



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CUIDADO FARMACÊUTICO EM PESSOAS COM TRANSTORNO DEPRESSIVO:
ANÁLISE DA EFETIVIDADE NO TRATAMENTO**

FLAVIA PRISCILA ALMEIDA DOS SANTOS NUNES

Macapá/AP
2021

FLÁVIA PRISCILA ALMEIDA DOS SANTOS NUNES

**CUIDADO FARMACÊUTICO EM PESSOAS COM TRANSTORNO DEPRESSIVO:
ANÁLISE DA EFETIVIDADE NO TRATAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, na área de concentração de Ensaio Biológicos, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alessandra Azevedo do Nascimento

Macapá/AP
2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá
Elaborada por Mário das G. Carvalho Lima Júnior – CRB-2/1451

Nunes, Flavia Priscila Almeida dos Santos.

Cuidado farmacêutico em pessoas com transtorno depressivo: análise da efetividade no tratamento / Flávia Priscila Almeida dos Santos Nunes; Orientadora: Alessandra Azevedo do Nascimento – Macapá, 2021.

111 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Amapá, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1. Cuidado com os doentes - Farmácia 2. Doenças – Depressão – Tratamento. 3. Pessoas depressiva - Saúde. I. Nascimento, Alessandra Azevedo do, orientadora. II. Fundação Universidade Federal do Amapá. IV. Título.

CDD – 615.5 / N972c

FLAVIA PRISCILA ALMEIDA DOS SANTOS NUNES

**CUIDADO FARMACÊUTICO EM PESSOAS COM TRANSTORNO DEPRESSIVO:
ANÁLISE DA EFETIVIDADE NO TRATAMENTO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, em cumprimento a requisito final para obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ensaios Biológicos

DATA DE APROVAÇÃO: _____/_____/_____



Orientador (a): Profa. Dra. Alessandra Azevedo do Nascimento
Universidade Federal do Amapá



Examinador (a): Prof. Dr. Madson Ralide Fonseca Gomes
Universidade Federal do Amapá

Elza Caroline Alves Müller

Examinador (a): Prof. Dra. Elza Caroline Alves Muller
Universidade Federal do Amapá



Examinador (a): Prof. Dr. José Luis da Cunha Pena
Universidade Federal do Amapá

***Dedico aos meus filhos, que eu seja
sempre exemplo e fonte de
inspiração na vida deles!***

AGRADECIMENTOS

A DEUS, a quem devo infinitamente todas as bênçãos, sabedoria e vitórias alcançadas em minha vida.

A minha família, meu esposo Regis, meu incentivador, e aos meus filhos Pedro e Gabriel, pela paciência e compreensão, e por eles são todos os meus esforços.

Aos meus Pais, Flávio e Selma, eternos incentivadores, apoiadores, torcedores, sempre valorizando o conhecimento, como maior riqueza e herança. Estendo meus agradecimentos, á minhas queridas irmãs.

A minha orientadora, Professora Doutora Alessandra Azevedo do Nascimento, por aceitar me orientar, apoiar e incentivar, principalmente, nos momentos mais difíceis.

A todos os professores do PPGCS, com quem muito aprendi e cresci profissionalmente, também, aos meus colegas de turma, pelo apoio e por compartilharmos tantos conhecimentos nestes anos de convivência.

Aos profissionais do Ambulatório de Psiquiatria/ HCAL que me receberam com carinho e se disponibilizaram a contribuir com a minha pesquisa, dedico todo o meu respeito. Em especial, ao Professor Dr. José Luis da Cunha Pena, também enfermeiro do Ambulatório de Psiquiatria do HCAL.

À minha amiga, Dra. Mayara Amoras Teles, por todo apoio, incentivo e auxílio, não medindo esforços para que eu concluísse mais esta etapa da minha vida profissional, deixo aqui minha eterna gratidão.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Participação quanto a aceitação, de pessoas com diagnóstico de depressão, do ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022 (n=180).....	58
Figura 2 – Perfil sociodemográfico das pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo, do ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022 (n=35).....	60
Figura 3 – Perfil clínico das pessoas com diagnóstico de depressão, do ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022 (n=35).....	66
Figura 4 – Caracterização da classificação da escala de Depressão de Beck de pessoas com transtorno depressivo, que iniciaram tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=28).....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Coleta de dados em pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo, do ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de 2019 a 2020, Macapá-AP, Brasil, 2022.....	56
Tabela 2 –	Perfil medicamentoso de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo que iniciaram tratamento no ambulatório de Psiquiatria do HCAL no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=33).....	68
Tabela 3 –	Problemas identificados relacionados ao uso de medicamento em pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo, em tratamento no ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020, Macapá-AP, Brasil, 2022.....	72
Tabela 4 –	Causa dos Problemas Relacionados ao uso Medicamentos das pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo em tratamento no ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n = 24).....	73
Tabela 5 –	Total de intervenções realizadas em pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo em tratamento no ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=91).....	75
Tabela 6 –	Total de aceitabilidade das intervenções e resolatividade dos problemas associados ao uso de medicamentos, de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo em tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=91).....	78
Tabela 7 –	Aceitabilidade das intervenções e resolatividade dos PRMs por tipo de intervenção aplicada em pessoas com transtorno depressivo que iniciaram tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=91).....	79
Tabela 8 –	Número de adesão de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo em tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022 (n=35).....	81
Tabela 9 –	Tipo de Comunicação de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo, residentes em Macapá/AP, que iniciaram tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022.(n=33).....	82
Tabela 10 –	Intensidade dos sintomas depressivos – BDI inicial x final, de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo que iniciaram	

	tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, de janeiro de 2019 a setembro de 2020, Macapá-AP, Brasil, 2022.(n=35).....	83
Tabela 11 –	Caracterização do inventário de depressão de Beck (BDI), de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo que iniciaram tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022 (n=35).....	86
Tabela 12 –	Análise de normalidade do escores do questionário de Depressão de Beck de pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo, em tratamento no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clinicas Alberto Lima, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022.(n=35).....	90
Tabela 13 –	Análise Inferencial da escala de Depressão de Beck de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo em tratamento no Ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022.....	91
Tabela 14 –	Nível de satisfação das pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo acompanhadas ao cuidado farmacêutico, que iniciaram tratamento no Ambulatório de Psiquiatria do HCAL, de janeiro a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022.(n=28).....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

5-HT	Serotonina
5HT2	Receptor de Serotonina
AcetilCoA	Acetilcoenzima A
Ach	Acetilcolina
ADT	Antidepressivos. Tricíclicos
AL	Assembleia Legislativa
AMB	Ambulatório
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância em Saúde
APA	American Psychiatric Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BAI	Inventário de Ansiedade
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BHS	Escala de Desesperança
BSI	Escala de Ideação Suicida
CAEE	Certificado de Apresentação de Certificação Ética
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CAPS-I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CDM	Clínica de Doenças Mentais
CERPIS	Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CID	Código Internacional de Doenças
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	Corona Vírus Disease (Doença do Coronavírus) – 2019
CRTN	Centro de Referência em Tratamento Natural
DA	Dopamina
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDM	Episódio Depressivo Maior
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública- ESP

FDA	Food and Drug Administration
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GEA	Governo do Estado do Amapá
H1	Receptor de Histamina
HCAL	Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima
HD	Hipótese Diagnóstica
HE	Hospital de Emergência
IMAO	Inibidores da Monoaminaoxidase
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
MAO	Monoaminaoxidase
MDMA	Metilenedioximetamfetamina
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NA	Noradrenalina
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NPPO	Neuromodulação de Otimização Neuropsicofísica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
RAM	Reação Adversas a Medicamentos
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REAC	Radio Electric Asymmetric Conveyer
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RNM	Resultados Negativos associados ao uso de Medicamentos
RS	Revisão Sistemática
SARS-CoV-2	Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave
SESA/AP	Secretaria de Estado da Saúde do Amapá
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFAP	Universidade Federal do Amapá

RESUMO

No Brasil, a terapia medicamentosa é considerada a primeira escolha terapêutica para depressão; no entanto, pode estar associada a problemas como reações adversas, interações medicamentosas e falta de adesão. O farmacêutico pode ser capaz de melhorar os resultados do tratamento, fornecendo serviços como educação em saúde, monitorando o tratamento regularmente e melhorando a adesão. Logo, o objetivo deste estudo foi analisar o impacto do Cuidado Farmacêutico na efetividade do tratamento, de usuários do ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, diagnosticados com transtorno depressivo. Foi realizado um estudo longitudinal e prospectivo, analítico-descritivo, e de intervenção. Foram acompanhadas 35 pessoas por 90 dias, submetidas a ao cuidado farmacêutico e a aplicação do Inventário de Depressão de Beck, antes e pós cuidado. As consultas seguiram a metodologia Dáder, sendo quatro consultas farmacêuticas, uma inicial, e as outras, nos prazos de 30, 60 e 90 dias, respectivamente, todas por telefone. Os resultados obtidos foram, quanto ao perfil sociodemográfico da população, prevaleceu o sexo feminino (74,3%), com idade entre 18 e 30 anos, solteiras e estudantes. Quanto ao perfil medicamentoso, os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina foram os mais prescritos. Entre os resultados negativos associados ao uso de medicamentos identificados, o problema de saúde não tratado por não usar o medicamento que necessita foi o mais comum, sendo a não adesão, a causa mais frequente. Foram realizadas 91 intervenções, sendo 48 aceitas e com problemas resolvidos, finalizando o estudo com 15 adesões regulares. Após a análise estatística dos escores obtidos, observou-se que, houve melhora na intensidade dos sintomas depressivos, comprovada estatisticamente com o Teste T para amostras pareadas, com diferença estatística significativa nos dois momentos, sendo que, nas médias e na dispersão, entre os escores do primeiro e do segundo momento, obteve-se o $p \leq 0,001$. E a nível percentual, o teste do Qui quadrado, mostrou uma diferença significativa estatística, com $p \leq 0,025$.

Palavras-chave: Cuidado farmacêutico. Seguimento Farmacoterapêutico. Transtorno depressivo. Depressão.

ABSTRACT

In Brazil, drug therapy is considered the first therapeutic choice for depression; however, it may be associated with problems such as adverse reactions, drug interactions, and lack of concussion. The pharmacist may be able to improve treatment outcomes by providing services such as patient education in health, monitoring treatment regularly and improving support. Therefore, the aim of this study was to analyze the impact of Pharmaceutical Care on the effectiveness of treatment, of users of the Psychiatric outpatient clinic of the Dr. Alberto Lima Hospital of Clinics, diagnosed with depressive disorder. A longitudinal and prospective, analytical-descriptive, and intervention study was carried out. Thirty-five people were followed for 90 days, submitted to pharmaceutical care and the Beck Depression Inventory, before and after care. The consultations followed the Dáder methodology, four pharmaceutical consultations, one initial, and the other, within 30, 60 and 90 days, respectively, all by telephone. The results obtained were, regarding the socio-demographic profile of the population, females (74.3%), aged between 18 and 30 years, single and students, prevailed. As for the drug profile, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors were the most prescribed. Among the Negative Results associated with the use of identified drugs, the health problem not treated by not using the medication they need was the most common, and non-medication was the most frequent cause. Ninety-one interventions were performed, 48 of which were accepted and with solved problems, ending the study with 15 regular associations. After the statistical analysis of the scores obtained, it was observed that there was an improvement in the intensity of depressive symptoms, statistically proven with the T-Test for paired samples, with statistically significant difference in both moments, and in the means and dispersion, between the scores of the first and second moments, $p \leq 0.001$ was obtained. And at the percentage level, the Chi square test showed a statistically significant difference, with $p \leq 0.025$.

Key words: Pharmaceutical care. Pharmacotherapeutic follow-up. Depressive disorder. Depression.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	19
2.1 GERAL	19
2.2 ESPECÍFICOS	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	20
3.2 TEORIAS PARA EXPLICAR A DEPRESSÃO	23
3.3.1 Tratamento Farmacológico ou Medicamentoso com Antidepressivos.....	24
3.3.1.1 Antidepressivos IMAOs	25
3.3.1.2 Antidepressivos. Tricíclicos (ADT).....	26
3.3.1.3 Antidepressivos Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina.....	27
3.3.1.4 Antidepressivos Atípicos	29
3.3.1.4.1 Antidepressivos inibidores da recaptação de NA e DA	30
3.3.1.4.2 Antidepressivos inibidores da recaptação de 5-HT e NA	30
3.3.1.4.3 Antidepressivos antagonistas dos receptores 5-HT ₂ e inibidores da recaptação de 5-HT.....	30
3.3.1.4.4. Antidepressivos de ação noradrenérgica, serotoninérgica e histaminérgica específicas.....	31
3.3.1.4.5. Inibidores seletivos de NA	31
3.3.2. Tratamento Não-Farmacológico	32
3.3.2.1. Psicoterapia individuais ou em grupos	32
3.3.2.2. Atividade física diária e alimentação saudável e regular.....	33
3.3.2.3. Práticas Integrativas e Complementares (PICs).....	34
3.3.2.4. REAC- Tratamento com neuromodulação neuropsicofísica.....	36
3.4 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS.....	37
3.5 O SURGIMENTO DO CUIDADO FARMACÊUTICO	38
3.5.1. Resolução CFF nº 585/2013: Atribuições e habilidades do farmacêutico	42
3.6 ADESÃO AO TRATAMENTO.....	43
3.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	45
3.8 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	46
4 METODOLOGIA.....	50
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	50
4.2 PERÍODO E LOCAL.....	50
4.3 POPULAÇÃO ALVO.....	50
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	51
4.5 AMOSTRA.....	51
4.6 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	51
4.6.1 Formulário (<i>google forms</i>).....	51
4.6.2 Formulário padrão conforme método Dáder.....	53
4.6.3 Formulário de pesquisa de satisfação.....	54
4.7 COLETA DE DADOS	55

4.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA	56
4.10 ASPECTOS ÉTICOS.....	57
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
5.1 ANÁLISES DESCRITIVAS E ANALÍTICAS.....	58
5.1.1 Perfil Sóciodemográfico e clínico da população em estudo	59
5.1.2 Perfil medicamentoso da população em estudo.....	67
5.1.3 Cuidado Farmacêutico:	71
5.1.3.3. Quanto as Intervenções	75
5.1.3.5 Quanto a adesão e não adesão ao tratamento	80
5.1.3.6 Tipo de Comunicação	82
5.1.4 Avaliação da Efetividade do Cuidado Farmacêutico	83
5.2. ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	85
5.3. Pesquisa de satisfação com o cuidado farmacêutico recebido	91
APÊNDICES.....	100
APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	100
APÊNDICE 2 - ORIENTAÇÕES E ACONSELHAMENTOS	101
ANEXOS'	103
ANEXO 1- PROJETO DE LEI Nº 1010 DE 23 DE JUNHO DE 2006.....	103
ANEXO 2 - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK – BD	106
ANEXO 3 - FORMULÁRIO PADRÃO CONFORME METODOLOGIA DÁDER.....	109
ANEXO 4 - FORMULÁRIO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO	111

1 INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno mental frequente, sendo a principal causa de incapacidade em todo o mundo, contribui de forma importante para a carga global de doenças. Os diagnósticos mais frequentes ocorrem em pessoas do sexo feminino (OPAS; OMS, 2021).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V, a prevalência de transtorno depressivo maior, na população geral dos Estados Unidos, é de aproximadamente 7%, bem semelhante à prevalência no Brasil de 7,6%. Dentre os países da América Latina, o Brasil apresenta maior prevalência de quadros depressivos (WHO, 2017 *apud* ROCHA *et al.*, 2018). Assim, calcula-se que a depressão estará em primeiro lugar como “doença mundial” até em 2030 (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018).

Pandemias como a do COVID-19 afetam um número relativamente grande de pessoas e impõem novas regras e hábitos sociais à população mundial. Informações sobre a pandemia são constantes na mídia. Além disso, o distanciamento social tem sido adotado no Brasil para prevenir a disseminação da COVID-19, o que pode ter consequências econômicas e psicossociais, como os transtornos mentais, sendo que a depressão e a ansiedade, no decorrer dos anos, vêm crescendo assustadoramente no mundo, e frente a pandemia, chama atenção para um aumento significativo, neste último ano (DUARTE *et al.*, 2020).

A pessoa com transtorno depressivo apresenta uma condição diferente das flutuações usuais de humor e das respostas emocionais de curta duração aos desafios da vida cotidiana. Especialmente quando de longa duração e recorrente, e com intensidade de moderada ou grave, a depressão pode se tornar uma crítica condição de saúde. Ela pode causar à pessoa afetada um grande sofrimento e disfunção no trabalho, na escola ou no meio familiar. Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio. Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano - sendo essa a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos (WHO, 2017).

