



**CENTRO
UNIVERSITÁRIO**

CENTRO UNIVERSITÁRIO FAG

**PRESCRIÇÕES DE ANTIDEPRESSIVOS POR MÉDICOS NÃO ESPECIALISTAS EM
UM MUNICÍPIO DO OESTE DO PARANÁ**

CASCADEL

2017

JEFFERSON ASSIS MARINHO

**PRESCRIÇÕES DE ANTIDEPRESSIVOS POR MÉDICOS NÃO ESPECIALISTAS EM
UM MUNICÍPIO DO OESTE DO PARANÁ**

Trabalho de conclusão de curso, Curso de Farmácia,
Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, FAG.

Prof. Orientadora: Leyde Daiane de Peder

Co-orientador: Claudinei Mesquita da Silva

CASCADEL

2017

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos meus pais, em especial a minha mãe, por sempre ter me incentivado e apoiado em busca deste desafio. A minha esposa, meu sogro e sogra, pelo apoio e compreensão durante todo o tempo de graduação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele nada disso seria possível. Advém dele toda a força e sabedoria para que os objetivos possam ser alcançados. Aos meus pais Sueli e Elias e irmãos, Márcia, Miriam, Mayara e Júlio e a minha esposa Thais, por estarem sempre ao meu lado durante o percurso em busca desta conquista.

Meus agradecimentos a professora Leyde Daiane Peder, por ter estado sempre à disposição, prestando as orientações que permitiram a construção deste trabalho e também pela paciência e compreensão nos momentos mais difíceis.

Agradeço também a todos os professores que, desde o início da graduação, dividiram comigo seus conhecimentos e que, com toda certeza, contribuíram para que eu pudesse chegar até este momento.

Sou grato também aos colegas que, de uma forma ou outra, sempre contribuíram com meu aprendizado.

Muito Obrigado!

SUMÁRIO

1.REVISÃO DE LITERATURA.....	06
2.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
3.ARTIGO	30
4.INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA BRASILEIRA DE FARMÁCIA.....	47

REVISÃO DA LITERATURA

DEPRESSÃO

A depressão pode ser considerada como um transtorno mental, caracterizado por manifestação de tristeza, baixa autoestima, insônia, falta de apetite, desinteresse, dificuldade de concentração e recorrente sentimento de culpa. A doença também faz com que o paciente relate diversos episódios de múltiplos problemas físicos sem que haja aparente causa física. A depressão pode ser de longa duração ou recorrente, apresentando assim prejuízo substancial a capacidade do indivíduo de se relacionar no trabalho ou em atividades do cotidiano. Em situações mais extremas, a depressão pode levar o acometido a praticar o suicídio (WHO, 2017).

Depressão, ou melancolia, como era conhecida antigamente, possui relatos a mais de 2 mil anos, contudo, ainda hoje não são encontradas explicações específicas sobre sua natureza, etiologia e características. Isto tem gerado controvérsias entre profissionais especialistas em psiquiatria e pesquisadores que trabalham com o tema depressão (BECK & ALFORD, 2011).

De acordo com a World Health Organization (WHO, 2017) mais de 350 milhões de indivíduos já estão afetados pela depressão, que se tornou a principal doença incapacitante em todo o mundo. Ainda, de acordo com a WHO, até 2020 esta doença se tornará o segundo maior problema de saúde do mundo.

Segundo Berghofer *et al.* (2012) o serviço público de Atenção Primária à Saúde tem sido muito procurado por pacientes com quadro de depressão, sendo que a maior prevalência de procura de consultas se deu para tratamento de transtornos mentais.

Indivíduos que apresentam sintomas de depressão normalmente são os que mais procuram atendimento médico, fazem uso de mais medicamentos, submetem-se a uma quantidade maior de exames e possuem maior possibilidade de internamento em hospitais do que pessoas que não

apresentam quadro depressivo. Dentre os pacientes tratados corretamente, chega a mais de 75% os que apresentam eventos depressivos recorrentes, e cerca de 10 a 30% se mantêm apresentando sintomas residuais. Pacientes que possuem outras comorbidades, como diabetes mellitus e doenças cardíacas, devem ser acompanhados com atenção, uma vez que a depressão também influencia no agravamento destas doenças (MAURER, 2012)

Para Chisholm *et al* (2016) poderiam ser evitados cerca de 73 milhões de casos diagnosticados como depressão e cerca de mais 43 milhões de casos envolvendo a ansiedade caso fossem realizadas ações de expansão de tratamento de combate a depressão em países de baixa renda, baixa renda média, alta média renda e alta renda, por um período de quinze anos, com um investimento de cerca de 147 bilhões de dólares. A estimativa é de que o retorno financeiro seria da ordem de 169 bilhões e 250 bilhões de dólares, para casos de ansiedade e depressão, consecutivamente.

Pode se caracterizar a doença depressão como uma síndrome que envolve diversos mecanismos etiológicos e patogênicos, de origem multifatorial, resultantes de uma queda na liberação das chamadas monoaminas endógenas nas sinapses de neurotransmissores cerebrais. Estas monoaminas são a serotonina (5-HT), noraepinefrina (NE) e a dopamina (DA) (WANNMACHER, 2012; WHO, 2017).

A serotonina está envolvida na excitação de órgãos e também na constrição de vasos sanguíneos. Ela também desempenha outras funções no organismo, como o estímulo dos batimentos cardíacos, comanda a etapa inicial do sono e tem sido de muita importância no combate a depressão, visto que algumas drogas atuam aumentando os níveis de serotonina no cérebro. É atribuição da serotonina também a regulação da luz durante o sono, pois ela tem ação sobre o hormônio melatonina (GUYTON & HALL, 1997).

A norepinefrina, ou noradrenalina, é descrita em algumas bibliografias como precursor da adrenalina. Tem por função, entre outros, realizar a elevação da pressão sanguínea, uma vez que provoca vasoconstrição (GUYTON & HALL, 1997; JOHNSON, 2000).

Já a dopamina, se caracteriza como neurotransmissor químico e pode ser produzido em diferentes regiões cerebrais. Tem atribuições distintas, e sua função é definida dependendo de onde a mesma se encontrar (STANDAERT, 2009). Outra função que a dopamina tem é que, quando produzida na via nigra, é responsável pelo controle do movimento, regulação do estresse e humor. A diminuição dos níveis de DA nesta via, aumentará as chances do indivíduo desenvolver algum tipo de doença. Como exemplo de patologias que derivam da falta de dopamina estão a Doença de Parkinson e a depressão (DELUCIA, 2006).

O início de um quadro de depressão pode ser percebido através de um conjunto de sinais e sintomas ansiosos e depressivos, podendo apresentar duração de semanas ou até meses e o seu desenvolvimento pode ser diferente em cada indivíduo. Para alguns a depressão pode iniciar com episódios isolados, podendo ocorrer pontualmente tais situações com longo espaço de tempo entre um episódio e outro. Já em outros indivíduos, durante um determinado período de sua vida, poderão ocorrer episódios de forma consecutiva e contínua, além de que a tais situações poderão ser agravadas com o avanço da idade do paciente (MOUSSAVI *et al*, 2007).

A doença pode ainda ser dividida entre depressão maior e doença depressiva persistente. No caso da depressão maior, os sintomas apresentados interferem diretamente nas rotinas do cotidiano do indivíduo, dificultando seu desempenho no trabalho, nas atividades acadêmicas, interferindo no sono e no seu apetite. Já o estado depressivo persistente, a doença apresenta como característica o fato de acompanhar o indivíduo por pelo menos vinte e quatro meses. Porém, apesar desta divisão, existem ainda outros tipos de depressão que podem vir a surgir em momentos especiais. Neste sentido, temos a depressão psicótica, a depressão pós-parto, distúrbio afetivo sazonal e ainda o distúrbio bipolar (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2015).

Para Beck & Alford (2011), a depressão ainda não possui uma explicação plenamente satisfatória. Ainda existem importantes questões não resolvidas sobre a classificação e etiologia, como por exemplo, se não seria apenas um exagero por parte do paciente sobre seu estado de humor ou é qualitativamente e quantitativamente diferente de um estado de humor normal ou ainda se a

depressão estaria sendo causada por situações de estresse psicológico e conflito ou estaria também ligada a desordem biológica.

Relatório produzido pela Organização Mundial de Saúde, destacou que a depressão é mais frequente no sexo feminino, estimando-se uma prevalência do episódio depressivo em 3,6% dos homens e 5,1% em mulheres. Apesar destes indicadores, basicamente não existem diferenças específicas entre os gêneros em sintomas, estágios da doença, resposta a tentativas de tratamento ou consequências funcionais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Segundo Andrade *et al* (2004), a prevalência da doença em mulheres até os 70 anos chega a 45%, e se justificaria por diversos fatores, como a sobrecarga de tarefas envolvendo o lar, o trabalho, cuidado com os filhos e com a família. O fator hormonal, uso de contraceptivos, período de gravidez entre outros motivos também estão relacionados com a maior susceptibilidade da mulher a quadros depressivos. Em homens a prevalência é menor, com uma probabilidade de 27%. Alguns sentimentos, como a raiva e desânimo podem ser caracterizados como um processo depressivo, porém, no homem, acabam sendo mascarados pelo estresse da rotina excessiva de trabalho e/ou uso de drogas.

No Brasil, alguns estudos apontam no mesmo sentido, onde, pacientes do sexo feminino apresentam maior prevalência no consumo de antidepressivos (GARCIAS *et al.*, 2008; NOIA *et al.*, 2012; QUEIROZ NETTO *et al*, 2012). Neste sentido, em uma comparação entre homens e mulheres, o número maior de diagnósticos de depressão atribuído a elas seria justificado pelo fato das mesmas fazerem mais uso dos serviços de saúde, onde contam com mais política que atuam na prevenção, no cuidado e na atenção à saúde (FLORES, 2005).

Segundo a OMS, em 2020, a depressão será a segunda maior causa de incapacitação da população nos países desenvolvidos e a primeira nos países subdesenvolvidos. Quando comparado às principais condições médicas crônicas, a depressão é apenas equivalente, em termos de incapacidade, a doenças isquêmicas cardíacas, causando maior comprometimento estatal do que angina, artrite, asma e diabetes (MOUSSAVI *et al*, 2007).

DIAGNÓSTICO

Uma grande parte dos indivíduos que apresentam sintomas de transtorno mental procuram auxílio junto a profissionais da atenção básica de saúde (FERRARI *et al*, 2012; VORCARO *et al*, 2001). Porém, uma pequena porcentagem dos casos consegue acesso ao tratamento com medicamentos ou encaminhamento para o profissional especializado no tratamento de transtornos psíquicos (ANDRADE *et al*, 2003).

É de suma importância que os casos de depressão em níveis entre leve e moderado sejam diagnosticados precocemente, uma vez que uma falha na detecção pode levar ao agravamento da doença, afetando diretamente a capacidade do indivíduo de se relacionar com o meio em diversas tarefas do seu cotidiano, como no trabalho e nos estudos, diminuindo a qualidade de vida do paciente. A rapidez no diagnóstico também contribui para a redução na quantidade de consultas subsequentes, além de diminuir a duração do quadro depressivo e melhorar a condição dos efeitos da depressão a longo prazo absorvidos pelo paciente. Cerca de 80% da população mundial estão concentrados em países onde a renda se situa entre classe baixa e média, porém, toda essa população tem acesso a menos de 20% de todo o recurso disponível para o tratamento da doença (SAXENA *et al*, 2006).

