintomas da ansiedade podem estar relacionados com uma hipoatividade dos sistemas GABA ou com a dessensibilização dos recetores centrais das benzodiazepinas. Em doentes com DAG, a ligação das benzodiazepinas no lobo temporal esquerdo é reduzida [4].

O modelo da serotonina sugere que o DAG é caracterizado por sintomas que poderão ser reflexo de uma transmissão excessiva de serotonina ou sobreatividade das vias estimuladoras deste neurotransmissor [4].

Estudos neuroimagiológicos suportam o papel da amígdala, córtex cingulado anterior e ínsula na fisiopatologia da ansiedade. No DAG há um aumento anormal dos circuitos de medo do cérebro e atividade aumentada no córtex pré-frontal. Doentes com perturbação de pânico têm anormalidades nas estruturas do mesencéfalo. Os doentes com perturbação de ansiedade social têm uma melhor atividade na amígdala e na ínsula. Na perturbação de *stress* pós-traumático, a amígdala tem um papel importante na persistência da memória traumática [4].

### 1.3. Epidemiologia

A depressão é um distúrbio comum que afeta, a nível mundial, mais de 300 milhões de pessoas. Aproximadamente 800.000 pessoas morrem a cada ano como resultado do suicídio, sendo esta a segunda principal causa de morte em pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos [12]. Já os distúrbios de ansiedade afetam cerca de 264 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo que a percentagem de indivíduos que mais contribui para este número concentra-se na região sudeste da Ásia [1].

De acordo com o 1º Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, Portugal tem, em conjunto com a Irlanda do Norte, a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas da Europa. Portugal destaca-se, essencialmente, dos demais países europeus no grupo das perturbações de ansiedade, para o qual apresenta uma prevalência de 16,5%. A prevalência da perturbação depressiva *major* é de 6,8% e é uma das perturbações psiquiátricas mais frequentemente encontradas na amostra representativa da população de Portugal. Neste estudo verificou-se também que as mulheres apresentam maior risco significativo de ocorrência de perturbações de ansiedade e do humor e que pessoas com menor grau de escolaridade apresentam menor risco de ocorrência de perturbações da ansiedade [13].

Apesar destes dados, se incidirmos o foco na prevalência das perturbações depressivas e de ansiedade, apenas ao nível dos cuidados de saúde primários, verificamos que, nestes, as perturbações depressivas são mais frequentes, como se pode constatar pela Figura 1 [14].



Figura 1 - Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas, demência e perturbações da ansiedade, entre os utentes inscritos ativos em Cuidados de Saúde Primários (%), Portugal continental | 2011-2016 (Adaptado de [14])

## 1.4. Diagnóstico

### 1.4.1. Depressão *major*

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 5, o diagnóstico da perturbação depressiva *major* é orientado por critérios específicos. O primeiro critério considera que têm de estar presentes pelo menos 5 sintomas característicos desta perturbação, durante um período de 2 semanas consecutivas, sendo estes, humor deprimido, diminuição do prazer na realização de todas, ou quase todas, as atividades, perda de peso, insónia ou hipersónia, agitação ou lentificação psicomotoras, fadiga ou perda de energia, sentimento de desvalorização, diminuição da capacidade de pensar ou de concentração e pensamentos de morte recorrentes (para que os sintomas sejam considerados presentes estes devem registar-se quase todos os dias, com exceção de alterações de peso e ideação suicida). É imprescindível, para o diagnóstico, a presença de, pelo menos, um dos sintomas-chave, humor deprimido ou perda de prazer na realização de todas, ou quase todas, as atividades. Considera-se ainda que a presença destes sintomas tem de representar uma alteração do funcionamento prévio do doente [2].

O segundo e terceiro critérios estabelecem que os sintomas têm de causar mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer outro domínio importante do funcionamento e que o episódio não pode ser atribuível a efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica [2].

O quarto e quinto critérios referem que a ocorrência do episódio depressivo *major* não pode ser melhor explicado por perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras perturbações psicóticas e que nunca deverá ter existido um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco [2].

### 1.4.2. Distúrbio de ansiedade generalizado

A confirmação do diagnóstico do DAG obedece, à semelhança do que se verifica para a depressão *major*, a um conjunto de critérios próprios. O primeiro critério refere que a ansiedade e preocupação excessivas, características deste

distúrbio, têm de ocorrer em mais de metade dos dias, durante um período de, pelo menos, 6 meses.

O segundo critério determina que, para se confirmar o diagnóstico, o indivíduo tem de revelar dificuldade em controlar a preocupação.

O terceiro critério cita que a ansiedade e a preocupação sentidas têm de estar ligadas a, pelo menos, 3 dos sintomas típicos deste distúrbio, sendo estes, agitação, nervosismo ou tensão interior, fadiga fácil, dificuldades de concentração ou mente vazia, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono, com a advertência de que, pelo menos, alguns sintomas têm de estar presentes em mais de metade dos dias.

Os últimos 3 critérios de diagnóstico advertem ainda que a ansiedade, preocupação ou sintomas físicos provocam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutros domínios importantes do funcionamento; a perturbação não pode ser atribuível a efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica; e esta não pode ser melhor explicada por outra perturbação mental como por exemplo, na perturbação do pânico, ansiedade ou preocupação pela possibilidade de ter ataques de pânico [2].

## 1.5. Tratamento

### 1.5.1. Depressão *major*

O tratamento da depressão *major* tem em vista 3 *outcomes*, interrelacionados entre si, a resposta, a remissão e a recuperação. A resposta ao tratamento define-se, genericamente, como uma redução de, pelo menos, 50% da gravidade dos sintomas [15].

A instituição de tratamento tem em vista atingir a remissão, descrita como um estado em que se verifica a cessação total, ou quase total, da sintomatologia e um retorno do doente ao seu funcionamento normal [16]. Por fim, a recuperação. Esta é alcançada quando se regista a manutenção dessa mesma remissão por um longo período de tempo [17].

O tratamento da depressão *major* deve seguir uma abordagem por etapas, na qual a intervenção irá depender da gravidade com que a patologia se apresenta e, para além disto, este deve ser selecionado em conjunto pelo clínico e pelo doente, previamente informado acerca das opções possíveis [18].

#### *1.5.1.1. Tratamento não farmacológico*

Observou-se, a partir de uma meta-análise, que os efeitos farmacológicos da medicação antidepressiva eram substanciais para doentes com uma sintomatologia considerada muito grave, no entanto, o seu efeito não era tão notável nos doentes que apresentavam uma sintomatologia leve ou moderada [19].

Para além do tratamento farmacológico, existem diferentes modalidades não farmacológicas que podem ser uma opção no tratamento desta patologia, tais como terapêutica cognitivo-comportamental, psicoterapia interpessoal, terapêutica psicodinâmica e prática de exercício físico [18]. Verificou-se, numa revisão sistemática, que estas opções não farmacológicas têm potencial para minorar a gravidade da sintomatologia, no entanto, é necessária mais evidência para suportar esta premissa. Observou-se, contudo, que os efeitos adversos, quando em comparação com a medicação antidepressiva, são menores [20]. Portanto, esta deve ser tida em conta em conjunto com a medicação antidepressiva e a escolha do tratamento a implementar deve ser fruto de um debate entre o clínico e o doente, onde é tido em conta a envolvente deste último [20].

#### *1.5.1.2. Tratamento farmacológico*

A classe dos antidepressivos engloba um conjunto de subclasses de fármacos que se distinguem entre si devido ao seu mecanismo de ação, como se pode observar na Tabela 1 [18].

Tabela 1 - Subclasses de antidepressivos

Subclasse		Mecanismo de ação	Exemplos
1ª geração	Antidepressivos tricíclicos	Inibição da recaptção da serotonina e da noradrenalina ao nível do neurónio pré-sináptico [4]	Amitriptilina, clomipramina, nortriptilina
	Inibidores da monoamina oxidase	Inibição da monoamina oxidase, provocando o aumento da concentração de serotonina, noradrenalina e dopamina ao nível da sinapse neuronal [4]	Fenelzina*, tranilcipromina*
2ª geração	Inibidores da recaptção seletiva da serotonina	Inibição da recaptção da serotonina ao nível do neurónio pré-sináptico [4]	Sertralina, escitalopram, citalopram, fluoxetina, paroxetina
	Inibidores da recaptção da serotonina e da noradrenalina	Inibição da recaptção da serotonina e da noradrenalina [4]	Duloxetina, venlafaxina
	Inibidores da recaptção e antagonistas da serotonina	Antagonismo do recetor 5HT <sub>2</sub> e inibição da recaptção da serotonina [4]	Trazodona, nefazodona
3ª geração	Tetracíclicos	Antagonismo dos recetores centrais pré-sinápticos $\alpha_2$ -adrenérgicos [4]	Mirtazapina
	Inibidores da recaptção de noradrenalina e dopamina	Bloqueio da recaptção da dopamina e, em menor extensão, da noradrenalina [4]	Bupropiom

Legenda: \* – Não comercializado em Portugal

As características dos fármacos antidepressivos tais como potência relativa e perfil de efeitos adversos, doses utilizadas no tratamento da depressão *major* em adultos e propriedades farmacocinéticas, podem ser consultadas nos anexos 1, 2 e 3, respetivamente.

Em Portugal, o documento mais recente que incide sobre as recomendações para o tratamento da depressão *major* é a norma número 034/2012 da Direção-Geral da Saúde (DGS), destinada a Médicos do Sistema Nacional de Saúde. Segundo esta, o tratamento de 1ª linha para os indivíduos diagnosticados com depressão *major* são os fármacos antidepressivos, com a salvaguarda de que a indivíduos com idade superior a 55 anos, e com um primeiro episódio depressivo, não devem ser prescritos antidepressivos tricíclicos (ADT) e, em indivíduos com uma hipertensão arterial (HTA) não controlada não são considerados, como 1ª linha, o bupropiom e os inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina (IRSN), tais como a venlafaxina e a duloxetina, devido ao risco desta se agravar [21].

Quando se opta por instituir terapêutica farmacológica é prescrito, numa primeira abordagem, um único fármaco antidepressivo. Na escolha deste, face

a um conjunto de fármacos que apresentem igual eficácia, deverão ser tidos em conta fatores tais como a tolerabilidade, segurança, menor custo, história individual do doente e os antecedentes de resposta a tratamentos aplicados anteriormente. Se ocorrerem efeitos adversos após a introdução de um antidepressivo, numa primeira instância deve considerar-se a redução da dose do fármaco ou a alteração para um antidepressivo que não esteja associado a esse efeito [21].

Se na 6ª semana de tratamento o doente não apresentar resposta, poderá ser necessário proceder-se a uma reavaliação clínica a fim de reconsiderar o diagnóstico, avaliar efeitos adversos, fatores psicossociais e confirmar a adesão à terapêutica farmacológica. Se o mesmo se verificar entre as 6ª e 8ª semanas deverá considerar-se a alteração do antidepressivo prescrito para outro que apresente um mecanismo de ação diferente, uma vez que há evidência de que a prescrição do mesmo antidepressivo não deve ser mantida, nesses moldes, para além deste tempo [22].

A associação de outro antidepressivo com um mecanismo de ação diferente pode ser considerada em caso de depressão resistente, ou quando o foco terapêutico não está coberto pelo antidepressivo inicial [21].

Quando a resposta ao tratamento inicial é incompleta podem ser consideradas opções tais como o aumento da dose do antidepressivo (se a margem terapêutica e os efeitos adversos o permitirem); a substituição do antidepressivo por outros da mesma classe, ou de classe diferente; terapêutica de potenciação farmacológica, associando outro antidepressivo ou um fármaco não antidepressivo e, para doentes que configurem um estado depressivo resistente às intervenções anteriores, a terapêutica electroconvulsiva [21].

A utilização de antidepressivos com propriedades anticolinérgicas, nomeadamente os ADT, deverá ser evitada em idosos com dificuldades cognitivas [21].

Contudo, existem *guidelines* terapêuticas mais recentes que, apesar de internacionais, orientam os clínicos no tratamento tais como as do *National*

*Institute for Health and Care Excellence (NICE), Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists e American Psychiatric Association (APA).*

*1.5.1.3. Guidelines NICE*

Segundo o NICE, a forma ligeira da depressão *major* deve ser tratada com recurso apenas a uma monitorização ativa por parte do clínico, uma vez que se verificou que os fármacos antidepressivos não representam uma vantagem nestas situações. Desta forma, deverão ficar reservados para estádios mais graves da patologia. Para a forma grave da depressão *major* a terapêutica farmacológica recomendada é, numa 1ª abordagem, o recurso a fármacos que integram a classe dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS). Quando a depressão grave é classificada como refratária, consideram-se fármacos antidepressivos de outras classes tais como a venlafaxina, a duloxetina e a mirtazapina [18][23].

*1.5.1.4. Guidelines Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*

O *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* sugere, para as formas ligeira e moderada da depressão *major*, que o tratamento com recurso apenas a acompanhamento psicológico deverá ser adequado, reservando, desta forma, a terapêutica farmacológica para o estágio grave da patologia. Esta engloba, numa 1ª linha, os ISRS e fármacos tais como a mirtazapina, o bupropiom, a reboxetina e a agomelatina. Numa 2ª linha incluem-se as classes de fármacos dos IRSN e dos ADT [24]. As diferentes abordagens farmacológicas podem ser observadas com maior detalhe na Tabela 2.

Tabela 2 - Abordagens farmacológicas no tratamento agudo da depressão major segundo as guidelines do Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (Adaptado de [24])

Typical recommendation*	Antidepressant Class	Generic Name of Medication	Principal Mechanism of Action	Features of depression for which antidepressant is most likely to be useful
1 <sup>st</sup> line	SSRI	Citalopram, Escitalopram, Fluvoxamine, Fluoxetine, Paroxetine, Sertraline	Selective 5-HT reuptake blockade	Anxiety
	NARI	Reboxetine <sup>b</sup>	Reuptake inhibitor for noradrenaline and adrenaline	Activation (e.g., motivation & withdrawal)
	NaSSA	Mirtazapine Mianserin	Blocks the reuptake of serotonin via 5-HT <sub>2A</sub> & 5-HT <sub>2C</sub> receptors. Also blocks 5HT <sub>3</sub> & Alpha-2 receptors.	Insomnia, circadian disruption, weight loss, reduced appetite
	Melatonergic agonist NDRI	Agomelatine Bupropion <sup>c</sup>	Melatonin agonist (M1 and 2 receptors) and 5-HT <sub>2C</sub> antagonist Blocks the action of the noradrenaline transporter and dopamine transporter	Sleep problems, sexual dysfunction, poor hedonic drive Fatigue
2 <sup>nd</sup> line	SNRI <sup>d</sup>	Desvenlafaxine, Venlafaxine, <sup>e</sup> Duloxetine, Milnacipran	Block both serotonergic and noradrenergic reuptake. Latter leads to an increase in prefrontal dopamine.	Melancholia; severe depression. Venlafaxine: treatment resistant depression. Duloxetine: pain
	TCA	Amitriptyline, Clomipramine, Dothiepin, Imipramine, Nortriptyline, Trimipramine, Doxepin	Block NA reuptake. Some also block 5-HT reuptake. All TCAs inhibit H <sub>1</sub> , α <sub>1</sub> , & M <sub>1</sub> receptors. Some also block 5-HT <sub>2C</sub> & 5-HT receptors. Broad spectrum of actions, including blockade of voltage-sensitive sodium channels.	Pain Melancholia
	Serotonin Modulator <sup>f</sup>	Vortioxetine	5HT <sub>1A</sub> agonist, 5HT <sub>1B</sub> partial agonist, 5HT <sub>3A</sub> and 7 antagonist 5HT transporter inhibitor	Melancholia Severe depression Enhances cognition
3 <sup>rd</sup> line	MAOI	Phenelzine, Tranylcypromine	Irreversibly inhibit the mitochondrial enzymes MAO-A (metabolises 5-HT, NA & DA) and MAO-B (preferentially metabolises DA)	Melancholia Atypical symptoms <sup>g</sup> Treatment resistant depression
	Reversible MAOI	Moclobemide	Reversible inhibitor of MAO-A (RIMA)	Mild to moderate depression with anxiety
Adjunctive	SARI	Trazodone	Serotonin 2A/2C antagonist and reuptake inhibitor (at high dosage). At low doses blocks 5-HT <sub>2A</sub> , α <sub>1</sub> , & H <sub>1</sub> receptors (hypnotic action)	Used when patients do not respond well to 1 <sup>st</sup> line

Notes: (1) SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor; NARI, noradrenaline reuptake inhibitor; NaSSA, noradrenaline and specific serotonergic antidepressant; NDRI, noradrenaline-dopamine reuptake inhibitor; SNRI, serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor; TCA, tricyclic antidepressant; SM, serotonin modulator; MAOI, monoamine oxidase inhibitor; SARI, serotonin antagonist and reuptake inhibitor. (2) In New Zealand, certain antidepressants are not funded unless suitable alternatives have been trialled first.  
<sup>a</sup>References: (Boulenger et al., 2012; Citrome, 2015; Katona and Katona, 2014; McIntyre et al., 2014; Mahabeshwarikar et al., 2015; Sanchez et al., 2015; Schatzberg et al., 2014).  
<sup>b</sup>There is some flexibility in terms of 1st, 2nd, and 3rd treatment, based on patient's symptoms (e.g., MAOIs would be prescribed 1st line for atypical depression); <sup>c</sup>Atomoxetine is prescribed for ADHD and is therefore not recommended 1st line for depression; <sup>d</sup>Only indicated in Australia for smoking cessation; <sup>e</sup>SNRIs have been positioned as 2nd line only because of greater toxicity in overdose; <sup>f</sup>Low dose; <sup>g</sup>Evidence is equivocal Trimipramine: refractory insomnia.