A depressão caracteriza-se por sintomas como tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou baixa autoestima, sono e apetite alterados, cansaço e falta de concentração. Quem sofre com essa condição pode também ter múltiplas queixas físicas sem nenhuma causa aparente (OPAS; OMS, 2021).

Embora existam tratamentos eficazes conhecidos para depressão, moderada e grave, menos da metade das pessoas afetadas no mundo (em muitos países, menos de 10%) recebe tais tratamentos. Os obstáculos ao tratamento eficaz incluem a falta de recursos, a falta de profissionais treinados e o estigma social associado aos transtornos mentais. Outra barreira ao atendimento é a avaliação imprecisa. Em países de todos os níveis de renda, pessoas com depressão frequentemente não são diagnosticadas corretamente e outras que não têm o transtorno são muitas vezes diagnosticadas de forma inadequada, com intervenções desnecessárias (OPAS; OMS, 2021).

No Brasil, a terapia medicamentosa é considerada a primeira escolha terapêutica para depressão; no entanto, a Farmacoterapia é associada à problemas como reações adversas, interações medicamentosas e falta de adesão. O farmacêutico pode ser capaz de melhorar os resultados do tratamento, fornecendo serviços como educação do paciente, selecionando o medicamento e doses mais adequadas, melhorando a adesão e monitorando eficácia do tratamento (MARQUES et al., 2013).

O número de estudos de intervenções farmacêuticas vem aumentando nos últimos 20 anos, no mundo, como resultado do movimento internacional que ocorreu na década de 90 para o reconhecimento da Atenção Farmacêutica como a filosofia de uma prática profissional que resulta em melhorias na saúde dos pacientes e na sua qualidade de vida (MELCHIORS et al., 2015).

O Cuidado Farmacêutico também denominado de Atenção Farmacêutica, foi definido no Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (2002) como:

“É um modelo da prática farmacêutica, desenvolvido no contexto da assistência farmacêutica, que compreende atitudes, valores éticos, comportamentais, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção das enfermidades e promoção e recuperação da saúde. É a interação direta entre o usuário e o farmacêutico, visando uma Farmacoterapia racional e obtenção de resultados definidos e mensuráveis, visando a melhoria da qualidade de vida. Essa interação deve levar em consideração crenças pessoais, respeitando as especificidades biopsicossociais na perspectiva da integralidade das ações de saúde” (GOMES et al., 2017, p. 6).

O Seguimento Farmacoterapêutico é uma modalidade de cuidado farmacêutico que procura monitorar e avaliar a Farmacoterapia regularmente para melhorar os resultados do tratamento. No entanto, há poucos estudos de acompanhamentos de pessoas com transtorno depressivo, utilizando métodos já

padronizados. O método Dáder é uma abordagem simples, sistemático e documentado, o qual que permite em qualquer ambiente de assistência o acompanhamento farmacológico para qualquer doença, sendo que o método se mostrou eficaz para várias doenças, mas há poucos relatos sobre a aplicação deste método em pessoas em tratamentos para depressão (MARQUES et al., 2013).

Considerando-se a escassez de informações sobre esta intervenção, emerge a seguinte questão de estudo: o cuidado farmacêutico não altera a efetividade do tratamento em pessoas com transtorno depressivo avaliadas no inventário de depressão de Beck ou o cuidado farmacêutico altera a efetividade do tratamento em pessoas com transtorno depressivo avaliadas no inventário de depressão de Beck.

Diante do exposto, o presente estudo tem uma relevância social, uma vez que, através da aplicação experimental do cuidado farmacêutico, em pessoas com transtorno depressivo, busca proporcionar mais uma alternativa de tratamento viável e complementar, aos tratamentos usualmente propostos, além de se obter resultados mais definidos e mensuráveis na farmacoterapia destes usuários e conseqüentemente, maior sucesso terapêutico. Também, de fornecer mais informações sobre a aplicação deste método em pessoas com depressão.

Com base na relevância da questão acima mencionada, este estudo tem como objetivo analisar a efetividade do cuidado farmacêutico aplicado em pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo, em tratamento ambulatorial, utilizando a metodologia Dáder. A análise do impacto desta intervenção, quanto a efetividade no tratamento, deverá ser investigada no Inventário de Depressão de Beck (BDI), aplicado antes e pós cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o impacto do cuidado farmacêutico na efetividade do tratamento de usuários do ambulatório de Psiquiatria diagnosticados com transtorno depressivo.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e medicamentoso dos usuários do ambulatório de Psiquiatria, diagnosticados com Transtorno Depressivo;
- Aplicar o cuidado farmacêutico, utilizando metodologia Dáder, em usuários do ambulatório de Psiquiatria, diagnosticados com Transtorno Depressivo, em tratamento, a fim de se identificar os resultados negativos associados ao uso de medicamentos (RNM) e suas causas;
- Realizar as intervenções farmacêuticas nos pacientes quando necessário e avaliar através da aceitabilidade das intervenções e resolatividade dos RNM's;
- Identificar a adesão ao tratamento, antes e pós cuidado farmacêutico de usuários do ambulatório de Psiquiatria, diagnosticados com Transtorno Depressivo;
- Analisar o impacto do cuidado farmacêutico no tratamento de usuários do ambulatório de Psiquiatria, diagnosticados com Transtorno Depressivo, aplicando o Inventário de Depressão de Beck (BDI), antes e pós o cuidado;
- Aplicar uma pesquisa de satisfação para avaliar a percepção dos usuários do ambulatório de Psiquiatria, diagnosticados com Transtorno Depressivo, sobre o cuidado farmacêutico recebido.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CONTEXTUALIZANDO O TRANSTORNO DEPRESSIVO

O termo depressão tem origem no latim *depressus*, ato de deprimir-se. Segundo Teodoro (2010), a depressão é classificada como transtorno mental, que envolve uma complexa interação entre fatores orgânicos, psicológicos e ambientais. São comuns na depressão sintomas de angústia, rebaixamento de humor, perda de interesse, apatia, choro persistente, sentimento de impotência, perda de prazer e energia frente à vida (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018).

De acordo com o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-V, o transtorno depressivo tem como característica comum: “presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida (APA, 2014).

Ainda, o DSM-V classifica os transtornos depressivos como: “transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. O transtorno depressivo maior representa a condição clássica desse grupo de transtornos. Ele é caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior) envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas. O diagnóstico baseado em um único episódio é possível, embora o transtorno seja recorrente na maioria dos casos (APA, 2014).

3.1.1 Prevalência

Globalmente, a proporção da depressão é de 4,4% da população mundial, o que significa, 322 milhões de pessoas, atingindo em torno de 5% da população mundial, e devem ocupar o segundo lugar entre as doenças na população mundial até

o ano de 2020. No continente americano essa parcela é de 15%, representando 48.160 milhões de pessoas (WHO, 2017).

Em estudo mais recente, em relação aos dados estatísticos, estimam-se que, 5% a 10% da população sofrerá com a doença ao longo da vida. Hoje, a depressão representa a terceira causa de doença mundial e em países desenvolvidos está em primeiro lugar. Além disso, os transtornos mentais representam 12% das doenças em todo mundo. Em países desenvolvidos os índices são elevados, 23%, na Europa destaca-se com um índice de 26,6%. Assim, calcula-se que a depressão estará em primeiro lugar como “doença mundial” até em 2030 (LOPES, 2005 *apud* ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018)

Segundo o DSM-V, a prevalência de transtorno depressivo maior, na população geral dos Estados Unidos, é de aproximadamente 7%, com acentuadas diferenças por faixa etária, sendo que a prevalência em indivíduos de 18 a 29 anos é três vezes maior do que a prevalência em indivíduos acima dos 60 anos. Pessoas do sexo feminino experimentam índices 1,5 a 3 vezes mais altos do que as do masculino, começando no início da adolescência (APA, 2014).

Bem semelhante à prevalência no Brasil de 7,6%. Dentre os países da América Latina, o Brasil apresenta maior prevalência de quadros depressivos (WHO, 2017 *apud* ROCHA et al, 2018).

Estudos de prevalência em diferentes países ocidentais mostram que a depressão é um transtorno frequente, cuja prevalência anual na população em geral varia entre 3% e 11%. Em pacientes de cuidados primários em saúde, a média de prevalência está acima de 10%. Em pacientes internados por qualquer doença física a prevalência de depressão varia entre 22% e 23%. Em populações específicas, como a de pacientes com infarto recente, é de 33%, chegando a 47% nos pacientes com câncer (MARQUES, 2013).

No Amapá, conforme a Coordenação de Saúde Mental do estado, relata não ter dados oficiais registrados sobre prevalência de quadros depressivos. No entanto, é importante ressaltar que, os quadros depressivos podem estar relacionados as causas (gatilhos) que levam a morte por suicídio. Segundo a Vigilância em Saúde do estado, o suicídio constitui como um grave problema de saúde pública mundial, em especial pelo seu crescimento na população mais jovem, o que evidencia a maior vulnerabilidade desta faixa etária em face às mudanças sociais e familiares que

acompanham a instabilidade emocional, relacional, afetiva, cultural e econômica dos nossos dias.

Através do informe epidemiológico nº 06/2021 da Superintendência de Vigilância em Saúde - SVS/GEA, intitulado Análise da Morbimortalidade por causas externas no estado do Amapá no período de 2016 a 2020, relata que, quanto a mortalidade por suicídio no período entre 2017 e 2019, houve o aumento da taxa de óbitos, sendo maior no sexo masculino, na faixa etária de 20 a 29 anos. Já os resultados do monitoramento dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM no ano de 2020, evidenciou que a taxa geral de suicídio no Amapá melhorou significativamente e encontra-se abaixo da taxa nacional (5,9 óbitos por 100.000 habitantes), assim, os óbitos por suicídio passam de terceira para a quarta causa externa de mortalidade da população. Esta melhora significativa pode estar relacionada as subnotificações, uma vez que a situação se modificou em 2020, devido a pandemia da Covid 19 (SFAIR, 2021).

3.1.2 Procedimentos para Codificação e Registro

O código diagnóstico para transtorno depressivo maior está baseado em se este é um episódio único ou recorrente, gravidade atual, presença de características psicóticas e estado de remissão. A gravidade atual e as características psicóticas são indicadas apenas se todos os critérios são satisfeitos atualmente para um episódio depressivo maior. Os especificadores de remissão são indicados apenas se os critérios plenos não são satisfeitos atualmente para um episódio depressivo maior.

Os códigos são os seguintes de acordo com o quadro 1:

Quadro 1 – Código diagnóstico para transtorno depressivo maior.

Especificador da gravidade/curso	Episódio único	Episódio recorrente*
Leve	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderada	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Com características psicóticas**	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
Em remissão parcial	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
Em remissão completa	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
Não especificado	296.20 (F32.9)	290.30 (F33.9)

Fonte: APA, 2014.

Legenda: *Para que um episódio seja considerado recorrente, deve haver um intervalo de pelo menos dois meses consecutivos entre episódios separados em que não são satisfeitos os critérios para um episódio depressivo maior.

**Se estão presentes características psicóticas, codifique o especificador “com características psicóticas”, independentemente da gravidade do episódio.

3.2 TEORIAS PARA EXPLICAR A DEPRESSÃO

A teoria monoaminérgica é a teoria mais difundida. A depressão seria decorrente da depleção de neurotransmissores monoaminérgicos, principalmente serotonina e noradrenalina. Essa depleção seria causada pelo uso de drogas ou por um processo patológico desconhecido (MARQUES, 2013).

Os pesquisadores que investigam a depressão acreditam que a noradrenalina e a serotonina se encontram diminuídas nesse transtorno. Na depressão uma quantidade reduzida desses neurotransmissores é liberada pelos neurônios pré-sinápticos e eles ficam pouco tempo em disponibilidade na fenda sináptica e ainda são recapturados muito rapidamente, não oferecendo condições necessárias para que os neurônios pós-sinápticos captem os neurotransmissores, ou até mesmo esses últimos podem estar com o número reduzido de receptores e menos sensibilizados (VIDEBECK, 2012 *apud* ROCHA et al., 2018).

3.3 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO

Todo tratamento deve ser iniciado com um psicodiagnóstico. A partir desta primeira análise, o médico institui o tratamento, podendo ser psicoterapia, farmacoterapia ou ambos. Os medicamentos são indicados principalmente nos casos

de depressão grave, onde o risco de suicídio é preocupante. O diagnóstico precoce é útil para um tratamento com sucesso (PETERSON, 2007 *apud* ZANATTA et al., 2010).

A psicoterapia e a terapia medicamentosa com antidepressivos são as principais formas de tratamento para depressão, bem como mudanças no estilo de vida (SOUZA, 1999; BUTLER et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2012; SEGAT, DIEFENTHAELER, 2013; COHEN, DERUBEIS, 2018 *apud* CRUZ et al., 2020).

3.3.1 Tratamento Farmacológico ou medicamentoso com antidepressivos

Os antidepressivos atuam diretamente no cérebro, modificando e corrigindo a transmissão neuroquímica em áreas do sistema nervoso que regulam o estado do humor (o nível da vitalidade, energia, interesse, emoções e a variação entre alegria e tristeza), quando o humor está afetado negativamente num grau significativo (SILVA, 2002 *apud* ZANATTA et al., 2010).

O transtorno depressivo provoca uma desregulação das sinapses, onde os neurotransmissores acetilcolina (ACh), dopamina (DA), noradrenalina (NA) e serotonina (5-HT) devem exercer sua função. Com esta desregulação ocorre uma diminuição da quantidade desses neurotransmissores e um aumento anormal dos receptores pós-sinápticos. Além de repor os neurotransmissores que faltam nas sinapses, os fármacos antidepressivos melhoram as concentrações de serotonina e noradrenalina principalmente, e restabelecem a sensibilidade dos receptores. Em geral, os antidepressivos têm absorção no intestino delgado, metabolismo hepático de primeira passagem, ligam-se em grande quantidade as proteínas plasmáticas, e sofrem metabolismo pela via do citocromo P-450 (GARCIA; GASTELURRUTIA, 2005 *apud* ZANATTA et al., 2010).

A partir do estudo dos neurotransmissores, foram desenvolvidos medicamentos, os quais agem de forma seletiva ou não, e estes podem se dividir em 4 classes: inibidores da Monoaminaoxidase (IMAO), tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e antidepressivos atípicos (ZANATTA et al., 2010).

Os primeiros antidepressivos lançados na década de 50 e 60 pertencem ao grupo dos Inibidores da monoamina oxidase (IMAOs) e dos Tricíclicos (ADTs). Estes fármacos são muito eficazes, porém menos seletivos. Além de agirem sobre os receptores de serotonina e/ou noradrenalina e/ou dopamina, agem no bloqueio dos receptores colinérgicos, histaminérgicos e adrenérgicos, o que podem provocar

muitas reações adversas. Já os antidepressivos mais recentes atuam de forma mais específica e seletiva, apresentam menos efeitos colaterais e melhor tolerância. Assim, atualmente, tem-se preferido os ISRS e outros antidepressivos mais novos como a trazodona, a venlafaxina, a bupropiona e a mirtazapina em virtude de seu perfil de efeitos colaterais mais favoráveis (BAES; JURUEMA, 2017).

Os antidepressivos são medicamentos submetidos a controle especial de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344 de 1998, que aprova as normas técnicas sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Eles devem ser comercializados por meio da apresentação e retenção de receituário específico (DE OLIVEIRA ALVES, DE OLIVEIRA, 2015). E embora esses fármacos sejam classificados como antidepressivos, eles também são utilizados para outras disfunções médicas, que não seja a depressão (COHEN, DERUBEIS, 2018; RIBEIRO, RIBEIRO; VON DOELLINGER, 2018). Eles subdividem-se nas seguintes classes: Inibidores da Monoaminoxidase (iMAO), Antidepressivos Tricíclicos (ADT), Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) e atípicos (CRUZ et al., 2020).

3.3.1.1 Antidepressivos IMAOs

No geral, os IMAOs são bem absorvidos pelo trato gastrointestinal, sofrem biotransformação hepática rápida por oxidação e possivelmente têm metabólitos ativos. O início de ação se dá entre 7 e 10 dias com doses apropriadas em alguns pacientes, mas pode levar de 4 a 8 semanas para atingir o efeito terapêutico pleno. O pico de concentração plasmática é de 3 a 5 horas para isocarboxazida, 2 a 4 para fenelzina e 1 a 3,5 para tranilcipromina. Em média são necessários 10 dias para que a atividade da MAO se recupere, já que em 5 a 10 dias os IMAOs irreversíveis inibem as MAOs A e B de forma permanente. Elas voltam a ser produzidas em uma a duas semanas, mas nesta fase o paciente continua vulnerável ao desencadeamento de crises hipertensivas pelo aumento da concentração de aminas provenientes da dieta ou de medicamentos aminérgicos. A eficácia da fenelzina se correlaciona com a inibição de 80 % da MAO plaquetária, ao passo que o melhor preditor de resposta terapêutica da tranilcipromina parece ser a área sobre a curva cinética.⁶ A eliminação é renal, inclusive dos metabólitos (MORENO; MORENO; SOARES, 1999 *apud* CRUZ et al., 2020).