Segundo levantamento realizado pelo Conselho Regional de Farmácia da Paraíba (2013), houve um aumento de 8,72% na comercialização de antidepressivos no Brasil, na comparação entre o ano de 2011 e o ano de 2012. Neste período foram dispensadas 42,33 milhões de caixas, significando que a cada cinco indivíduos, pelo menos um consumiu algum antidepressivo. Estes números, porém, podem ser resultado de erro de diagnóstico e também pela possibilidade de outros problemas de saúde também serem tratados com a utilização destes antidepressivos, como por exemplo, a ansiedade, hiperatividade, distúrbio do pânico e também em tratamentos para parar de fumar (RODRIGUES *et al*, 2006; SOUZA, 1999).

Outro fator que pode estar influenciando o aumento de diagnósticos de depressão pode estar ligado a rápida mudança nos hábitos e na rotina da população. Esta mudança impôs uma demanda cada vez maior ao nosso organismo, através da interação com novas tecnologias, da velocidade cada

vez maior que os processos necessitam e a exigência cada vez maior pelo perfeccionismo podem ter ocasionado mudanças epigenéticas que por sua vez ocasionaram aumento no número de diagnósticos de depressão (MELLO, 2014).

Com a tendência de aumento de diagnósticos, é cada vez mais necessário o preparo dos profissionais que fazem o atendimento destes pacientes. Porém, em um estudo conduzido na cidade de Campinas que tinha por objetivo investigar a confiança, conhecimento e atitude dos médicos clínicos no diagnóstico e indicação de tratamento indicou que 42% dos participantes tinham bastante dificuldade em separar a tristeza normal da depressão. Para 45% dos profissionais que participaram da pesquisa, a depressão é uma condição médica, porém para 47% destes ela deriva das tragédias e adversidades vivenciados pelo paciente (VALENTINI *et al*, 2004).

Segundo Horwitz & Wakefield (2010), a atual epidemia e crescente procura por tratamentos para depressão se associa, logicamente aos fatores sociais, mas principalmente a definição psiquiátrica de transtorno depressivo que permite a classificação de tristeza como se fosse uma doença, mesmo quando não é. Para a psiquiatria moderna ou ampliada, sintomas cotidianos que fazem parte das adversidades da vida podem facilmente se tornarem sintomas de algum transtorno, cujo diagnóstico é facilitado por definições demasiadamente amplas e empregadas de forma causal, ignorando as multicausalidades do processo de adoecer.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994), um dos instrumentos de referência para pautar diagnósticos, envolve nove critérios para identificar a depressão. São eles: estado deprimido por longos períodos de tempo, sensação de culpa ou sentimento de inutilidade, dificuldade de concentração, cansaço excessivo, insônia, muita agitação ou lentidão psicomotora, ganho ou perda de peso significativas, recorrentes menções a morte ou suicídio. Analisando o número de sintomas, o quadro do paciente pode ser dividido em três grupos: depressão menor, quando apresenta entre dois e quatro sintomas por quatorze dias ou mais, incluindo-se os quadros de estado deprimido ou anedonia; distímia, quando o número de sintomas passa a ser de três a quatro, incluindo estado

deprimido, durante vinte e quatro meses, no mínimo e depressão maior, com a junção de cinco ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia.

Para Conrad (2007) e Horwitz e Wakefield (2007) é preciso refletir a respeito do crescente aumento das estatísticas de depressão, pautados pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais em sua quarta edição, conhecido como DSM IV, de 1994, que é amplamente utilizado pela classe médica. Para estes autores, existem dúvidas se realmente está ocorrendo um aumento do transtorno depressivo ou se o que vem acontecendo está mais relacionado a medicalização de condições corriqueiras da vida humana, antes consideradas normais.

Algumas alterações propostas para a DSM-V acabaram por fazer a inclusão de novas categorias envolvendo o transtorno depressivo. Quando se faz uma comparação entre sua quarta e quinta edição, as mudanças envolvendo os critérios utilizados para realização de diagnósticos de transtorno depressivo maior (TDM) parecem insignificantes, porém, suas consequências para com a prática clínica são de grande relevância. No DSM-V, ocorre a separação do que era conhecido como transtornos de humor, ficando divididos entre transtornos bipolares e transtornos depressivos, sendo que o TDM fica inserido nesta última categoria citada (NEMEROFF *et al*, 2013).

O potencial de diagnóstico foi ampliado com a inclusão de desesperança no critério relacionado ao humor. Outro critério, denominado exclusão luto, que distingue um transtorno depressivo e uma reação normal que decorre de alguma perda significativa para o indivíduo, e que portanto requer um pouco mais de atenção especializada, passou a ser trocado pela avaliação clínica do profissional, retirando a objetividade do diagnóstico e tornando a distinção entre adversidades e episódios depressivos mais complexa de ser realizada (UHER *et al*, 2012).

Diversos profissionais especializados em descrição e classificação de doenças manifestaram certa preocupação em relação as recentes propostas de mudanças no DSM. A maioria concorda que os diagnósticos estariam mais susceptíveis a interpretações de falsos-positivos, visto que as angustias normais do dia a dia do ser humano estariam sendo tratadas como transtornos mentais. Confundir transtorno mental com as aflições de rotina enfraqueceria o modelo convencional de interpretação

de resultados clínicos e pesquisas etiológicas, incorrendo em desperdício de recursos e correndo riscos de tratamentos desnecessários serem realizados (UHER *et al*, 2012).

A cada atualização que os manuais de classificação são submetidos, vão se juntando uma gama de grupos psicopatológicos, o que, de certa forma, favorece a confusão de diagnósticos e analisando as dificuldades encontradas pelos profissionais envolvidas na elaboração do recente DSM-V, evidencia-se cada vez mais a necessidade de se conhecer melhor o que é um quadro de problema mental e o que é apenas um problema existencial que pode estar acometendo o indivíduo. É de suma importância a identificação e compreensão do que é normal para o que pode ser uma manifestação patológica (BURKLE, 2009).

TRATAMENTO

O tratamento para depressão pode ser realizado de diferentes formas. Cabe ao médico identificar e interpretar os dados referentes a cada paciente e indicar a melhor alternativa para combater a doença. Existem diversos tipos de tratamento para transtornos depressivos. Para casos leves a moderados poderão ser indicados tratamentos com psicoterapia, o que pode ser muito efetivo para tratamento e prevenção de reincidência. Contudo, nenhum tratamento isolado é superior para melhora dos sintomas, melhora da qualidade de vida e melhor aceitação do tratamento do que a combinação de psicoterapia e medicação (PAMPALLONA *et al*, 2004).

O desenvolvimento da doença pode ser dividido em três etapas, sendo o tratamento ajustado para que se possa atingir o melhor resultado possível em cada caso. A primeira etapa é denominada fase aguda. Nela, o objetivo principal é a obtenção de resposta do paciente ao tratamento ou pelo menos uma melhora nos sintomas da doença. Esta etapa tem duração de seis meses a um ano. A etapa seguinte, conhecida por fase de continuação, busca evitar que o paciente tenha recaídas no seu tratamento e seu tempo de duração varia de seis meses a um ano. A terceira etapa é chamada de fase de manutenção e é voltada a prevenção de reincidência da doença e, nesta fase, o tempo de tratamento

pelo qual o paciente será submetido é indeterminado pois o mesmo está associado ao risco de reincidência que envolve cada paciente (HALFIN, 2007).

Combinado aos diagnósticos, a medicalização tem se fortalecido de forma continua sustentada pelo crescimento do poder que a medicina exerce sobre os indivíduos. Seu principal objetivo está voltado para o controle comportamental do paciente, transformando-o em um ser normal em relação aos moldes atuais imposto pela sociedade, onde à cada vez mais a necessidade de se produzir resposta imediata a toda e qualquer demanda recebida. Assim, todo indivíduo que tenha uma conduta fora destes padrões, através do poder da medicina, acaba por conseguir ser reinserido no que a sociedade considera como normal (LEFÈVRE, 1991; UHR, 2012).

A utilização de medicamentos como tratamento predominante para diagnósticos de depressão começou a se naturalizar em 1951, onde, médicos notaram melhora de humor dos pacientes que estavam em tratamento contra a tuberculose com o medicamento iproniazida. A partir de então o fármaco passou a ser utilizado para tratamento de pacientes com depressão (KLINE, 1958; GILMAN & BRUNTON, 2012).

A reserpina, um alcaloide natural tóxico, extraído da planta *Rauwolfia serpentina*, foi descoberto em 1952 e sua descrição farmacológica no ano seguinte permitiu aos pesquisadores identificar um meio de indução a depressão uma vez que esta droga provocava inibição da concentração neuronal de serotonina e norepinefrina. Com isso ficou conhecida a origem do transtorno depressivo, correlacionando-o com a depleção das monoaminas, teoria que foi desenvolvida por Schildkraut em 1965, ficando conhecida como teoria monoaminérgica (KATZUNG, 2010; RANG *et al*, 2012).

Com o passar dos anos, os avanços tanto na pesquisa quanto na tecnologia, proporcionou a descoberta de vários novos fármacos, de classes diferentes, com a finalidade de tratamento da depressão. Neste sentido, os antidepressivos foram divididos em classes, de acordo com seu perfil farmacológico. Dentre estas classes estão: os Inibidores Da Monoaminaoxidase (IMAO),

Antidepressivos Tricíclicos (ADTs) e também os Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) (GILMAN & BRUNTON, 2012; RANG *et al*, 2012).

Os Inibidores da Monoaminoxidase (IMAO) compreendem a primeira classe de medicamentos antidepressivos que foram descobertos (GORENSTEIN, 1999). O mecanismo de ação dos fármacos desta classe se baseia no bloqueio de isoformas da enzima monoaminaoxidase, a MAO-A que está relacionada com o efeito antidepressivo e a MAO-B, que atua evitando processos degenerativos e também na prevenção da Doença de Parkinson (STAHL, 2014; BRUNTON *et al*, 2012).

Os Antidepressivos Tricíclicos (ADTs) possuem esta nomenclatura devido a sua estrutura química, formada por três anéis benzênicos. Seu mecanismo de ação se dá em nível pré-sináptico, onde age bloqueando a recaptura de monoaminas, em especial a serotonina e a norepinefrina, com menor captação de dopamina. Efeitos colaterais como sedação, constipação e xerostomia estão associados ao uso de fármacos desta classe devido ao bloqueio que também provocam em receptores histaminérgicos, alfa-adrenérgicos e muscarínicos (STAHL, 2014; BRUNTON *et al*, 2012).

Outra classe de antidepressivo abrange os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS). Seu desenvolvimento se deu com base nos ADTs e tem baixa afinidade em relação a receptores adrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos, diminuindo o problema com efeitos adversos, e tem alta afinidade por proteínas de recaptação de serotonina, provocando seu bloqueio (ROSS, 2012).