#### 1.5.1.5. Guidelines American Psychiatric Association

A APA recomenda que para as formas ligeira e moderada da depressão major seja instituída terapêutica farmacológica antidepressiva como tratamento inicial. O mesmo se prevê para formas graves da patologia, salvo quando é necessário recorrer a terapêutica eletroconvulsiva. Nestas refere-se ainda que, para os estados moderado e grave, é profícuo o recurso à psicoterapia em combinação com a farmacoterapia [22]. Estas recomendações podem ser observadas na Figura 2.

A seleção da terapêutica farmacológica a instituir deverá depender da antecipação dos efeitos adversos, da segurança ou tolerabilidade destes em cada indivíduo, das propriedades farmacológicas dos fármacos, e de fatores adicionais tais como a resposta a estes fármacos em episódios anteriores, custo e preferência do doente [22].

As classes de fármacos englobadas nestas *guidelines* são os ISRS e os IRSN. Para além destas classes consideram-se fármacos tais como a mirtazapina e o bupropiom, restringindo o uso dos inibidores da monoamina oxidase (IMAO) em utentes que não respondem a outros tratamentos [22].

Severity of Illness	Modality			
	Pharmacotherapy	Depression-Focused Psychotherapy	Pharmacotherapy in Combination With Depression-Focused Psychotherapy	Electroconvulsive Therapy
Mild to Moderate	Yes	Yes	May be useful for patients with psychosocial or interpersonal problems, intrapsychic conflict, or co-occurring Axis II disorder	Yes, for certain patients
Severe Without Psychotic Features	Yes	No	Yes	Yes
Severe With Psychotic Features	Yes, provide both antidepressant and antipsychotic medication	No	Yes, provide both antidepressant and antipsychotic medication	Yes

Figura 2 - Abordagens recomendadas para o tratamento agudo da depressão maior segundo a American Psychiatric Association (Adaptado de [22])

### 1.5.2. Distúrbio de ansiedade generalizado

De acordo com a mais recente evidência que suporta a intervenção no DAG, verifica-se que o seu tratamento pode ser feito com recurso às intervenções psicológica ou farmacológica, ou à combinação de ambas [25].

#### 1.5.2.1. Tratamento não farmacológico

Entre as diferentes modalidades da psicoterapia, a terapêutica cognitivo-comportamental tem sido o método mais intensivamente estudado ao longo dos tempos, no entanto, ensaios têm sido desenvolvidos em torno de outras tais como o relaxamento, terapêutica psicodinâmica e terapêutica interpessoal, por exemplo [26].

Não é recente a ideia de que a terapêutica cognitivo-comportamental é uma opção eficaz no tratamento do DAG, sendo a sua eficácia equiparada à obtida a partir do tratamento farmacológico [27].

Apesar da evidência relativa à intervenção nos estilos de vida ser pouco consistente, existem estudos que demonstram que a prática de exercício físico pode surtir efeitos ansiolíticos e promover, assim, a redução dos níveis de ansiedade [28]. Para além desta medida, é também referido que quando a

insónia é uma das queixas apresentadas (sintoma frequentemente associado), deve existir intervenção no sentido de sensibilizar o doente para a prática de comportamentos positivos de higiene do sono, tais como manter um horário de sono regular, evitar fumar ou usar nicotina durante a noite e evitar o álcool e o uso de dispositivos com écrans que emitem luz antes da hora de dormir [29].

#### 1.5.2.2. Tratamento farmacológico

Em 2011 a Ordem dos Farmacêuticos tornou públicas as Normas de Orientação Terapêutica, elaboradas com base na mais recente evidência, à data, que tiveram por objetivo “*contribuir para racionalizar mais e melhor a prescrição dos medicamentos*”.

Segundo estas, o tratamento do DAG deve ser dirigido, dependendo do facto do doente se encontrar num momento de crise ou em fase de manutenção e, deve resultar de um complemento entre as terapêuticas farmacológica e não farmacológica [30].

A terapêutica não farmacológica inclui educar o doente face à sua patologia e aos tratamentos disponíveis; prestar intervenção psicológica e fornecer as ferramentas necessárias para que o doente se possa ajudar a si próprio [30].

Para o controlo rápido dos sintomas de agitação e ansiedade graves, entenda-se tratamento de crises, pode ser feito recurso à classe das benzodiazepinas, em particular às de longa duração de ação, tais como o diazepam, o clonazepam e o clorazepato dipotássico, com a salvaguarda de que o tratamento com estas substâncias deve ser de curto prazo [30][31].

A terapêutica farmacológica a implementar, no tratamento de manutenção, numa 1ª linha inclui alguns fármacos da classe dos ISRS, em particular o escitalopram, a paroxetina e a sertralina. Para além destes, é considerada também a venlafaxina de libertação prolongada, um IRSN [30][32].

Quando se regista falha da terapêutica de 1ª linha, antes de se considerar o *switch* ou o aumento da dose do fármaco, deve ser feita uma otimização da sua dose e uma avaliação da adesão à terapêutica. Se após um período de 8-12 semanas, com uma dose otimizada, o doente manifestar uma resposta

insuficiente à terapêutica, antes de se considerar a 2ª linha de tratamento, deverá ser feito um *switch* para outra substância ativa considerada 1ª linha [30][32].

A 2ª linha de tratamento envolve outras opções terapêuticas tais como os antidepressivos atípicos, mirtazapina e trazodona, e o ansiolítico, buspirona, por exemplo [30]. A Figura 3 representa, esquematicamente, o algoritmo terapêutico.

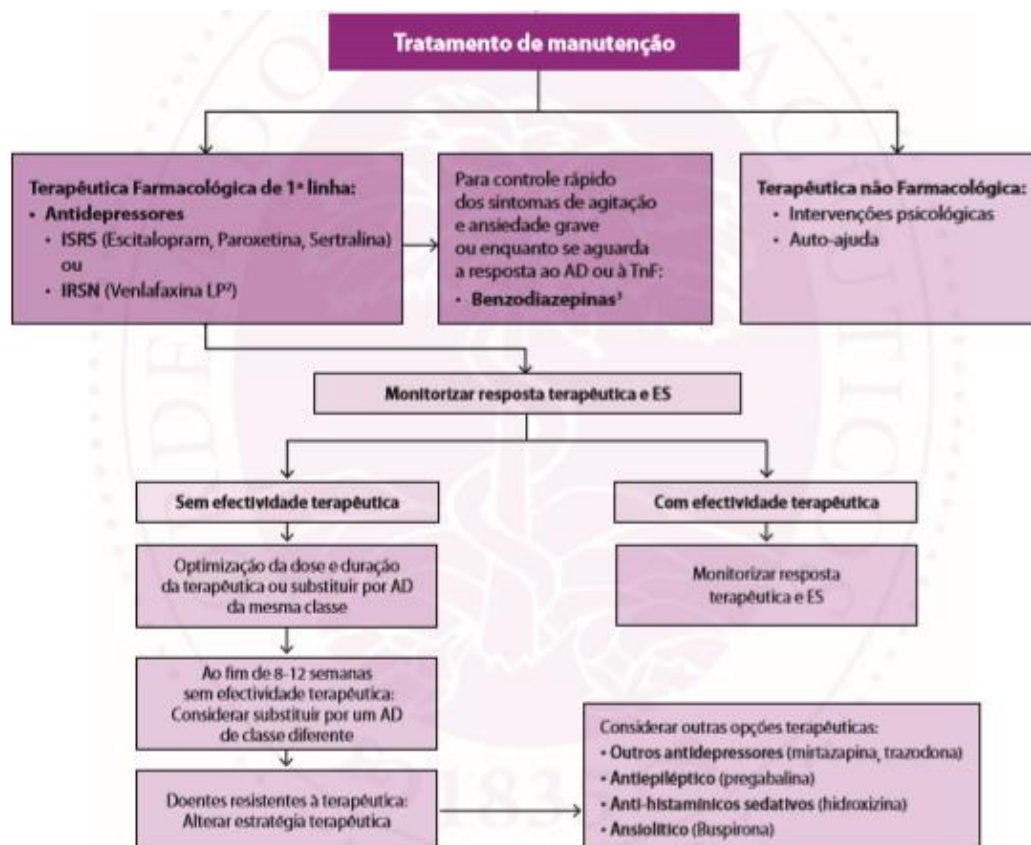


Figura 3 – Algoritmo terapêutico do tratamento de manutenção do DAG das Normas de Orientação Terapêutica da Ordem dos Farmacêuticos (Adaptado de [30])

Considerando outras, e mais recentes, perspetivas em relação ao tratamento do DAG, para além das de Portugal, verificam-se ligeiras *nuances* sobre a inclusão de determinados fármacos.

#### 1.5.2.3. Guidelines NICE

As *guidelines* do NICE preveem que o tratamento do DAG seja iniciado com uma intervenção psicológica ligeira e, apenas quando esta não é suficiente, são consideradas a intervenção psicológica de maior intensidade ou a

intervenção farmacológica. Quando a decisão conjunta do clínico e do doente recai sobre a instituição de terapêutica farmacológica, os fármacos a considerar numa 1ª linha são os da classe dos ISRS, dando-se uma preferência particular à sertralina, devido à sua melhor relação custo-efetividade. Se a sertralina não se revelar eficaz, deve recorrer-se a outro fármaco das classes dos ISRS ou dos IRSN. Se o doente não apresentar tolerabilidade para os fármacos englobados nas classes de 1ª linha, pode considerar-se a pregabalina. Refere-se ainda que as benzodiazepinas só devem ser prescritas para momentos de crise, como medidas de tratamento de curta duração [33].

1.5.2.4. *Guidelines Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*

A *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* sublinha, nas suas *guidelines*, a importância da educação do doente face à natureza do seu distúrbio e ao tratamento. O tratamento pode ser feito com recurso a terapêutica cognitivo comportamental e/ou farmacológica, dependendo de fatores tais como a gravidade da doença, a preferência do doente, o custo e a segurança.

No que respeita à terapêutica farmacológica, considera-se como 1ª linha os ISRS e, ainda que em menor extensão, os IRSN. Dentro destas classes não destaca nenhum fármaco em particular, esclarecendo que a escolha deverá ser feita com base em aspetos tais como a preferência do doente e a familiarização clínica com as opções farmacológicas disponíveis.

Quando os doentes não apresentam resposta ou tolerabilidade aos fármacos das classes de 1ª linha, consideram-se fármacos tais como a agomelatina e a pregabalina. Para além disto, estas *guidelines* sugerem que as benzodiazepinas devem ser reservadas para os doentes que não respondem a outros tratamentos [34]. As recomendações são expostas com maior detalhe na Figura 4.

Recommendations for the treatment of generalised anxiety disorder	
Treatment of GAD should follow a collaborative, pragmatic approach, beginning with psychoeducation and advice on lifestyle factors (e.g. healthy eating, good sleep, regular exercise and reduced use of caffeine, tobacco and alcohol). Watchful waiting (monitoring response to psychoeducation and lifestyle measures) can be considered, followed by specific treatments as necessary. Selection of initial treatment from among the options supported by RCT evidence should take into account severity, patient preference, accessibility, cost, tolerability and safety.	CBR
If treatment is indicated, use any of the following options: <ul style="list-style-type: none"> <li>• CBT: either 8–12 sessions of face-to-face CBT, provided by an experienced clinician or a programme of guided dCBT for GAD;</li> <li>• SSRI (or SNRI) antidepressant (together with advice about graded exposure to anxiety triggers);</li> <li>• The combination of CBT and medication.</li> </ul>	EBR
For patients with mild GAD, consider CBT. For those with moderately severe GAD, consider CBT, an SSRI (or SNRI) or a combination of CBT and medication. For those with severe GAD, consider initial treatment with a combination of CBT and medication.	CBR
Review response to initial treatment after 4–6 weeks of weekly CBT or 4–6 weeks of medication.	CBR
If there is at least partial response to initial treatment within 4–6 weeks, continue current treatment and monitor progress.	CBR
If an SSRI is effective but is not tolerated, consider switching to another SSRI. If the second SSRI is not tolerated, consider switching to an SNRI.	CBR
If necessary to modify treatment after inadequate response to 4–6 weeks of appropriate initial treatment, select according to initial treatment: <ul style="list-style-type: none"> <li>• If face-to-face CBT was selected as initial treatment, add an SSRI (or SNRI);</li> <li>• If dCBT was selected as initial treatment, either change to face-to-face CBT or continue dCBT and add an SSRI (or SNRI);</li> <li>• If medication was selected as initial treatment, either add CBT or increase the dose of medication within the approved dose range.</li> </ul>	CBR
If there is minimal response and continuing distress after a further 4 weeks after modifying initial treatment: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Review the diagnosis, check for comorbidities (including organic illness, personality difficulties, substance use);</li> <li>• Prescribe combination of CBT and SSRI (or SNRI) if not already used;</li> <li>• Consider increasing the frequency of CBT sessions;</li> <li>• Consider obtaining a second opinion.</li> </ul>	CBR
If there is continued inadequate response to the combination of CBT and SSRI/SNRI treatment after an adequate treatment trial (good adherence to a sufficient dose for a sufficient duration), the following options can be considered: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuing treatment and monitoring for delayed therapeutic response (e.g. if the current treatment is well tolerated). Response may require 12 weeks' treatment at full therapeutic dose;</li> <li>• Trialling a different SSRI (e.g. if the first SSRI was well tolerated and symptoms are not severe);</li> <li>• Switching to an SNRI;</li> <li>• Changing to pregabalin or agomelatine (if no response to SSRI/SNRIs);</li> <li>• A treatment trial with a benzodiazepine. Benzodiazepines should be avoided for long-term management of GAD and should be restricted to short-term regular (not PRN) use.</li> </ul>	EBR

GAD: generalised anxiety disorder; CBR: consensus-based recommendation; EBR: evidence-based recommendation; RCT: randomised controlled trial; CBT: cognitive-behavioural therapy; dCBT: digital cognitive-behavioural therapy; SSRI: selective serotonin reuptake inhibitor; SNRI: serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor.

Figura 4 - Recomendações do Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists para o tratamento do DAG (Adaptado de [34])

#### 1.5.2.5. Guidelines Association Canadienne des troubles anxieux e McGill University

Segundo estas *guidelines*, não existe evidência suficiente que suporte a instituição concomitante das terapêuticas farmacológica e cognitivo comportamental em todos os doentes como uma primeira opção, não obstante, pode haver doentes que beneficiem da associação [35].

Uma abordagem farmacológica de 1ª linha engloba as classes dos ISRS e IRSN, incidindo particularmente o foco no escitalopram, sertralina e paroxetina e na venlafaxina de libertação prolongada e duloxetina, respetivamente. Para além destes, inclui ainda a agomelatina e o anticonvulsivante pregabalina [35].

Se se verificar uma resposta inadequada com a dose otimizada ou o fármaco não for tolerado, deve instituir-se outro agente de 1ª linha antes de se considerar a 2ª [35].

As benzodiazepinas são consideradas numa abordagem de 2ª linha, devido aos seus efeitos adversos, em conjunto com outros fármacos como se pode observar com maior detalhe na Tabela 3.

Tabela 3 - Recomendações farmacoterapêuticas para o DAG, segundo as guidelines da prática clínica do Canadá. (Adaptado de [35])

<b>First-line</b>	Agomelatine, duloxetine, escitalopram, paroxetine, paroxetine CR, pregabalin, sertraline, venlafaxine XR
<b>Second-line</b>	Alprazolam*, bromazepam*, bupropion XL*, buspirone, diazepam*, hydroxyzine, imipramine, lorazepam*, quetiapine XR*, vortioxetine
<b>Third-line</b>	Citalopram, divalproex chrono, fluoxetine, mirtazapine, trazodone
<b>Adjunctive therapy</b>	<b>Second-line:</b> pregabalin <b>Third-line:</b> aripiprazole, olanzapine, quetiapine, quetiapine XR, risperidone <b>Not recommended:</b> ziprasidone
<b>Not recommended</b>	Beta blockers (propranolol), pexacerfont, tiagabine

CR = controlled release; XL = extended release; XR=extended release.

\*Note: These have distinct mechanisms, efficacy and safety profiles. Within these second-line agents, benzodiazepines would be considered first in most cases, except where there is a risk of substance abuse, while bupropion XL would likely be reserved for later. Quetiapine XR remains a good choice in terms of efficacy, but given the metabolic concerns associated with atypical antipsychotic, it should be reserved for patients who cannot be provided antidepressants or benzodiazepines. Please refer to text for further rationale for the recommendations.

## 1.6. Monitorização: Efetividade e segurança

Assim como um doente diagnosticado com HTA é monitorizado, pelo clínico, com recurso à medição da sua pressão arterial, também um doente diagnosticado com depressão *major* e/ou ansiedade deve ser, numa fase inicial, avaliado de forma a permitir que a gravidade da sua patologia seja parametrizada e, posteriormente, monitorizado a fim de avaliar os *outcomes* das terapêuticas instituídas e, desta forma, determinar a efetividade e segurança das mesmas.

Defende-se que a monitorização do estado do doente com recurso a escalas *standard* é benéfica, particularmente ao nível dos cuidados de saúde primários, uma vez que permite apoiar com maior precisão o diagnóstico clínico e o tratamento instituído, sendo também importante, de uma maneira geral, para proceder apropriadamente ao *follow-up* do doente [18].

É importante que a escala a utilizar reúna características tais que permitam não só um preenchimento fácil e intuitivo pelo doente, mas também o fornecimento de informação clínica útil ao clínico [36].