Estes antidepressivos impedem a ação da enzima Monoaminaoxidase, evitando assim, a degradação dos neurotransmissores NA, 5-HT e DA por parte do neurônio pré-sináptico, conseguindo que haja maior concentração de neurotransmissores disponíveis na sinapse que podem unir-se aos receptores pós-sinápticos (GARCIA; GASTELURRUTIA, 2005 *apud* ZANATTA et al., 2010).

Os primeiros IMAOs descobertos inibem a MAO de forma irreversível, destruindo para sempre sua função, de tal forma que a enzima só pode atuar novamente se sintetizar novas moléculas, por isso tem um tempo de ação longo e de difícil controle. Atualmente, só existe o medicamento tranilcipromina. Mais tarde descobriram-se os IMAOs reversíveis seletivos para a enzima MAO-A, que inibem a MAO de forma reversível, fazendo com que aumente a concentração sináptica de NA e 5-HT. O único exemplo dessa classe no mercado é a Moclobemida (GARCIA; GASTELURRUTIA, 2005 *apud* ZANATTA et al., 2010).

Os IMAOs são medicamentos bastante eficazes na depressão. No entanto, os antidepressivos não seletivos inibem tanto a MAO-A e quanto a MAO-B e caso o paciente faça ingestão de alimentos ricos em tiramina, há risco de crise hipertensiva, podendo levar o paciente a morte (MARQUES, 2013).

3.3.1.2 Antidepressivos. Tricíclicos (ADT)

O mecanismo de ação comum aos antidepressivos tricíclicos em nível pré-sináptico é o bloqueio de recaptura de monoaminas, principalmente norepinefrina (NE) e serotonina (5-HT), em menor proporção dopamina (DA). Atualmente se considera não haver diferenças significativas quanto à seletividade do bloqueio de recaptura pré-sináptico. A atividade pós-sináptica varia de acordo com o sistema neurotransmissor envolvido e geralmente é responsável pelos efeitos colaterais. Os ADTs bloqueiam receptores muscarínicos (colinérgicos), histaminérgicos de tipo 1, α_2 e β -adrenérgicos, serotoninérgicos diversos e mais raramente dopaminérgicos. Essas ações não se correlacionam necessariamente com efeito antidepressivo, mas com efeitos colaterais. O bloqueio do receptor 5-HT₁ contribuiria para o efeito terapêutico. Contudo, esta ação aguda dos antidepressivos no sistema de transmissão monoaminérgica, por si só, não explicava a demora para o início da ação antidepressiva, observável clinicamente após duas semanas de uso. Embora o mecanismo de ação exato não tenha sido totalmente elucidado, sabe-se que os ADTs

promovem agudamente aumento na eficiência da transmissão monoaminérgica (e possivelmente GABAérgica), envolvendo os sistemas noradrenérgico e serotoninérgico através do aumento na concentração sináptica de norepinefrina e serotonina por bloqueio de recaptura (MORENO; MORENO; SOARES, 1999 *apud* CRUZ et al., 2020).

São bastante eficazes, porém, são cardiotoxicos, devendo-se evitá-los em pacientes com histórico de doença cardiovascular. Possuem propriedades anticolinérgicas responsáveis por alguns efeitos indesejados, tais como retenção urinária, constipação intestinal, boca seca, por isso são pouco tolerados, principalmente pelos idosos (MARQUES, 2013).

Os ADTs são bem absorvidos completamente pelo trato gastrointestinal, metabolizados em grande parte (55% a 80%) pelo efeito de primeira passagem, o pico plasmático é atingido mais rapidamente (1 a 3 horas) por aminas terciárias (como a amitriptilina) do que com aminas secundárias (desipramina e nortriptilina) que levam 4 a 8 horas para atingi-lo. São altamente lipofílicos, concentrando-se principalmente no miocárdio e em tecidos cerebrais, se ligam a proteínas plasmáticas e sofrem metabolismo primariamente hepático. Muitos ADTs apresentam farmacocinética linear, isto é, mudanças na dose levam a alteração proporcional no nível plasmático. A vida média de eliminação varia (por exemplo, Imipramina de 4 a 34 horas, amitriptilina de 10 a 46, clomipramina de 17 a 37 e nortriptilina de 13 a 88) e o estado de equilíbrio é atingido em cerca de 5 dias. A farmacocinética pode variar entre os sexos e a concentração pode diminuir antes da menstruação. Durante a gestação é possível utilizar ADTs, evitando-se preferencialmente no primeiro trimestre. Mulheres lactantes podem tomar ADTs, preferencialmente Imipramina e amitriptilina, mas também nortriptilina e clomipramina (MORENO; MORENO; SOARES, 1999 *apud* CRUZ et al., 2020).

3.3.1.3 Antidepressivos Inibidores Seletivos de Recaptacão da Serotonina

Devido aos efeitos secundários que apresentam os ADT, pesquisou-se novos fármacos cujo bloqueio da bomba recaptadora não provocara estes problemas. A maneira lógica de suprimir os efeitos secundários era evitar o bloqueio sobre os 3 receptores responsáveis: colinérgico muscarínico, histaminérgico H-1 e adrenérgicos alfa-1. Ao desenvolver estes fármacos se comprovou que também perdiam as

propriedades bloqueadoras da recaptação de NA, mas isso não diminuía o efeito terapêutico. Os ISRS, portanto, bloqueiam seletivamente a bomba de recaptação de 5-HT, impedindo que esta volte ao neurônio pré-sináptico para sua reutilização, aumentando assim a concentração de 5-HT na sinapse para unir-se ao seu receptor (GARCIA; GASTELURRUTIA, 2005 *apud* ZANATTA et al., 2010).

Os ISRSs, citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina e sertralina são o resultado de pesquisa racional para encontrar medicamentos tão eficazes quanto os ADTs, mas com poucos problemas de tolerabilidade e segurança. Os ISRSs inibem de forma potente e seletiva a recaptação de serotonina, resultando em potencialização da neurotransmissão serotoninérgica. Embora compartilhem o principal mecanismo de ação, os ISRS são estruturalmente distintos com marcadas diferenças no perfil farmacodinâmico e farmacocinético. A potência da inibição de recaptação da serotonina é variada, assim como a seletividade por noradrenalina e dopamina. Sertralina e paroxetina são os mais potentes inibidores de recaptação. A potência relativa da sertralina em inibir a recaptação de dopamina a diferencia farmacologicamente dos outros ISRSs. Citalopram e fluoxetina são misturas racêmicas de diferentes formas quiral que possuem perfis farmacodinâmico e farmacocinético variados. Fluoxetina possui metabólito de ação prolongada e farmacologicamente ativo (MORENO; MORENO; SOARES, 1999 *apud* CRUZ et al., 2020).

Possuem eficácia semelhante aos ADT, porém, possuem vantagens: não apresentam atividade anticolinérgica (não causam constipação intestinal, boca seca, retenção urinária etc.), não são tóxicos em doses elevadas (são mais seguros que os ADT) e não possuem efeitos cardiotoxicos (MARQUES, 2013).

Devido ao tempo de meia vida dos ISRS ser superior à dos outros antidepressivos, pode-se evitar recorrências no caso de não cumprimento terapêutico e diminuir o efeito de síndrome de retirada, já que o fármaco metaboliza-se pouco a pouco, sem que haja trocas bruscas a nível fisiológico. No entanto, pode ser prejudicial quando o médico troca o tratamento, porque o efeito do fármaco anterior se mantém durante um tempo (BALLONE, 2007 *apud* ZANATTA et al., 2010).

Embora todos os ISRSs apresentem o mesmo mecanismo de ação, as diferenças entre as estruturas moleculares fazem com que os diferentes compostos apresentem perfis farmacocinéticos diversos. Todos os ISRSs apresentam alta ligação proteica (fluvoxamina e citalopram em menor grau). A fluoxetina é a única que

apresenta metabólito com atividade clínica significativa (inibição da recaptação de serotonina e inibição de isoenzimas do citocromo P 450). A meia-vida prolongada da fluoxetina e da norfluoxetina e o tempo necessário para se atingir o estado de equilíbrio apresentam significado clínico, como a maior latência para o início da ação antidepressiva. As concentrações plasmáticas de sertralina e citalopram são proporcionais às doses administradas (farmacocinética linear), o que não ocorre com fluoxetina, paroxetina e fluvoxamina, cuja farmacocinética não é linear. Estes ISRSs diminuem seu metabolismo por ação inibitória dose-dependente das isoenzimas do citocromo P450 (CYP), o que significa que aumentos na dose administrada de fluoxetina, paroxetina e fluvoxamina levam a aumentos desproporcionais nos níveis plasmáticos, meias-vidas e possivelmente efeitos colaterais (MORENO; MORENO; SOARES, 1999 *apud* CRUZ et al., 2020).

Os ISRSs são rapidamente absorvidos, sofrem menos efeito do metabolismo de primeira passagem, se ligam fortemente a proteínas plasmáticas, todos (em menor proporção fluvoxamina) deslocam outras drogas da ligação proteica, aumentando seu nível plasmático. Metabolizados primariamente pelo fígado, todos os ISRSs afetam as enzimas metabolizadoras do citocromo P-450 (em menor proporção sertralina) e podem comprometer o metabolismo de outras drogas metabolizadas por este sistema. Tem-se demonstrado que fluoxetina e paroxetina diminuem seu metabolismo com o tempo. O pico plasmático da sertralina aumenta 30% quando o medicamento é ingerido com alimentos, pela diminuição do metabolismo de primeira passagem (MORENO; MORENO; SOARES, 1999 *apud* CRUZ et al., 2020).

3.3.1.4 Antidepressivos Atípicos

Depois do descobrimento dos ISRS, o desenvolvimento de novas moléculas Antidepressivas foi direcionado na busca de mecanismos de ação cada vez mais específicos e com menos efeitos secundários. Descobriram-se 5 classes de medicamentos, de ação específica, conforme segue abaixo. (GARCIA; GASTELURRUTIA, 2005 *apud* ZANATTA et al., 2010).

3.3.1.4.1 Antidepressivos inibidores da recaptação de NA e DA

O representante deste grupo é a bupropiona, trata-se de um pró-fármaco, e seu metabólico e que tem ação antidepressiva. Não tem atividade anticolinérgica nem sedativa, e não produz hipotensão ortostática. Na Espanha sua única indicação é no tratamento do tabagismo (GARCIA; GASTELURRUTIA, 2005 *apud* ZANATTA et al., 2010).

Os efeitos mais frequentes são: agitação, náuseas, insônia, xerostomia, constipação, perda de peso, cefaleia, tremores, dor no peito. Deve ser evitada em pacientes que manifestam crises convulsivas ou que tiveram traumatismo craniano (MARQUES, 2013).

3.3.1.4.2 Antidepressivos inibidores da recaptação de 5-HT e NA

O representante deste grupo é a venlafaxina e a duloxetina. Estes antidepressivos compartilham com os ADT a capacidade de inibir a recaptação de NA e 5-HT, e em menor quantidade de DA, sem bloquear os receptores alfa-1, os receptores histaminérgicos H-1 e os colinérgicos muscarínicos, e como já visto no mecanismo de ação dos ADT, são os responsáveis pelos efeitos secundários dos ADT (GARCIA; GASTELURRUTIA, 2005 *apud* ZANATTA et al., 2010).

3.3.1.4.3 Antidepressivos antagonistas dos receptores 5-HT₂ e inibidores da recaptação de 5-HT

Os representantes deste grupo são a trazodona e a nefazodona. Seu mecanismo de ação consiste principalmente em bloquear os receptores de 5-HT₂ e mais lentamente inibir a recaptação de 5-HT. A trazodona também bloqueia os receptores alfa-1 e os de histamina; por isso é muito sedativo, hipnótico e não cria dependência. Não atua sobre a NA nem sobre os receptores colinérgicos. A nefazodona é menos sedativa que a trazodona, porque bloqueia menos os receptores de histamina, além de ter uma ligeira ação sobre a NA. O bloqueio dos receptores 5-HT₂ permite que tenham menos efeitos secundários que os ISRS. Devido a

diferente ação sobre a NA, a Nefazodona tem menos efeitos secundários que a trazodona (GARCIA; GASTELURRUTIA, 2005 *apud* ZANATTA et al., 2010).

3.3.1.4.4 Antidepressivos de ação noradrenérgica, serotoninérgica e histaminérgica específicas

Os representantes são a mianserina e a mirtazapina. Tratam-se de antagonistas da 5-HT₂. Foram desenvolvidas perante a ideia de que seriam fármacos mais sensíveis em seu mecanismo de ação e mais seguros, mas até agora não tiveram o devido sucesso (GARCIA; GASTELURRUTIA, 2005 *apud* ZANATTA et al., 2010).

3.3.1.4.5 Inibidores seletivos de NA

O representante desse grupo é a reboxetina. Realiza um bloqueio da recaptação de NA sem bloquear a recaptação de 5-HT, tão pouco tem ação sobre os receptores colinérgicos. Tem efeito antidepressivo com efeitos secundários diferentes do ISRS (GARCIA; GASTELURRUTIA, 2005 *apud* ZANATTA et al., 2010).

O tratamento do episódio depressivo pode ser dividido em três fases: aguda, de continuação e de manutenção. Na fase aguda, o tempo de duração é de 6 a 12 semanas e o objetivo é diminuir os sintomas depressivos e, idealmente, a remissão.

A fase de continuação, dura de 4 a 9 meses, e pretende preservar a remissão e evitar recaída. Já na fase de manutenção, o importante é se evitar quadros recorrentes, que podem ocorrer, o primeiro episódio, em torno de 6 a 9 meses, em 3 anos, ou podendo ter um ou mais episódios ao longo da vida, por um período de 5 a 10 anos ou indefinidamente (FLECK; QUEVEDO et al., 2009 *apud* ALVES, 2019).

No entanto, com 12 semanas ou um pouco mais já se observa a melhora clínica, e é nesse período que o paciente tende a abandonar o tratamento, por se sentir melhor e achar que não é mais necessário o uso do medicamento. Portanto, cabe ao farmacêutico orientar o paciente quanto a este fato (MARQUES, 2013).

A melhora do paciente deprimido pode ser descrita de três formas:

- A resposta ao tratamento significa que o paciente teve uma redução de pelo menos 50% na sintomatologia da depressão, avaliada por uma escala psiquiátrica (p. ex: escala de Beck, Teste de Hamilton);
- Remissão é o termo utilizado para designar que a sintomatologia do paciente praticamente desapareceu, e não apenas 50% dela;
- Recuperação ocorre quando a remissão perdura por seis a 12 meses.

A piora do paciente pode ser descrita da seguinte forma:

- Recaída: quando o paciente piora antes de haver remissão completa ou antes da recuperação;
- Recorrência: quando o paciente tem um novo episódio após a recuperação completa.

3.3.2 Tratamento Não-Farmacológico

Observa-se o uso excessivo da terapia medicamentosa, voltando o olhar do profissional para a urgente implementação de métodos não farmacológicos, como terapias, uma vez que estes não produzem efeitos prejudiciais ao organismo e desperta para atividades cognitivas de precisão (LIMA et al., 2016).

3.3.2.1 Psicoterapia individuais ou em grupos

O psicólogo deve atuar sob uma perspectiva generalista no cuidado curativo e desenvolver atividades de prevenção e promoção da saúde com foco na família e na comunidade. Essa estrutura institucional está vinculada à prática do psicólogo no cuidado clínico em saúde mental, cujos processos de intervenção se dão por meio da escuta atenta aos sintomas, considerando as circunstâncias envolvidas para a elaboração de projetos terapêuticos que possibilitem o cuidado integral ao paciente com diagnóstico de depressão. As dimensões psicossocial e comunitária do atendimento psicológico são administradas por meio do conjunto de ações técnico-assistenciais que sustentam as práticas dos profissionais. A psicoterapia, tanto individual quanto em grupo, é um instrumento conhecido por representar essas práticas (MOTTA; MOREÍ; NUNES, 2017).