Após iniciar com uso de medicamentoso em dose terapêutica, conforme adesão do paciente poderão ser necessárias de 2 a 12 semanas para uma resposta clínica confiável, porém dentro de 6 a 8 semanas com resposta insatisfatória (melhora de menos 20% dos sintomas iniciais) uma troca de medicação poderá ser considerada (RAMASUBBU *et al*, 2012).

Porém, além das opções medicamentosas, existem ainda outras formas de se tratar a depressão. Em casos de Transtornos Depressivos Maiores (TDM), a eletroconvulsoterapia (ECT) tem se mostrado muito efetiva para o tratamento, sendo o procedimento de escolha para pacientes que não

apresentam resposta ao tratamento medicamentoso, com especificador de sintomas psicóticos ou risco grave de suicídio (KELLNER *et al*, 2014).

Nos casos em que a depressão leva a risco real de suicídio, a ECT, utilizada em associação a aplicação de anestesia geral, se apresenta como uma opção muito efetiva para o tratamento (LOUZÃ-NETO & BETARELLO, 1994).

A utilização da terapia eletroconvulsiva (ECT) teve seus primeiros passos nos anos 30. Apesar de ter gerado certa confusão e controvérsia em meio as pessoas, acabou por se tornar o primeiro tipo de tratamento realmente eficaz para a doença (FLAHERTY *et al*, 1990).

Segundo Carlson (2002), na eletroconvulsoterapia são utilizados choques elétricos com o objetivo de causar convulsões, ou seja, provocar alterações na atividade elétrica das células cerebrais.

Um dos primeiros a utilizar o método de indução a convulsão como tratamento para combater transtornos mentais foi Ladislav Joseph Von Meduna. Sua metodologia foi testada pela primeira vez em um paciente catatônico que apresentava quadro de mutismo completo há um longo período de tempo. Para testar seu método, Ladislav realizou seguidas aplicações intramuscular de uma substância a base de cânfora, e após a aplicação da quinta dose, o paciente começou a interagir e conversar. Apesar do sucesso do teste, os resultados das aplicações de cânfora demoravam cerca de 45 minutos para começarem a aparecer, o que, no paciente, gerava um período de extrema angústia (BUSNELLO, 2004; GROVER *et al*, 2005).

Em 1938, este sofrimento pelo qual o paciente passava fez com que dois médicos, Ugo Cerletti e Lucio Bini, trabalhassem em uma nova idéia que não gerasse tanto desconforto para o paciente. Foi então que, com ajuda de um aparelho montado por Lucio que aplicava choques elétricos subconvulsivos, conseguiram provocar no paciente uma crise convulsiva após algumas tentativas (BUSNELLO, 2004; SALLEH *et al*, 2006).

Desde que começou a ser utilizada, a ECT já passou por várias atualizações para aperfeiçoamento da técnica. Entre as modificações realizadas está a aplicação de anestesia de curta duração, relaxamento da musculatura, mudança no posicionamento dos eletrodos, passando a serem

posicionados unilateralmente e acompanhamento mais completo do período em que o paciente está sendo induzido a convulsão (MOSER *et al*, 2005).

Não existem registros de contraindicações absolutas relacionada ao uso da ECT. Os maiores riscos relacionados a realização do procedimento estão ligados a condições fisiopatológicas do paciente, como por exemplo, lesões intracranianas, histórico de acidente vascular cerebral, hipertensão, quadro de recente infarto do miocárdio e risco de hemorragia (MOSER *et al* 2005; SALLEH *et al*, 2006).

Uma outra opção para o tratamento do TDM resistente é a estimulação magnética transcraniana (EMT). Um estudo de Cassels (2013), com 307 pacientes que não haviam apresentado resposta a terapia com antidepressivos, evidenciou uma melhora sintomática em 62% dos pacientes e remissão em 42%, com o tratamento agudo.

Outro meio de tratar o transtorno depressivo está ligado a psicoterapia. Este tipo de estratégia tem o objetivo fazer com que o paciente faça uma autorreflexão, onde o mesmo reconheça e compreenda melhor quais as causas que tem gerado os seus conflitos, e estimulando-o a buscar uma recuperação da própria imagem que tem de si mesmo. O resultado esperado com este tipo de tratamento é a melhora na qualidade de vida do indivíduo, melhorando suas relações com o ambiente, com o trabalho e com as demais pessoas, tornando-o capaz de lidar com seus problemas e futuros conflitos (VALENTINI *et al*, 2004).

Este modelo de tratamento atua sobre os moldes da terapia interpessoal, onde o paciente é levado a identificar a causa dos seus problemas, contando sobre sua história, descrevendo experiências boas e ruins na sua relação com o ambiente e com as pessoas, esclarecendo ao mesmo todas as suas dúvidas pertinentes a doença, suas causalidades e enfatizando a importância do tratamento na melhora dos casos e prevenção de novos episódios (VALENTINI *et al*, 2004).

Indivíduos quem apresentam maior frequência de episódios depressivos tendem a apresentar maior dificuldade de recuperação, necessitando, além de um tratamento complementar na fase aguda da doença, realizar com tratamento por um período de tempo maior (ANDRADE *et al*, 2003).

Todavia, a remissão por completo dos sintomas da doença é algo extremamente difícil de acontecer e apenas uma pequena quantidade de pacientes conseguem atingir este objetivo (BROMET *et al*, 2011).

PSIQUIRIA

Segundo Cataldo *et al* (2003), a psiquiatria teve início com Hipócrates, pois foi dele a criação da teoria humoral, descrita na obra *Corpus Hippocraticum*, onde o já se citava algumas enfermidades como a melancolia (que anos depois seria chamada de depressão), psicose pós-parto, fobias entre outras. Para ele, estas doenças eram ocasionadas por um desequilíbrio nos humores. Segundo Hipócrates, esses humores eram: sangue (sanguíneo), Fleuma (fleumático), BÍlis Amarela (Colérico) e BÍlis Negra (Melancólico).

Através de Bayle, por um longo tempo, o método anátomo-clínico foi utilizado com o objetivo de dar mais sustentação às concepções da psiquiatria, onde o foco no momento era voltado para casos envolvendo demência, deficiência mental e alguns tipos de psicose, prevalecendo assim o método clínico. A margem da medicina tradicional, normas sociais e culturais norteiam a psiquiatria no sentido de realizar a identificação do que é normal para o que é patológico (BARRETO, 2013).

Para Ruiloba (2002), psiquiatria é o ramo da medicina que se ocupa ao estudo, diagnóstico, tratamento, prevenção e reabilitação das doenças psíquicas.

Segundo Scheffer *et al* (2015), existem atualmente no país 9010 médicos com título de especialista em medicina. Estes representam apenas 2,7% da população com formação acadêmica em medicina no Brasil, sendo a clínica médica e a pediatria os dois maiores grupos de profissionais em atuação no momento. A mesma pesquisa também evidenciou que a faixa etária de idade dos psiquiatras é de 49 anos. A maioria destes profissionais são do sexo masculino (57,4%), porém a diferença para as mulheres vem diminuindo ano após ano, visto que no estado de São Paulo, em 2011, o número de psiquiatras do sexo masculino representava 58,9%.

No estado do Paraná existem atualmente 595 profissionais psiquiatras em atuação. Destes 347 são do sexo masculino e 248 do sexo feminino. Os números destes profissionais representam 2,24% dos médicos ativos no CRM-PR (CRM-PR-2017).

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná (2017), atualmente existem 846 médicos trabalhando na cidade de Cascavel. Destes, 29 são especialistas em psiquiatria, ou seja 3,42% do total de profissionais. A média nacional de psiquiatras por 100 000 habitantes é de 4,48, sendo assim, Cascavel, com cerca de 316 000 habitantes possui um número muito maior, sendo cerca de 9,17 profissionais para cada 100 000 habitantes.

PRESCRIÇÃO E CONSUMO DE ANTIDEPRESSIVOS

A prescrição de substâncias antidepressivas pelos profissionais da área da saúde deve levar em consideração diversos fatores, dos quais não se relacionam apenas ao que diz respeito a medicação, mas também a situação clínica de saúde do paciente. Para que a indicação do tratamento medicamentoso seja realizada com o máximo de assertividade, o médico deverá analisar a eficácia e segurança que o fármaco oferece, além de suas características de toxicidade e efeitos colaterais. O custo do produto também deve constar na avaliação do tipo de medicação a ser escolhida para o paciente, uma vez que este detalhe pode influenciar na adesão ao tratamento (WANNMACHER, 2012).

Segundo Rocha e Werlang (2013) no Brasil há poucos estudos investigando a prevalência de uso de psicofármacos, bem como seu padrão de uso na população, em especial na Atenção Primária em Saúde (APS).

Em um estudo realizado por este mesmo autor, buscou-se verificar o padrão de consumo de psicofármacos, de um modo geral, por usuários de uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre/RS, e observou-se que entre estes fármacos, a classe mais prevalente foi a de antidepressivos, utilizados por 63,2% dos entrevistados, o que pode ser correlacionado com aumento do diagnóstico dos transtornos depressivos. As mulheres, com 70% de participação, são as maiores usuárias deste

tipo de medicação. O antidepressivo mais consumido pelos pacientes foi a Fluoxetina, seguida de Amitriptilina e Sertralina. (ROCHA & WERLANG, 2013).

Em um estudo transversal realizado por Schenkel e Colet (2016) estudo em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de São José do Inhacorá/RS, com usuários de antidepressivos, onde foi avaliado, entre outros, a relação entre o uso de psicofármacos e o sexo do paciente, o tipo de especialidade médica prescritora de tais medicações e qual a classe de antidepressivos mais utilizada pelos usuários deste sistema público. Foi evidenciado nos resultados, uma diferença significativa no consumo de tais substâncias por pacientes do sexo feminino, onde do total avaliado, 75% eram mulheres, enquanto que o consumo entre os homens era de apenas 25%.

Este mesmo estudo verificou que, de todos os pacientes entrevistados que faziam uso de antidepressivos, 75% haviam recebido as prescrições através de clínicos gerais e apenas 15% com o psiquiatra. Quanto a classificação farmacológica dos psicofármaco mais utilizada entre os entrevistados, os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) foram responsáveis por 69,6% do consumo total, sendo a Sertralina o representante desta classe mais prescrito, com 31,8% de participação.

Para Urgel *et al*, (2005) a maior susceptibilidade da mulher ao consumo destes tipos de medicamentos se deve ao fato de que a prevalência de transtornos psíquicos se dá em maior número neste grupo de indivíduos e também por ser delas o maior cuidado com a saúde, onde, conseqüentemente, acabam por utilizar mais os serviços de saúde do que a população do sexo masculino.

Estudo observacional publicado por Barros e Amador (2012) foi realizado na Farmácia Popular do Brasil (FPB) localizada na cidade de Porto Alegre-RS utilizando como base de dados os registros contidos no sistema Podium, que gerencia a venda e controle de estoques da FPB. O período compreendido no levantamento dos dados se deu entre outubro-dezembro de 2010 e outubro-dezembro de 2011. Este levantamento apurou, entre outras, a dispensação de medicamentos antidepressivos de acordo a disponibilidade dos mesmos durante o período da pesquisa.