Existem várias escalas que permitem avaliar, individualmente, a depressão *major* e os distúrbios de ansiedade.

O *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) é um questionário de auto-preenchimento que permite avaliar o nível de depressão através de 9 questões incidentes nos sintomas chave da patologia. Esta escala reúne duas características importantes, consistência e fiabilidade, sendo, por isso, um meio válido de avaliação da gravidade da depressão *major* [37]. O facto de esta se encontrar disponível para uma utilização clínica ilimitada faz com que seja preferencial face a outras escalas, cuja utilização tem de ser paga ao autor, e cuja fiabilidade não diverge de maneira significativa, tal como acontece, por exemplo, com a *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) [36]. A BDI-II é um questionário de auto-preenchimento constituído por 21 itens para avaliar a gravidade da depressão *major*, no entanto, está protegido pelos direitos de autor, aspeto que acaba por influenciar a sua disponibilidade [38].

A *Hamilton Anxiety Scale* (HAM-A), criada no ano de 1959, foi uma das primeiras escalas a surgir com o fim de medir a gravidade da ansiedade percebida [39].

É, atualmente, constituída por 14 itens relativos aos sintomas e, a cada um destes, pode ser atribuída uma classificação entre 0 (ausente) e 4 (grave). É das escalas de avaliação mais amplamente utilizadas, tendo sido traduzida para várias línguas [40].

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) foi concebida no ano de 1983, por *Zigmond* e *Snaith*, com o intuito de criar um instrumento viável para a deteção de estados de depressão e ansiedade em ambiente hospitalar [41]. Esta contempla um total de 14 itens organizados em duas subescalas, uma da ansiedade (HADS-A) e outra da depressão (HADS-D), sendo cada uma delas constituída por 7 itens. Cada item é classificado segundo uma escala de respostas, com 4 opções, cuja pontuação varia entre 0 e 3 [42].

### 1.7. Perfil de prescrição

Segundo o Infarmed, registou-se um aumento no consumo dos fármacos ansiolíticos e antidepressivos em Portugal entre os anos de 2000 e 2012, sendo este aumento mais evidente na classe dos antidepressivos, tal como se pode observar no Gráfico 1 [43].

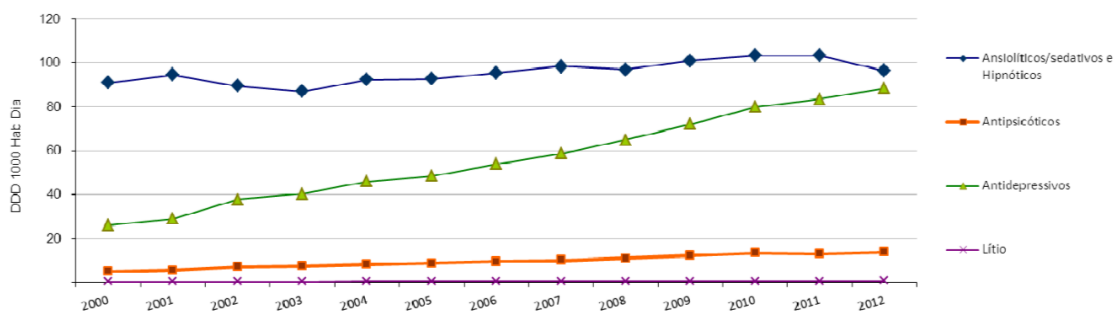


Gráfico 1 – Evolução do consumo dos Medicamentos Psicofármacos (DHD), por Subgrupo Terapêutico entre 2000 e 2012 (Adaptado de [43])

Em simultâneo com este aumento de consumo, verificou-se uma diminuição dos custos aliados a estas mesmas classes de fármacos [43].

Em 2014, as substâncias ativas mais consumidas, dentro da classe dos ansiolíticos, foram o alprazolam e o lorazepam [44]. Desde 2000 que o alprazolam é o fármaco ansiolítico alvo de um maior consumo em Portugal [43].

A classe dos antidepressivos sofreu algumas alterações ao longo do tempo uma vez que os fármacos mais consumidos no ano de 2000 foram a fluoxetina e a duloxetina, no entanto, em 2012 o *ranking* sofreu alterações observando-se um maior consumo da sertralina, seguida da fluoxetina e escitalopram. Esta variação pode ser observada no Gráfico 2.

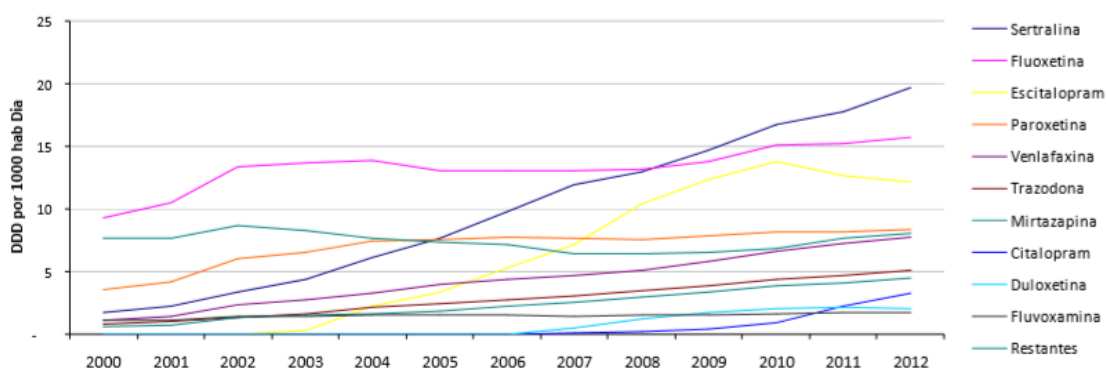


Gráfico 2 - Evolução da utilização das principais substâncias ativas da classe dos antidepressivos (Adaptado de [43])

### 1.8. Papel do farmacêutico

O Farmacêutico é um profissional de saúde cuja proximidade com a sociedade lhe confere uma posição privilegiada para, atuando sinergicamente com os clínicos, potenciar os *outcomes* positivos obtidos na saúde da população.

Nas últimas décadas esta classe profissional tem vindo a redirecionar o seu foco para o utente e a assumir responsabilidades tais como por exemplo, a gestão de condições crónicas, a otimização do uso do medicamento e a oferta de serviços que vão de encontro às necessidades dos utentes [45].

Os doentes com diagnóstico de depressão *major*, são, frequentemente, incapazes de seguir com rigor a terapêutica farmacológica instituída o que pode, como consequência, conduzir a uma cessação da mesma, a um tratamento inadequado da patologia, a hospitalizações recorrentes e até mesmo ao suicídio [46].

Desta forma, a contribuição do Farmacêutico, como perito do medicamento, pode ser relevante, particularmente se se considerar uma abordagem interdisciplinar ao nível da qual este profissional de saúde é detentor de valências que lhe permitem influenciar a seleção apropriada da terapêutica, através da monitorização dos regimes de dose dos doentes e da deteção de efeitos adversos. Uma vantagem importante é, também, o facto de o sistema informático da farmácia permitir rastreabilidade em relação à *compliance* e também, aquando da visita do utente, a oportunidade de verificar que o medicamento está a ser tomado de acordo com o que foi previsto [47].

Estudos confirmam, inclusive, que o tratamento da depressão *major* promovido por uma equipa interdisciplinar onde o Farmacêutico é incluído, resulta num maior progresso, quando em comparação com equipas onde não se verifica inclusão deste profissional de saúde [46].

Um projeto desenvolvido, ao nível das Farmácias Kroger, em Ohio, teve em vista o desenvolvimento, implementação e avaliação de um programa de monitorização da depressão, conduzido pelo Farmacêutico. Neste, o Farmacêutico recebeu, previamente, formação adequada e, posteriormente, aplicou, a um conjunto de utentes, o PHQ-2 e, em caso de resultado positivo, o PHQ-9 [48].

O projeto teve como objetivo determinar se a avaliação da depressão executada pelo Farmacêutico possibilitava a identificação e referenciação, ao clínico, de doentes não diagnosticados e se, no caso dos doentes com um *score* final positivo, aquando da avaliação, o resultado subsequente era o *follow-up*, diagnóstico e/ou início/modificação do tratamento por parte do clínico [48].

Verificou-se, ao nível deste estudo, que existe viabilidade por detrás da implementação deste projeto, tendo sido particularmente relevante na identificação e referenciação de utentes não diagnosticados e utentes diagnosticados que não estavam a experienciar uma adequada resolução da sintomatologia [48].



## 2. Objetivos

O objetivo genérico deste estudo é a avaliação do perfil de prescrição de fármacos ansiolíticos e de fármacos antidepressivos numa amostra de utentes na farmácia comunitária. Pretende-se também avaliar o controlo da(s) patologia(s), ansiedade e/ou depressão, dos utentes que integrem essa mesma amostra e comparar os perfis de prescrição observados com a informação contida nas *guidelines* terapêuticas, a nível nacional e internacional.

Por último e, como consequência, pretende-se perspetivar o papel do farmacêutico no acompanhamento deste tipo de doentes.



### 3. Metodologia

#### 3.1. Fontes de informação

Para realizar a revisão da literatura, a pesquisa foi, maioritariamente, feita em língua inglesa, mas também em língua portuguesa.

Adotou-se a PubMed como principal plataforma de pesquisa. O acesso às *guidelines* terapêuticas efetuou-se, sobretudo, através dos *websites* das correspondentes sociedades científicas.

Destaca-se a consulta dos seguintes *websites* institucionais: DGS, INFARMED, PORDATA e *Medscape*.

Adicionalmente, recorreu-se a livros de texto, dos quais, pela sua relevância, se salienta: o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª edição), o *Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach* (8th edition) e o *Pharmacotherapy handbook* (9th edition).

De referir, ainda, o recurso ao Centro de Informação de Medicamentos da Ordem dos Farmacêuticos, no sentido de facilitar o acesso a referências bibliográficas em alguns temas específicos.

#### 3.2. Enquadramento temporal e espacial

O estudo foi realizado na Farmácia Central, localizada em Mora, no distrito de Évora. É constituída por uma equipa de 7 elementos, 4 Farmacêuticos, 1 Técnico de Farmácia e 2 Técnicos Auxiliares de Farmácia. Neste estudo procedeu-se à recolha de dados durante um período de, aproximadamente, 3 meses, entre 16 maio e 14 de agosto de 2019.

#### 3.3. Desenho do estudo

##### 3.3.1. Seleção da amostra

A seleção da amostra foi efetuada por conveniência, pela equipa da farmácia, de acordo com os critérios de inclusão.

##### 3.3.2. Critérios de inclusão e exclusão

Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Idade superior ou igual a 18 anos;

- ✓ Presença, durante o atendimento, de receita médica onde constasse um ou mais fármacos antidepressivos e/ou ansiolíticos;
- ✓ Destinatário da receita coincidente com o utente da dispensa.

Considerou-se o seguinte critério de exclusão:

- ✓ Ausência de capacidade cognitiva para compreender o objetivo do estudo.

### 3.3.3. Instrumento para recolha de dados

A recolha de dados foi feita por intermédio de um questionário, construído para o efeito, Anexo 4.

O questionário contemplou diferentes aspetos, entre os quais, dados sociodemográficos, terapêutica antidepressiva e/ou ansiolítica atual e anterior (caso se aplicasse) e a possível existência de outros problemas de saúde concomitantes.

Os dados sociodemográficos contemplavam informações tais como data de nascimento, estado civil e profissão, permitindo a caracterização não só do utente, mas também, numa fase final, da totalidade da amostra. A secção relativa à terapêutica atual envolvia o reconhecimento de toda a medicação ansiolítica e/ou antidepressiva feita pelo utente no momento, incluía não só o nome do medicamento, mas também a posologia e o médico prescritor. A secção relativa à terapêutica anterior incidia sobre a medicação ansiolítica e/ou antidepressiva anteriormente praticada (se aplicável), abrangendo informação sobre o motivo que levou o utente a deixar de fazer a medicação e quem recomendou que o fizesse.

A avaliação do controlo da ansiedade e/ou depressão foi efetuada com recurso à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Anexo 5.

A escolha desta escala adveio do facto de esta ser um instrumento viável para a monitorização simultânea da ansiedade e da depressão [41]. E, apesar de ter sido prospetivada, inicialmente, para aplicação em ambiente hospitalar, trabalhos posteriores revelaram que a escala é também válida em cuidados de saúde primários e em contexto comunitário, sendo também útil em psicologia clínica e psiquiatria geral [49].

Trata-se de uma escala bastante fácil e rápida de preencher, pelo utente, como também de determinar o seu *score* [50]. Para além disto, e de uma maneira geral, verificou-se também que esta escala é adequada para a população idosa [51].

A classificação qualitativa a atribuir deriva do *score* total somado, sendo que um *score* entre 0 a 7 se classifica como ausência de sintomatologia, entre 8 e 10, sintomatologia considerada leve, de 11 a 14, sintomatologia considerada moderada e 15 a 21, sintomatologia considerada severa [52].

#### 3.3.4. Consentimento

O consentimento informado foi desenvolvido de acordo com a legislação de proteção de dados [53] e as recomendações da DGS [54]. Antes de se iniciar a entrevista, foi solicitada aos utentes a assinatura deste documento, desenvolvido para o efeito e que pode ser observado no Anexo 6.

### 3.4. Fase preliminar

#### 3.4.1. Apresentação do estudo à equipa

A investigadora efetuou uma formação prévia a toda a equipa da Farmácia por forma a apresentar o estudo. A formação incidiu, sobretudo, na metodologia subjacente, tendo sido reservado um momento para o esclarecimento de eventuais dúvidas que a equipa pudesse ter em relação ao trabalho.

De referir, também, que de forma transversal a todo o período do estudo, a investigadora esteve sempre disponível para o esclarecimento de dúvidas do dia-a-dia, particularmente, sobre a inclusão de utentes, uma vez que o local do estudo coincidiu com o local ao nível do qual se desenrolou o estágio curricular.

#### 3.4.2. Pré-teste

O questionário foi sujeito a um pré-teste para avaliar a sua aplicabilidade e adequabilidade aos objetivos pretendidos. O pré-teste decorreu durante um período aproximado de duas semanas.

### 3.5. Fase de execução

#### 3.5.1. O Estudo

Tratou-se de um estudo observacional e transversal.

Em termos de fluxo do processo, uma vez recrutado o utente, este foi encaminhado para um gabinete fechado (garantia de privacidade) no qual a investigadora procedeu à recolha dos dados mediante a aplicação do questionário acima referido.

O fluxograma do estudo encontra-se representado na Figura 5.

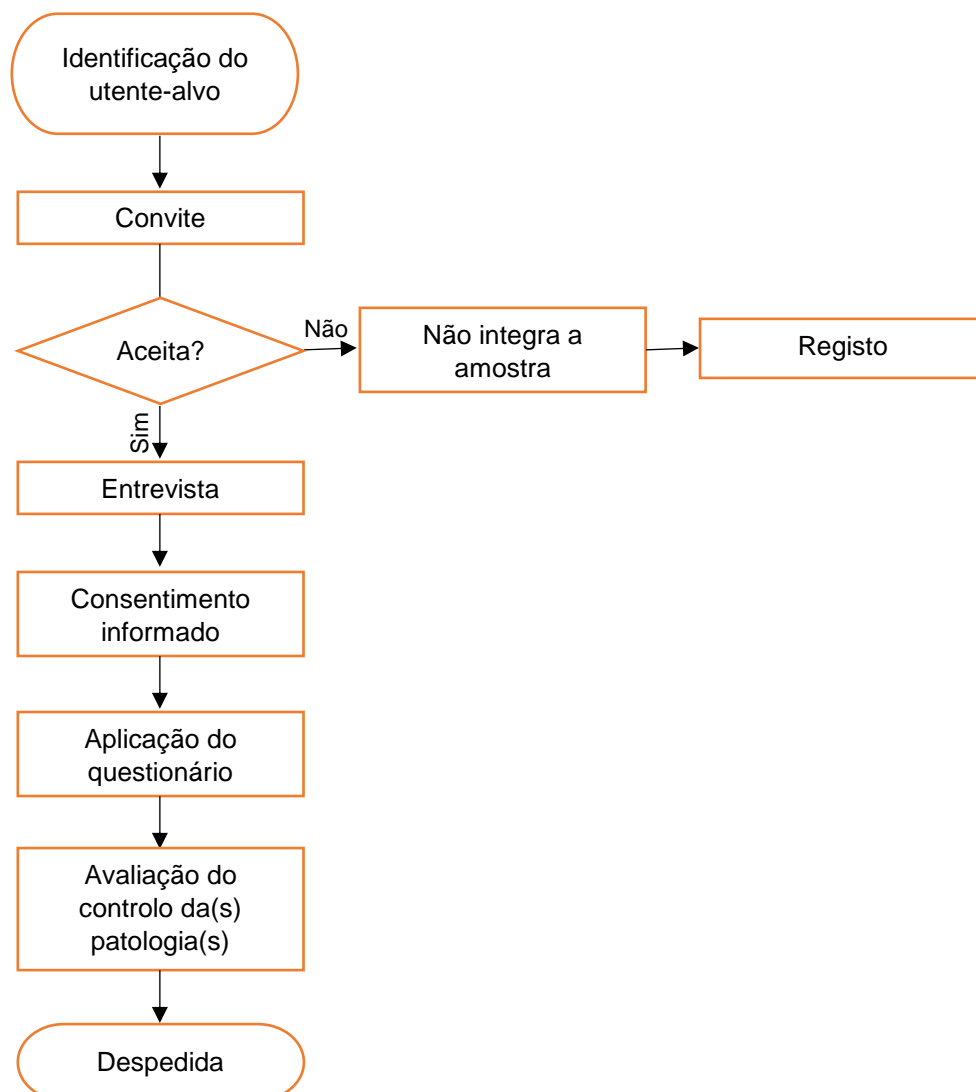


Figura 5 - Fluxograma relativo à metodologia do trabalho

Uma vez efetuada a recolha de dados, procedeu-se à consulta do histórico do utente na farmácia (sempre que existente), com o objetivo de complementar as informações recolhidas, sobretudo, aquelas relativas à terapêutica ansiolítica

e/ou antidepressiva anterior. Para o efeito, considerou-se um período prévio de 3 anos.