A psicoterapia individual é amplamente recomendada para o tratamento da depressão por agências de saúde nacionais e internacionais e tem eficácia reconhecida em diferentes abordagens teóricas. Para Ferreira Neto e Kind (2010), o cuidado individualizado possibilita uma atenção personalizada e direcionada, mas ao mesmo tempo tem como foco o processo patológico. Por outro lado, a terapia de grupo representa uma estratégia terapêutica que prioriza as ações de saúde mental. O potencial dessa forma de intervenção está baseado no fortalecimento ou construção de redes sociais, o que constitui um fator de saúde. No que diz respeito ao tratamento da depressão, a psicoterapia de grupo é considerada um mecanismo tão eficaz quanto o atendimento individual, também é recomendada por órgãos de saúde. O atendimento psicológico à depressão também inclui ações psicoeducacionais que buscam fortalecer o processo de autonomia do usuário do sistema de saúde com diagnóstico de depressão por meio de informações (MOTTA; MORÉ; NUNES, 2017).

Essas características, juntamente com as políticas de atenção à saúde mental, representam as ferramentas que permitem ao profissional da psicologia cuidar do paciente com depressão na perspectiva psicossocial, o que contribui para o cuidado integral ao paciente, buscando transcender os modelos tradicionais de saúde mental (MOTTA; MORÉ; NUNES, 2017).

3.3.2.2 Atividade física diária e alimentação saudável e regular

A depressão está associada a uma alta incapacidade e perda social. Muitos estudos apontam à possibilidade de pessoas fisicamente ativas, em qualquer idade, apresentarem uma melhor saúde mental do que sedentários. Entre as hipóteses que tentam explicar a ação dos exercícios sobre a ansiedade e depressão, uma das mais aceita é a hipótese das Endorfinas. A teoria da endorfina sugere que a atividade física desencadearia uma secreção de endorfinas capaz de provocar um estado de euforia natural, por isso, aliviando os sintomas da depressão. Essa ideia, entretanto, não tem consenso entre os pesquisadores. Alguns deles, por exemplo, preferem acreditar que o exercício físico regularia a neurotransmissão da noradrenalina e da serotonina, igualmente aliviando os sintomas da depressão. Outra hipótese seria a cognitiva. De natureza eminentemente psicológica, a hipótese cognitiva se fundamenta na melhoria da autoestima mediante a prática do exercício, sustentando que os exercícios em longos prazos ou os exercícios intensivos melhorariam a imagem de si mesmo e,

consequentemente, a autoestima (COSTA; SOARES; TEXEIRA, 2007 *apud* TOTI; BASTOS; RODRIGUES, 2018).

A obesidade pode contribuir para a manifestação de distúrbios psicológicos, como ansiedade e depressão. Da mesma forma, as pessoas depressivas são extremamente suscetíveis ao ganho excessivo de peso e à prevalência duplicada de obesidade. Nesse contexto, o exercício físico desempenha um papel importante na melhoria da saúde física e psicológica (SOARES et al., 2020).

A depressão, uma vez diagnosticada por um profissional especializado, o tratamento para controle de sintomas consiste em um acompanhamento multidisciplinar, feito de forma contínua. Dentro das possibilidades de tratamento, incluem-se o acompanhamento médico, psicológico, medicamentoso, também a terapia nutricional, a qual ainda tem pouca visibilidade. O acompanhamento nutricional busca pela alimentação saudável, além de auxiliar na regulação de níveis nutricionais, contribui para a saúde mental e do organismo, o que possibilita um novo estilo de vida, onde a própria mente se beneficia com determinada nutrição. É importante esclarecer que neste acompanhamento nutricional, como essa terapia nutricional deve ser aplicada ao paciente, quais nutrientes devem ser priorizados, e como esses agem no organismo desse paciente deprimido (BARBOSA, 2020).

3.3.2.3 Práticas Integrativas e Complementares (PICs)

Um dos métodos para tratar a depressão é o uso das Práticas Integrativas e Complementares (PICS), que utilizam apenas recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais. As PICs são reconhecidas como práticas utilizadas na promoção da saúde, pois visam mudanças de hábitos a longo prazo, promovendo assim, uma autonomia para o paciente lidar melhor com a doença, tendo relação direta com o Sistema Único de Saúde, pois é a partir dele que práticas integrativas e complementares tem contato com a comunidade (SILVA; VALSOLER; STORTTI, 2021).

As PICS utilizam recursos terapêuticos embasados em conhecimentos fora do meio farmacológico, formadas por um conjunto de terapias que buscam métodos naturais de prevenção e recuperação da saúde e trabalha com uma interação complexa de aspectos sociais, mentais, físicos, emocionais e espirituais. Tendo como objetivo a prevenção e o auxílio na melhora de diversas doenças, como a depressão.

Estimulam a promoção da saúde e a adesão à prevenção e ao tratamento, bem como a transformação de hábitos de vida, permite uma maior conexão espiritual, biológica e mental, contribuindo na promoção da saúde através de práticas corporais e meditativas, contribuindo assim, para a melhora da qualidade de vida e a redução da medicalização. Podemos citar a homeopatia, meditação e acupuntura, entre elas. (SILVA; VALSOLER; STORTTI, 2021).

Nesse contexto, as PICs também contribuem no processo de incentivo à participação popular e à qualificação dos profissionais da Atenção Básica para a realização dessas práticas que vem sendo difundidas desde 2006 e, atualmente, são reconhecidas como parte integrante do Sistema Único de Saúde. Atualmente, o SUS oferece, desde 2006, de forma completa e gratuita, 29 diferentes tipos de PICS à população. O Brasil é referência mundial na esfera de práticas integrativas e complementares na atenção básica, apresentando abrangência do serviço à 19% das instituições de Atenção Básica, oferecidos em 3.173 municípios (BRASIL, 2020 APUD SILVA et al., 2021). Foi a Portaria nº 971/2006, que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do Sistema Único de Saúde, englobando quatro terapêuticas. Através da Portaria nº 849/2017 e da Portaria nº 702/2018, a política é alterada, incluindo 25 práticas integrativas (MARQUES, 2020).

No Brasil, de acordo com os objetivos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), as PICS devem ser inseridas prioritariamente na Atenção Primária, em consonância com as premissas da Organização Mundial da Saúde (OMS). A Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidou-se como o melhor formato de organização de equipes profissionais e de reorientação das práticas assistenciais na Atenção Primária a Saúde no Brasil (BARBOSA et al., 2020).

A implantação das práticas integrativas e complementares no Amapá iniciou-se em 2004 com o Centro de Referência em Tratamento Natural (CRTN) com atendimentos de fitoterapia e massoterapia, realizados por profissionais voluntários, sendo que apenas em 2007 foi realizada contratação de profissionais para atuarem no CRTN. Através do Decreto nº 4864/2015 o serviço é nomeado como Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Estado do Amapá (CERPIS), realizando atendimento em fitoterapia, acupuntura, homeopatia, massoterapia, geoterapia, yoga, auriculoterapia, bioenergética, hipnoterapia, meditação, reiki, reflexologia, shiatsu, shantala, pilates terapêutico, quiropraxia, RPG,

tai chi chuan, lian gong, chi gong, entre outros serviços (PANTOJA, 2017 *apud* MARQUES, 2020).

3.3.2.4 REAC- Tratamento com neuromodulação neuropsicofísica

Diante da necessidade de desenvolver novas abordagens terapêuticas em relação ao sistema nervoso central e periférico, os médicos pesquisadores Salvatore Rinaldi e Vania Fontani, após 30 anos de muito estudo, definiram, em 1987, o primeiro equipamento baseado na tecnologia de Radio Electric Asymmetric Conveyer (REAC), no Centro de Pesquisas Médicas Instituto Rinaldi Fontani, com sua primeira sede em Florença, na Itália, e surge como uma inovação no tratamento para transtornos depressivos (OICHENAZ, 2021).

O REAC gera uma onda de microcorrente em radiofrequência que interage com o tecido biológico do corpo humano, espalhando o seu efeito terapêutico de uma forma específica para o sujeito sob tratamento. A base científica da tecnologia REAC está em otimizar os fluxos iônicos em nível molecular e concentrar as microcorrentes produzidas por esses fluxos iônicos em pontos ou áreas específicas do corpo, de modo a otimizar e aprimorar a atividade eletrogênica e eletrometabólica das células e tecidos. Desse modo, a tecnologia REAC cria efeitos terapêuticos de bio e neuromodulação, através da utilização de campos radioelétricos transportados em modo assimétrico, induzindo fluxos de correntes de intensidades comparáveis com aquelas da polaridade celular, com o objetivo de otimizar suas funções originais. Essas correntes variam de acordo com as características moleculares dos tecidos, não são visíveis, nem audíveis e tampouco causam dor (OICHENAZ, 2021).

Um estudo recente, realizado na Universidade Federal do Amapá - UNIFAP, sobre a administração de neuromodulação de otimização neuropsicofísica (NPPO), aplicado com esse dispositivo de biotecnologia de transporte radioelétrico assimétrico (REAC), compara os efeitos de duas modalidades diferentes de administração e constata que ambas as modalidades visam aprimorar as estratégias para otimizar a resposta alostática a estressores e exposições ambientais. Isso permite reduzir os padrões de comportamento adaptativo disfuncional, que estão por trás de muitos sintomas e patologias neuropsicológicas, e melhorar os sintomas de depressão, ansiedade e estresse. As duas modalidades têm a mesma eficácia na redução dos

sintomas de depressão, ansiedade e estresse, após um único ciclo de tratamento, conclui o estudo (BARCESSAT et al., 2020).

3.4 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

No Sistema único de Saúde (SUS) a dispensação de medicamentos deve ser forma racional em ambulatórios da rede de saúde do SUS, onde isto ocorre se identifica um passo importante para a implantação da Atenção Farmacêutica. Em seu trabalho sobre “perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do sistema único de saúde, Araújo *et al* (2008), afirmaram que: atualmente, devido ao modelo implantado pelo serviço de saúde, tornou-se primordial uma nova relação do profissional farmacêutico, assumindo o papel central no seguimento e acompanhamento Farmacoterapêutico dos usuários portadores de patologias crônicas. A promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais e parte integrante da assistência e deve ser buscada pelos gestores dos três níveis de governo (BARBOSA; ROCHA; CUNHA, 2011).

A maioria das pesquisas e dos estudos sobre a depressão desenvolvidos atualmente manifesta a preocupação de verificar qual a frequência e qual antidepressivo se deve usar. Também se verifica, em relação a saúde pública, o quanto o uso indiscriminado de medicamentos podem onerar os cofres do governo. Com relação ao tratamento, as pesquisas giram em torno do mesmo eixo dos psicofármacos, mais especificamente antidepressivos. O termo que já se encontra em uso e “terapia antidepressiva”, que considera fatores como: qual é o melhor antidepressivo a ser usado; o que fazer quando os antidepressivos não surtem o efeito esperado; por que os efeitos colaterais são importantes na escolha dos antidepressivos; os antidepressivos devem ser ou não prescritos indefinidamente; como apressar os seus efeitos. O uso de fármacos psicoativos faz parte da natureza humana, visando modificar comportamento, humor e emoções. Este uso envolve dois caminhos: um para modificar o comportamento normal e produzir estados alterados de sentimentos com propósitos religiosos, cerimoniais ou recreacionais, e o outro para alívio de enfermidades mentais (ANDRADE et al., 2004 *apud* BARBOSA; ROCHA; CUNHA, 2011).

O uso de psicotrópicos a cada dia está aumentando, com a ajuda da propaganda. Vários estudos e análises sistemáticas descreveram a influência das

propagandas de medicamentos sobre a prescrição médica. No caso das propagandas dos medicamentos psicoativos a situação é mais grave, pois tendem a ser menos informativo que as propagandas de outras classes terapêuticas. (MASTROIANNI et al., 2008). Os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais usados no mundo todo, havendo estimativas de que entre 1 e 3% de toda a população ocidental já os tenha consumido regularmente por mais de um ano. Em 2001, no mundo todo foi consumido 26,74 bilhões de doses diárias e 6,96 milhões de doses como hipnóticos (ANDRADE et al., 2004 *apud* BARBOSA; ROCHA; CUNHA, 2011).

O Ministério da Saúde publicou em 1998 a portaria 344 da Secretaria de Vigilância Sanitária, onde define psicotrópico, como “substância que pode determinar dependência física ou psíquica relacionada como tal nas listas, aprovadas pela Convenção sobre Substâncias psicotrópicas”. Portanto, o seguimento Farmacoterapêutico dos pacientes que fazem uso de psicotrópicos é muito importante porque esses medicamentos agem sobre o sistema nervoso central podendo causar dependência física ou psíquica. Na prática clínica, muitas das interações medicamentosas têm importância relativa com pequeno potencial lesivo para os pacientes. Por outro lado, outras podem causar efeitos colaterais graves, podendo inclusive levar o paciente a óbito, o que ressalta a importância do conhecimento de tema e da identificação precoce dos pacientes em risco. Os antidepressivos estão envolvidos em diversas interações farmacológicas clinicamente importantes (CAMPIOTTO et al., 2008). Os medicamentos psicotrópicos (psique=mente, topos=alteração), são modificadores seletivos do Sistema Nervoso Central e podem ser classificados, segundo a Organização Mundial de Saúde em: ansiolíticos e sedativos; antipsicóticos (neurolépticos); antidepressivos; estimulantes psicomotores; psicomiméticos e potencializadores da cognição (ANDRADE et al., 2004 *apud* BARBOSA; ROCHA; CUNHA, 2011).

3.5 O SURGIMENTO DO CUIDADO FARMACÊUTICO

É explorada a oportunidade da farmácia de amadurecer como profissão ao aceitar sua responsabilidade social de reduzir a morbidade e mortalidade evitáveis relacionadas a medicamentos. A farmácia abandonou o papel do boticário, mas ainda não foi restaurada à sua importância primordial na assistência médica. Não basta dispensar o medicamento correto ou fornecer serviços farmacêuticos sofisticados;

nem será suficiente conceber novas funções técnicas. Os farmacêuticos e suas instituições devem parar de olhar para dentro e começar a redirecionar suas energias para o bem social maior. Cerca de 12.000 mortes e 15.000 hospitalizações devido a reações adversas a medicamentos foram notificados ao FDA em 1987, e muitos não foram notificados. A morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos são frequentemente evitáveis, e os serviços farmacêuticos podem reduzir o número de reações adversas a medicamentos - RAMs, o tempo de internação hospitalar e o custo do atendimento. Os farmacêuticos devem abandonar o faccionalismo e adotar a assistência farmacêutica centrada no paciente como sua filosofia de prática. Mudar o foco da prática de produtos e sistemas biológicos para garantir a melhor terapia medicamentosa e segurança do paciente aumentará o nível de responsabilidade da farmácia e exigirá mudanças filosóficas, organizacionais e funcionais. Será necessário definir novos padrões de prática, estabelecer relações de cooperação com outras profissões da área da saúde e determinar estratégias de marketing de assistência farmacêutica. A reprofissionalização da farmácia só será concluída quando todos os farmacêuticos aceitarem seu mandato social para garantir a terapia medicamentosa segura e eficaz para o paciente individual (HEPLER; STRAND, 1990 *apud* RUBIOVALERA et al., 2013).