Foram analisadas 2090 prescrições, onde 1411 eram de fármacos utilizados para o tratamento da depressão. O princípio ativo com maior número de prescrições foi a Fluoxetina de 20 mg, com 818 indicações, seguida pela Amitriptilina 25 mg que contou com 593 indicações. Quanto a prevalência entre homens e mulheres, assim como em outros estudos, as mulheres foram as que mais consumiram estes medicamentos. Elas foram responsáveis pelo consumo médio de 75,9% do total analisado.

Estudo realizado na Escócia, na cidade de Tayside, que possui 325 mil habitantes, verificou crescimento no número de prescrições de antidepressivos aviadas em farmácias comunitárias nas últimas décadas. Entre 1996 e 2001, o consumo que era de 8% passou a ser de 11,9%. Em 2007, o número de pessoas que faziam uso de antidepressivos chegou a 13,4%. Este aumento atingiu, em sua maioria, indivíduos com idade entre 35 e 64 anos, idosos acima de 85 anos e pessoas do sexo feminino, onde ficou evidenciado que as mulheres possuem o dobro de propensão a receberem prescrições de antidepressivos quando comparado a pacientes do sexo masculino (LOCKHART, 2011).

Pesquisa realizada por Kich e Hofmann (2013) analisou de forma direta as notificações de receita arquivadas em uma drogaria na cidade de Erechin – RS. O período compreendido na pesquisa foi de janeiro a dezembro de 2010 e os dados coletados para análise foram o sexo do paciente, especialidade do profissional que realizou a prescrição, qual o fármaco receitado, sua dosagem e o nome do paciente.

Os resultados obtidos apontaram para um maior número de prescrições de fármacos da classe dos ISRS, com cerca de 61,8% dos receituários. Segundo a pesquisa, a justificativa para este resultado deva-se ao fato de esta classe possuir melhor tolerabilidade e segurança, e seus efeitos colaterais mais leves e menos intensos quando comparados a outros princípios ativos de ação farmacológica diferente. A sertralina e a fluoxetina foram compostos mais prescritos.

Este mesmo estudo apontou, mais uma vez, que a grande maioria das prescrições foram para pacientes do sexo feminino, cerca de 70% de todas as prescrições analisadas. Os profissionais que

mais prescreveram antidepressivos neste estudo foram os clínicos gerais com 34% do total. A prescrição por médico especialista, psiquiatra, representou 19% das notificações e os profissionais cardiologistas formam o terceiro grupo de prescritores, com participação de 9%. Foram identificados no estudo a existência de outras dezessete diferentes especialidades de prescritores, como ginecologistas, endocrinologistas, nefrologistas, neurologistas, oncologistas, ortopedistas dentre outros.

Em comparação a outros estudos, Kich e Hofmann (2013) ressaltam que houve semelhança entre o perfil das prescrições verificadas em seu trabalho quando comparada a outras publicações. Os autores ainda chamam a atenção para o dado referente ao maior prescritor de antidepressivos não ser o psiquiatra, e que, segundo Andrade 2004, o clínico geral não seria o profissional mais preparado para realizar um diagnóstico mais assertivo a despeito da condição mental do paciente, o que pode justificar, em parte, o aumento indiscriminado de prescrições de antidepressivos nos últimos tempos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 5º Edição. 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4º Edition. 1994.

ANDRADE L, CARAVEO-ANDUAGA J.J, BERGLUND P, BIJL R.V, De GRAAF R, VOLLEBERGH W, DRAGOMIRECKA E, KOHN R., KELLER M, KESSLER R.C, KAWAKAMI N, KILIC C, OFFORD D, USTUN T.B, WITTCHEN H.U. **The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys**. International Journal of Methods in Psychiatric Research, v.12, p.3-21, 2003.

ANDRADE M.F, ANDRADE R.C.G, SANTOS V. **Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações**. Revista Brasileira Ciências Farmacêuticas. vol. 40, 2004.

BARRETO F.P. **A psicanálise aplicada a saúde mental: Uma contribuição ao tema da prática lacaniana nas instituições**. Disponível em http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_01/Revista01_art3_Barreto.pdf Acesso em 19 jun. 2017.

BARROS C.F, AMADOR T.A. **Análise do consumo dos antidepressivos e benzodiazepínicos disponibilizados na Farmácia Popular do Brasil/UFRGS**. Revista Brasileira de Farmácia (Rbf). 2012.

BECK A, ALFORD A. **Depressão: Causas e Tratamento**. Artmed – 2ª Edição. 2011.

BERGHOFFER A, HARTWICH A, BAUER M, UNUTZER J, WILLICH S.N, PFENNING A. **Efficacy of a systematic depression management program in high utilizers of primary care: a randomized trial**. BMC Health Services Research. 2012.

- BROMET E, ANDRADE L.H, HWANG I, SAMPSON N, ALONSO J, DE GIROLAMO G, et al. **Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode.** BMC Medicine. 2011;9(1):90
- BRUNTON L.L, CHABNER B.A, KNOLLMANN B.C. **As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman.** 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012. 2079 p.
- BURKLE T.S. **Uma reflexão crítica sobre as edições do Manual de Diagnóstico de Estatística das Perturbações Mentais – DSM.** Dissertação - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- BUSNELLO J.V, KAPCZINSKI F, QUEVEDO J, IZQUIERDO I.A. **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos.** 2. ed Porto Alegre: Artmed, 2004.
- CARLSON N.R. **Fisiologia do comportamento.** 7.ed. Barueri: Manole; 2002. p.544-55.
- CASSELS C. **TMS for resistant depression: long-term results are in.** [The American Psychiatric Association's 2013 Annual Meeting](#), 2013.
- CATALDO NETO A, ANNES S, BECKER V. **História da Psiquiatria.** EDIPUCRS. 2003.
- CHISHOLM D, SWEENEY K, SHEEHAN P, RASMUSSEN B, SMIT F, CUIJPERS P, et al. **Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis.** Lancet Psychiatry. 2016 May;3(5):415-24.
- CONRAD P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders.** Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 2007.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. **Demografia Médica.** Disponível em <http://www.crmpr.org.br/Demografia+medica+10+89.shtml> acesso em 23 Mar. 2017
- DELUCIA R, MUNHOZ C.M, KAWAMOTO E.M, SCAVONE C. **Fármacos Usados no Tratamento de Doenças Neurodegenerativas - Farmacologia Integrada,** 2006. p.279- 286

Efficacy of a systematic depression management program in high utilizers of primary care: a randomized trial. BMC Health Services Research. 2012.

FERRARI A.J, SOMERVILLE A.J, BAXTER A.J, NORMAN R, PATTEN S.B, VOS T, et al. **Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature.** Psychological Medicine. 2012; FirstView: 1 -11.

FLAHERTY J, CHANNON R.A, DAVIS J.M. **Psiquiatria - diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Artes Médicas; 1990. 479p.

FLORES, L. M, MENGUE, S. S. **Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil.** Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 6, p. 924–929, 2005.

GARCIAS C.M.M, PINHEIRO R.T, GARCIAS G.L, HORTA B.L, BRUM C.B. **Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006.** Caderno de Saúde Pública, v. 24, n. 7, p. 1565-1571, 2008.

GILMAN A.G, BRUNTON L.L. **As bases farmacológicas da terapêutica.** 12. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012.

GORENSTEIN C, SCAVONE C . **Avanços em psicofarmacologia: mecanismos de ação de psicofármacos hoje.** Rev Bras Psiquiatr, V.21, p.64-73. 1999.

GROVER S, MATOO S.K, GUPTA N. **Theories on mechanism of action of eletroconvulsive therapy.** German Journal of Psychiatry, 2005.

GUYTON A.C, HALL J.E. **Tratado de Fisiologia Médica.** Ed.9º. Guanabara. 1997

HALFIN A. **Depression: The Benefits of Early and Appropriate Treatment,** Am J Manag Care, 2007, 13:S92-S97.

HORWITZ A.V, WAKEFIELD J.C. **A Tristeza Perdida - Como a Psiquiatria Transformou a Depressão em Moda.** Summus Editoria. 2010.

JOHNSON L.R. **Fundamento de Fisiologia Médica**. Ed. Guanabara 2000.

KATZUNG, B. G. **Farmacologia: Básica & Clínica**. 10. ed. Porto Alegre: AMGH, 2010.

KELLNER C.H, KAICHER D.C, BANERJEE H, KNAPP R.G, SHAPIRO R.J, BRIGGS M.C, PASCULLI R.M, POPEO D.M, AHLE G.M, LIEBMAN L.S. **Depression Severity in Electroconvulsive Therapy (ECT) Versus Pharmacotherapy Trials**. J ECT. 2014.

KICH D.L, HOFMANN Jr. A.E. **Avaliação Das Notificações De Antidepressivos Prescritos Em Uma Drogeria De Erechim – RS. PERSPECTIVA**, Erechim. v.37, n.137, p.55-61. 2013.

KLINE N.S. **Clinical experience with iproniazid (marsilid)**. Journal of Clinical Experimental Psychopathology, v. 19, 1958.

LEFÈVRE F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LOCKHART P, GUTHRIE B. **Trends in primary care antidepressant prescribing 1995- 2007: a longitudinal population database analysis**. British Journal of General Practice, v. 61, n. 590, p. 565-72, 2011.

LOUZÃ-NETO MR, BETARELLO SV. **Depressão: como diagnosticar e tratar**. Revista Brasileira de Medicina. 1994;50(edição especial):41-9.

MAURER D.M. **Screening for depression**. Am Fam Physician. 2012.

MELLO M.F. **Depressão e fatores estressores**. Rev. Depressão em Pauta. 2014; 1(2): 13-14.

MOSER C.M, LOBATO M.I, BELMONTE-DE-ABREU P. **Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica**. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul vol.27 no.3 Porto Alegre Set./Dez. 2005.

MOUSSAVI S, CHATTERJI S, VERDES E, TANDON A, PATEL V, USTUN B. **Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys**. Lancet. 2007;370(9590):851-8.

MOUSSAVI S, CHATTERJI S, VERDES E, TANDON A, PATEL V, USTUN B. **Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys.** Lancet. 2007;370(9590):851-8.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. **Depression: What you need to now.** Health & Education, 2015

NEMEROFF C. B. et al. **DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions.** BMC Medicine 2013. 11:202.

NOIA A.S, SECOLI S.R, DUARTE Y.A.O, LEBRÃO M.L, LIEBER N.S. **Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo.** Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 46, n. Esp., p.38-43, out, 2012.

PAMPALLONA S, BOLLINI P, TIBALDI G, KUPELNICK B, MUNIZZA C. **Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review.** Arch Gen Psychiatry. 2004; 61(7):714-9.

QUEIROZ NETTO, M.U, FREITAS O, PEREIRA L.R. **Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP.** Revista de Ciências Farmacêutica Básica e Aplicada, v. 33, n. 1, p. 77-81, 2012.

RAMASUBBU R, BEAULIEU S, TAYLOR V.H, SCHAFFER A, MCINTYRE R.S. **Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force. The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid medical conditions: diagnostic, assessment and treatment principles.** Ann Clin Psychiatry. 2012; 24(1):82-90.

RANG, H. P. *et al.* **Farmacologia.** 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2012.