### 3.5.2. Tratamento de dados

A caracterização profissional da amostra foi efetuada com base na classificação portuguesa das profissões (CPP) 2010 [55].

Esta engloba um conjunto de 5 níveis, o Grande Grupo, o Sub-Grande-Grupo, o Sub-Grupo, o Grupo Base e a Profissão. A cada nível está associado um dígito, de um código de 5 dígitos [55], como se pode observar na Figura 6.

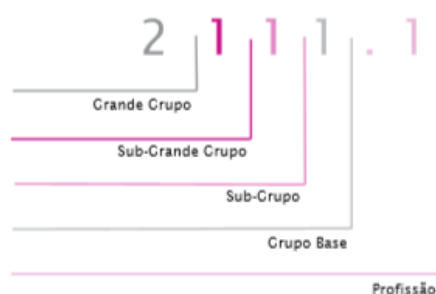


Figura 6 - Sistema de codificação das profissões segundo a CPP 2010

Neste trabalho a classificação das profissões da amostra fez-se com recurso aos níveis Grande Grupo e Sub-Grande-Grupo.

Os dados foram tratados e analisados com recurso ao *Microsoft Excel Professional Plus 2016*, por forma a caracterizar a amostra, avaliar o controlo das patologias e comparar os padrões de prescrição de ansiolíticos e antidepressivos com as *guidelines* terapêuticas, promulgadas pelo NICE, *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, APA e *Association Canadienne des troubles anxieux* e com dados da literatura.

Os valores médios são apresentados como média±erro padrão da média.



## 4. Resultados

### 4.1. Pré-teste

O instrumento de recolha de dados foi sujeito a pré-teste durante 2 semanas e incluiu um total de 9 utentes. Findo este período, este foi sujeito a avaliação para eventuais melhorias. Foram feitos pequenos ajustes, essencialmente ao nível da apresentação, com o objetivo de facilitar o seu preenchimento pela investigadora, e foram também adicionadas as opções “asma”, “DPOC” e “dor”, às já existentes, na secção “Outros problemas de saúde”.

### 4.2. Dados sociodemográficos

Foram convidados a participar no estudo 65 utentes da Farmácia Central de Mora. Destes, 5 recusaram o convite, representando uma taxa de recusa de 7,7%. Adicionalmente, foram excluídos 4 participantes, 1 porque não apresentava capacidades cognitivas que lhe permitissem compreender o propósito do mesmo e os restantes devido a dificuldade na identificação correta das classes farmacoterapêuticas. Como tal, a amostra em estudo contou com 56 utentes.

Do total de utentes da amostra, 45 (80,4%) eram mulheres e 11 (19,6%) eram homens, com uma idade média de  $63,8 \pm 1,64$  anos, tendo, o utente mais novo, 37 anos e o mais velho, 85. O escalão etário prevalente foi entre os 55 e 69 anos, inclusive, conforme se observa no Gráfico 3.

Em relação ao estado civil dos utentes incluídos na amostra, a maioria, 35 (62,5%), referiu “casado”. Em oposição, o estado civil menos frequente foi “solteiro”, 3 (5,4%), tal como é ilustrado no Gráfico 4.

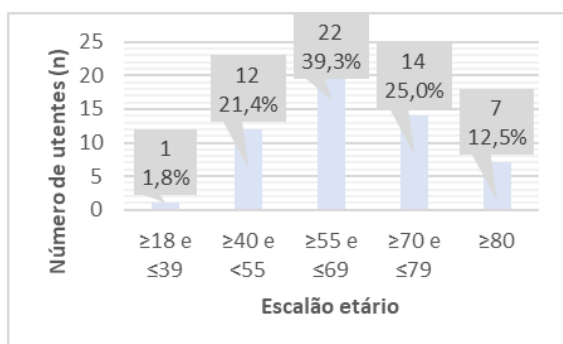


Gráfico 3 - Escalões etários da amostra

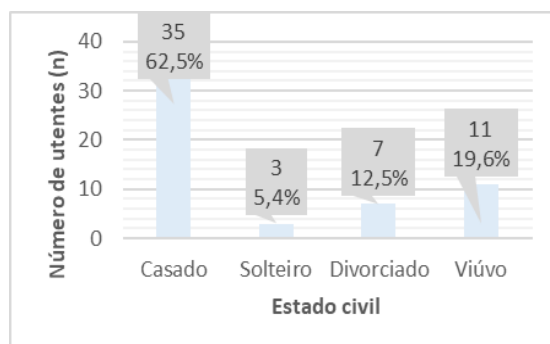


Gráfico 4 - Estado civil da amostra

Mais de metade dos utentes da amostra, 32 (57,1%) apresentaram uma escolaridade reduzida, tendo concluído apenas o ensino primário.

Cerca de 5% da amostra negou qualquer escolaridade, Gráfico 5.

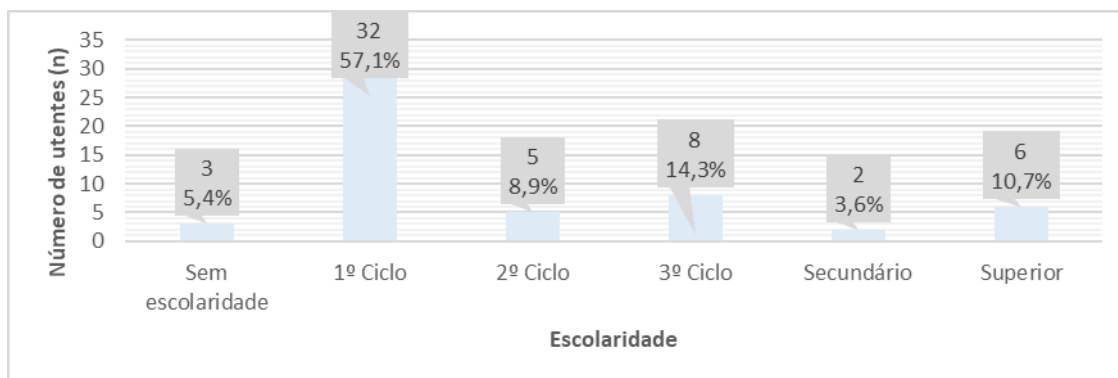


Gráfico 5 - Escolaridade da amostra

No que respeita às profissões, tal só foi possível apurar para 49 participantes.

O sub-grande grupo mais frequente, 12 (24,0%), é o dos trabalhadores não qualificados da agricultura, produção animal, pesca e floresta, onde predomina a profissão de trabalhador não qualificado da agricultura. Ainda com alguma predominância, 8 (16,0%), destaca-se o sub-grande grupo dos trabalhadores dos cuidados pessoais e similares, ao nível do qual a profissão mais frequente foi a de ajudante familiar. De referir ainda os trabalhadores dos serviços pessoais, 5 (10,0%), cuja profissão mais frequente foi a de governante doméstico. As profissões dos participantes podem ser observadas com maior detalhe na Tabela 4.

Tabela 4 - Profissões dos utentes da amostra

Grande grupo	Sub Grande Grupo	Designação	Utentes	
			n	%
0	2	Sargento das forças armadas	1	2,0
1	13	Diretores de produção e de serviços especializados	2	4,0
	14	Diretores de hotelaria, restauração, comércio e de outros serviços	1	2,0
2	22	Profissionais de saúde	1	2,0
	23	Professores	1	2,0
3	31	Técnicos e profissões das ciências e engenharia, de nível intermédio	1	2,0
4	41	Empregados de escritório, secretários em geral e operadores de processamento de dados	4	8,0
5	51	Trabalhadores dos serviços pessoais	5	10,0
	52	Vendedores	1	4,0
	53	Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares	8	16,0
7	71	Trabalhadores qualificados da construção e similares, exceto eletricitista	1	2,0
	75	Trabalhadores da transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato	2	4,0
8	81	Operadores de instalações fixas e máquinas	1	2,0
	83	Condutores de veículos e operadores de equipamentos móveis	1	2,0
9	91	Trabalhadores de limpeza	4	8,0
	92	Trabalhadores não qualificados da agricultura, produção animal, pesca e floresta	12	24,0
	93	Trabalhadores não qualificados da indústria extrativa, construção, indústria transformadora e transportes	3	6,0

Em relação à situação profissional, 34 utentes (60,7%) referiram estar reformados, Gráfico 6. Salienta-se que 6, (10,8%), dos participantes referiram estar desempregados / em baixa médica, quase metade dos que refiram estar ativos.

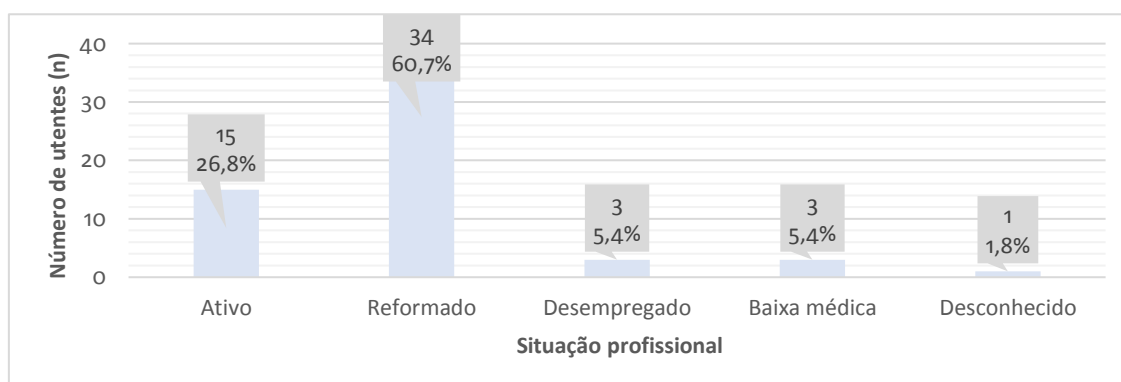
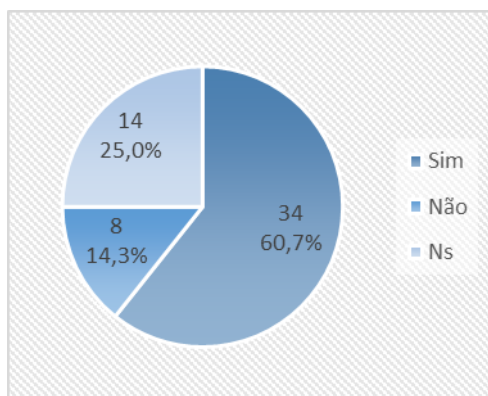


Gráfico 6 - Situação profissional dos utentes da amostra

#### 4.3. Informação relativa às patologias

Em resposta à questão “Sofre de depressão?”, a maioria dos utentes, 34 (60,7%), respondeu afirmativamente, Gráfico 7. Destes, 28 (82,4%) referiram sofrer de depressão há, pelo menos, 5 anos, conforme se representa no Gráfico 8.



Legenda: Ns – Não sabe

Gráfico 7 - Respostas à questão "Sofre de depressão?"

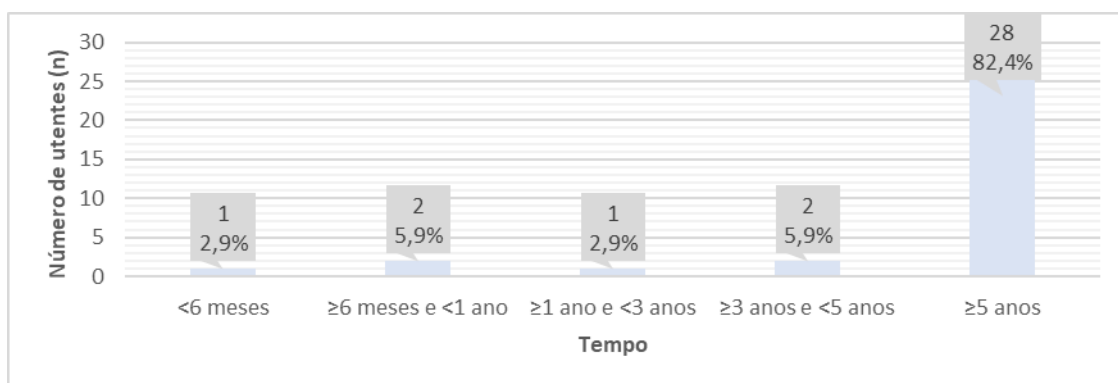
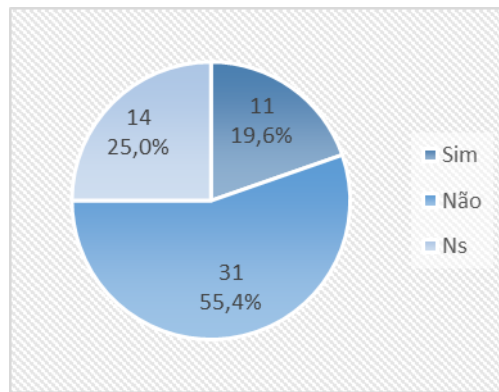


Gráfico 8 - Respostas à questão "Há quanto tempo sofre de depressão?"

Questão semelhante foi colocada no sentido de identificar os utentes com DAG, “Sofre de ansiedade?”. Em resposta, 11 (19,6%) afirmaram que “sim”, Gráfico 9. A quase totalidade (90,9%) dos que referiram sofrer de DAG, padeciam deste problema de saúde há, pelo menos, 5 anos, Gráfico 10.



Legenda: Ns – Não sabe

Gráfico 9 - Resposta à questão "Sofre de ansiedade?"

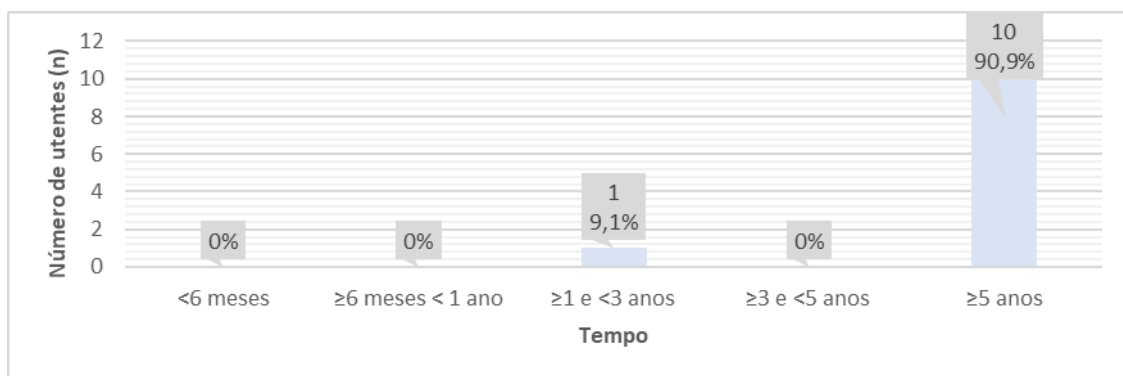


Gráfico 10 - Respostas à questão "Há quanto tempo sofre de ansiedade?"

Importa notar que no grupo dos utentes que referiu sofrer de depressão (n=34) ou ansiedade (n=11), 8 referiram sofrer das 2 patologias em simultâneo. Pelo que, segundo os relatos, apenas 26 utentes sofrem, isoladamente, de depressão e 3 de ansiedade.

#### 4.4. Informação sobre a terapêutica farmacológica atual e anterior

A partir dos dados recolhidos, dos 56 participantes, verificou-se que a maioria dos utentes, 24 (42,9%), fazia em simultâneo 2 medicamentos ansiolíticos e/ou antidepressivos. Pelo contrário, 20 (35,7%), tomavam apenas 1 fármaco, Gráfico 11.

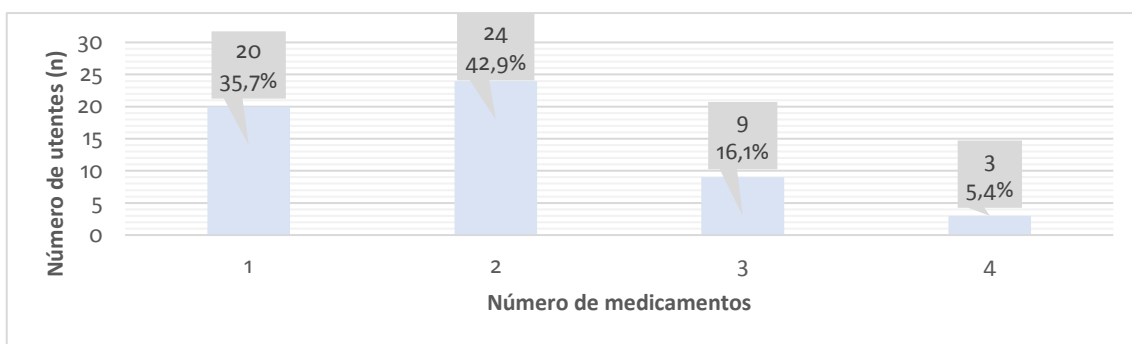


Gráfico 11 - Número de medicamentos ansiolíticos e/ou antidepressivos tomados pelos utentes da amostra

Verificou-se, ainda, que os fármacos antidepressivos e/ou ansiolíticos da amostra apesar de, para a esmagadora maioria, 49 (87,5%), serem prescritos pelo mesmo clínico, para 7 utentes (12,5%), foram prescritos por 2 clínicos, Gráfico 12. Para os utentes que apresentaram apenas um prescriptor o médico de família foi o mais frequente, 22 (44,9%), Gráfico 13. Para os utentes que têm 2 prescritores diferentes, a combinação de prescritores mais comum, entre estes 7 utentes, foi “Médico de família e Outro”, referida por 4 utentes (57,1%), Gráfico 14.