Nos Estados Unidos, a perda do papel do farmacêutico nas farmácias após a industrialização foi solucionada no âmbito hospitalar através de uma nova disciplina que pretendia resgatar a participação do farmacêutico na equipe de saúde, a Farmácia Clínica. A ênfase nos processos mecânicos dos medicamentos acabou afastando o profissional da prática. Para Hepler, o movimento clínico marca o início de uma nova era na educação e prática farmacêutica, a era do cuidado com o paciente. E foi importante para o resgate da função social da farmácia e profissionalização da prática nos hospitais e nas farmácias comunitárias. A partir de então o conceito de Farmácia Clínica tem evoluído até incluir todas as atividades relacionadas ao uso racional e seguro do medicamento. Exemplo disso foi a modificação do código de ética profissional em 1969, quando os farmacêuticos foram encorajados a fornecer a cada paciente todas as suas habilidades e conhecimentos como um profissional de saúde essencial. Hepler e Strand (1990), defenderam a adoção de um enfoque centrado no paciente e o desenvolvimento de uma relação terapêutica na qual o paciente e o profissional trabalhem juntos para resolver os problemas relacionados aos medicamentos. Estes autores propuseram uma definição para a Atenção

Farmacêutica que foi amplamente aceita pelos profissionais no mundo inteiro como ideia fundamental da profissão de farmácia: Provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente. Estes resultados são: 1) a cura da doença, 2) a redução ou eliminação dos sintomas, 3) a interrupção ou retardamento do processo patológico, e 4) a prevenção de uma doença ou dos sintomas (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Na Espanha foi produzido um consenso em 2001, que incluiu as outras atividades voltadas para o paciente no conceito de Atenção Farmacêutica: A participação ativa do farmacêutico na assistência ao paciente na dispensação e seguimento do tratamento farmacoterapêutico, cooperando com o médico e outros profissionais de saúde, a fim de conseguir resultados que melhorem a qualidade de vida dos pacientes. Também prevê a participação do farmacêutico em atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças. Na perspectiva espanhola, as atividades farmacêuticas orientadas para o paciente, como a dispensação, a indicação de medicamentos que não necessitam de receita médica, educação sanitária, farmacovigilância, o seguimento farmacoterapêutico e todas aquelas que se relacionam com o uso racional de medicamentos foram incluídas no modelo de prática profissional denominado Atenção Farmacêutica. Com isto pretende-se potencializar as atividades assistenciais do farmacêutico como profissional de saúde. O que a perspectiva espanhola define como Seguimento Farmacoterapêutico assemelha-se ao conceito de Atenção Farmacêutica elaborado pelo grupo de Minnesota. O Consenso Espanhol expressa que: Seguimento farmacoterapêutico individualizado é a prática profissional na qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas com os medicamentos mediante a detecção, prevenção e resolução de problemas relacionados com a medicação (PRM), de forma continuada, sistematizada e documentada, em colaboração com o próprio paciente e com os demais profissionais do sistema de saúde, com o fim de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente. Assim, a perspectiva espanhola é diferente do grupo de Minnesota. Enquanto os americanos consideram a Atenção Farmacêutica uma prática única e diferente das demais atividades realizadas pelo farmacêutico e com um processo racional de tomada de decisão, os espanhóis reconhecem as atividades farmacêuticas tradicionais como a dispensação como parte deste novo modelo de prática, pois em todas elas o farmacêutico está assumindo a

responsabilidade pela redução da morbimortalidade relacionada aos medicamentos (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

A Farmácia Clínica chegou ao Brasil muito timidamente, e apenas alguns hospitais chegaram a colocar em prática esse modelo. O primeiro serviço foi implantado em Natal, no Rio Grande do Norte, em 1979. No Brasil, o histórico da profissão farmacêutica evidencia a influência de interesses comerciais no abandono da farmácia por parte do profissional e na perda da relação farmacêutico-paciente. A Atenção Farmacêutica como proposta no Consenso Brasileiro, embora defina conceitos pouco específicos e ainda confusos, incorpora elementos característicos do sistema de saúde brasileiro que contribuem para o redirecionamento da prática farmacêutica brasileira (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

O Cuidado Farmacêutico é definido pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF) como o “modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, a família e à comunidade, visando à prevenção e resolução de problemas da Farmacoterapia, ao uso racional e ótimo dos medicamentos, à promoção, a proteção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde”. O acompanhamento Farmacoterapêutico é os serviços em que o farmacêutico faz o gerenciamento da terapia medicamentosa. Envolve a avaliação inicial do caso, o estabelecimento de um plano de cuidado e o monitoramento das intervenções realizadas ou sugeridas por esse profissional (REIS, 2018).

A resolução do CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013 é um marco na profissão farmacêutica, por seu pioneirismo na regulamentação das atribuições clínicas do farmacêutico. Outro marco importante desta resolução, é a prescrição farmacêutica. Entende-se por prescrição farmacêutica o ato pelo qual o farmacêutico seleciona e documenta terapias farmacológicas, não farmacológicas e outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente. Os produtos prescritos devem ser isentos de prescrição médica (não tarjados), incluindo medicamentos industrializados e preparações magistrais (alopáticas ou dinamizadas), plantas medicinais, drogas vegetais e outras categorias ou relações de medicamentos que venham a ser aprovados pelo órgão sanitário federal para prescrição do farmacêutico. Os medicamentos isentos de prescrição médica que podem ser identificados e prescritos pelo farmacêutico são regulamentados pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)

nº 98, de 1º de agosto de 2016, da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (Anvisa) (REIS, 2018).

3.5.1 Resolução CFF nº 585/2013: Atribuições e habilidades do farmacêutico

Cabe ao farmacêutico estabelecer e conduzir uma relação de cuidado centrada no paciente, em colaboração com a equipe de saúde, realizando intervenções e emitindo pareceres que contribuam para o alcance do sucesso na Farmacoterapia. Para isso, atribui-se ao farmacêutico, atividades como:

1. Analisar os aspectos legais e clínicos da prescrição;
2. Prover a consulta farmacêutica;
3. Realizar a anamnese farmacêutica;
4. Acessar e conhecer as informações do prontuário do paciente;
5. Solicitar e avaliar os exames clínico-laboratoriais para monitorar os resultados da Farmacoterapia;
6. Elaborar o plano de cuidado (pactuando-o com o paciente e com a equipe de saúde, quando possível) (REIS, 2018).

O escopo das atribuições do farmacêutico envolve também a comunicação e a educação em saúde, a gestão da prática, a produção e a aplicação do conhecimento clínico. A realização desse serviço requer conhecimentos e habilidades para a identificação das necessidades em saúde do paciente, mensuração e interpretação de parâmetros clínicos, pactuação do plano de cuidado, também para a comunicação com o paciente, com seus cuidadores e com a equipe de saúde. Faz-se necessário, também, ao profissional, conhecimento sobre a legislação que rege seu exercício profissional, estando, assim, subsidiando para exercer as suas atribuições (REIS, 2018).

As habilidades clínicas incluem habilidades de comunicação interpessoal, onde o farmacêutico deve ter conhecimento sobre as doenças e a terapêutica, deve dispor da confiança e da empatia na relação com o paciente, deve ser capaz de empoderar o paciente, é importante identificar-se como farmacêutico e começar a construção de uma aliança terapêutica com o paciente, e sempre, manter a calma e dar atenção ao paciente, colocando em ação os conhecimentos profissionais,

anotando reclamações do paciente, evitando comunicação não verbal, mantendo contato visual, e é importante que o farmacêutico não crie em si próprio falsas expectativas. Outras habilidades importantes também são de saber aferir parâmetros clínicos (REIS, 2018).

3.6 ADESÃO AO TRATAMENTO

O desfecho desejado de um profissional da saúde ao propor uma linha de tratamento é a melhora dos sintomas ou a remissão de uma condição. A adesão ao tratamento é fundamental para este sucesso e a adesão engloba comportamentos relacionados à saúde que incluem tomar medicamentos conforme a prescrição, seguir recomendações como dieta, a prática de atividades físicas e comparecer às consultas agendadas (WHO, 2003), além de ser um tema atual na saúde (SWEILEH et al., 2019). Adesão ao tratamento medicamentoso é o ato de tomar o medicamento como prescrito, no que se refere ao tempo, dosagem e frequência (CRAMER et al., 2008) e é um problema multifatorial de saúde pública com reflexos nos desfechos e nos custos (LUGA; MCGUIRE, 2014), determinado por fatores relacionados ao sistema de saúde, ao paciente, à terapia, à doença, além de fatores socioeconômicos (COUTO; WERLANG; TORRIANI; CAVA, 2013 *apud* ALVES, 2019).

Diversos fatores relacionados à doença, ao tratamento, ao paciente, à família ou aos aspectos sociais influenciam na adesão (COUTO; WERLANG; TORRIANI; CAVA, 2013). Para melhorá-la, há indicação de uma abordagem multidisciplinar, que inclua diferentes profissionais da saúde, além de tornar o paciente mais participativo nas decisões sobre seu próprio tratamento. Dentre os profissionais da saúde, destaca-se o farmacêutico, que tem uma posição privilegiada ao ter possibilidade de contato frequente e direto com o paciente que busca o medicamento na farmácia comunitária (CORRER; OTUKI, 2013 *apud* ALVES, 2019).

3.6.1 Não- Adesão a tratamentos com antidepressivos

A adesão foi definida como "a medida em que o comportamento de uma pessoa coincide com o conselho médico dado. Estudos anteriores destacaram dois principais aspectos de problemas de adesão com antidepressivos - a interrupção prematura do antidepressivo (também conhecida como medicação não persistente) e

a falta de consistência com o regime prescrito no contexto do uso contínuo (não-adesão ao medicamento). Embora as diretrizes de tratamento defendam o uso contínuo de antidepressivos por pelo menos 6 meses após remissão completa para todos os pacientes com depressão maior, quase um terço dos pacientes descontinuam os medicamentos, contra aconselhamento médico, em seu primeiro mês de tratamento (CHONG; ASLANI; CHEN, 2011).

A prematura descontinuação da terapêutica antidepressiva foi ligada a maus resultados de tratamento, como aumento risco de recaída e recorrência, bem como aumento custos de saúde, e a não-conformidade dos medicamentos no contexto do uso contínuo também é um problema comum com os antidepressivos. Os pacientes podem não estar em conformidade com as recomendações feita pelo prescritor em termos de tempo, dosagem e frequência de medicação. Por exemplo, os pacientes podem intencionalmente ou sem querer perder doses, tomar doses extras, atrasar o tempo de suas doses ou fazer intervalo das drogas. Esta implementação incompleta de instruções de prescritores também pode afetar os resultados do tratamento da depressão, resultando em não-resposta ou descontinuidade dos sintomas. Além disso, a consistência das influências do comportamento de tomada de medicação dos pacientes e a não persistência da medicação, com a descontinuidade precoce é frequentemente precedida por um período de conformidade da medicação deficiente (CHONG; ASLANI; CHEN, 2011).

Devido alta prevalência e danos que ocasiona, a depressão merece atenção de profissionais da saúde em relação ao diagnóstico prévio e correto, bem como garantia de adesão ao tratamento. É necessário diagnosticar para combater o preconceito e desinformação por parte do próprio paciente, sanar a falta de treinamentos em algumas áreas da medicina, falta de tempo ou acreditação na eficácia do tratamento por parte de alguns profissionais da saúde (FLECK et al., 2003). A resposta clínica desses fármacos não é imediata e pode demorar de duas a quatro semanas, o que mostra a necessidade de orientação ao indivíduo e familiares quanto aos parâmetros relacionados a esses medicamentos (DE OLIVEIRA ALVES; DE OLIVEIRA, 2015). Ademais, o uso inadequado e exacerbado de antidepressivos pode causar no indivíduo diversas reações adversas, além de elevar os riscos de morbidade e mortalidade (FLECK et al., 2003; DE QUEIROZ NETTO et al., 2012; LIMA et al., 2016 *apud* CRUZ et al., 2020).

A depressão é uma doença generalizada com tratamentos farmacológicos eficazes, mas com baixa adesão à medicação. Os farmacêuticos desempenham um papel fundamental no apoio à adesão à medicação em pacientes com depressão, dada a sua acessibilidade aos pacientes. Estudos sugerem que as intervenções farmacêuticas podem melhorar a adesão do paciente à medicação antidepressiva em pacientes ambulatoriais adultos (RUBIO-VALERA et al., 2011).

3.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A prática educativa visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos pelas decisões diárias que envolvem o seu cuidado com a saúde (empoderamento). Não pode ser entendida como imposição de um saber técnico-científico transmitido de forma vertical pelo profissional da saúde. Nesta perspectiva, educar em saúde não é somente transmitir informações, mas envolve também a transformação de saberes e práticas existentes. A educação em saúde está relacionada ao desenvolvimento de responsabilidade nas pessoas por sua própria saúde e pela saúde da comunidade à qual pertence, além de possibilitar a participação ativa na vida comunitária (FRADE, 2006 *apud* CFF, 2016).

Entre os aspectos a serem trabalhados pelo farmacêutico durante a educação em saúde, cabe destacar: mudanças de hábitos e estilo de vida (por exemplo, cessação do tabagismo); adesão ao tratamento; uso e descarte correto de medicamentos; objetivo do tratamento; informações sobre doenças, fatores de risco e condições de saúde. Para tal, diferentes estratégias educativas podem ser utilizadas, a saber: tabelas que orientem quanto ao horário adequado para a administração de medicamentos (calendário posológico); dispositivos organizadores de medicamentos que auxiliam na adesão; etiquetas ou rótulos com informações escritas e visuais (pictogramas); lista de todos os medicamentos utilizados pelo paciente; demonstração da técnica de uso de dispositivos para administração de medicamentos (por exemplo, dispositivos inalatórios, canetas aplicadoras de insulina); demonstração da técnica de uso de aparelhos para monitoramento de parâmetros da saúde (por exemplo, glicosímetro); plano de ação do paciente; informe terapêutico, carta de alta ou parecer para outro profissional da saúde; diários de saúde do paciente, para o registro de dados de automonitoramento, sinais/sintomas, alimentação, administração de medicamentos, folderes, panfletos ou cartazes; vídeos; outros (CFF, 2016).

3.8 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Graças à política de saúde mental iniciada nos anos 1980, o Brasil conquistou um lugar único no campo da saúde mental global. Centrada inicialmente na substituição do modelo baseado no hospital psiquiátrico por um novo sistema de serviços baseados na comunidade e na proteção dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental, a política de saúde mental, à medida que foi se fortalecendo, foi também se estendendo a outros objetivos - por exemplo, a prevenção dos transtornos mentais, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes e as estratégias contra as dependências de álcool e outras drogas (ALMEIDA, 2019).

Para responder às violações dos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos da época, as reformas inicialmente focaram-se na melhoria das condições de vida nessas instituições e na promoção de um processo de desinstitucionalização. Os principais objetivos centraram-se, assim, na substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços comunitários, tendo como núcleo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se inspiravam nos centros de saúde mental desenvolvidos na Itália e em outros países europeu (ALMEIDA, 2019).

Os progressos verificados no processo de desinstitucionalização foram muito significativos. Entre 2001 e 2014, verificou-se uma drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos. Deve-se notar também que foi o movimento desenvolvido nos anos 1980 e 1990 que tornou possível a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001 (ALMEIDA, 2019).

A promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, a chamada Lei da Reforma Psiquiátrica que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. O que é tão importante nessa Lei? O redirecionamento da assistência para o cuidado territorial e a regulamentação das internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias, permitidas apenas quando o cuidado territorial tiver esgotado as suas possibilidades. Com a Lei vigente, temos pelo menos o direcionamento da reforma legalmente embasado (CAVALCANTI, 2019).

A partir de 2002, novos tipos de CAPS começaram a ser criados, com o objetivo de atender populações com necessidades específicas. Assim, foram criados e incorporados à rede de saúde do SUS os CAPS-I, para prestar atendimento a crianças e adolescentes, e os CAPS-AD, para atender pacientes com problemas

relacionados ao uso de álcool e abuso de substâncias. Em 2006, havia 673 CAPS para adultos e 66 CAPS especiais para crianças e adolescentes. Os serviços residenciais terapêuticos, que podem abrigar até oito pacientes, tornaram-se também um recurso importante para a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência (ALMEIDA, 2019).

O Brasil teve sucesso em construir uma ampla rede de serviços de atenção psicossocial, espalhada por todo o território nacional, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades e tipos. Em 1998 eles eram 148, em 2014 passaram a 2.209 (CAVALCANTI, 2019).

Outro elemento muito importante foi o enorme contingente de trabalhadores de saúde mental que se inseriram na assistência à saúde mental no novo modelo, em que pesem as formações nas graduações na área da saúde serem ainda muito incipientes no que tange as discussões sobre a reforma psiquiátrica e a assistência à saúde mental. Esse foi um caso em que a mudança na prática tem impulsionado os órgãos formadores a modificarem também seus conteúdos de ensino (CAVALCANTI, 2019).

Com a entrada em cena da atenção básica de forma mais consistente no Brasil como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, com a Estratégia Saúde da Família (ESF) espalhando-se pelo país por meio das equipes de saúde da família nas Unidades Básicas de Saúde, a integração da rede de assistência à saúde mental com as equipes de saúde da família também passou a ser prioritária e parte da política pública de saúde. Isso foi feito valendo-se dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da estratégia de consulta conjunta com as equipes de ESF, o chamado matriciamento. Muito embora a cobertura de NASF em relação às equipes de ESF também seja deficitária em relação às necessidades, esse foi um avanço estratégico muito importante em relação à ampliação do acesso dos pacientes aos cuidados em saúde mental. Houve ainda muitos outros avanços, como o Programa de Volta para Casa, os Consultórios na Rua (CAVALCANTI, 2019).

3.9 O ATENDIMENTO DO PACIENTE COM TRANSTORNO DEPRESSIVO NA REDE PÚBLICA DO ESTADO DO AMAPÁ

No Amapá, na rede estadual de saúde, a população pode contar com uma rede de atendimento voltada para a estabilização e acompanhamento dos pacientes de saúde mental (GOV, 2021).