- ROCHA B.S, WERLANG M.C. **Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(11):3291-3300, 2013
- RODRIGUES M.A.P, FACCHINI L.A, LIMA M.S. **Modificações nos padrões de consumo de psicofarmacos em localidade do sul do Brasil.** Revista de Saúde Pública, v. 40, 2006.
- ROSS J.B. **Drug Therapy Of Depression and Anxiety Disorders.** In: Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. 12. ed. 2012.
- RUILOBA J.V. **Introdução a Psicopatologia e Psiquiatria.** Editora Masson. 2002.
- SALLEH M.A, PAPAKOSTAS I, ZERVAS I, CHRISTODOULOU G. **Eletroconvulsoterapia: critérios e recomendações da Associação Mundial de Psiquiatria.** Rev. psiquiatr. clín. 2006, vol.33, n.5, pp. 262- 267.
- SAXENA S, SHARAN P, GARRIDO M, SARACENO B. **World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development.** World Psychiatry. 2006;5(3):179-84.
- SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2015.** Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015. 284 páginas.
- SCHENKEL M, COLET C F. **Uso de antidepressivos em um município do Rio Grande do Sul.** Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 20, n. 1, p, 33-42, jan./abr. 2016.
- SOUZA F.G. **Tratamento da depressão.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 21, 1999.
- STAHL S.M. **Psicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas.** 4. Ed. São Paulo: Guanabara Koogan. 2014. 713 p.
- STANDAERT D, GALANTER J.M. **Farmacologia da Neurotransmissão Dopaminérgica. Princípios de Farmacologia: A Base Fisiopatologia da Farmacoterapia,** 2009, p.166-185.

UHER R. *et al.* **Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV.** *Depress Anxiety*. 2013. Nov 22.

UHR D. **A medicalização e a redução biológica no discurso psiquiátrico.** *Polêmica*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2012.

URGELL C.V, MONNE S.B, VEJA C.F, ESQUIUS N.P. **Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria.** *Aten primaria* 2005; 36(5):239-247.

VALENTINI W, LEVAV I, KOHN R, MIRANDA C.T, MELLO A.A.F, MELLO M.F, RAMOS C.P. **Treinamento de Clínicos Para o Diagnóstico e Tratamento da Depressão.** *Revista Saúde Pública*. 2004.

VALENTINI W, LEVAV I, KOHN R, MIRANDA C.T, MELLO A.A.F, MELLO M.F, RAMOS C.P. **Treinamento de Clínicos Para o Diagnóstico e Tratamento da Depressão.** *Revista Saúde Pública*. 2004

VORCARO C.M, LIMA-COSTA M.F, BARRETO S.M, UCHOA E. **Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambui Study.** *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(4):257-63.

WANNMACHER L. **Uso racional de antidepressivos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 83-89.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health. *Depression* 2017.

ARTIGO

Prescrições de antidepressivos por médicos não especialistas em um município do Oeste do Paraná

Prescriptions of antidepressants by non-specialists in a West Paraná municipality

Jefferson Assis Marinho*¹, Claudinei Mesquita da Silva ² & Leyde Daiane Peder²

¹Acadêmico do Curso de Farmácia – Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz,
Cascavel, Paraná, Brasil

²Docente do Curso de Farmácia – Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz,
Cascavel, Paraná, Brasil

*Jefferson Assis Marinho

Rua Panamá, 945 – Bairro: São Francisco

CEP: 85817-180 – Cascavel – PR – Brasil – E-mail: jefferson.a.marinho@hotmail.com

Tel. (45) 9 91072682 / 32293518

RESUMO

A depressão é considerada um tipo de transtorno afetivo que provoca alterações mentais, corporais e distúrbios de humor em uma considerável parcela da população mundial. Os antidepressivos são utilizados como tratamento de escolha para casos de depressão. O psiquiatra nem sempre é o responsável pelo diagnóstico e tratamento do paciente. O presente trabalho teve por objetivo verificar a área de especialização médica responsável pelos maiores números de prescrições de antidepressivos em uma farmácia comunitária em um município do oeste do Paraná durante o ano de 2016. Através do sistema de controle de dispensação de psicotrópicos da farmácia, foram analisadas as dispensações de antidepressivos, as quais corresponderam a 8454 caixas. Psiquiatras foram a maior classe de prescritores (44,9%), porém 55,1% corresponderam a profissionais com outro tipo de especialização médica. O princípio ativo mais prescrito foi o Escitalopram (18,2%). Os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina corresponderam a classe mais prescrita (56,1%). O uso de antidepressivos por mulheres correspondeu a 71,9%. Os resultados obtidos demonstraram que grande parte dos pacientes recebem o diagnóstico de depressão por psiquiatras, porém, mais da metade das prescrições foram realizadas por outras especialidades médicas, o que pode contribuir para erros de interpretação do quadro clínico do paciente.

Palavras-chave: Prescrição, Antidepressivos, Farmácia, Psiquiatra

ABSTRACT

Depression is considered a type of affective disorder that causes mental, bodily and mood disorders in a considerable portion of the world's population. Antidepressants are used as treatment of choice for cases of depression. The psychiatrist is not always responsible for the diagnosis and treatment of the patient. The present study aimed to verify the area of medical specialization responsible for the highest numbers of antidepressant prescriptions in a community pharmacy in a municipality in western Paraná during the year 2016. Through the pharmacy dispensing control system of the pharmacy, the antidepressant dispensations, which corresponded to 8454 boxes. Psychiatrists were the largest class of prescribers (44.9%), but 55.1% corresponded to professionals with other types of medical specialization. The most commonly prescribed active principle was Escitalopram (18.2%). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors were the most prescribed class (56.1%). The use of antidepressants by women corresponded to 71.9%. The results showed that most patients are diagnosed with depression by psychiatrists, however, more than half of the prescriptions were performed by other medical specialties, which may contribute to errors in the interpretation of the patient's clinical picture.

Keywords: Prescription, Antidepressants, Pharmacy, Psychiatrist

INTRODUÇÃO

A depressão pode ser considerada um tipo de transtorno afetivo que tem sido cada vez mais recorrente nos dias atuais, provoca alterações mentais, corporais e distúrbios de humor em uma considerável parcela da população mundial. Essa doença é caracterizada por um conjunto de sintomas que podem durar semanas, meses ou ainda acompanhar o indivíduo por vários anos, alterando de forma significativa sua vida pessoal, suas relações sociais e profissionais (Jardim, 2011). Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012), em 2020, a depressão será a doença responsável pela maior parte dos afastamentos das pessoas do trabalho, sendo esta causa mais representativa que o câncer e as doenças cardíacas.

Estima-se que em todo o planeta existem cerca de 121 milhões de pessoas com distúrbios depressivos. Pesquisa realizada pela OMS demonstrou que de toda a população brasileira, 18,4% já desenvolveu algum sintoma de depressão durante a vida. Segundo o levantamento, 17 milhões de brasileiros possuem transtorno depressivo, sendo que, dentre os países em desenvolvimento, o Brasil apresenta alta prevalência de indivíduos acometidos por esta doença (Bromet *et al.*, 2011).

Segundo levantamento realizado pelo Conselho Regional de Farmácia da Paraíba (2013) houve um aumento de 8,72% na comercialização de antidepressivos no Brasil, na comparação entre o ano de 2011 e o ano de 2012. Neste período foram dispensadas 42,33 milhões de caixas, significando que a cada cinco indivíduos, pelo menos um consumiu algum antidepressivo (Rodrigues *et al.*, 2006).

Apesar de existir dentro da área médica profissionais com especialização para o tratamento de doenças psíquicas, o psiquiatra, nem sempre é o responsável pelo diagnóstico e tratamento do paciente. Em estudo publicado por Soares *et al.*, (2014), as prescrições de antidepressivos por psiquiatras representavam apenas 24% do total, enquanto que os maiores prescritores eram clínicos gerais (29,5%).

Uma grande parte dos indivíduos que apresenta sintoma de transtorno mental procuram auxílio junto a profissionais da atenção básica de saúde (Ferrari *et al.*, 2012). Porém, uma pequena porcentagem dos casos consegue acesso ao tratamento com medicamentos ou encaminhamento para

o profissional especializado no tratamento de transtornos psíquicos (Andrade *et al.*, 2003).

A prescrição de substâncias antidepressivas pelos profissionais da área da saúde deve levar em consideração diversos fatores, dos quais não se relacionam apenas ao que diz respeito a medicação, mas também a situação clínica de saúde do paciente. Para que a indicação do tratamento medicamentoso seja realizada com o máximo de assertividade, o médico deverá analisar a eficácia e segurança que o fármaco oferece, além de suas características de toxicidade e efeitos colaterais. O custo do produto também deve constar na avaliação do tipo de medicação a ser escolhida para o paciente, uma vez que este detalhe pode influenciar na adesão ao tratamento (Wannmacher, 2012).

Diante do aumento no número de pessoas diagnosticadas como depressão nos últimos anos e avaliando a importância do correto diagnóstico e tratamento desta doença, o presente trabalho tem por objetivo trazer informações relevantes a respeito da prescrição e consumo de medicamentos antidepressivos, prescritos por profissionais da área da saúde, identificando se os mesmos possuem ou não especialização em psiquiatria e, não sendo um especialista, qual a área de atuação destes profissionais.

METODOLOGIA

Pesquisa estatística de caráter descritivo com abordagem quantitativa, realizada por meio da análise dos medicamentos antidepressivos aviados em uma farmácia de dispensação particular localizada no município de Cascavel, oeste do Paraná.

Para esta análise foram coletados os dados contidos no banco de dados do sistema de controle de dispensação de medicamentos psicotrópicos da referida farmácia. A população de amostra foi composta por todas as prescrições de antidepressivos atendidas pela farmácia no período de janeiro a dezembro de 2016. A coleta dos dados foi realizada entre agosto e setembro do ano de 2017.

As variáveis coletadas para análise foram: nome do prescritor, se Psiquiatra ou não, sendo que, no caso de não Psiquiatras foi analisado também qual a especialidade do mesmo. Também foi verificado qual o princípio ativo prescrito, independente se por nome comercial ou nomenclatura

genérica, bem como a classe farmacológica a qual pertencia e o sexo do paciente. Os critérios de exclusão foram as prescrições aviadas que se encontrassem fora do período estabelecido.

Os dados coletados foram armazenados em Microsoft *Excel*[®] e a análise estatística foi realizada pelo software Bioestat 4.0. A distribuição de variáveis quantitativas foram categorizadas. Os resultados foram expressos em média e desvios-padrão ($\pm$ DP) ou frequências e porcentagens. As variáveis categóricas foram comparadas entre os grupos utilizando. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$.

Para a realização desta pesquisa, foram seguidos os critérios éticos descritos na Resolução Nacional de Saúde 466/12 (CNS, 2012) sendo que a coleta de dados somente foi iniciada, após parecer favorável do responsável de farmácia comunitária em que a coleta seria realizada e da Plataforma Brasil (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário FAG).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz sob o parecer número 2.145.302, publicada no dia 28 de junho de 2017.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se, por meio da análise do banco de dados do sistema de controle de dispensação de medicamentos psicotrópicos da farmácia em questão, que foram dispensadas 8454 caixas de medicamentos antidepressivos durante o período de janeiro a dezembro de 2016. Evidenciou-se que a maior parte dos prescritores eram médicos com especialização em psiquiatria, sendo estes responsáveis pela prescrição de 3796 caixas (44,9%) de medicamentos que foram dispensados, seguidos por Clínicos Gerais, com 1135 caixas (13,4%). A Tabela 1 descreve as principais classes de prescritores de antidepressivos de acordo com a análise realizada.