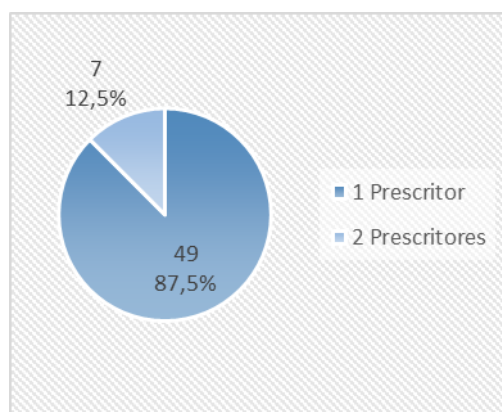


Gráfico 12 - Número de prescritores dos fármacos ansiolíticos e/ou antidepressivos

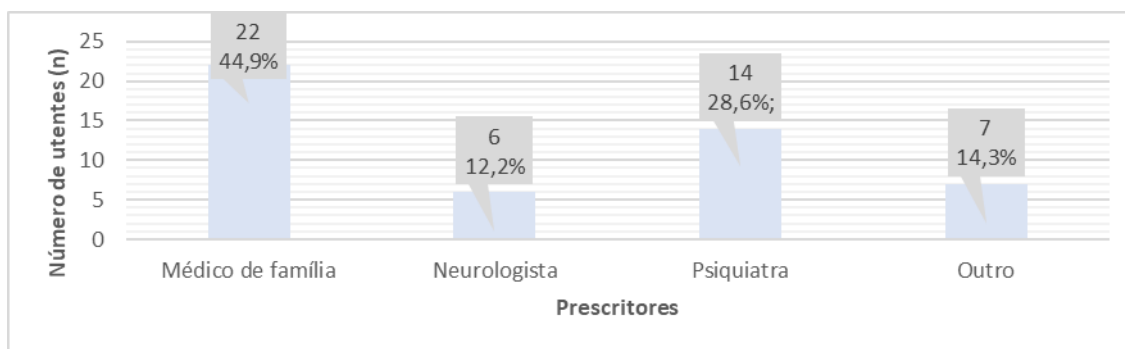


Gráfico 13 - Frequência de cada prescritor (utentes com 1 prescritor)

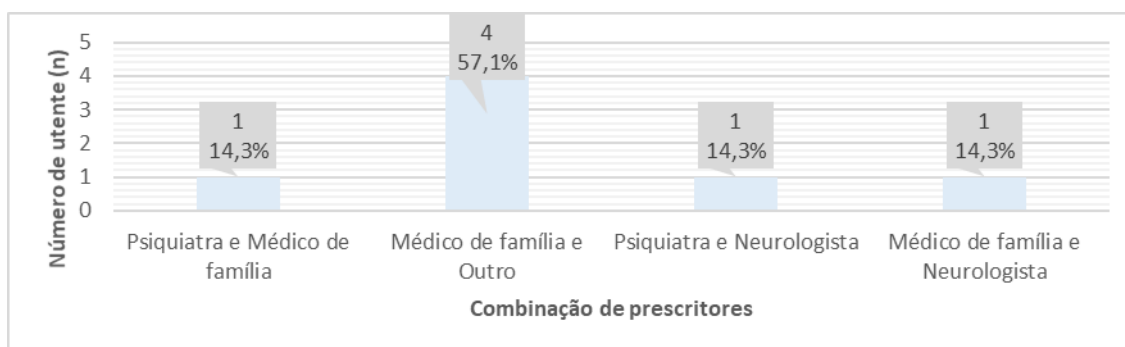


Gráfico 14 - Frequência de cada combinação de prescritores

Considerando a totalidade de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos que os utentes reportaram tomar, ao todo 99 medicamentos, verifica-se que a classe mais comum é a dos ansiolíticos, em particular os derivados da benzodiazepina, 37 (37,4%). Segue-se a classe dos “outros antidepressivos”, 35 (35,4%), conforme se observa na Tabela 5.

A frequência de consumo, por substância ativa ansiolítica e antidepressiva, pode ser observada ao nível dos Gráficos 15 e 16, respetivamente.

Tabela 5 - Terapêutica farmacológica atual

			Terapêutica atual	
			n	%
<b>Psicolépticos</b>	Ansiolíticos	Derivados da benzodiazepina	37	37,4
		<b>Psicoanalépticos</b>	Antidepressivos	
		Inibidores não seletivos das monoaminas	5	5,1
		<b>Inibidores seletivos da recaptção da serotonina</b>	22	22,2
		Outros antidepressivos	35	35,4

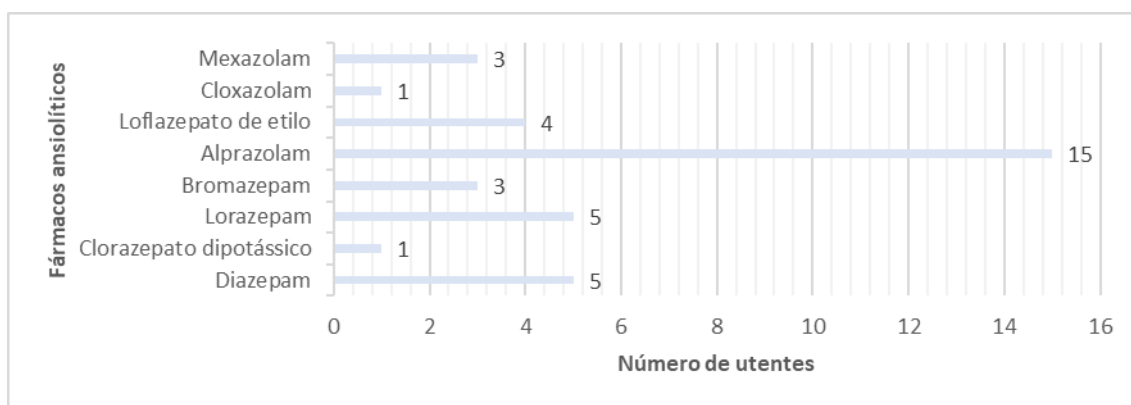


Gráfico 15 - Frequência do consumo dos fármacos ansiolíticos, por substância ativa, na terapêutica atual

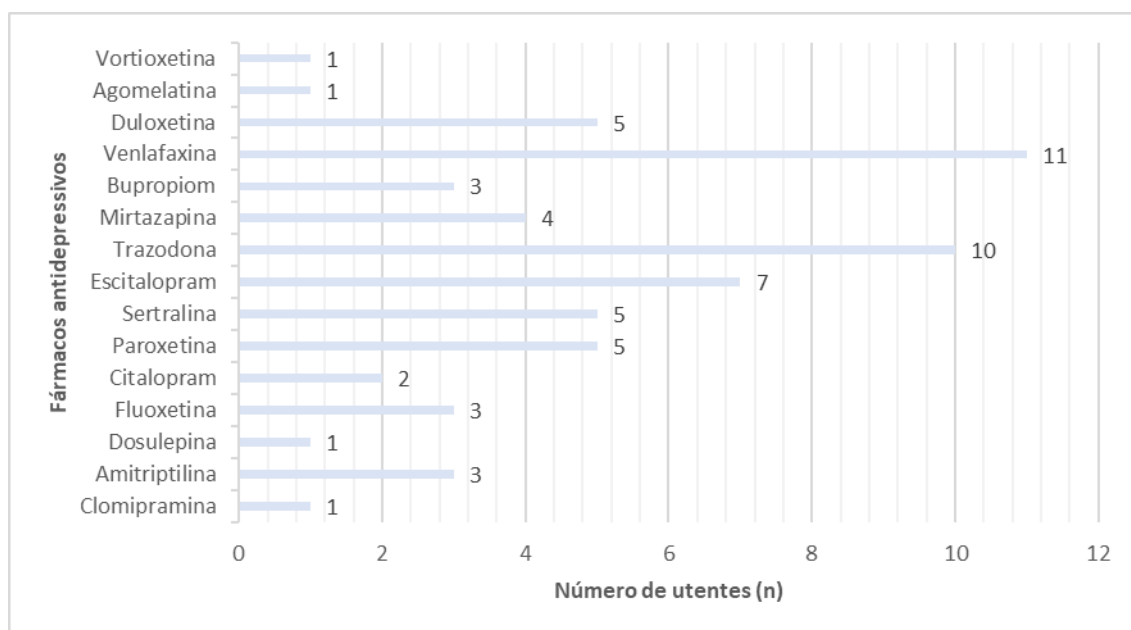


Gráfico 16 - Frequência do consumo dos fármacos antidepressivos, por substância ativa, na terapêutica atual

Se se considerar a totalidade de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos tomados anteriormente pelos utentes, ao todo 83 medicamentos, verifica-se, à semelhança do observado para a terapêutica atual, que a classe mais comum é a dos ansiolíticos, em particular os derivados da benzodiazepina, 33 (39,8%), seguida dos “outros antidepressivos”, 32 (38,6%), conforme se observa na Tabela 6.

A frequência de consumo por substância ativa ansiolítica e antidepressiva pode ser observada ao nível dos Gráficos 17 e 18, respetivamente.

Tabela 6 - Terapêutica farmacológica anterior

			Terapêutica anterior	
			n	%
<b>Psicolépticos</b>	Ansiolíticos	Derivados da benzodiazepina	33	39,8
	<b>Psicoanalépticos</b>	Antidepressivos	Inibidores não seletivos das monoaminas	4
<b>Inibidores seletivos da recaptção da serotonina</b>			14	16,9
Outros antidepressivos		32	38,6	

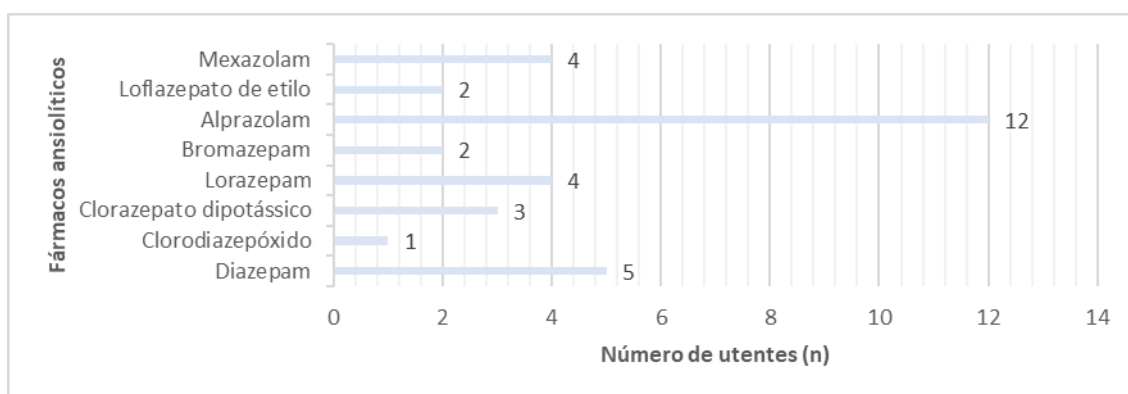


Gráfico 17 - Frequência do consumo dos fármacos ansiolíticos, por substância ativa, na terapêutica anterior

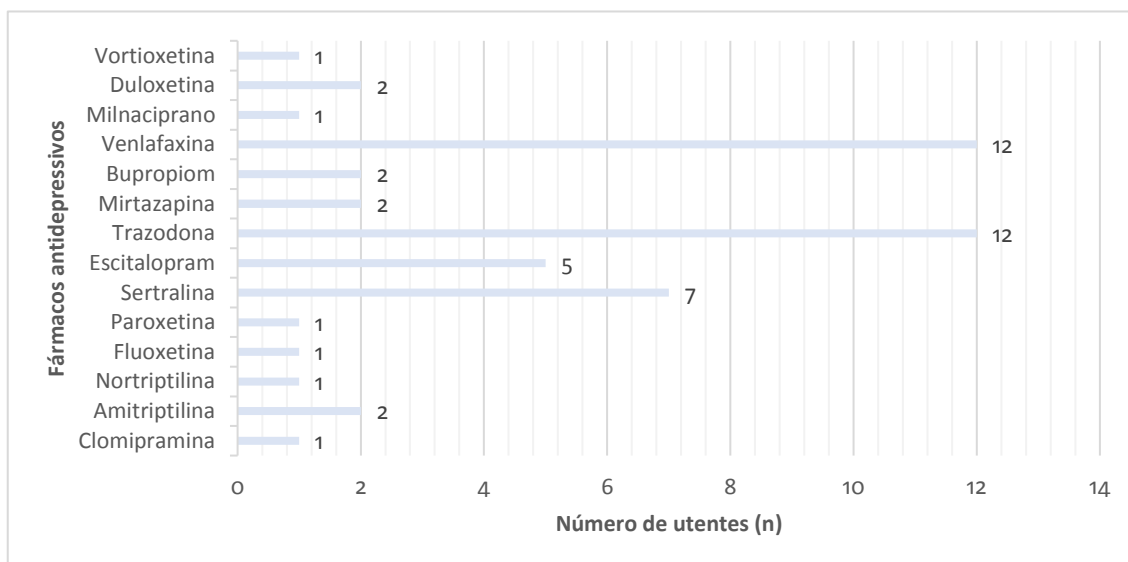


Gráfico 18 - Frequência do consumo dos fármacos antidepressivos, por substância ativa, na terapêutica anterior

Relativamente à terapêutica anteriormente praticada pelos utentes, verificou-se que 19 (33,9%) não fez nenhum fármaco incluído nestas classes, contudo,

identificou-se utentes cuja terapêutica ansiolítica e/ou antidepressiva prévia incluía 7, 8 e 9 fármacos diferentes, Tabela 7.

Tabela 7 - Número de fármacos consumidos anteriormente pelos utentes, considerando um período de 3 anos

	<b>Número de medicamentos</b>								
	0	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>n</b>	19	16	10	4	2	2	1	1	1
<b>%</b>	33,9	28,6	17,9	7,1	3,6	3,6	1,8	1,8	1,8

Para um total de 55 utentes, uma vez que, um dos utentes não soube identificar qual a posologia praticada, considerando os 97 medicamentos, dos 99 tomados no momento da entrevista, e avaliando a concordância da posologia (dose, frequência e duração do tratamento) com o resumo das características do medicamento (RCM), verificou-se que, apesar da maioria das posologias dos medicamentos, 57 (58,8%), estar em concordância com o mesmo, uma quantidade importante, não estava, 35 (36,1%), Tabela 8.

Tabela 8 – Concordância da posologia com o RCM

<b>Concordância com o RCM</b>	<b>Antidepressivos</b>	<b>Ansiolíticos</b>	<b>Total</b>
Sim	54	3	57 (58,8%)
Não	4	26	35 (36,1%)
Duvidoso	2	3	5 (5,2%)

Os motivos de não concordância com o RCM, encontram-se enumerados na Tabela 9.

Tabela 9 – Motivos subjacentes à classificação de posologia não concordante com o RCM

<b>Motivos da não concordância com o RCM</b>
Prolongamento do tratamento durante mais tempo do que o previsto
Prática de doses que não são consideradas para nenhuma das indicações do fármaco
Início com uma dose superior à indicada

#### 4.5. Informação sobre outros problemas de saúde

Relativamente a outros problemas de saúde reportados pelos participantes, das 56 pessoas inquiridas, 33 (58,9%) tinham diagnóstico de HTA, sendo, entre os problemas de saúde incluídos no questionário, o mais prevalente. O 2º problema de saúde mais frequente foi a hipercolesterolemia, 25 (44,6%), Tabela 10.

Tabela 10 - Outros problemas de saúde dos utentes que integram a amostra

<b>Outros problemas de saúde</b>								
	<b>HTA</b>	<b>Diabetes</b>	<b>HCT</b>	<b>Insónia</b>	<b>Asma</b>	<b>DPOC</b>	<b>Dor</b>	<b>Outros</b>
<b>n</b>	33	9	25	1	2	0	11	11
<b>%</b>	58,9	16,1	44,6	1,8	3,6	0	19,6	19,6

#### 4.6. Avaliação do controlo das patologias

Do preenchimento do questionário HADS, os scores obtidos sobre a depressão indicaram que o número de pessoas para cada classificação qualitativa varia de forma inversamente proporcional à gravidade da sintomatologia, ou seja, scores mais baixos são aqueles onde se incluíram mais utentes e os scores mais altos, menos utentes. Desta forma existe um maior número de utentes, 24 (42,9%), com ausência de sintomatologia e um menor número de utentes, 2 (3,6%), com sintomatologia considerada grave, Gráfico 19.