Nos casos de pacientes em crise ou surto, o primeiro atendimento acontece no Hospital de Emergência (HE), em Macapá, que oferta 24 horas serviços de atendimento psicológico para casos de urgência e emergência, como crises de ansiedade, depressão, abuso ou qualquer tipo de violência e traumas psicológicos, além de tentativas de suicídio. O paciente pode ficar internado na unidade por até 72 horas ou até ser estabilizado. Caso ele necessite continuar internado ele será encaminhado para a Enfermaria Psiquiátrica do complexo do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima (HCAL) (GOV, 2021).

No HCAL, cada paciente recebe um plano de cuidados individualizado de acordo com o seu histórico clínico e psiquiátrico, que pode incluir a participação em atividades de terapia ocupacional, pintura, dança, música, desportivas, recreativas e jogos de inteligência. Durante sua permanência, os familiares são acompanhados pelo serviço social e recebem acompanhamento psicológico, uma vez que o transtorno afeta também fortemente os familiares. Além destes cuidados, os pacientes são acompanhados por odontólogos, clínicos gerais, nutricionista, equipe de enfermagem entre outros profissionais (GOV, 2021).

No complexo do HCAL funciona ainda o Ambulatório de Psiquiatria (Saúde Mental), serviço especializado que acompanha de forma ambulatorial o tratamento de pessoas com transtornos mentais e de humor como depressão, ansiedade, síndrome do pânico, estresse, de comportamento e personalidade, sono e alimentares. Atualmente o Ambulatório possui quase 16 mil usuários cadastrados, o que o torna, dentro da rede de atenção em saúde mental, o dispositivo de maior demanda dos usuários no estado (GOV, 2021).

O paciente também pode ser inserido nas redes de serviço como os Centros de Apoio Psíquico Social (CAPS), onde poderá receber maior suporte para o tratamento de possíveis transtornos psicológicos (GOV, 2021).

O CAPS Casa da Gentileza é a referência no atendimento e tratamento à pessoa com sofrimento mental severo e persistente. O trabalho é voltado para

estimular a integração social e familiar através de atendimento médico e psicossocial (GOV, 2021).

O CAPS Álcool e Droga (AD) são destinados ao atendimento diário à população adulta com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas (GOV, 2021).

Também existe o CAPS Infanto-juvenil (IJ) no município de Santana, para crianças e jovens até 17 anos que apresentam transtornos mentais ou decorrentes do uso de drogas (GOV, 2021).

Outra opção de porta de entrada para o atendimento em saúde mental é através da atenção primária, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nestas unidades, o usuário é atendido, acompanhado e observado qualquer sinal de transtorno depressivo, deve ser encaminhado ao ambulatório de Psiquiatria do HCAL, especializado no tratamento de Transtorno Mentais ou diretamente aos CAPS do Estado, que funcionam com acolhimento, tanto para prevenção, como promoção e tratamento para a saúde mental. Ressalta-se que na UNIFAP, o Estado dispõe de um Centro de Referência em Prevenção de Suicídio, onde os pacientes com idéias suicidas devem ser encaminhados para acompanhamento.

Na Lei n.º 1010, de 23 de junho de 2006 (Anexo 1), referente ao Projeto de Lei n.º 0020/05-AL (Assembleia Legislativa), que foi publicada no Diário Oficial do Estado nº 3791, de 23.06.06, esta dispõe sobre a proteção aos portadores de transtorno mental no Estado do Amapá e dá outras providências. Nela pode ser encontrada as diretrizes propostas para o Estado e que vigoram até a data presente.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo longitudinal e prospectivo, analítico-descritivo de intervenção com usuários do ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima – AMB/ HCAL.

4.2 PERÍODO E LOCAL

A pesquisa foi realizada nos meses de setembro de 2020 a maio de 2021, e foi desenvolvida no ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima – AMB/ HCAL, localizado na cidade de Macapá, Capital do Estado do Amapá.

O Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima (HCAL/AP) é um hospital de natureza pública, que atende várias especialidades, pacientes ambulatoriais e internados, e está localizado no município de Macapá, no estado do Amapá, e é ligado diretamente, técnico-administrativamente e financeiramente à Secretaria Estadual de Saúde- SESA/AP, atende exclusivamente a pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS. Trata-se de um Hospital de média e alta complexidade, possuindo o total de 192 leitos ativos, para internados, distribuídos nas clínicas ortopédica, cirúrgica, clínicas masculina e feminina, de doenças transmissíveis, de doenças mentais e oncológica. Dispõe também de um Centro de Terapia Intensiva, um Centro Cirúrgico, uma Unidade de Nefrologia, uma Unidade de Oncologia (UNACON) e anexos, ambulatórios, como o de psiquiatria, também com imagiologia, laboratório etc.

4.3 POPULAÇÃO ALVO

A população em estudo selecionada constituiu-se de usuários com diagnóstico de transtorno depressivo, adultos, com faixa etária a partir de 18 anos, de ambos os sexos, residentes em Macapá/AP, que iniciaram tratamento no ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima – AMB/ HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020, e que aceitaram participar do estudo, conforme os critérios de inclusão.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram selecionados e incluídos no estudo usuários que iniciaram tratamento no ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima – AMB/ HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020, com diagnóstico de transtorno depressivo, com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, residentes em Macapá/AP e que tivessem discernimento, ou seja, aptos a responder os questionamentos pessoalmente. Os usuários deveriam aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

Foram excluídos do estudo, usuários, que não residem em Macapá/AP e que não atendam aos preceitos da pesquisa.

4.5 AMOSTRA

Para se determinar o tamanho da amostra a ser analisada, da qual se extrairia a população alvo, através dos critérios de inclusão e exclusão, e que receberia o cuidado farmacêutico, utilizou-se a fórmula para o cálculo do tamanho da amostra.

Considerando-se o tamanho da população=15.100 (número de prontuários abertos no dia de início da pesquisa); a margem de erro = 3%; e o grau de confiança da amostra= 95%, e, portanto, o escore (z) = 1,96 para este grau de confiança descrito. O tamanho da amostra ideal seria 997 prontuários.

Dessa forma, foram analisados 1000 prontuários (do nº 14.100 ao nº 15.100), abertos no período de 08 de janeiro de 2019 a 30 de setembro de 2020. Destes, foram selecionados 180 pacientes, que se encaixavam nos critérios de inclusão.

4.6 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

4.6.1 Formulário (*google forms*)

A primeira etapa consistia no preenchimento de dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil e ocupação). Em anexo, estavam o TCLE (apêndice 1), que após aceito, o paciente seria direcionado a segunda etapa, responder o Inventário de depressão de Beck - BDI inicial (anexo 2).

O *Google Forms* é um serviço gratuito para criar formulários online. Através dele, o usuário pode elaborar pesquisas de múltipla escolha, fazer questões discursivas, solicitar avaliações em escala numérica, entre outras opções.

4.6.1.1 Inventário de Depressão de Beck – BDI

Este teste Psicológico é composto por quatro escalas, sendo elas: o Inventário de Depressão (BDI), o Inventário de Ansiedade (BAI), a Escala de Desesperança (BHS), e a Escala de Ideação Suicida (BSI). Estas podem ser utilizadas separadamente ou agrupadas, varia de acordo com os objetivos a serem analisados (GORESNTTEIN; ANDRADE, 1998 *apud* CUNHA, 2013).

O Inventário de Depressão (BDI) ou Escala de Depressão de Beck (anexo 2), avalia as perspectivas futuras, irritabilidade, retraimento social, mudanças na autoimagem, disposição e comprometimento para com diferentes atividades da vida do sujeito, níveis de insatisfação e outros. É também utilizada para se avaliar a efetividade e adesão do tratamento do paciente com depressão. O tempo de administração é em torno de 5 a 10 minutos, de forma oral, e pode ser aplicado a pacientes de 17 a 80 anos. A aplicação é feita com escores: cada grupo apresenta 4 alternativas, que podem ter escore 0, 1, 2 ou 3; O maior escore é 63, se o sujeito assinalar duas questões, considerar a de maior escore; O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens e permite classificação de níveis de intensidade da depressão; A aplicação pode ser coletiva ou individual (GORESNTTEIN; ANDRADE, 1998 *apud* CUNHA, 2013).

Nível de Escore conforme Cunha, 2013:

Mínimo_____	0-11
Leve_____	12-19
Moderado_____	20-35
Grave_____	36-63

Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI (BECK et al., 1961; GOTLIB, 1984; OLIVER; SIMMONS, 1984; TANAKA- MATSUMI; KAMEOKA, 1986; LOUKS et al., 1989). De acordo com

BECK et al. (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Para amostras de pacientes com transtorno afetivo o "Center for Cognitive Therapy" (BECK et al., 1988) recomenda os seguintes pontos de corte: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 = depressão, de leve a moderada; de 19 a 29 = depressão, de moderada a grave; de 30 a 63 = depressão grave (GORESNTAIN; ANDRADE, 1998 *apud* CUNHA, 2013).

4.6.2 Formulário padrão conforme método Dáder

O modelo Dáder de seguimento farmacoterapêutico foi formulado por um Grupo de Pesquisadores de Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada (Espanha). Esse método consiste na elaboração da história médico-farmacêutica do paciente com base em informações sobre problemas de saúde e medicamentos utilizados por ele. A partir das informações coletadas, o farmacêutico elabora um atestado situacional do paciente com o objetivo de alcançar resultados positivos por meio da farmacoterapia. Como resultado da análise do medicamento, pode-se identificar problemas relacionados ao uso de medicamentos, como adesão, reações adversas, interações medicamentosas, entre outros, que podem afetar negativamente as habilidades clínicas do paciente. Depois de identificar esses problemas, o farmacêutico desenvolve um plano para atingir os resultados positivos e definitivos na saúde do paciente (GOMES et al., 2017).

Logo, o objetivo do Método Dáder é identificar problemas clínicos e resultados clínicos negativos relacionados a droga (RNM). Os Problemas relacionados a medicamentos (PRM) são "aquelas situações em que o uso do medicamento causa ou pode causar resultados clínicos negativos associados às drogas". As RAMs são situações associadas com o uso ou abuso de drogas. Estes são classificados em 6 categorias de acordo com o III Consenso de Granada (2007): (a) problemas de saúde não tratados; (b) efeito de medicamentos desnecessários; (c) ineficácia qualitativa dos medicamentos; (d) quantitativa ineficácia das drogas; (e) insegurança qualitativa das drogas e; (f) insegurança quantitativa do medicamento (MARQUES et al., 2013).

A classificação do PRMs, segundo o Consenso de Granada:

NECESSIDADE

PRM 1 O paciente sofre um problema de saúde em consequência de não tomar uma medicação que necessita.

PRM 2 O paciente sofre um problema de saúde em consequência de receber um medicamento que não necessita.

EFETIVIDADE

PRM 3 O paciente sofre um problema de saúde em consequência de uma inefetividade não quantitativa do medicamento.

PRM 4 O paciente sofre um problema de saúde em consequência de uma inefetividade quantitativa do medicamento.

SEGURANCA

PRM 5 O paciente sofre um problema de saúde em consequência de uma insegurança não quantitativa do medicamento.

PRM 6 O paciente sofre um problema de saúde em consequência de insegurança quantitativa do medicamento.

Após os problemas relacionados à Farmacoterapia serem identificados, os pacientes são devidamente informados sobre os problemas, e a intervenção farmacêutica é realizada por via oral e / ou comunicação escrita entre o farmacêutico e o doente ou entre o farmacêutico, paciente e médico. Todas as intervenções devem ser registradas no formulário de intervenção. Intervenções como estratégias para melhorar a adesão ao tratamento, orientação em relação à doença e aos medicamentos do paciente, ajustes, substituições de antidepressivos e adição de medicamentos, entre outras características. Uma parte das intervenções inclui a participação do médico prescritor (MARQUES et al., 2013).

4.6.3 Formulário de pesquisa de satisfação

O formulário de pesquisa de satisfação do paciente, com o cuidado farmacêutico recebido, foi formulado em 2002 para avaliar a satisfação dos clientes com a assistência farmacêutica prestada em farmácias. Este instrumento foi projetado para uso na população, da atenção primária à saúde e com pacientes ambulatoriais.

Tanto a versão validada para o português, quanto a versão original contém 20 itens, que são avaliados usando Escalas Likert de 5 pontos da seguinte forma: 5, excelente; 4, muito bom; 3, bom; 2, justo; e 1, pobre. O questionário foi adaptado (algumas questões não se aplicavam ao contexto do nosso estudo) para uso no presente estudo. Este questionário incluía 15 perguntas a serem respondidas em um Escala do tipo Likert e 3 questões dicotômicas sim/não. O questionário foi aplicado após a conclusão do acompanhamento (MARQUES et al., 2013).

4.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi liberada pela Escola de Saúde Pública- ESP e pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS/HCAL em 10 de setembro de 2020, data em que foi permitido o acesso aos prontuários, estes são numerados e correspondiam a um total de 15.100, logo, seria o número de pacientes em tratamento no ambulatório de psiquiatria, na data de início da coleta.

Os dados coletados dos prontuários selecionados, segundo os critérios de inclusão, e anotados em planilhas do Excel foram: número do prontuário, nome completo, sexo, data de nascimento, idade, data da primeira consulta no ambulatório, endereço, contato, CID ou HD e conduta médica inicial. Estes, receberam via WhatsApp (aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz e vídeo para smartphones), o convite para participar da pesquisa juntamente com um formulário elaborado no *google forms*, contendo um questionário sócio-demográfico (sexo, idade, estado civil e ocupação) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice 1). Após o aceite, iniciou-se as consultas farmacêuticas.

As consultas foram feitas pela investigadora (farmacêutica), com dia e horário pré-agendados, conforme disponibilidade do paciente e da investigadora. Foram realizadas quatro entrevistas, sendo as quatro consultas por telefone, uma inicial, a segunda, terceira e quarta com 30, 60 e 90 dias, respectivamente, após a primeira consulta. Estas foram realizadas por telefone, por chamada de voz pelo WhatsApp.

É importante ressaltar que as consultas presenciais foram substituídas pelo acompanhamento via WhatsApp, ligação de voz, em virtude da Pandemia, com intuito de se evitar o contato e conseqüentemente a contaminação por SARS-CoV-2, sendo este, no momento, o meio mais seguro, para ambas as partes. Logo, todas as consultas foram realizadas por telefone e duravam em média de 15 a 30 minutos.

Na tabela 1 abaixo, descreve-se a coleta de dados em etapas:

Tabela 1 - Coleta de dados em pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo, do ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de 2019 a 2020, Macapá-AP, Brasil, 2022.

Coletas de Dados (n=35) – Etapas	Instrumentos utilizados
Primeiro contato via WhatsApp (convite)	Formulário (google forms) com dados sociodemográficos, TCLE e inventário de depressão de Beck (BDI)
Primeira consulta farmacêutica	Perfil clínico e o histórico médico – farmacológico do paciente (Dáder – formulário padrão)
Segunda consulta farmacológica (30 dias)	RNM's e suas causas identificadas – intervenções (orientações educacionais e aconselhamentos; manejo de efeitos indesejáveis);
Terceira consulta farmacêutica (30 dias)	Aceitabilidade das intervenções e resolutividade dos RNM's
Quarta consulta farmacêutica (90 dias)	Avaliação do impacto das intervenções, da resolutividade das RNM's e da adesão pós cuidado;
Último contato via WhatsApp (agradecimento)	Formulário (google forms) com BDI pós cuidado e pesquisa de satisfação.

Fonte: Autor, 2022.

Os participantes receberam orientações e aconselhamentos por via oral e escrita, conforme pode ser observado no apêndice 2.

4.8 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Após a aplicação dos instrumentos, os dados foram tabulados e analisadas em planilha do pacote Microsoft Excel, a fim de organizá-los de acordo com as variáveis esperadas. Para a elaboração de gráficos e tabelas com base nos valores absolutos e percentuais obtidos, utilizando o programa MS. Office Excel.