Tabela 1. Número de antidepressivos dispensados de acordo com a especialidade médica, farmácia privada, Cascavel-PR, 2016

Especialidade	Número de caixas		Valor de p
	n	%	
Psiquiatra	3796	44,90	<0.001
Clinico geral	1135	13,43	
Geriatría	527	6,23	
Cardiologista	485	5,74	
Neurologia	456	5,39	
Ginecologia	386	4,57	
Endocrinologia	379	4,48	
Pediatria	175	2,07	
Cirurgia geral	163	1,93	
Ortopedista	143	1,69	
Anestesista	121	1,43	
Urologista	94	1,11	
Outros	594	7,02	
Total	8454	100	

n: número caixas de antidepressivos dispensadas.

Os resultados obtidos na presente pesquisa foram diferentes dos obtidos por outros pesquisadores. Segundo Schenkel & Colet (2016), ao analisar o uso de antidepressivos por pacientes de uma Unidade Básica de Saúde no município de São José do Inhacorá, Rio Grande do Sul, pode-se verificar que a maior parte das prescrições de medicamentos antidepressivos era realizada por profissionais médicos clínicos gerais, com cerca de 75% dos receituários.

Outros trabalhos, como o de Kich & Hofmann (2013) também tiveram resultado diferente do verificado na atual pesquisa. Segundo estes autores, ao analisarem de forma direta as notificações de receita arquivadas em uma drogaria em Erechim, Rio Grande do Sul, cerca de 34% das mesmas adivinham de profissionais médicos que atuavam na clínica geral, enquanto que apenas 19% eram prescrições de especialistas em psiquiatria.

Tal diferença entre os resultados obtidos na atual pesquisa e outros trabalhos realizados com o mesmo objetivo pode estar relacionada ao perfil de pacientes das quais foram verificadas as prescrições. A farmácia onde as prescrições foram verificadas neste trabalho é bem localizada e atende um público de alto poder aquisitivo, o que poderia ser fator determinante no maior acesso destes pacientes a profissionais especializados, onde normalmente as consultas são mais caras.

Ainda assim, mais da metade das prescrições de antidepressivos (55,1%) aviadas pela farmácia, foi realizada por profissionais de que possuíam outro tipo de especialização, em especial, Clínicos Gerais. Isto pode estar relacionado ao fato de que grande parte destes profissionais atue na atenção básica, onde os pacientes acabam por levar a eles todos os seus problemas de saúde, inclusive os que estão relacionados a fatores psicológicos e emocionais. Um Clínico Geral sem o devido preparo pode ter maior dificuldade em interpretar e realizar um correto diagnóstico de depressão, podendo assim incorrer em desacertos em relação a melhor terapia para o tratamento do paciente, fazendo normalmente a indicação do uso de medicamento antidepressivos. O erro de interpretação do quadro clínico do paciente pode inclusive estar relacionado ao crescente número de pessoas fazendo uso desses medicamentos.

Segundo Baroni & Fontana (2009), para que a população como um todo pudesse ter acesso a especialistas em psiquiatria seria necessário que houvesse um aprimoramento na atenção primária da saúde, melhorando a disponibilidade de profissionais especializados na saúde mental. Porém, como é algo que demanda investimentos em estrutura e contratação de pessoas, ainda está em construção.

A classe farmacológica mais prescrita entre todas as dispensações foi a dos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) com 56,1 %, onde o princípio ativo mais prescrito dentro desta categoria foi o Escitalopram. Na sequência, o grupo mais prescrito foi o dos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina, Noraepinefrina e Dopamina, com 10,4% das prescrições, tendo como principal representante desta classe mais prescrito a Venlafaxina.

Tabela 2. Distribuição de medicamentos dispensados conforme classe farmacológica e principal representante dispensado de cada categoria, farmácia privada, Cascavel – PR, 2016

Classe Farmacológica	Quantidade Dispensada		Principal Representante
	n	%	
ISRS	4743	56,10	Escitalopram
ISRSN	881	10,42	Venlafaxina
ADTs	870	10,29	Amitriptilina
Outros	1960	23,18	Bupropiona
Total	8454	100	

n: número caixas de antidepressivos dispensadas; ISRS: Inibidores Seletivo de Recaptação de Serotonina; ISRSN: Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina, Noraepinefrina e Dopamina; ADTs: Antidepressivos Tricíclicos; Outros: Outras classes de antidepressivos atípicos.

O presente estudo foi semelhante ao que foi verificado em outras pesquisas, como as de Rocha & Werlang (2013), Barros & Amador (2012) e Kich & Hofmann (2013), envolvendo o consumo de antidepressivos, onde o grupo mais consumido é o dos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina.

Os primeiros ISRS foram inseridos no mercado farmacêutico entre 1980 e 1990. Estes medicamentos foram criados a partir dos antidepressivos tricíclicos e passaram ser considerados os medicamentos de escolha para o tratamento da depressão devido ao seu menor risco de desenvolvimento de reações adversas, sendo mais seguros e toleráveis quando comparado a outras classes de antidepressivos, como por exemplo, os inibidores da monoamina oxidase (Ross, 2012).

Outra vantagem que fez dos ISRS os mais consumidos se fundamenta no melhor ajuste de dose posológica, possuindo menores riscos de superdosagem, maior adesão ao tratamento e a baixa ocorrência de efeitos adversos. Mesmo assim, deve-se atentar para o risco de desenvolvimento de síndrome serotoninérgica. A Fluoxetina foi o primeiro medicamento lançado desta classe, sendo sua descoberta em 1988 (Brunton, Chabner & Knollmann, 2012).

Os ISRS apresentam entre si o mesmo mecanismo de ação, porém suas estruturas moleculares são diferentes. A ação antidepressiva desta classe de medicamentos se baseia na forte inibição seletiva da recaptação de serotonina que provoca, obtendo como consequência um aumento da

neurotransmissão serotoninérgica. Entre os princípios ativos mais importantes desta classe farmacológica estão o Escitalopram, Citalopram, Sertralina e Fluoxetina (Mukai & Tamp, 2009).

No presente estudo pode-se verificar a prescrição de 18 diferentes princípios ativos antidepressivos, como descrito na Tabela 3.

Tabela 3. Antidepressivos dispensados e seu principal prescritor, distribuídos por princípio ativo, durante o ano de 2016 em uma farmácia privada, Cascavel-PR, 2016

Princípio Ativo	Principal Prescritor	Quantidade Dispensada		Valor de p
		n	%	
Escitalopran	Psiquiatra	1544	18,26	<0.0001
Sertralina	Psiquiatra	1062	12,56	
Venlafaxina	Psiquiatra	881	10,42	
Duloxetina	Psiquiatra	848	10,03	
Paroxetina	Psiquiatra	757	8,95	
Fluoxetina	Psiquiatra	570	6,74	
Bupropiona	Psiquiatra	462	5,46	
Citalopram	Psiquiatra	417	4,93	
Amitriptilina	Clinico Geral	404	4,78	
Trazodona	Psiquiatra	387	4,58	
Desvenlafaxina	Psiquiatra	299	3,54	
Mirtazapina	Geriatria	211	2,50	
Clomipramina	Psiquiatra	191	2,26	
Nortriptilina	Neurologista	171	2,02	
Imipramina	Psiquiatra	104	1,23	
Fluvoxamina	Psiquiatra	94	1,11	
Agomelatina	Psiquiatra	33	0,39	
Maprotilina	Psiquiatra	19	0,22	
Total		8454	100	

n: número caixas de antidepressivos dispensadas.

Verificou-se que o princípio ativo mais prescrito foi o Escitalopram, sendo este resultado diferente do obtido por outras pesquisas, como a de Schenkel & Colet (2016), que constatou uma maior prevalência de consumo de Sertralina. Esta diferença pode ser justificada pelo perfil de prescrições analisadas, uma vez que o trabalho realizado por tais autores se baseou em receituários coletados de uma Unidade Básica de Saúde, no qual o medicamento Escitalopram não fazia parte dos medicamentos disponíveis para dispensação a população.

O Escitalopram é um ISRS que possui forte afinidade pelo sítio de ligação primário do transportador de serotonina. Ele também pode se ligar a um sítio alostérico no transportador de serotonina, porém, com baixíssima afinidade. A ligação do Escitalopram ao sítio primário, resultando em uma potente inibição da recaptação de serotonina, se deve a capacidade de modulação alostérica do transportador de serotonina. O princípio ativo Escitalopram é um enantiômero S do racemato Citalopram, sendo sua atividade terapêutica atribuída a esta condição. (Anvisa, 2015)

Em relação a outras classes farmacológicas de antidepressivos analisadas, Amitriptilina, Clomipramina, Nortriptilina e a Imipramina aparecem como representantes dos antidepressivos tricíclicos, porém, como uma opção distante da preferência dos prescritores. Isso pode ser justificado pela opção dos médicos em não submeter seus pacientes a um medicamento que apresenta maiores riscos de toxicidade e efeitos colaterais. Estes efeitos incluem hipotensão, efeitos anticolinérgicos e efeitos cardíacos (Brasil, 2013). Outro problema está relacionado ao perigo de uma superdosagem envolvendo este princípio ativo, o que poderia ser fatal, fazendo com que o paciente em tratamento tenha que estar sob constante monitoramento por seus familiares diante do elevado risco de suicídio a qual está exposto (Botega *et al.*, 2009).

O presente estudo também apontou um dado importante em relação aos antidepressivos. Foram dispensadas 404 caixas de Amitriptilina no período analisado, sendo que 21,3% destas, ou seja, 86 caixas, foram receitadas por clínicos gerais, sendo eles os responsáveis pelo maior número de prescrições deste princípio ativo. Este maior número de prescrições por clínicos gerais pode estar relacionado ao fato de estes profissionais estarem presentes com maior capilaridade na comunidade, atuando no atendimento de uma gama maior de enfermidades, e que a indicação do uso da Amitriptilina, pode estar sendo feito para amenizar outras patologias que não a depressão, como por exemplo a enxaqueca. A maior parte das dispensações deste princípio ativo foi na dose de 25 mg, o que, comparando-se com a literatura, pode-se sugerir que realmente, boa parte das prescrições tiveram por objetivo a profilaxia da dor de cabeça intensa, enxaqueca, ou ainda no controle desta dor, visto que a dose usual para ação antidepressiva seria de 100 a 400 mg/dia (Lacy *et al.*, 2008).

Apesar dos psiquiatras terem sido responsáveis pela grande maioria das prescrições de antidepressivos, quando analisado o maior prescritor por princípio ativo, além da Amitriptilina, foi verificado que outros dois princípios ativos não tiveram estes profissionais como os responsáveis pelo maior número de prescrições.