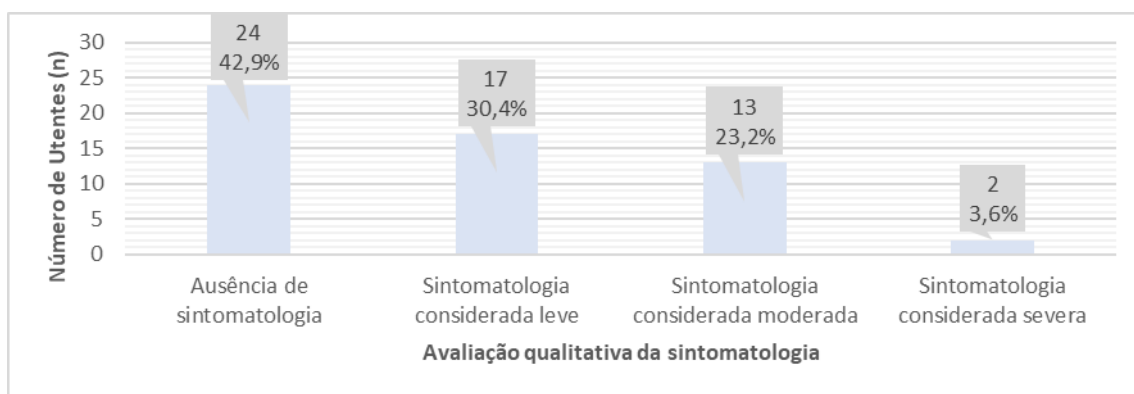


Gráfico 19 - Avaliação qualitativa da componente de depressão do questionário HADS-D

Os scores obtidos a partir das questões direcionadas para a ansiedade revelaram que, dentro dos 56 utentes da amostra, o número de utentes sem sintomatologia e com sintomatologia considerada moderada era semelhante, 20 (35,7%) e 19 (33,9%), respetivamente. Verificou-se, também, uma percentagem substancial de utentes com sintomatologia considerada severa, 7 (12,5%), Gráfico 20.

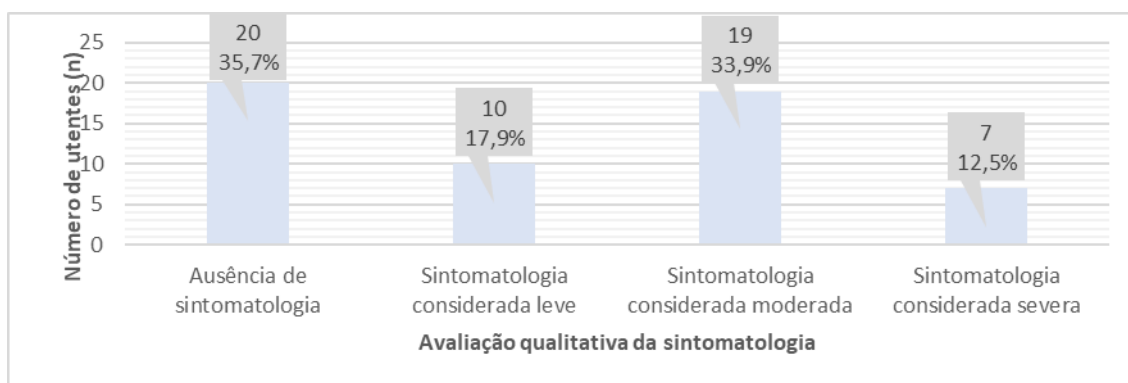


Gráfico 20 - Avaliação qualitativa da componente de ansiedade do questionário HADS-A

#### 4.7. Concordância com as *guidelines*

Considerando o perfil de prescrição dos 26 utentes que referiram sofrer apenas de depressão, verificou-se que a maioria não parece estar de acordo com o preconizado pelas *guidelines* do NICE e da Austrália.

No entanto, quando se relaciona com as *guidelines* americanas, verifica-se que a concordância é superior, havendo, contudo, uma percentagem substancial de não conformidade, 12 (46,2%), Tabela 11.

Tabela 11 - Avaliação da conformidade com as *guidelines* da depressão major

	National Institute for Health and Care Excellence	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists	American Psychiatric Association
<b>Depressão major</b>			
<b>Conforme</b>	8 (30,8%)	10 (38,5%)	14 (53,8%)
<b>Não conforme</b>	18 (69,2%)	16 (61,5%)	12 (46,2%)

Os motivos subjacentes à classificação dos esquemas terapêuticos como não concordantes com as *guidelines* encontram-se enumerados na Tabela 12.

Tabela 12 - Motivos subjacentes à discordância com as *guidelines* da depressão major

<b>Motivos</b>
Instituição inicial de terapêutica farmacológica com fármacos que não são de 1ª linha
Utilização de substâncias ativas não previstas pelas <i>guidelines</i>

Considerando os 3 utentes que referiram sofrer apenas de ansiedade, verifica-se, na Tabela 13, que nenhuma das terapêuticas vai de encontro ao preconizado pelas *guidelines* consideradas.

Tabela 13 - Avaliação da conformidade com as *guidelines* da DAG

	National Institute for Health and Care Excellence	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists	Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University
<b>DAG</b>			
<b>Conforme</b>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Não conforme</b>	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)

Os motivos subjacentes à classificação dos esquemas terapêuticos como não concordantes com as *guidelines* encontram-se enumerados na Tabela 14.

*Tabela 14 - Motivos subjacentes à discordância com as guidelines do DAG*

<b>Motivos</b>
Instituição inicial de terapêutica farmacológica com fármacos que não são de 1ª linha
Utilização de fármacos ansiolíticos por períodos de tempo superiores ao previsto
Utilização de substâncias ativas não previstas pelas <i>guidelines</i>

## 5. Discussão de Resultados

### 5.1. Características sociodemográficas

Segundo a Base de Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA), Mora tinha, em 2011 uma razão de géneros de aproximadamente 1, ou seja, o número de homens e mulheres encontrava-se próximo [56]. No entanto, a amostra reunida não espelha este aspeto uma vez que, segundo o estudo em análise, se denotou uma maior prevalência do género feminino.

Contudo, se considerarmos a temática do estudo, estes resultados vão ao encontro, em certa medida, dos dados nacionais [13] e internacionais publicados pela *World Health Organization* (WHO) [1], segundo os quais se afirma que os distúrbios depressivos e de ansiedade são mais frequentes em mulheres.

Em 2018, a população residente de Mora correspondia a um valor de 4236 indivíduos, dos quais, 1368 apresentavam uma idade igual ou superior a 65 anos, ou seja, aproximadamente 32% da população [57]. A amostra deste estudo reúne um total de 46,4% de indivíduos deste grupo etário, diferença para a qual contribuirá o facto de os utentes da farmácia serem, maioritariamente, idosos.

Em relação ao estado civil, os últimos dados nacionais apontam para uma maior prevalência do “casado”, seguido do “solteiro” [58]. Aspeto que não é confirmado pela amostra uma vez que “solteiro” é o estado civil menos representativo, mas este é um aspeto que pode ser justificado pela fuga das camadas mais jovens para os centros urbanos. [59]

O nível de escolaridade mais frequente na população deste município é o 1º ciclo [60], aspeto traduzido também pela amostra reunida.

A amostra em estudo apresentou um predomínio das faixas etárias mais envelhecidas, com idade média de  $63,8 \pm 1,64$  anos, associado ao consumo de ansiolíticos e/ou antidepressivos. Tal realidade não vai de encontro às conclusões retiradas ao nível do último estudo epidemiológico de saúde mental realizado em Portugal, no qual são os grupos de menor idade que têm maior probabilidade de manifestarem perturbações depressivas e de ansiedade [13].

Este aspeto é, como já foi anteriormente referido, provavelmente, fruto de uma maior afluência de indivíduos idosos à farmácia.

Apesar de a análise global da amostra revelar que a faixa etária dos participantes não corresponde aos dados da literatura, se analisarmos isoladamente o consumo de fármacos verificamos que na subclasse mais consumida, os derivados das benzodiazepinas, as características da amostra já se aproximam da realidade nacional. De facto, em 2016, os seus utilizadores foram maioritariamente do género feminino e encontravam-se nas faixas etárias entre os 55 e os 79 anos [61].

O estudo epidemiológico de saúde mental refere, também, em relação ao estado civil, que pessoas anteriormente casadas, viúvos e divorciados, apresentam um risco mais elevado de perturbações depressivas [13]. Se incidirmos o foco sobre os utentes mais jovens, com idade inferior a 55 anos, denota-se, apesar de abranger um número reduzido (n=13) de elementos da amostra, que quase metade se encontra divorciado, 6 (46%), o que vai de encontro ao referido no estudo. No grupo dos utentes com mais de 55 anos (n=43), onde se reúne a totalidade dos utentes da amostra com o estado civil “viúvo” (n=11), a prevalência deste estado civil não é expressiva.

Verificou-se ainda que 6 dos participantes, 10,8%, se encontravam desempregados ou de baixa médica, o que corresponde a quase metade da população ativa desta amostra, 15 (26,8%) pelo que, deste ponto de vista, pode ser um fator importante associado ao consumo destas classes de fármacos.

## 5.2. Diagnóstico de depressão *major* e distúrbio de ansiedade generalizado

Do total de utentes incluídos na amostra, 34 referiram ter diagnóstico de depressão *major* e 11, diagnóstico de ansiedade, ou seja, apenas 45 confirmaram que o consumo da medicação antidepressiva e/ou ansiolítica se destinava a algum destes distúrbios.

Apesar de nem todos os utentes identificarem o diagnóstico de alguma das patologias, a maior prevalência da perturbação depressiva face à perturbação

de ansiedade vai de encontro aos dados recolhidos entre 2011 e 2016 pela DGS [14].

Os 11 utentes que não confirmaram diagnóstico de nenhum dos distúrbios, desconheciam o fim para o qual faziam a medicação ansiolítica e/ou antidepressiva.

Na amostra verificou-se, para alguns utentes, que a toma destas subclasses de fármacos, particularmente aos quais está associado o efeito sedativo, era feita com o objetivo de adjuvar o sono. Destes destacam-se essencialmente a mirtazapina, a trazodona e benzodiazepinas tais como o alprazolam, diazepam, lorazepam.

Efetivamente, observa-se uma extensa prescrição dos fármacos antidepressivos para combater a insónia, ainda que estes não tenham indicação para tal e a evidência em torno da sua eficácia seja incerta [62].

Já as benzodiazepinas, diazepam e lorazepam têm indicação para o tratamento da insónia a curto prazo [63][64]. No entanto, o alprazolam não engloba essa indicação [65].

Em linha com os resultados do estudo, segundo dados do Infarmed verifica-se que, dentro das benzodiazepinas, as substâncias ativas, diazepam, alprazolam e lorazepam são as mais utilizadas em Portugal [61].

### 5.3. Terapêutica ansiolítica e/ou antidepressiva atual e anterior

Se nos debruçarmos sobre a terapêutica atual e anterior dos participantes verifica-se, para ambas, que as subclasses mais consumidas são os derivados da benzodiazepina e os antidepressivos classificados como “outros”. A diferença de consumo entre estas duas, apesar de existir, não é muito evidente.

Uma avaliação do consumo de psicofármacos em Portugal continental entre os anos de 2000 e 2012 mostrou um aumento significativo no consumo dos fármacos antidepressivos e, apesar de nos fármacos ansiolíticos não se ter denotado um aumento do consumo, estes permaneceram a classe mais consumida, mantendo valores de consumo mais elevados que os antidepressivos [43].

Dentro das causas que podem estar por detrás deste aumento do consumo encontram-se, por exemplo, as alterações nos regimes de comparticipação destes medicamentos [43], aspeto que facilita a acessibilidade ao tratamento farmacológico.

Para além deste aspeto este aumento do consumo de psicofármacos pode ser o resultado de sintomas depressivos e de ansiedade derivados das exigências da vida moderna e da forma como cada indivíduo se adapta a estas [66].

Relativamente aos médicos prescritores verificou-se que os principais autores da prescrição de fármacos antidepressivos e ansiolíticos foram os médicos de família. Consequência, provavelmente, resultante do facto de a maioria dos doentes com patologias psiquiátricas serem atendidos, numa fase inicial, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e apenas uma pequena parte dos doentes ser assistida nos Serviços de Psiquiatria [67].

Como se verifica nos resultados, aproximadamente 74% dos fármacos cuja posologia não se encontra de acordo com o RCM, integram a subclasse dos derivados de benzodiazepina, sendo a principal razão da discordância o facto do tratamento ser mais prolongado do que o indicado.

Um dos aspetos considerados no sentido de justificar a longa utilização das benzodiazepinas é a dependência induzida pelas mesmas associada a uma baixa adesão face às orientações que regem a sua descontinuação gradual e reavaliação insuficiente dos tratamentos [68].

Outra razão para integrar a categoria de “não concordante” com o RCM, foi uma frequência de toma prescrita em SOS, quando o RCM não o prevê. Pensa-se que uma das causas que poderá estar subjacente à prática desta posologia é a ausência de comunicação entre o utente e o clínico sobre o assunto, relacionado também com o facto de os utentes considerarem normal a toma nestes moldes.

#### 5.4. Controlo das patologias

Apesar de a maioria das posologias dos fármacos se encontrar em concordância com o RCM, 55,1% dos participantes do estudo apresentaram *scores* compatíveis com aparente não controlo da depressão *major* e 64,3% com aparente não controlo do DAG.

Importa referir que para 19 utentes da amostra a escala foi preenchida pela investigadora. Dentro dos motivos para tal destaca-se a preferência do utente para que se procedesse desta forma, uma vez que transparecia o receio de não entender as questões.

O recurso a este tipo de escalas tem como objetivo não só identificar as doenças, mas também monitorizar rotineiramente o doente ao nível do qual a mesma foi diagnosticada, de modo a avaliar a progressão da mesma [69].

As características deste estudo não permitem o acompanhamento do utente, nem conhecer *scores* de questionários HADS anteriores, por forma a melhor avaliar o controlo.

Adicionalmente, também é de reconhecer que o acesso à informação clínica do doente, por parte do investigador, foi limitado, o que condiciona a avaliação e exige “conclusões” cautelosas.

A presença de sinais e sintomas ligeiros não significa, necessariamente, descontrolo ou apenas um controlo parcial, tudo depende do *score* inicial, do ponto de partida, de como estava o doente antes do início da terapêutica. Mais uma vez, o acesso limitado à informação clínica condiciona a análise.

#### 5.5. Concordância com as *guidelines*

A partir do estudo identificou-se uma percentagem significativa de não concordância dos regimes terapêuticos dos utentes analisados com as *guidelines* internacionais mais atuais, tanto para a depressão *major* como para o DAG. No entanto, há vários aspetos a considerar neste achado.

Na avaliação da concordância com as *guidelines* foi tida em conta a terapêutica farmacológica anteriormente praticada pelos utentes, a que foi possível obter a partir do histórico no sistema informático da Farmácia. Contudo, dentro dos fármacos ansiolíticos e/ou antidepressivos contidos nesse registo,

apenas foram considerados aqueles que permitissem que fosse estabelecida uma relação temporal contínua com a terapêutica atual.

Na consulta dos históricos também não foi possível perceber se a terapêutica farmacológica ansiolítica e/ou antidepressiva instituída era fruto de um primeiro episódio ou se se tratava de uma recaída, fator que pode influenciar a abordagem farmacológica escolhida. De igual modo, também o contexto clínico potencialmente não conhecido pode justificar o esquema terapêutico.

De referir ainda que, nos utentes que sofrem de ansiedade, desconhece-se de que tipo de distúrbio de ansiedade se trata e, neste trabalho, o regime terapêutico destes foi comparado apenas com as *guidelines* do DAG, não tendo sido consideradas as *guidelines* de outros distúrbios de ansiedade, como por exemplo, da perturbação do pânico ou da perturbação de ansiedade social.

Para além disso a amostra de utentes que referiram sofrer apenas de ansiedade é muito pequena, pelo que não permite que sejam tiradas conclusões a partir da mesma.

Dos 46 utentes que, durante o questionário, confirmaram ter diagnóstico de depressão ou ansiedade, 8 reportaram ter diagnóstico de ambas as patologias e, portanto, a terapêutica farmacológica destes utentes não foi considerada aquando da avaliação da conformidade com as *guidelines*, individualmente, da depressão *major* e do DAG.

Apesar de, historicamente, se tratar de uma definição pouco consensual, o distúrbio depressivo e de ansiedade é caracterizado, segundo a WHO, pela presença de sintomas típicos de cada uma das patologias, depressão *major* e DAG. Esta patologia é tida em linha de conta quando a sintomatologia reportada pelo doente não obedece aos critérios de diagnóstico, isoladamente, da depressão ou da ansiedade [70].

O facto da definição deste distúrbio não ser consensual tem vindo a dificultar a instituição precoce de um tratamento adequado [71][72]. Apesar disso, a literatura reúne alguns estudos que se debruçaram sobre o tratamento deste.

A fim de promover um controlo inicial rápido dos sintomas característicos do DAG, considera-se a classe de fármacos das benzodiazepinas, particularmente as de longa duração, tais como o clonazepam [73]. Esta torna-se numa opção importante na medida em que os antidepressivos levam cerca de 3 a 4 semanas a promover o seu efeito. A classe mais provável para o tratamento simultâneo dos sintomas depressivos e ansiosos são os ISRS, sendo o mais frequentemente usado, o escitalopram [73].

Mesmo considerando esta hipótese, verifica-se que o esquema terapêutico de metade destes utentes não se encontra adequado devido ao uso prolongado dos fármacos ansiolíticos.

#### 5.6. Critérios de exclusão

O único critério de exclusão do estudo assentou em pessoas que não apresentassem capacidade cognitiva para entender o objetivo do mesmo e que, conseqüentemente, não lhes permitisse desenvolver um diálogo que fosse de encontro às questões que iam sendo colocadas durante a aplicação do questionário. Desta forma, apesar de 60 utentes terem aceitado o convite para integrar o estudo, um deles foi excluído após a entrevista uma vez que, durante a colocação das questões, houve a percepção de que este não estava a compreender o propósito do estudo.