4.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para descrever as características dos pacientes selecionados e dos medicamentos por eles utilizados, RNM's identificados, aceitabilidade das intervenções, resolutividade das RNM's, adesão e efetividade da intervenção, antes e pós cuidados farmacêutico, foram realizadas análises descritivas e analíticas. Para análises estatísticas inferencial utilizou-se o programa estatístico SPSS versão 26.0, para o teste Qui quadrado e teste T para as amostras pareadas.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

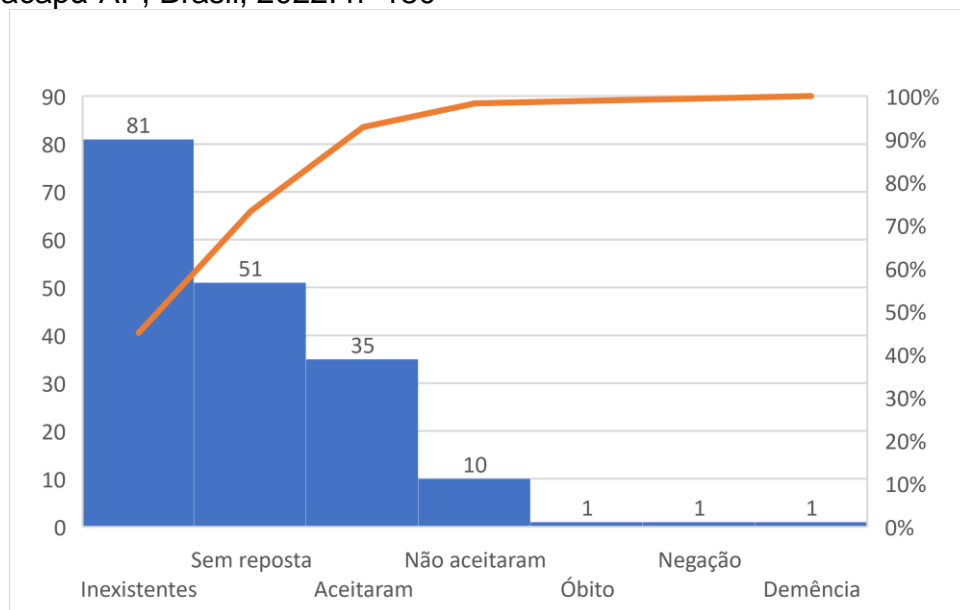
Em conformidade com as considerações éticas dispostas na resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, este trabalho foi submetido ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Amapá – UNIFAP, através do número do parecer 3.983.265 e Certificado de Apresentação de Certificação Ética (CAAE) nº 30831520.6.0000.003.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ANÁLISES DESCRITIVAS E ANALÍTICAS

Foram selecionados 180 pacientes, conforme os critérios de inclusão. Estes foram submetidos a tentativas de contato, pelo telefone, entretanto as respostas obtidas foram as seguintes: 35 pacientes aceitaram participar do estudo; 10 pacientes, não aceitaram participar da pesquisa; 03 pacientes informaram motivos peculiares: 01 paciente foi a óbito, outro negou ter feito tratamento e o último, o familiar informou não tem condições de responder, pois evoluiu para um estado de demência. Mas o mais alarmante foi que 51 pacientes, receberam a mensagem, visualizaram e não responderam e 81 pacientes correspondiam a contatos inexistentes. Abaixo, observe a figura 1.

Figura 1 - Participação quanto a aceitação, de pessoas com diagnóstico de depressão do ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. n=180



Fonte: Autor, 2022.

Observou-se uma perda grande dos pacientes selecionados, isto deve-se ao fato de que muitos contatos fornecidos na hora do preenchimento do prontuário não serem existentes ou não pertencerem ao paciente (n=81). Em seguida, temos uma perda considerável com os pacientes que não tiveram interesse em participar, nem

mesmo quiseram ouvir ou conversar (n= 51) com a pesquisadora. Os que não aceitaram participar (n=10), ouviram a entrevistadora, mas relataram dificuldade de confiar e de falar, e disseram não estar bem e abalados com a pandemia. Tivemos algumas exceções, como um óbito (n=1), não mencionado o motivo, um negou estar fazendo o tratamento (n=1) e um paciente progrediu para um estado de demência (n=1), e não tinha condições de participar.

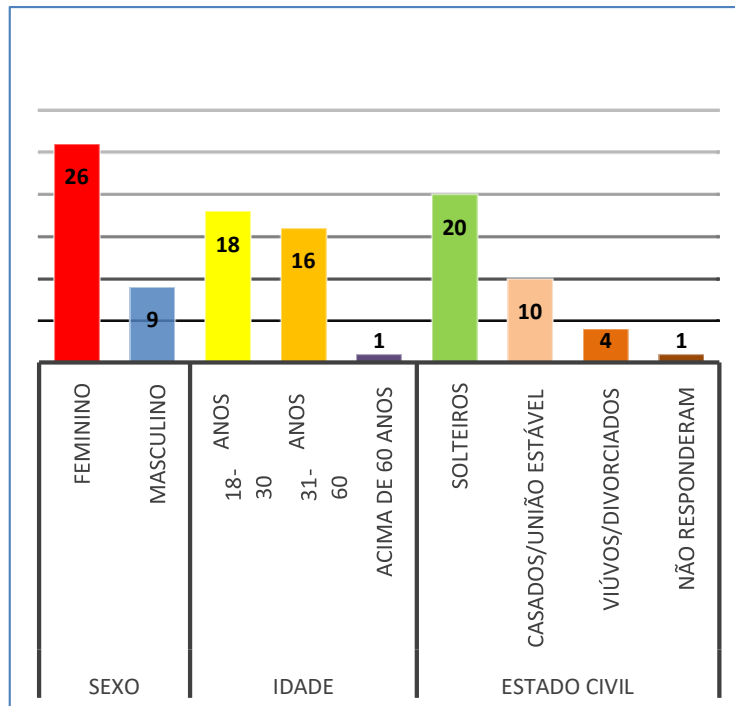
Há relevância no questionamento sobre o que aconteceu para que 81 pacientes informassem contatos inexistentes? O fato deste serviço não dispor de um sistema de cadastramento e de busca ativa destes usuários, constitui um viés da pesquisa. Outro viés que deve ser considerado, é quanto a ilegibilidade dos prontuários, sendo a grande maioria, preenchidos manualmente.

Em estudo realizado em 2016 por Santana e Araújo sobre análise da qualidade dos registros em prontuários, ao analisar as produções científicas publicadas entre 2009 e 2015, concluíram que os cinco artigos estudados, apontaram que existe uma baixa qualidade dos registros. As anotações mostraram-se incompletas com relação aos conteúdos analisados, apresentando erros de grafia, utilização de siglas e abreviaturas não padronizadas, informações incompletas, dentre outros. De acordo com Azevêdo et al. (2012), para a realização de um registro de forma adequada que sirva de instrumento para continuidade qualificada da assistência à saúde e para realização de auditorias, é necessário observarmos: clareza, objetividade, concisão, legibilidade e o fornecimento de todas as informações para transmitir a mensagem correta para todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde.

5.1.1 Perfil Sócio demográfico e clínico da população em estudo

De posse das informações sociodemográficas coletadas dos participantes, foi possível caracterizar o grupo de estudo. Observe a figura 2 abaixo:

Figura 2 – Perfil Sóciodemográfico das pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo do ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. n=35



Fonte: Autor, 2022.

Quanto ao sexo, dos 35 pacientes que aceitaram participar da pesquisa (n=35), e foram submetidos ao cuidado farmacêutico, 26 eram (74, 3%) do sexo feminino e 9 (25,7%) do sexo masculino. Esta proporção é compatível com as informações obtidas na literatura, sobre a prevalência de sintomas depressivos em mulheres. Segundo a OPAS, mais mulheres sofrem de depressão do que homens, informação esta que está em comum acordo com o DSM-V, que relata que pessoas do sexo feminino, experimentam índices 1,5 a 3 vezes mais altos do que as do masculino (APAS, 2014).

Vários trabalhos descrevem maior prevalência de depressão no gênero feminino. Paula et al. *Apud* Rocha (2018) sugerem que este fenômeno pode ser explicado por alterações de humor decorrentes das influências hormonais sofridas pelo sexo feminino, além da existência de fatores sociais como a cobrança para execução de múltiplos papéis como a maternidade, cobranças no lar e ambiente de trabalho (ROCHA et al., 2018).

Brantner e Bardagi *apud* Rocha (2018) questionam se, de fato, a mulher apresenta maior vulnerabilidade ao estresse e ao desgaste psicológico ou se, na

verdade, são mais observadoras e críticas em relação ao que sentem, enquanto os homens sentiriam algum tipo de dificuldade para expressar os sentimentos que os acometem. Os mesmos autores alertam que seria importante que se pudesse avaliar de forma mais consistente as questões do bem-estar psicológico masculino, visto que é mais difícil a procura masculina por atendimento. Um fato que pode corroborar esse pensamento é o de que a incidência de suicídio em homens é maior do que em mulheres, apesar de mulheres apresentarem maiores índices de tentativas de suicídio (ROCHA et al., 2018).

O Mental Health Information relata que as desordens de ansiedade estiveram mais presentes no sexo feminino em 23,4% e 14,3% no masculino, assim como com a declaração da OMS de que, mundialmente, a depressão é mais prevalente nas mulheres (5,1%) do que nos homens (3,6%)¹. Tais diferenças, segundo a OMS, são consequência direta de violência de gênero, desvantagem socioeconômica, desigualdade de renda, status social baixo ou subordinado, cobranças sociais e responsabilidade pelo cuidado de outras pessoas, como a prole. Também outros fatores podem explicar, em parte, essa maior prevalência a exemplo de influências hormonais, já que a testosterona pode ter benefícios protetores contra a ansiedade e a depressão (SACRAMENTO, 2021).

É importante destacar também, que mulheres buscam mais ajuda e são mais receptivas à assistência à saúde do que homens.

Quanto a idade, 18 pacientes (51,4%) informaram estar entre 18 e 30 anos, (45,7%) estão entre 31 e 60 anos e um paciente (n=1; 9%) está acima de 60 anos. Logo, observou-se na amostra selecionada, uma crescente demanda de pacientes em idade entre 18 e 30 anos, são pacientes jovens, com histórico de sintomas depressivos desde a infância. Em seguida, temos pacientes de 31 a 60 anos.

Acima de 60 anos, observamos uma baixa demanda, que pode estar associada ao fato de pacientes nesta faixa etária, não aceitarem ou terem dificuldade de lidar com a mídia, como uso de smartphones e aplicativos como WhatsApp, por isso a negativa em participar do estudo, e principalmente, à não aceitação do diagnóstico por preconceito, constitui uma limitação do estudo, e, a baixa procura por tratamento e informações sobre a doença são pontos relevantes para a essa redução.

As informações obtidas nos dados coletados, podem ser constatadas no DSM- V, que relata a prevalência acentuada em indivíduos de 18 a 29 anos, sendo três vezes maior do que a prevalência em indivíduos acima dos 60 anos (APAS, 2014).

Estudo recente, publicado na revista *Epidemiologia e Serviços de Saúde* por Barros et al. (2020), constatou que os adultos jovens apresentaram maior prevalência de sintomas negativos de saúde mental no decorrer da pandemia, frente aos participantes nas idades mais avançadas. Assim como, na pesquisa brasileira supracitada, um estudo semelhante realizado por Huang e Zhao, na China, em junho de 2020 e publicado na revista *Psychiatry Research*, encontrou maior prevalência de desordens de ansiedade e de sintomas depressivos nos indivíduos com menos de 35 anos de idade, comparados aos demais, em uma amostra de 7.236 pessoas entre 6 e 80 anos. Também, McGinty e outros autores, em publicação na revista *JAMA*, em junho de 2020, em um estudo avaliativo de impacto psicológico e solidão em 1.468 norte-americanos, realizado em abril de 2020 e este estudo apontou que os sintomas de sofrimento psíquico foram mais frequentes entre adultos jovens (18 a 29 anos), sendo as menores taxas encontradas em adultos com 55 anos ou mais (BARROS et al., 2020).

Várias condições poderiam explicar a maior prevalência, entre os mais jovens, de sintomas de depressão e ansiedade e problemas de sono, atribuída a pandemia, no contexto de isolamento social. A pandemia de COVID-19 introduziu diversos estressores, incluindo solidão decorrente do isolamento social, medo de contrair a doença, tensão econômica e incerteza sobre o futuro. Embora esses elementos atinjam a sociedade como um todo, entre os idosos, a pandemia tenderia a impactar menos as condições de trabalho e de renda, pois uma parcela deles (38,7%) já se encontra aposentada e não trabalhando. Outro aspecto é a resiliência adquirida pelos idosos, no enfrentamento às dificuldades acumuladas no maior tempo de vida, além do fato de estarem mais propensos a uma vida social menos intensa e agitada, em comparação aos mais jovens, sofrendo menos com uma situação de privação dessas atividades (BARROS et al., 2020).

Deve-se destacar também, o fato de os jovens terem melhor aceitação do diagnóstico de transtorno depressivo, assim como, terem menos resistência a buscar por tratamento e mais acesso a informações a respeito da doença. Em contrapartida, os idosos, que tem maior dificuldade de aceitação, buscam menos informação, tem mais preconceito e por isso, menos diagnosticados, logo, menos tratados.

Quanto ao estado civil, a maioria é de solteiro, correspondendo n=20 (57,1%), n=05 (14,2%) pacientes relataram ser casados e n=05 (14,2%) disseram estar em

uma união estável, n=02 (5,7%) disseram estar viúvo, n=02 (5,7%) mencionaram estar divorciado e n=01 (3,1%) não quis responder.

Como a amostra em estudo demonstrou ser de uma população jovem, é muito coerente que sejam de pessoas solteiras e estudantes. Foi o que se constatou quanto a ocupação. A maioria da amostra foi caracterizada por estudantes, 13 pacientes (37,14%); seguida de professores, 5 pacientes (14,2%); desempregado (a), 3 pacientes (8,5%); bacharel em direito, 2 pacientes (5,7%); contabilista, 2 pacientes (5,7%); entre outras ocupações (28,76%), como: fisioterapeuta, historiador, motorista, padeiro, servidor público, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, artista, caseiro e uma paciente não quis responder.

Dentre os diferentes grupos sociais, os estudantes universitários possuem maior vulnerabilidade para desenvolver transtornos de ansiedade e depressão, e já existem estudos que utilizam diferentes instrumentos, tais como o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20), Beck Anxiety Inventory (BAI) e Beck Depression Inventory (BDI), que demonstram alta prevalência desses transtornos, sobretudo em estudantes de Medicina de vários continentes. Em países em desenvolvimento econômico, como o Egito, um estudo realizado com 700 estudantes de Medicina no ano de 2017 reportou uma alta prevalência de ansiedade (73%) e depressão (65%). Na Turquia, constataram-se os seguintes resultados: 35,8% para sintomas de ansiedade média e moderada e 30,5% para depressão média e moderada e 8,5% para grave. Por sua vez, no Brasil em 2015, estudos realizados com universitários de Medicina de Santa Catarina revelaram prevalências de 35,5% e 32,8%, respectivamente para ansiedade e depressão. Já na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), em 2014, a prevalência foi de 19,7% para ansiedade e 5,6% para depressão. Diante desse cenário de alta frequência de transtornos mentais em estudantes universitários (SACRAMENTO, 2021).

Na primeira consulta, obtivemos informações sobre o perfil clínico do paciente. Com relação ao perfil clínico, os motivos que levaram ao diagnóstico, os mais comuns foram perdas familiares (por óbito), conflitos familiares, divórcio, incapacidade, também podemos citar: bullying, obesidade, conflito pessoal por ser adotado, desemprego, problemas financeiros, desgaste e fadiga intensa, pós traumas, como acidentes de trânsito, estupro, pressão psicológica, separação dos pais, sintomas psicossomáticos e isolamento social. Tivemos 5 pacientes que não quiseram responder.

Em uma revisão integrativa, com pesquisa realizada no portal da BVS, nas bases de dados Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF) pelo revisor principal, adotando a combinação de palavras chaves, Ideação suicida AND jovens adultos, jovens adultos AND suicida, comportamento suicida AND Brasil e depressão AND suicídio, foram selecionados 66 artigos de 2013 a 2017, em idioma português, conforme os critérios de inclusão previamente definidos, e no que se refere aos fatores sociodemográficos e em relação aos problemas emocionais, Silva *et al.* (2015); Santa e Cantilino (2016), concordam ao ressaltar que os jovens adultos são mais afetados com transtornos mentais e idéias suicidas devido a fatores estressantes como a sobrecarga de informações, trabalhos, desemprego, falta de apoio familiar, problemas financeiros entre outros, onde acabam desenvolvendo, na maioria das vezes, a depressão, trazendo dessa forma um intenso sofrimento na vida (MAYANARA, 2018).

No Estado do Amapá, não é diferente dos outros estados brasileiros, no que se refere aos problemas sociais, políticos e econômicos citados como fatores estressantes contribuintes para o desenvolvimento de um quadro depressivo, são bem semelhantes aos mencionados na pesquisa supracitada, quando comparados aos resultados obtidos na presente pesquisa. Entretanto, as causas podem variar, mesmo em um mesmo país, ou em países diferentes, uma vez que, cada localidade, tem diferentes problemas econômicos e sociais. Por exemplo, nos países em desenvolvimento, o desemprego, fome, problemas financeiros são mais comuns, ao passo que, nos países mais desenvolvidos, os problemas têm outro contexto.