A Mirtazapina, um antagonista alfa-2 de ação pré-sináptica que aumenta a neurotransmissão central serotoninérgica e noradrenérgica, apresentou maior prescrição por geriatras, sendo estes responsáveis pela prescrição de 54 das 211 caixas que foram dispensadas no período compreendido pela pesquisa. O fato de geriatras estarem nesta análise como os maiores prescritores pode estar relacionado com o fato de terem que utilizar a medicação como auxiliar no tratamento de outras patologias, como por exemplo, o Transtorno do Sono (TS) provocado pela Doença de Alzheimer em idosos. De acordo com estudo de Camargos *et al.*, (2011), o uso de Mirtazapina em dosagens entre 15 e 30 mg/dia em pacientes com TC apresentou resultados satisfatórios em 85% dos casos em relação a melhora da qualidade de vida dos mesmos.

Outro princípio ativo antidepressivo que teve mais prescrições por médicos não especialistas em psiquiatria foi a Nortriptilina. Seu principal prescritor foram os neurologistas, com 60 das 171 caixas dispensadas pela drogaria no período analisado.

A justificativa para que estes profissionais apareçam com maior representatividade em relação a prescrição deste princípio ativo pode estar relacionada ao tratamento de pacientes que apresentam quadros de Dor Neuropática (DN). A utilização de antidepressivos tricíclicos, como a amina secundária Nortriptilina, é considerado o tratamento de primeira linha neste tipo de patologia (Casasola, 2011).

Não foi evidenciada nenhuma prescrição de inibidores da monoamina oxidase (IMAO). Como este grupo de medicamentos foi o primeiro a ser descoberto para o tratamento da depressão, por volta de 1956, está de certa forma ultrapassado, quando comparado a outras opções presentes no mercado nos dias atuais. O mecanismo de ação dos IMAOs se baseia no bloqueio das isoformas da enzima monoaminaoxidase (MAO): a MAO-A e a MAO-B. Medicamentos desta classe podem ser úteis

também no tratamento da Doença de Parkinson e em processos neurodegenerativos (Stahl, 2014; Brunton, Chabner & Knollmann, 2012).

Quanto ao perfil de pacientes que consumiram estes medicamentos, pode-se verificar uma maior incidência de pacientes do sexo feminino, sendo elas responsáveis por 71,9% das prescrições, enquanto que o consumo pelo sexo masculino ficou em apenas 28,1%, conforme dados descritos na Tabela 4.

Tabela 4. Quantidade de antidepressivos dispensados conforme sexo do paciente.

Sexo	Quantidade Dispensada		Valor de p
	n	%	
Feminino	6078	71,9	<0.0001
Masculino	2376	28,1	
Total	8454	100	

n: número caixas de antidepressivos dispensadas.

No presente estudo, o consumo de antidepressivos foi maior entre as mulheres, ficando de acordo o resultado obtido em estudos como os de Schenkel & Colet (2016), Kich & Hofmann (2013), Rocha & Werlang (2013) e Barros & Amador (2012). Em todos estes estudos, o consumo destes tipos de medicamentos por pacientes do sexo feminino foi superior a 70% de toda a população analisada.

Este grande consumo pelas mulheres pode ser justificado pelo alto peso social atribuído a elas, assim como problemas fisiológicos e culturais. Há também questões hormonais que podem fazer com que ocorram variações comportamentais, levando ao uso de medicação, com objetivo de corrigir problemas que eventualmente podem surgir com tais mudanças de comportamento. A sensibilidade da mulher também pode ser considerada um fator importante para o surgimento de um quadro depressivo, uma vez que, quando comparado aos homens, elas apresentam uma certa fragilidade emocional que se não for bem administrada pode levar a quadros depressivos (Andrade *et al.*, 2004).

Segundo estudo realizado por Urgel *et al.*, (2005), outro importante fator que pode justificar esse alto índice de mulheres utilizando antidepressivos está relacionado a maior preocupação que elas

tem com a própria saúde. Assim, por consequência, elas acabam procurando mais os serviços de saúde do que os homens, e portanto, recebendo maior número de diagnósticos do que eles.

CONCLUSÃO

No presente estudo pode-se verificar que o maior consumo de antidepressivos foi realizado pelo sexo feminino, que podem estar relacionados a fatores sociais e hormonais. A classe de antidepressivos mais prescrita foi a dos ISRS, sendo o Escitalopram o princípio ativo mais prescrito pelos médicos.

A maioria das prescrições foram realizadas pelo médico especialista em psiquiatria, o que demonstra certa acessibilidade dos pacientes das prescrições analisadas a estes profissionais. Ainda assim, mais da metade das prescrições ainda é realizada por profissionais não psiquiatras, o que indica que muitos pacientes estejam consumindo antidepressivos sem o diagnóstico de um especialista ou ainda, que tais medicamentos podem estar sendo prescritos para tratar outras patologias que não a depressão.

REFERÊNCIAS

- Andrade L, Caraveo-Anduaga J.J, Berglund P, Bijl R.V, De Graaf R, Vollebergh W, Dragomirecka E, Kohn R, Keller M, Kessler R.C, Kawakami N, Kilic C, Offord D, Ustun T.B & Wittchen H.U. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, v.12, p.3-21, 2003.
- ANVISA - Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2015, disponível em http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=10252892015&pIdAnexo=2962439. Acesso em 10/11/2017.
- Baroni, D. P. M. & Fontana, L. M. (2009). Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. *Mental*, 7(12), 15-37.
- Barros C.F, Amador T.A. Análise do consumo dos antidepressivos e benzodiazepínicos disponibilizados na Farmácia Popular do Brasil/UFRGS. *Revista Brasileira de Farmácia (RBF)*. 2012.
- Botega, N. J., Marín-León, L., Oliveira, H. B., Barros, M. B., Silva, V. F., & Dalgalarrodo, P. (2009). Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio: um inquérito populacional em Campinas SP. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2632-2638.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2013. 8.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Bromet E, Andrade L.H, Hwang I, Sampson N, Alonso J, De Girolamo G, Et Al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. 2011;9(1):90
- Brunton L.L, Chabner B.A, Knollmann B.C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman e Gilman. 12. Ed. Porto Alegre: Amgh, 2012. 2079 P.
- Camargos EF, Pandolfi MB, Freitas MP, Quintas JL, Lima Jde O, Miranda LC, et al. Trazodone for the treatment of sleep disorders in dementia: an open-label, observational and review study. *Arq Neuropsiquiatr*. 2011;69(1):44-9

Casasola O L. New developments in the treatment algorithm for peripheral neuropathic pain. *Pain medicine (Malden, Mass)*. 2011;12 Suppl 3:S100-8.

Ferrari A.J, Somerville A.J, Baxter A.J, Norman R, Patten S.B, Vos T, Et Al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*. 2012; FirstView: 1 -11.

Jardim S. Depressão e Trabalho: Ruptura do Laço Social. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, n. 36, p.84-92, 2011.

Kich D.L, Hofmann Jr. A.E. Avaliação Das Notificações De Antidepressivos Prescritos Em Uma Drogaria De Erechim – RS. *PERSPECTIVA*, Erechim. v.37, n.137, p.55-61. 2013.

Lacy C.F, Armstrong L.L, Goldman M.P. Drug Information Handbook With Internacional Trade Names Index 2008-2009. 17 Ed. Ed. Lexi-Comp, 2008. 2118 P

Mukai Y, Tamp R.R. Treatment of depression in the elderly: a review of the recent literature on the efficacy of single-versus dual-action antidepressants. *Clin Ther*. 2009;31(5):945-58. DOI:10.1016/j.clinthera.2009.05.016

Rocha B.S, Werlang M.C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: Perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11):3291-3300, 2013.

Rodrigues M.A.P, Facchini L.A, Lima M.S. Modificações nos padrões de consumo de psicofarmacos em localidade do sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, 2006.

Ross J.B. Drug Therapy Of Depression And Anxiety Disorders. In: Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis Of Therapeutics. 12. Ed. 2012.

Schenkel M, Colet C F. Uso de antidepressivos em um município do Rio Grande do Sul. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 20, n. 1, p, 33-42, jan./abr. 2016.

Soares V.C, Nascimento B.R, Viana T.R, Lopes N.P, Franco A.J. Análise Da Prescrição De Paroxetina Em Uma Drogaria Do Município De Ponte Nova, Minas Gerais. *Anais VI SIMPAC - Volume 6 - n. 1 - Viçosa-MG - jan. - dez. 2014 - p. 101-106*.

Stahl S.M. Psicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas. 4. Ed. São Paulo: Guanabara Koogan. 2014. 713 P.

Wannmacher L. Uso Racional de Antidepressivos. Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. P. 83-89.

World Health Organization. Department Of Mental Health. Depression, 2012.

A RBF aceita artigos para as seguintes seções:

Artigos originais ou de revisão (**até 7.000 palavras, incluindo notas e referências, e exclui o Resumo/Abstract. Máximo de 5 figuras, quadro/gráfico ou tabela**): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise/revisão bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

Artigos originais por convite (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências, e exclui o Resumo/abstract. Máximo de 5 figuras, quadro/gráfico ou tabela): textos inéditos de temas previamente solicitados pelo editor (a) Chefe ou Conselho Editorial a autores/pesquisadores de reconhecida experiência no campo das Ciências Farmacêuticas, que poderão resultar em artigos resultado de pesquisa ou de revisão. Os artigos originais serão publicados com base em pareceres (*double-blind peer review*). Apenas artigos que, devido a seu caráter autoral, não podem ser submetidos anonimamente a um parecerista, serão analisados, com ciência do autor, com base em pareceres em que só o parecerista é anônimo (*single-blind peer review*).

Resumo de Tese de Doutorado ou Dissertações de Mestrado (até 1500 palavras, incluindo notas e referencias. Máximo de 3 figuras, tabela ou quadro/gráfico): Trata-se de um Resumo ampliado de estudos acadêmicos que tenham relevância no campo das Ciências farmacêuticas. Serão aceitos os Resumos de pesquisas que tenham sido defendidas até dois anos antes da publicação da RBF. O número de Resumos não poderá ultrapassar 15% do total de artigos apresentados por edição, e deverá contemplar as seções Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão e Conclusão de forma resumida.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS

Deverá ser adotado o **Sistema Internacional** (SI) de medidas.

As equações necessárias a compreensão do texto deverão ser editadas utilizando *software* compatível com o editor de texto. As variáveis deverão ser identificadas após a equação.

Recomenda-se que os autores realizem a análise de regressão ou outro teste estatístico aplicável para fatores quantitativos, mas que a utilização de programas específicos para o tratamento dos dados estatísticos deve constar da seção de Metodologia.

ATENÇÃO: QUADROS/ TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS devem ter largura de no máximo 8,25 cm, com alta resolução e enviados em arquivo separado. Nesse caso, sua posição deve ser identificada no texto. CASO CONTRÁRIO, O MANUSCRITO SERÁ DEVOLVIDO AOS AUTORES, que acarretará em nova submissão.

A RBF recomenda a utilização de Referencias Bibliográficas atualizada, salvo aquelas consagradas em trabalhos de autores seminais de cada área específica, ou ainda em textos que necessitam de informações históricas relevantes na compreensão da argumentação apresentada. Consideraremos atualizadas aquelas com data de publicação em periódicos indexados a pelo menos 5 anos da data de envio do manuscrito.