Para além desta questão, foram ainda excluídos mais 3 utentes. Apesar destes terem sido recrutados, não se encontravam a tomar medicamentos que se inserissem nas classes dos ansiolíticos ou antidepressivos, no entanto, a falta de experiência da investigadora aliada ao reconhecimento das classes farmacoterapêuticas resultou em que estes tivessem, ainda assim, sido entrevistados. Tratava-se, dentro da classe fármacos hipnóticos e sedativos, de derivados da benzodiazepina e de medicamentos relacionados com a benzodiazepina.

#### 5.7. Limitações

Relativamente à concordância com as *guidelines*, é particularmente importante considerar o histórico de medicamentos ansiolíticos e/ou antidepressivos, para estabelecer uma sequência cronológica da inserção dos

mesmos e, desta forma, quando consideramos a terapêutica que o utente está a fazer, conhecer também a que já fez anteriormente, se for o caso. Durante o questionário foi extremamente difícil apurar qual a medicação anteriormente tomada pelos utentes. Na realidade, dos 38 utentes que haviam feito medicação ansiolítica e/ou antidepressiva anteriormente, apenas 2 conseguiram recordar e nomear devidamente os fármacos que haviam feito. Portanto, a recolha de dados foi complementada com uma observação do histórico de todos os utentes que constituem a amostra, tendo considerado um período de 3 anos, para ser consistente, uma vez que alguns dos utentes não tinha histórico anterior a esse período. Devido a este aspeto, apesar do questionário prever a recolha de informações, tais como o motivo da descontinuação de determinado fármaco e quem indicou tal ação, as mesmas não foram recolhidas.

É importante referir também que muitas vezes houve esquecimento por parte da equipa face ao recrutamento dos utentes que eram alvos da amostra, o que limitou o tamanho da mesma

## 6. Perspetiva do autor

De uma maneira geral, apercebi-me de que, apesar do aspeto que une a amostra, o consumo de fármaco(s) ansiolítico(s) e/ou antidepressivo(s), e, apesar da maioria confirmar diagnóstico de depressão e/ou ansiedade, nenhum dos utentes referiu fazer terapêutica psicológica.

Ainda que este seja um aspeto que não estava contemplado no questionário, acredito que a maioria não valorize esta opção. Senti, durante as entrevistas, que os utentes depositam inteiramente a esperança de se sentirem melhor nos medicamentos que tomam e dificilmente consideram outras medidas não farmacológicas, ainda que em simultâneo.

Neste sentido, o Farmacêutico tem um papel importante uma vez que estes, mesmo medicados, muitas vezes não conseguem controlar o seu problema de saúde, como se pôde constatar a partir da avaliação do controlo feita por intermédio do questionário HADS. Acredito que, muitas vezes, o facto de as pessoas acharem que se sentem melhor advém apenas da resolução parcial dos sintomas.

Cabe ao Farmacêutico, na sua prática diária, identificar os problemas de saúde não controlados, ou parcialmente controlados, e também educar os utentes face à sua patologia. Neste campo, considero também importante quebrar a ideia conceptualizada de que estas só afetam as pessoas mais sensíveis, isto porque foi claro com o meu trabalho que o género masculino apresentava uma maior dificuldade em falar sobre o assunto e em admitir que “precisa” destas classes de fármacos.

Outro ponto em que o Farmacêutico pode ser um elemento chave incide no desmame destas substâncias. Tornou-se evidente, durante o diálogo com os utentes, que alguns, apesar de considerarem que já não precisam de tomar, continuam a fazê-lo devido aos sintomas de privação que sentem quando deixam de os fazer.

Claro está que, esta última intervenção do Farmacêutico deve ser feita em estreita colaboração com o médico uma vez que este é quem está munido das ferramentas necessárias para fazer uma avaliação mais exata e completa do estado doente.

É importante considerar que, face ao paradigma atual do farmacêutico comunitário, estas intervenções não são fáceis de pôr em prática. Para isso, é imperativo que se verifique um redirecionar do foco do medicamento para o doente, o que requer que o Farmacêutico seja provido de tempo para o fazer.

Contudo, há serviços que podem ser implementados nas farmácias nesse sentido, tais como as consultas de Acompanhamento Farmacoterapêutico, ao nível das quais se permite que o Farmacêutico prescindia de mais tempo para estudar os casos e intervir.

## 7. Conclusão

Face ao estudo efetuado, concluiu-se que o consumo de fármacos ansiolíticos e antidepressivos é particularmente predominante no género feminino e nas faixas etárias a partir dos 55 anos.

A subclasse mais frequente foi a dos derivados da benzodiazepina. Foi, também, aquela cuja toma mais frequentemente se encontrava não conforme o RCM, devido, em grande parte, ao prolongamento excessivo da duração do tratamento.

Apesar de instituída terapêutica farmacológica, a maioria dos utentes apresentou *scores* compatíveis com o não controlo da depressão *major* e do DAG.

Neste contexto, considera-se que o Farmacêutico tem nestas patologias uma área de atuação de extrema importância por forma a otimizar a efetividade e segurança das terapêuticas instituídas.



## 8. Bibliografia

- [1] WHO, "Depression and other common mental disorders: global health estimates," *World Heal. Organ.*, pp. 1–24, 2017.
- [2] American Psychiatric Association, *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, DSM-5*, 5th ed. Lisboa, 2014.
- [3] J. T. Dipiro, R. L. Talbert, G. C. Yee, G. R. Matzke, B. G. Wells, and M. Posey, *Pharmacotherapy - A pathophysiologic approach*, 8th ed. McGraw-Hill Medical, 2011.
- [4] B. G. Wells, Jo. T. Dipiro, T. L. Schwinghammer, and C. V. DiPiro, *Pharmacoteraphy handbook*, 9th ed. McGraw-Hill Education / Medical, 2015.
- [5] D. A. Fernandes de Abreu, D. Eyles, and F. Féron, "Vitamin D, a neuro-immunomodulator: Implications for neurodegenerative and autoimmune diseases," *Psychoneuroendocrinology*, vol. 34, no. SUPPL. 1, 2009.
- [6] H. Shi, B. Wang, and X. Xu, "Antidepressant Effect of Vitamin D: A Literature Review," *Neuropsychiatry (London)*., vol. 07, no. 04, pp. 337–341, 2018.
- [7] M. T. Hoang, L. F. DeFina, B. L. Willis, D. S. Leonard, M. F. Weiner, and E. S. Brown, "Association between low serum 25-hydroxyvitamin D and depression in a large sample of healthy adults: The Cooper Center longitudinal study," *Mayo Clin. Proc.*, vol. 86, no. 11, pp. 1050–1055, 2011.
- [8] Y. Milaneschi *et al.*, "Serum 25-hydroxyvitamin D and depressive symptoms in Older women and men," *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, vol. 95, no. 7, pp. 3225–3233, 2010.
- [9] A. Montero-Pedrazuela *et al.*, "Modulation of adult hippocampal neurogenesis by thyroid hormones: Implications in depressive-like behavior," *Mol. Psychiatry*, vol. 11, no. 4, pp. 361–371, 2006.
- [10] E. I. Martin and K. Ressler, "The Neurobiology of Anxiety Disorders : Brain Imaging, Genetics, and Psychoneuroendocrinology," vol. 32, pp. 549–575, 2009.
- [11] W. Schallek, W. D. Horst, and W. Schlosser, *Mechanisms of Action of Benzodiazepines*, vol. 16, no. C. 1979.
- [12] World Health Organization, "Depression," 2018. [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- [13] J. Almeida and M. Xavier, *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental*. 2013.
- [14] Programa Nacional para a Saúde Mental, "Programa Nacional para a Saúde Mental 2017," 2017.
- [15] R. S. McIntyre, A. Fallu, and J. Z. Konarski, "Measurable outcomes in psychiatric disorders: Remission as a marker of wellness," *Clin. Ther.*, vol. 28, no. 11, pp. 1882–1891, 2006.
- [16] M. B. Keller, "Past , Present , and Future Directions CRITERIA FOR TREATMENT," *Jama-Journal Am. Med. Assoc.*, vol. 289, no. 23, pp. 3152–3160, 2003.
- [17] D. Novick, W. Montgomery, E. Vorstenbosch, M. V. Moneta, H. Dueñas, and J. M. Haro, "Recovery in patients with major depressive disorder (MDD): Results of a 6-month, multinational, observational study," *Patient Prefer. Adherence*, vol. 11, pp. 1859–1868, 2017.

- [18] P. Ramanuj, E. K. Ferenchick, and H. A. Pincus, "Depression in primary care: part 2-management," *BMJ*, vol. 365, p. l835, 2019.
- [19] J. C. Fournier *et al.*, "Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis," *JAMA - J. Am. Med. Assoc.*, vol. 303, no. 1, pp. 47–53, 2010.
- [20] W. H. Farah *et al.*, "Non-pharmacological treatment of depression: A systematic review and evidence map," *Evid. Based. Med.*, vol. 21, no. 6, pp. 214–221, 2016.
- [21] Direção Geral da Saúde, "Norma 034/2012: Terapêutica Farmacológica da Depressão Major e da sua Recorrência no Adulto," *Direção geral de Saúde*, pp. 1–21, 2012.
- [22] A. J. Gelenberg *et al.*, "Practice guideline for major depressive disorder in adults: American Psychiatric Association," *Am. J. Psychiatry*, vol. 150, no. 4 SUPPL., pp. 1–23, 2010.
- [23] NICE, "Depression in Adults: Treatment and management. Draft for second consultation," *Nice*, no. May, pp. 1–76, 2018.
- [24] G. S. Malhi *et al.*, "Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders," *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, vol. 49, no. 12, pp. 1087–1206, 2015.
- [25] A. Slee, I. Nazareth, P. Bondaronek, Y. Liu, Z. Cheng, and N. Freemantle, "Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis," *Lancet*, vol. 393, no. 10173, pp. 768–777, 2019.
- [26] B. Bandelow, M. Reitt, C. Röver, S. Michaelis, Y. Görlich, and D. Wedekind, "Efficacy of treatments for anxiety disorders: A meta-analysis," *Int. Clin. Psychopharmacol.*, vol. 30, no. 4, pp. 183–192, 2015.
- [27] K. Mitte, "Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy," *Psychol. Bull.*, vol. 131, no. 5, pp. 785–795, 2005.
- [28] G. J. G. Asmundson, M. G. Fetzner, L. B. Deboer, M. B. Powers, M. W. Otto, and J. A. J. Smits, "Let's get physical: A contemporary review of the anxiolytic effects of exercise for anxiety and its disorders," *Depress. Anxiety*, vol. 30, no. 4, pp. 362–373, 2013.
- [29] M. B. Stein and J. Sareen, "Generalized anxiety disorder," *Ann. Intern. Med.*, vol. 170, no. 7, pp. ITC49–ITC64, 2015.
- [30] M. Caramona *et al.*, *Normas de Orientação Terapêutica*. 2011.
- [31] P. Tomás and M. Á. J. Arriero, *MANUAL DE PSIQUIATRÍA*, vol. 16, no. spec. 2009.
- [32] C. P. Guidelines, "Guidelines Anxiety Disorders - July 2006, Vol 51, Supplement 2," *Chief Exec.*, vol. 51, no. July, 2006.
- [33] NHS, "Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management NICE CG113," *July*, no. July, 2019.
- [34] G. Andrews *et al.*, "Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder," *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, vol. 52, no. 12, pp. 1109–1172, 2018.

- [35] M. A. Katzman *et al.*, "Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders," *BMC Psychiatry*, vol. 14, no. SUPPL.1, p. S1, 2014.
- [36] M. Zimmerman, "Tools for Depression: Standardized Rating Scales," *Medscape Education Psychiatry & Mental Health*, 2011. [Online]. Available: <https://www.medscape.org/viewarticle/749921>. [Accessed: 03-Sep-2019].
- [37] N. P. Zuithoff *et al.*, "The patient health questionnaire-9 for detection of major depressive disorder in primary care: Consequences of current thresholds in a cross-sectional study," *BMC Fam. Pract.*, vol. 11, 2010.
- [38] G. Jackson-Koku, "Beck depression inventory," *Occup. Med. (Chic. Ill.)*, vol. 66, no. 2, pp. 174–175, 2016.
- [39] M. Hamilton, "The Assessment of Anxiety States by Rating," *Br. J. Med. Psychol.*, vol. 32, no. 1, pp. 50–55, 1959.
- [40] E. Thompson, "Hamilton rating scale for anxiety (HAM-A)," *Occup. Med. (Chic. Ill.)*, vol. 65, no. 7, p. 601, 2015.
- [41] A. Zigmond and R. Snaith, "The Hospital Anxiety and Depression Scale," *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 67, no. 6, pp. 361–370, 1983.
- [42] R. Snaith, "The Hospital Anxiety and Depression Scale," *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 12, no. 1, pp. 6–9, 2003.
- [43] C. Furtado and Infarmed, "Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000-2012)," 2013.
- [44] DGS, "Programa nacional para saúde mental em números – 2015," *Direção Geral da Saúde*, no. 2183–1505, pp. 1–116, 2016.
- [45] M. Bennett and J. V. R. Goode, "Recognition of community-based pharmacist practitioners: Essential health care providers," *J. Am. Pharm. Assoc.*, vol. 56, no. 5, pp. 580–583, 2016.
- [46] Zahida Binakaj, "Pharmaceutical Care of the Patients Suffering from Depression," *J. Pharm. Pharmacol.*, vol. 4, no. 6, pp. 253–260, 2016.
- [47] Z. Binakaj, S. Stojkov, B. Angelovska, and E. Drakalska, "The Role of Pharmacist in Treatment of Depression," *J. Pharm. Pharmacol.*, vol. 6, no. 2, pp. 149–152, 2018.
- [48] S. Rosser, S. Frede, W. F. Conrad, and P. C. Heaton, "Development, implementation, and evaluation of a pharmacist-conducted screening program for depression," *J. Am. Pharm. Assoc.*, vol. 53, no. 1, pp. 22–29, 2013.
- [49] J. Pais-Ribeiro, I. Silva, T. Ferreira, A. Martins, R. Meneses, and M. Baltar, "Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale," *Psychol. Heal. Med.*, vol. 12, no. 2, pp. 225–237, 2007.
- [50] A. Clark and L. J. Fallowfield, "Quality of life measurements in patients with malignant disease: a review," *J. R. Soc. Med.*, vol. 79, no. 5, pp. 165–169, 1986.
- [51] I. Djukanovic, J. Carlsson, and K. Årestedt, "Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a valid measure in a general population 65-80 years old? A psychometric

- evaluation study,” *Health Qual. Life Outcomes*, vol. 15, no. 1, pp. 1–10, 2017.
- [52] R. Milhomens, “Avaliação dos níveis de Ansiedade e Depressão e sua correlação com a intensidade de dor em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva,” 2014.
- [53] P. D. A. República, C. Nacional, and D. E. P. D. E. Dados, “Regulamento 798/2018, 2018-11-30 - DRE,” pp. 32031–32032, 2018.
- [54] Direcção Geral da Saúde, “Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito,” *Direcção Geral da Saúde*, pp. 1–16, 2015.
- [55] Instituto Nacional de Estatística, *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*, Instituto. 2010.
- [56] “PORDATA - População residente segundo os Censos: total e por sexo.” [Online]. Available: [https://www.pordata.pt/Municipios/População+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+sexo-17](https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+sexo-17). [Accessed: 12-Sep-2019].
- [57] “PORDATA - População residente: total e por grandes grupos etários.” [Online]. Available: [https://www.pordata.pt/Municipios/População+residente+total+e+por+grandes+grupos+etários-390-1926](https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios-390-1926). [Accessed: 12-Sep-2019].
- [58] “PORDATA - População residente segundo os Censos: total e por estado civil.” [Online]. Available: [https://www.pordata.pt/Municipios/População+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+estado+civil-23](https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+estado+civil-23). [Accessed: 12-Sep-2019].
- [59] Instituto Nacional de Estatística, *Censos 2011 - Resultados Definitivos - Região Alentejo*, vol. 3238, no. C. Lisboa, 2011.
- [60] “PORDATA - População residente com 15 e mais anos segundo os Censos: total e por nível de escolaridade completo mais elevado.” [Online]. Available: [https://www.pordata.pt/Municipios/População+residente+com+15+e+mais+anos+segundo+os+Censos+total+e+por+nível+de+escolaridade+completo+mais+elevado-69](https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+segundo+os+Censos+total+e+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado-69). [Accessed: 12-Sep-2019].
- [61] Direcção de Informação e Planeamento Estratégico, “Benzodiazepinas e análogos,” vol. 2, 2017.
- [62] H. Everitt *et al.*, “Antidepressants for insomnia in adults,” *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 2018, no. 5, pp. 10–13, 2018.
- [63] Infarmed, “Resumo das Características do Medicamento - Diazepam Labesfal 10 mg,” 2018.
- [64] Infarmed, “Resumo das Características do Medicamento - Lorazepam Aristo,” 2018.
- [65] Infarmed, “Resumo das Características do Medicamento - Alprazolam,” 2018.
- [66] I. M. Falcão, A. Monsanto, B. Nunes, J. Marau, and J. M. Falcão, “Medicina Geral e Familiar : um estudo na rede Médicos-Sentinela,” pp. 17–30, 2007.
- [67] J. A. Teixeira and A. S. Cabral, “Patologia psiquiátrica nos cuidados primários de saúde,” *Rev. Port. Clínica Geral*, vol. 24, no. 5, pp. 567–574, 2008.