TODAS as correções sugeridas durante o processo de submissão deverão ser destacadas em **VERMELHO, e devolvida a comissão editorial pelo endereço:** revistabrasileiradefarmacia@yahoo.com.br.

FORMATÇÃO DO TEXTO

Os manuscritos deverão utilizar aplicativos compatíveis com o **Microsoft Word**. Devem ser escritos em página formato A4 com margens de 2 cm, espaçamento duplo, fonte Times New Roman, tamanho 12, justificado. As linhas e páginas devem ser numeradas a partir do Título até a página final.

Deve-se adotar no texto apenas as **abreviações padronizadas**. Por exemplo: Kg (quilograma)

A primeira citação da abreviatura entre parênteses deve ser precedida da expressão correspondente por extenso. Por exemplo: Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O **recurso de itálico** deverá ser adotado apenas para realmente destacar partes importantes do texto, como por exemplo, citações *ipsis literis* de autores consultados, partes de depoimentos, entrevistas transcritas, nomes científicos de organismos vivos e termos estrangeiros.

As ilustrações, figuras, esquemas, tabelas e gráficos deverão ser identificadas no texto, conforme apresentação desejada pelo autor, e **apresentadas em arquivo separado.**

Os manuscritos deverão seguir a seguinte estrutura:

Título: deverá ser conciso **e não** ultrapassar 30 palavras, informativo, digitado em negrito com letras minúsculas utilizando a fonte *Times New Roman* (tamanho 14), com exceção da primeira letra, dos nomes próprios e/ou científicos.

Autores: deverão ser adicionados a um espaço abaixo do título, centralizados, separados por vírgula. O símbolo “&” deve ser adicionado antes do último autor (Ex.: Paulo da Paz, João de Deus & Pedro Bondoso). Inserir os nomes completos dos autores, por extenso, com letras minúsculas com exceção da primeira letra de cada nome.

Afiliação do autor: cada nome de autor deverá receber um **número arábico** sobrescrito indicando a instituição na qual ele é afiliado. A lista de instituições deverá aparecer imediatamente abaixo da lista de autores. O nome do autor correspondente deverá ser identificado com um asterisco sobrescrito. O e-mail institucional, endereço completo, CEP, telefone e fax do autor correspondente deverão ser escritos no final da primeira página.

Resumo (Abstract): deverá ser escrito na **segunda página** do manuscrito, não deverá exceder 200 palavras, deverá conter informações sucintas que descrevam **objetivo da pesquisa, metodologia, discussão/resultados e a conclusão.** Os manuscritos escritos em português ou em espanhol devem ter um Resumo traduzido para o inglês (Abstract). O Abstract deve ser digitado na **terceira página** do manuscrito e deve ser revisado por um profissional de edição de língua inglesa. **Os manuscritos em inglês deverão apresentar um Resumo em português.**

Palavras-chave (Keywords): são fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bancos de dados nacionais e internacionais. Serão aceitas entre 3 e 5 palavras-chave. Após a seleção, sua existência em português e inglês deve ser confirmada pelo(s) autor (es) do manuscrito no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br> (Descritores em Ciências da Saúde - Bireme). As palavras-chave (Keywords) deverão ser separadas por **vírgula** e a **primeira letra** de cada palavra-chave deverá maiúscula.

Introdução: Situa o leitor quanto ao tema que será abordado e apresenta o problema de estudo, destaca sua importância e lacunas de conhecimento (justificativa da investigação), e inclui ainda os objetivos (geral e específico) a que se destina discutir.

Metodologia ou Percurso Metodológico: Nessa seção o autor (es) deve (m) apresentar o percurso metodológico utilizado que apresente o tipo de estudo (se qualitativo ou quantitativo), de base empírica, experimental ou de revisão de forma que identifique a natureza/tipo do estudo. São fundamentais os dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção (inclusão e exclusão) e cálculo amostral. Nos casos de pesquisa experimental cabe a identificação do material, métodos, equipamentos, procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados.

Na apresentação do tratamento estatístico/categorização dos dados cabe informar a técnica ou programa utilizado no tratamento e análise. Nos casos de investigação com humanos ou animais cabe informar a data e o número do protocolo da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Quanto ao estudo de espécies vegetais deve ter a indicação do seu local de coleta (dados de GPS), o país de origem, o responsável pela identificação da espécie e o depósito da exsicata.

Resultados e Discussão: devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, utilizando ilustrações (figuras, quadros e tabelas) quando necessário. Deve-se comparar com informações da literatura sobre o tema ressaltando-se aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas. Nessa seção cabe a análise e discussão crítica da pesquisa.

Conclusões: apresentar considerações significativas fundamentadas nos resultados encontrados e vinculadas aos objetivos do estudo.

Agradecimentos: opcional e deverá aparecer antes das referências.

Figuras, Quadro/Tabelas ou Gráficos: Todas as ilustrações devem apresentar um título breve na parte superior e numerada consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no manuscrito e a legenda com fonte em Times New Roman, tamanho 12, justificado e com largura máxima de 8,25 cm.

As Tabelas devem apresentar dados numéricos como informação central, e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, com os seus respectivos símbolos. **Se houver ilustração extraída de outra fonte, publicada ou não, a fonte original deve ser mencionada abaixo da tabela.** Não é permitida a utilização de Figura, gráfico,

quadro/tabela publicada em outro periódico **sem antes pedir autorização prévia dos autores e/ou da revista.**

Qualquer uma dessas ilustrações com baixa resolução poderá ser excluída durante o processo de diagramação da RBF, ou ainda comprometer o aceite do manuscrito.

As fotos deverão garantir o anonimato de qualquer indivíduo que nela constar. Caso os autores queiram apresentar fotos com identificação pessoal, deverão apresentar permissão específica e escrita para a publicação das mesmas.

Referências:

As citações bibliográficas deverão ser adotadas de acordo com as exigências da RBF. Citação no texto, usar o sobrenome e ano: Lopes (2005) ou (Lopes, 2005); para dois autores (Souza & Scapim, 2005); três autores (Lima, Pereira & Silva, 2008), para mais do que quatro autores, utilizar o primeiro autor seguido por *et al.* (Wayner *et al.*, 2007), porém na lista de referências deverão aparecer ordenadas alfabeticamente pelo **sobrenome do primeiro autor**. A citação de mais que uma referência por parágrafo requer a ordenação em ordem decrescente cronológica e cada grupo de autores separados por “ponto e vírgula”. Por exemplo: (Gomes & Souza, 2012; Mendez, 2010; Lima, Pereira & Silva, 2008).

A veracidade das referências é de responsabilidade dos autores. Os exemplos de referências citados abaixo foram adaptados, em sua maioria, do documento original da ABNT (NBR 6023, agosto de 2002).

Artigos de periódicos:

A abreviatura do periódico deverá ser utilizada, em itálico, definida no Chemical Abstracts Service Source Index (<http://www.cas.org/sent.html>) ou na Base de dados PubMed, da US National Library of Medicine (<http://www.pubmed.gov>), selecionando Journals Database. Caso a abreviatura autorizada de um determinado periódico não puder ser localizada, deve-se citar o título completo.

Autor (es)*. *Título do periódico em itálico*, volume (a indicação do fascículo é entre parênteses): páginas inicial - final do artigo, ano de publicação.

Galato D & Angeloni L. A farmácia como estabelecimento de saúde sob o ponto de vista do usuário de medicamentos. *Rev. Bras. Farm.* 90(1): 14 – 18, 2009.

Fonseca VM, Longobuco P, Guimarães EF, Moreira DL, Kaplan MAC. Um teste do formato de nome. *Rev. Bras. Farm.* 90(1): 14 – 18, 2009.

Livros:

Com 1 autor

Autor. Título. Edição (a partir da 2^a). Cidade: Editora, ano de publicação. Número total de páginas.

Casciato DA. Manual de oncologia clínica. São Paulo: Tecmed, 2008. 1136 p.

Com 2 autores

Lakatos EM & Marconi MA. Metodologia científica. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991. 231 p.

Com autoria corporativa

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: O farmacêutico de que o Brasil necessita (Relatório Final). Brasília, DF, 2008. 68p.

Capítulos de livros (o autor do capítulo citado é também autor da obra):

Autor (es) da obra. Título do capítulo. *In:*_. Título da obra. Cidade: Editora, Ano de publicação. Capítulo. Paginação da parte referenciada.

Rang HP, Dale MM & RITTER JM. *In:* Quimioterapia do câncer. Farmacologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. cap. 50, p. 789-809.

Capítulos de livros (o autor do capítulo citado não é o autor da obra):

Autor (es) do capítulo. Título da parte referenciada. *In:* Autor (es) da obra (ou editor) Título da obra. Cidade: Editora, Ano de publicação. Capítulo. Paginação da parte referenciada.

Schenkel EP, Gosmann G & Petrovick PR. Produtos de origem vegetal e o desenvolvimento de medicamentos. *In:* Simões CMO. (Org.). Farmacognosia: da planta ao medicamento. 5. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS; Florianópolis: Editora da UFSC, 2003. cap. 15, p. 371-400.

Citação indireta

Utiliza-se *apud* (citado por) nas citações que foram transcritas de uma obra de um determinado autor, mas que na verdade pertence a outro autor.

Helper CD & Strant LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am. J. Hosp. Pharm.* 47: 533-543, 1990. *Apud* Bisson MP. Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica. 2. ed. Barueri: Manole, 2007. p. 3-9.

Teses, Dissertações e demais trabalhos acadêmicos:

Autor. *Título* (inclui subtítulo se houver). Ano. Cidade. Total de páginas. Tipo (Grau), Instituição (Faculdade e Universidade) onde foi defendida.

Sampaio IR. *Etnofarmacologia e toxicologia de espécies das famílias Araceae e Euphorbiaceae*. 2008. Rio de Janeiro. 45 p. Monografia (Especialização em Farmacologia), Associação Brasileira de Farmacêuticos. Rio de Janeiro.

Eventos científicos (Congressos, Seminários, Simpósios e outros):

Autor (es). Título do trabalho. *Nome do evento*, nº do evento. Página. Cidade. País. Ano.

Marchioretto CT, Junqueira MER & Almeida ACP. Eficácia anestésica da neocaína (cloridrato de bupivacaína associada a epinefrina) na duração e intensidade da anestesia local em dorso de cobaio. *Reunião anual da SBPC*, 54, Goiânia, Brasil, 2002.

Patentes: Devem ser identificadas conforme modelo abaixo e na medida do possível o número do Chemical Abstracts deve ser informado.

Ichikawa M, Ogura M & Lijima T. 1986. Antiallergic flavone glycoside from *Kalanchoe pinnatum*. *Jpn. Kokai Tokkyo Koho JP 61,118,396*, *apud* Chemical Abstracts 105: 178423q.

Leis, Resoluções e demais documentos

Conforme o modelo:

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 44, de 17 de agosto de 2009.

Banco/Base de Dados

Conforme o modelo:

BIREME. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p>>. Acesso em: 27 ago. 2009.

Homepage/Website

Conforme o modelo:

WHO *Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses*. 91 p. Disponível em:

<http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_guidelines_pharmaceutical_mngt.pdf>. Acesso em agosto de 2009.