- [68] A. Faria Vaz, A. S. Magalhães, A. Lourenço, J. Costa, M. Guerreiro, and N. Ribeiro, “Boletim Terapêutico nº1/2017 ARS LVT - Utilização de Benzodiazepinas: Um grave problema de saúde pública,” no. Tabela 1, pp. 1–6, 2017.
- [69] E. K. Ferenchick, P. Ramanuj, and H. A. Pincus, “Depression in primary care: part 1- screening and diagnosis,” *BMJ*, vol. 365, p. l794, 2019.
- [70] World Health Organization, “ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics,” 2019. [Online]. Available: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/314468192>. [Accessed: 28-Aug-2019].
- [71] J. Das-Munshi *et al.*, “Public health significance of mixed anxiety and depression: Beyond current classification,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 192, no. 3, pp. 171–177, 2008.
- [72] H. J. Möller, B. Bandelow, H. P. Volz, U. B. Barnikol, E. Seifritz, and S. Kasper, “The relevance of ‘mixed anxiety and depression’ as a diagnostic category in clinical practice,” *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 266, no. 8, pp. 725–736, 2016.
- [73] J. D. Coplan, “Treating comorbid anxiety and depression: Psychosocial and pharmacological approaches,” *World J. Psychiatry*, vol. 5, no. 4, p. 366, 2015.



## 9. Anexos

Anexo 1 - Potências relativas e perfil de efeitos adversos dos fármacos antidepressivos  
(Adaptado de [3])

**TABLE 77-4** Relative Potencies of Norepinephrine and Serotonin Reuptake Blockade and Side-Effect Profile of Antidepressant Drugs

	Reuptake Antagonism		Anticholinergic Effects	Sedation	Orthostatic Hypotension	Seizures <sup>e</sup>	Conduction Abnormalities <sup>e</sup>
	Norepinephrine	Serotonin					
<b>Serotonin selective reuptake inhibitors</b>							
Citalopram	0	++++	0	+	0	++	0
Escitalopram	0	++++	0	0	0	0	0
Fluoxetine	0	+++	0	0	0	++	0
Fluvoxamine	0	++++	0	0	0	++	0
Paroxetine	0	++++	+	+	0	++	0
Sertraline	0	++++	0	0	0	++	0
<b>Serotonin/norepinephrine reuptake inhibitors</b>							
Venlafaxine <sup>b</sup> and desvenlafaxine	++++	++++	+	+	0	++	+
Duloxetine <sup>c</sup>	++++	++++	+	0	+	0	0
<b>Aminoketone</b>							
Bupropion <sup>d</sup>	+	0	+	0	0	++++	+
<b>Triazolopyridines</b>							
Nefazodone	0	++	0	+++	+++	++	+
Trazodone	0	++	0	++++	+++	++	+
<b>Tetracyclic</b>							
Mirtazapine	0	0	+	++	++	0	+
<b>Tricyclics</b>							
<i>Tertiary amines</i>							
Amitriptyline	++	++++	++++	++++	+++	+++	+++
Clomipramine	++	+++	++++	++++	++	++++	+++
Doxepin	++	++	+++	++++	++	+++	++
Imipramine	+++	+++	+++	+++	++++	+++	+++
<i>Secondary amines</i>							
Desipramine	++++	+	++	++	++	++	++
Nortriptyline	+++	++	++	++	+	++	++
<b>Monoamine oxidase inhibitors</b>							
Phenelzine	++	++	+	++	++	+	
Selegiline	0	0	0	+	++	0	0
Tranylcypromine	++	+	+	+	++	+	+

++++, high; +++, moderate; ++, low; +, very low; 0, absent.

<sup>e</sup>These are uncommon side effects of antidepressant drugs, particularly when used at normal therapeutic doses.

<sup>b</sup>Venlafaxine: primarily 5-HT at lower doses, NE at higher doses and DA at very high doses.

<sup>c</sup>Duloxetine: balanced 5-HT and NE reuptake inhibition.

<sup>d</sup>Bupropion: also blocks dopamine reuptake.

Data from references 15, 33, 37, 39, and 42.

Anexo 2 - Doses relativas dos fármacos antidepressivos (Adaptado de [3])

**TABLE 77-3** Adult Dosages for Currently Available Antidepressant Medications<sup>a</sup>

Generic Name	Trade Name	Suggested Therapeutic Plasma Concentration ng/mL (nmol/L)	Initial Dose (mg/day)	Usual Dosage Range (mg/day)
<b>Serotonin selective reuptake inhibitors</b>				
Citalopram	Celexa		20	20–60
Escitalopram	Lexapro		10	10–20
Fluoxetine	Prozac		20	20–60
Fluvoxamine	Luvox		50	50–300
Paroxetine	Paxil		20	20–60
Sertraline	Zoloft		50	50–200
<b>Serotonin/norepinephrine reuptake inhibitors</b>				
Venlafaxine	Effexor		37.5–75	75–225
Desvenlafaxine	Pristiq		50	50
Duloxetine	Cymbalta		30	30–90
<b>Aminoketone</b>				
Bupropion	Wellbutrin		150	150–300
<b>Triazolopyridines</b>				
Nefazodone	Serzone		100	200–600
Trazodone	Desyrel		50	150–300
<b>Tetracyclic</b>				
Mirtazapine	Remeron		15	15–45
<b>Tricyclics</b>				
<i>Tertiary amines</i>				
Amitriptyline	Elavil	120–250 (433–903) <sup>b</sup>	25	100–300
Clomipramine	Anafranil		25	100–250
Doxepin	Sinequan		25	100–300
Imipramine	Tofranil	200–350 (713–1248) <sup>c</sup>	25	100–300
<i>Secondary amines</i>				
Desipramine	Norpramin	100–300 (375–1126) <sup>c</sup>	25	100–300
Nortriptyline	Pamelor	50–150 (190–570)	25	50–200
<b>Monoamine oxidase inhibitors</b>				
Phenelzine	Nardil		15	30–90
Selegiline (transdermal)	Emsam		6 <sup>d</sup>	6–12 <sup>d</sup>
Tranylcypromine	Pamate		10	20–60

<sup>a</sup>Doses listed are total daily doses; elderly patients are usually treated with approximately one-half of the dose listed.

<sup>b</sup>Parent drug plus metabolite.

<sup>c</sup>It has been suggested that combined imipramine + desipramine concentrations should fall between 150–240 ng/mL (535–900 nmol/L).

<sup>d</sup>Transdermal delivery system designed to deliver stated dose continuously over a 24-hour period.

Data from references 2, 15, 33, 42, and 67.

Anexo 3 - Propriedades farmacocinéticas dos fármacos antidepressivos (Adaptado de [3])

TABLE 77-7 Pharmacokinetic Properties of Antidepressants					
Generic Name	Elimination Half-Life (h) <sup>a</sup>	Time of Peak Plasma Concentration (h)	Plasma Protein Binding (%)	Percentage Bioavailable	Clinically Important Metabolites
<b>Serotonin selective reuptake inhibitors</b>					
Citalopram	33	2-4	80	≥80	None
Escitalopram	27-32	5	56	80	None
Fluoxetine	4-6 days <sup>b</sup>	4-8	94	95	Norfluoxetine
Fluvoxamine	15-26	2-8	77	53	None
Paroxetine	24-31	5-7	95		None
Sertraline	27	6-8	99	36 <sup>c</sup>	None
<b>Serotonin/norepinephrine reuptake inhibitors</b>					
Venlafaxine	5	2	27-30	45	O-Desmethylvenlafaxine
Desvenlafaxine	11	7.5	30	80	None
Duloxetine	12	6	90	50	None
<b>Aminoketone</b>					
Bupropion	10-21	3	82-88	<sup>d</sup>	Hydroxybupropion Threohydrobupropion Erythrohydrobupropion
<b>Triazolopyridines</b>					
Nefazodone	2-4	1	99	20	Meta-chlorophenylpiperazine
Trazodone	6-11	1-2	92	<sup>d</sup>	Meta-chlorophenylpiperazine
<b>Tetracyclic</b>					
Mirtazapine	20-40	2	85	50	None
<b>Tricyclics</b>					
<i>Tertiary amines</i>					
Amitriptyline	9-46	1-5	90-97	30-60	Nortriptyline
Clomipramine	20-24	2-6	97	36-62	Desmethyldomipramine
Doxepin	8-36	1-4	68-82	13-45	Desmethyldoxepin
Imipramine	6-34	1.5-3	63-96	22-77	Desipramine
<i>Secondary amines</i>					
Desipramine	11-46	3-6	73-92	33-51	2-Hydroxydesipramine
Nortriptyline	16-88	3-12	87-95	46-70	10-Hydroxynortriptyline

<sup>a</sup>Biologic half-life in slowest phase of elimination.

<sup>b</sup>4-6 days with chronic dosing; norfluoxetine, 4-16 days.

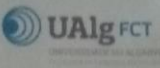
<sup>c</sup>Increases 30%-40% when taken with food.

<sup>d</sup>No data available.

Data from references 37, 63, 70, and 71.

Ativar o \n  
Aceda a De:




**Perfil de prescrição de antidepressivos e ansiolíticos numa amostra de utentes na farmácia comunitária.**  
**Avaliação do controlo da depressão/ansiedade**

<b>Nome completo:</b>	
<b>Género:</b> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<b>Contacto telefónico:</b>
<b>Data de Nascimento:</b>	
<b>Estado civil:</b> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/>	
<b>Escolaridade:</b> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> 1º ciclo <input type="checkbox"/> 2º ciclo <input type="checkbox"/> 3º ciclo <input type="checkbox"/> Secundário <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>	
<b>Profissão:</b>	
<b>Situação profissional:</b> Ativo <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Baixa médica <input type="checkbox"/> Há quanto tempo?	
<b>Sofre de depressão?</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, Há quanto tempo?	
<b>Sofre de ansiedade?</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, Há quanto tempo?	
<b>História clínica / Observações</b>	
<b>Terapêutica atual</b>	
<b>Medicamento 1:</b>	
Prescritor: Médico de família <input type="checkbox"/> Neurologista <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual?	
Posologia:	Tomada:
Prescrita:	
Sente-se melhor?	Obs:
<b>Medicamento 2:</b>	
Prescritor: Médico de família <input type="checkbox"/> Neurologista <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual?	
Posologia:	Tomada:
Prescrita:	
Sente-se melhor?	Obs:
<b>Medicamento 3:</b>	
Prescritor: Médico de família <input type="checkbox"/> Neurologista <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual?	
Posologia:	Tomada:
Prescrita:	
Sente-se melhor?	Obs:
<b>Medicamento 4:</b>	
Prescritor: Médico de família <input type="checkbox"/> Neurologista <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual?	
Posologia:	Tomada:
Prescrita:	
Sente-se melhor?	Obs:
<b>Medicamento 5:</b>	
Prescritor: Médico de família <input type="checkbox"/> Neurologista <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual?	
Posologia:	Tomada:
Prescrita:	
Sente-se melhor?	Obs:
<b>Suplemento 1:</b>	
Prescritor: Médico de família <input type="checkbox"/> Neurologista <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual?	
Posologia:	Tomada:
Prescrita:	
Sente-se melhor?	Obs:

Anexo 4 - Questionário (cont.)

<b>Suplemento 2:</b>		Data de início:	
Prescritor: Médico de família <input type="checkbox"/> Neurologista <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual?			
Posologia:		Tomada:	
Sente-se melhor?		Prescrita:	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/>		Obs:	

Sequência cronológica das prescrições: \_\_\_\_\_

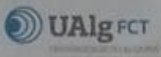
**Terapêutica anterior** Sim  Não

<b>Observações</b>	

<b>Medicamento 1:</b>		Data de início:	Data de fim:
Porque parou?	Efeito adverso <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sem efeito terapêutico <input type="checkbox"/>	
Efeito terapêutico parcial <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual?			
Quem recomendou parar? Iniciativa própria <input type="checkbox"/> Ordem médica <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Quem? _____			
Ns/Nr <input type="checkbox"/>			
Foi substituído por outro(s)?		Se sim, qual ou quais?	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
<b>Medicamento 2:</b>		Data de início:	Data de fim:
Porque parou?	Efeito adverso <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sem efeito terapêutico <input type="checkbox"/> Efeito terapêutico parcial <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual?	
Quem recomendou parar? Iniciativa própria <input type="checkbox"/> Ordem médica <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Quem? _____			
Ns/Nr <input type="checkbox"/>			
Foi substituído por outro(s)?		Se sim, qual ou quais?	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
<b>Medicamento 3:</b>		Data de início:	Data de fim:
Porque parou?	Efeito adverso <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sem efeito terapêutico <input type="checkbox"/> Efeito terapêutico parcial <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual?	
Quem recomendou parar? Iniciativa própria <input type="checkbox"/> Ordem médica <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Quem? _____			
Ns/Nr <input type="checkbox"/>			
Foi substituído por outro(s)?		Se sim, qual ou quais?	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
<b>Medicamento 4:</b>		Data de início:	Data de fim:
Porque parou?	Efeito adverso <input type="checkbox"/> Qual? _____	Sem efeito terapêutico <input type="checkbox"/> Efeito terapêutico parcial <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual?	
Quem recomendou parar? Iniciativa própria <input type="checkbox"/> Ordem médica <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Quem? _____			
Ns/Nr <input type="checkbox"/>			
Foi substituído por outro(s)?		Se sim, qual ou quais?	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			

**Outros problemas de saúde:**

HTA <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>
Hipercolesterolemia <input type="checkbox"/>
Insônia <input type="checkbox"/>
Asma <input type="checkbox"/>
DPOC <input type="checkbox"/>
Dor <input type="checkbox"/>
Outros? <input type="checkbox"/> Quais?

 **Perfil de prescrição de antidepressivos e ansiolíticos numa amostra de utentes na farmácia comunitária. Avaliação do controlo da depressão/ansiedade**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. **Não demore muito tempo a pensar nas respostas.** A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

**1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:**  
 Quase sempre  
 Muitas vezes  
 Por vezes  
 Nunca

**2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:**  
 Tanto como antes  
 Não tanto agora  
 Só um pouco  
 Quase nada

**3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:**  
 Sim e muito forte  
 Sim, mas não muito forte  
 Um pouco, mas não me aflige  
 De modo algum

**4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:**  
 Tanto como antes  
 Não tanto como antes  
 Muito menos agora  
 Nunca

**5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:**  
 A maior parte do tempo  
 Muitas vezes  
 Por vezes  
 Quase nunca

**6. Sinto-me animado/a:**  
 Nunca  
 Poucas vezes  
 De vez em quando  
 Quase sempre

**7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:**  
 Quase sempre  
 Muitas vezes  
 Por vezes  
 Nunca

**8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:**  
 Quase sempre  
 Muitas vezes  
 Por vezes  
 Nunca

**9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:**  
 Nunca  
 Por vezes  
 Muitas vezes  
 Quase sempre

**10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:**  
 Completamente  
 Não dou a atenção que devia  
 Talvez cuide menos que antes  
 Tenho o mesmo interesse de sempre

**11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:**  
 Muito  
 Bastante  
 Não muito  
 Nada

**12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:**  
 Tanto como antes  
 Não tanto como antes  
 Bastante menos agora  
 Quase nunca

**13. De repente, tenho sensações de pânico:**  
 Muitas vezes  
 Bastantes vezes  
 Por vezes  
 Nunca

**14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:**  
 Muitas vezes  
 De vez em quando  
 Poucas vezes  
 Quase nunca

**Referência bibliográfica:**  
*J. Pais-Ribeiro, I. Silva, T. Ferreira, A. Martins, R. Meneses & M. Baltar (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychology, Health & Medicine, 12:2, 225-237.*





## Consentimento informado

### *Perfil de prescrição de antidepressivos e ansiolíticos numa amostra de utentes na Farmácia Comunitária - Avaliação do controlo da depressão/ansiedade*


O objetivo principal deste estudo é a avaliação do perfil de prescrição de antidepressivos e ansiolíticos numa amostra de utentes da Farmácia Central de Mora para posterior comparação com as recomendações constantes das *guidelines* terapêuticas, a nível nacional e internacional. Pretende-se também avaliar o controlo da patologia (depressão ou ansiedade) dos utentes que integrem o estudo.

Para tal, solicito a sua colaboração, respondendo a dois questionários, um que contempla a recolha dos seus dados sociodemográficos e da sua medicação, outro que me irá permitir avaliar o grau de controlo da sua depressão / ansiedade. Esta investigação em nada influenciará o seu tratamento nem terá qualquer implicação para o(s) médico(s) prescriptor(es). Pretende-se apenas conhecer a sua terapêutica farmacológica.

Toda a informação recolhida será utilizada exclusivamente para fins académicos e, eventual, divulgação científica. O anonimato será sempre assegurado bem como a confidencialidade das suas respostas, garantindo que não será, em qualquer situação, identificado(a) nem identificável.

Pode, a qualquer momento, recusar responder a qualquer questão que lhe seja colocada ou até mesmo recusar participar no estudo. Tal decisão em nada prejudicará o seu atendimento e processo de cuidados na Farmácia Central de Mora. Pode, também, em qualquer altura solicitar a eliminação dos seus dados, bastando para tal contactar o responsável pelo estudo.

Se tiver alguma dúvida, antes de decidir, solicite esclarecimento.

 **UAIG FCT**  
UNIVERSIDADE DE ALCANTARA

## Consentimento informado

*Perfil de prescrição de antidepressivos e ansiolíticos numa amostra de utentes na Farmácia Comunitária - Avaliação do controlo da depressão/ansiedade*

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito dos seus direitos. Nome legível do aluno finalista do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | Contacto institucional do estudante: | 962331889 |

Ao utente, por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pela estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de colocar todas as questões sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Aceito participar no estudo e autorizo o registo dos meus dados, nas condições acima referidas.

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | Assinatura .....  
.....

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o estudo e outra para ficar na posse de quem consente.