É importante informar que destes 35 pacientes, 26 iniciaram tratamento em 2019 e 9 iniciaram tratamento em 2020. E as nomenclaturas que foram utilizadas pelos médicos para dar o diagnóstico foram as seguintes: 19 pacientes por síndrome depressiva, 7 pacientes por depressão, 04 pacientes por síndrome depressiva e ansiosa, 02 pacientes por transtorno depressivo, 02 pacientes por transtorno misto depressivo e ansioso e 1 paciente por depressão moderada ansiosa.

Destaca-se que os procedimentos para codificação e registro citados no DSMV e Código Internacional de doenças – CID-10, não são seguidos pelos médicos nos prontuários do ambulatório de Psiquiatria do HCAL. Observa-se uso de nomenclaturas em desuso, como síndrome depressiva e depressão. Ainda, segundo o DSM-V (2014), o termo ideal seria transtorno depressivo, que pode ser único ou

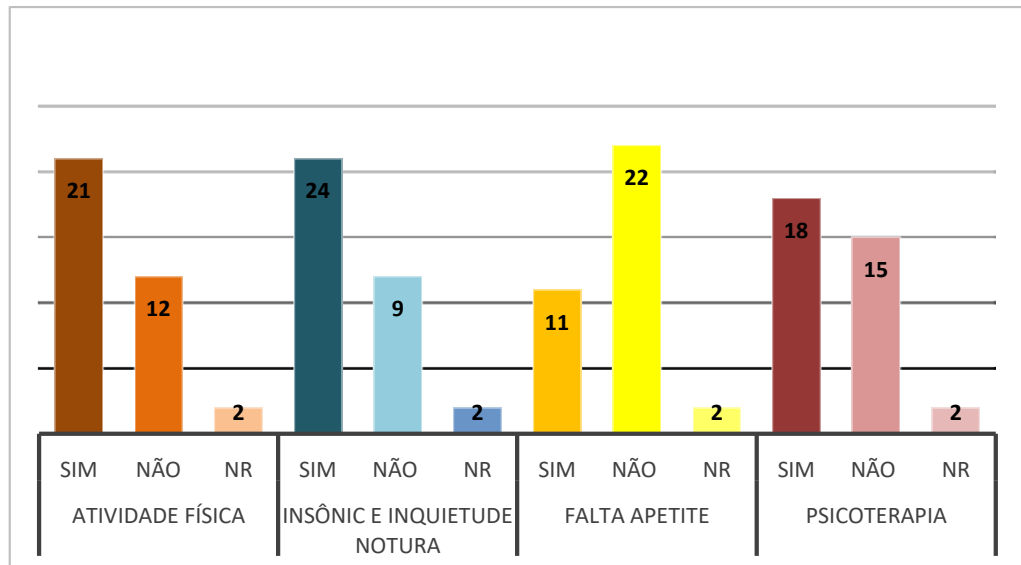
recorrente, leve, moderado ou grave, com características psicóticas, em remissão parcial ou completa.

É importante ressaltar que o uso do DSM-V viabiliza a comunicação entre profissionais fornecendo uma padronização na linguagem psiquiátrica e facilitando o diálogo entre as diferentes áreas. O último manual foi oficialmente publicado em 18 de maio de 2013 e atualizado em 2014, sendo a mais nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana. As alterações de nomenclaturas e terminologias vieram ocorrendo no decorrer do tempo, entre o DSM-I ao DSM-V. A evolução do manual representava um aumento significativo de dados, com a inclusão de diversos novos diagnósticos (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Logo, observa-se que houve uma evolução nas nomenclaturas e terminologias, tanto no DSM-V como no CID-10, que não vem sendo acompanhada pelos prescritores, como é o caso dos prescritores do ambulatório de Psiquiatria do HCAL, sendo assim, sugere-se que se inicie um processo de educação do prescritor para padronizar e homogeneizar as nomenclaturas para o diagnóstico de seus usuários, seguindo os protocolos clínicos já existentes e mais atuais, a fim de colocar em prática, em seus registros de prontuários. A educação do prescritor é relevante para continuidade qualificada da assistência à saúde.

Ainda sobre o perfil clínico dos usuários do ambulatório de psiquiatria do HCAL, quanto a prática da atividade física, observou-se que a maioria, 21 pacientes, disseram praticar atividade física, 12 pacientes não praticavam e 02 pacientes não responderam. Quanto a manifestar sentir insônia e inquietude noturna, 9 disseram não sentir mais, entretanto, 24 pacientes (a maioria) relatam sentir comumente, 02 pacientes não responderam. No que diz respeito a falta de apetite, 22 pacientes relataram não sentir falta de apetite, 11 relataram sentir e 02 não responderam. E quanto a estar fazendo psicoterapia, 18 pacientes relataram estar fazendo, em alguns casos, on-line, e 15 pacientes relataram não estar fazendo e 02 pacientes não responderam. Observe a figura 3 abaixo:

Figura 3 – Perfil clínico das pessoas com diagnóstico de depressão, do ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. n=35.



Fonte: Autor, 2022.

Legenda: NR – não responderam.

Em Lima, 2016, em uma revisão sistemática da literatura, a autora conclui que a atividade física é um importante aliado no tratamento dos sintomas depressivos, pois diminui o estresse e o risco de ansiedade, assim como é um relevante fator de melhora na qualidade de vida, porque além de retardar sintomas depressivos, diminui o risco cardiovascular que acomete essa faixa etária, proporcionando um bem-estar físico e mental. Porém deve ficar claro que para se conseguir alcançar todos estes benefícios, o indivíduo deve realizar a atividade física no mínimo três vezes por semana, sempre com acompanhamento e orientação médica (LIMA et al., 2016).

A atividade física tem importante papel no controle da insônia e inquietude, sintoma muito comum em pacientes com transtorno depressivo e ansioso. Assim como, o uso como a associação de antidepressivos com ansiolíticos, prescritos e acompanhados pelo médico, podem ter resposta positiva. As práticas integrativas e complementares têm sido relevantes no tratamento de sintomas da ansiedade.

Em relação a falta de apetite, esta pode estar condicionada ou não, a efeitos colaterais dos antidepressivos, que podem alterar o apetite. Isto depende muito da resposta individual de cada organismo.

Ensaios clínicos mostram que o tratamento farmacológico combinado com psicoterapia tem apresentado resultados mais eficientes na redução e prevenção do reaparecimento de episódios de depressão, do que aqueles apenas medicamentosos (FLECK; HORWATH, 2005; HOLLON et al., 2005). As psicoterapias comportamentais vêm apresentando resultados eficientes na modificação do comportamento de pessoas com depressão. Resultados como redução dos sintomas, aumento no repertório social e alteração na quantidade e qualidade das atividades e das interações sociais têm sido frequentemente associados a essas intervenções (DOUGHER, 1994; DOUGHER, 2000; LEWINSOHN; BIGLAN; ZEISS, 1976 *apud* CARDOSO, 2011).

Quanto a comorbidades, 27 pacientes relataram não ter outros problemas de saúde, contudo, 04 pacientes relataram ter hipertensão arterial ou picos de pressão esporádicos, 01 paciente informou ser diabético e outro informou ter artrite reumatoide, e ainda, 02 não responderam. Os pacientes que relataram ter comorbidades, foram diagnosticados antes do tratamento para transtorno depressivo, portanto, iniciaram o acompanhamento, já em tratamento para as referidas comorbidades.

A depressão está associada à piora nos desfechos de outras comorbidades como diabetes (PAPELBAUM et al., 2011) e doenças cardiovasculares (DHAR; BARTON, 2016), principalmente devido a maior chance de pacientes com sintomas de depressão não aderirem ao tratamento dessas comorbidades (WING, PHELAN; TATE, 2002; WHO, 2003 *apud* ALVES, 2019).

5.1.2 Perfil medicamentoso da população em estudo

Quanto aos antidepressivos prescritos na conduta inicial e atual, pode-se observar na tabela 2 abaixo o seguinte:

Tabela 2 – Perfil medicamentoso de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo, que iniciaram tratamento no ambulatório de Psiquiatria do HCAL no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=35)

Antidepressivos Prescritos (apresentação)	Quantidade (Inicial)	Quantidade (Final)
Amitriptilina 25 mg	01	00
Desvenlafaxina 100 mg	02	01
Desvenlafaxina 100 mg + Fluoxetina 7,5 mg	01	01
Duloxetina 90 mg	00	01
Escitalopram 10 mg	01	01
Escitalopram 20 mg	03	01
Escitalopram 20 mg/ml	01	01
Escitalopram 20 mg + Amitriptilina 25 mg	01	00
Escitalopram 20 mg + Amitriptilina 75 mg	01	01
Fluoxetina 20 mg	08	00
Nortriptilina 50 mg	01	01
Paroxetina 20 mg	05	02
Paroxetina 20 mg + Amitriptilina 25 mg	01	00
Sertralina 50 mg	06	06
Trazodona 50 mg	01	01
Venlafaxina 37,5 mg	01	01
Venlafaxina 150 mg + 75 mg	01	01
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:		
Não prescritos na conduta inicial (não consta no prontuário)	02	00
Desistiram de participar da pesquisa até esta fase	00	02
Tratamentos interrompidos (não adesão)	00	16

Fonte: Autor, 2022.

Logo, podemos observar que os mais prescritos na conduta inicial foram: Fluoxetina 20mg (8 pacientes), seguida de Sertralina 50 mg (06 pacientes), depois, Paroxetina 20 mg (5 pacientes). O Escitalopram 10mg (01 paciente), 20mg (03 pacientes) e gotas (01paciente) foram expressivamente prescritos individualmente ou associados a outros antidepressivos (02 pacientes). E na conduta atual, apesar da

Fluoxetina 20 mg e da Paroxetina 20mg não ter tido continuidade, observa-se que quanto aos outros antidepressivos, como a Sertralina 50 mg e Escitalopram, em todas as apresentações, se manteve.

No geral, podemos observar que a classe de Inibidores da Recaptação de Serotonina (ISRS), ainda são os mais prescritos, em parte, devido ao custo-benefício. É importante citar que a Fluoxetina 20mg faz parte do Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, que é a relação que orienta os Estados para padronização de medicamentos, e por isso, na maioria das vezes, é a escolha terapêutica inicial.

Os ISRS apresentam-se com uma maior incidência e principalmente são mais prescritos por apresentar maior aceitabilidade, melhor adesão ao tratamento pelos pacientes e menor percentual de efeitos adversos quando comparados com as outras classes de antidepressivos existentes, conforme estudos apresentados por KICH; HOFMANN, 2013. O sucesso, sobretudo, do uso da Fluoxetina se deve ao alto perfil de segurança que apresenta, pela sua eficiência no tratamento da depressão e disfunções relacionadas, bem como seu menor custo financeiro quando comparado a outros fármacos da classe como, por exemplo, o medicamento Escitalopram (CRUZ et al., 2020).

Também, chama a atenção o alto número de tratamentos interrompidos (n=16), que não aderiram a conduta inicial e interromperam por conta própria o seu tratamento, isso deve-se a vários fatores, entre eles: dificuldade de acesso ao médico, prescrição e ao medicamento na rede pública, uma vez que, muitos relatam não ter condições de comprar, e sem prescrição, isso se torna mais complicado ainda. Outro fator importante, é a não adesão devido os efeitos indesejáveis provocados pelos antidepressivos, não tolerando o período de latência e abandonando o tratamento.

De acordo com ISTILLI et al., 2010, os fármacos antidepressivos possuem um período de latência entre duas e quatro semanas para apresentar efeito farmacológico, esse fator pode influenciar diretamente no tratamento, pois os usuários que desconhecem essa informação podem interromper a terapia, ou até mesmo aumentar a dose para obter os efeitos desejados. Diante disso, é importante que os farmacêuticos intensifiquem o esclarecimento aos usuários desses fármacos sobre a relevância de se seguir o tratamento corretamente como preconizado, mesmo que inicialmente ele não perceba uma melhora clínica (CRUZ et al., 2020).

Para avaliar a efetividade dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) e dos inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina (IRSNs) no tratamento dessas condições psiquiátricas foi realizada, por autores brasileiros, uma metanálise de 135 estudos sobre o assunto cujos resultados foram publicados em um artigo (Selective serotonin reuptake inhibitors, and serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors for anxiety, obsessive-compulsive, and stress disorders: A 3-level network meta-analysis) na PLOS Medicine. O desfecho primário avaliado pelos pesquisadores foi uma medida agregada dos sintomas internalizantes desses transtornos, a qual demonstrou um efeito favorável de tamanho pequeno a moderado para os medicamentos em relação ao placebo ao se analisar a diferença padronizada das médias (-0,56; IC 95% -0,62 a -0,51; $p < 0,001$), havendo mínima diferença entre os vários medicamentos em relação à eficácia e à aceitabilidade (GOSMANN et al., 2021).

Em um momento em que a efetividade dos antidepressivos para o tratamento de transtornos de humor tem sido questionada por alguns autores, o estudo demonstra que os ISRSs e os IRSNs podem também ser efetivos nos transtornos de ansiedade, obsessivo-compulsivo e de estresse. Apesar da heterogeneidade moderada dos estudos avaliados e da presença de um risco moderado de viés na análise, os autores acreditam que os resultados positivos desta metanálise podem servir de base para orientar os profissionais e pacientes sobre a tomada de decisões baseadas em evidências para o tratamento inicial dessas condições psiquiátricas tão comuns (GOSMANN et al., 2021).

O transtorno depressivo pela anedonia e labilidade do humor, muitas vezes leva a um quadro de ansiedade, uma vez que, o doente desenvolve medo de morrer, fobias, manias e em alguns casos, até características psicóticas. Por isso, em muitos casos, observa-se o uso de ansiolíticos associados a antidepressivos.

Neste estudo, verificou-se que alguns ansiolíticos foram prescritos na conduta inicial para os casos de depressão associada a ansiedade. Os mais prescritos foram: Alprazolam 0,5mg (08 pacientes) a 1mg (01 paciente), Diazepam 5mg (02 pacientes) e Clonazepam 0,5mg (01 paciente) a 2 mg (01 paciente). Atualmente, destes tratamentos supracitados, 02 tratamentos com Alprazolam 0,5 mg foram suspensos, e os 05 restantes foram interromperam por não adesão. Assim como outras classes medicamentosas foram prescritas associadas ou o paciente fazia uso por ter alguma comorbidade. Na conduta inicial, observamos a prescrição de Zolpidem 10 mg

(sedativo/hipnótico) em 04 usuários, destes, apenas 3, continuaram a usar até os dias atuais; Carbolitium 300 mg, usado como estabilizador de humor, foi prescrito para 2 pacientes na conduta inicial, estes interromperam o uso por não adesão; enquanto a Pregabalina 75 mg foi prescrita para 02 usuários, que aderiram ao tratamento e permanecem usando até hoje. Podemos observar também que alguns usuários relataram usar anti-hipertensivos como: Losartana 50mg, Olmesartana 20 mg, Atenolol 50mg, Anlodipino 5 mg; hipoglicemiantes como Metformina 500mg; e outros mencionaram o uso de analgésicos e antialérgicos esporadicamente.

Neste estudo, assim como no estudo de Cruz et al. (2020), sobre fármacos antidepressivos: prevalência, perfil e conhecimento da população usuária, foi possível observar que os participantes utilizam outros medicamentos concomitantes aos antidepressivos, sendo os principais pertencentes à classe dos analgésicos, anti-hipertensivos e hipoglicemiantes. O uso de analgésicos pode ser explicado pelo fato desses fármacos serem de venda livre e, por isso, são de fácil acesso. Além disso, a necessidade de buscas para soluções cada vez mais ágeis na resolução dos problemas relacionados à saúde, principalmente em se tratando de dor, contribuem para que as pessoas recorram diretamente a esses medicamentos na drogaria. Em relação aos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, os mesmos são utilizados para tratamento de doenças crônicas, sendo necessário uso contínuo. E a hipertensão constitui uma das doenças mais prevalentes em todo o mundo (BUTLER et al., 2006; COHEN; DERUBEIS, 2018; RIBEIRO et al., 2018 *apud* CRUZ et al., 2020).

5.1.3 Cuidado Farmacêutico:

5.1.3.1 Problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) identificados

Após as consultas farmacêuticas foram detectados os seguintes PRMs, a maioria relacionados a um problema de saúde não tratado (n=15). Neste caso, o paciente sofre de um problema de saúde em consequência de não tomar uma medicação que necessita. Este problema pode estar relacionado a não adesão do tratamento e/ou interrupção dele. Em seguida, temos a insegurança quantitativa (n=09), que significa que o paciente usa um medicamento que pode estar provocando reações adversas. Depois temos, o efeito de um medicamento desnecessário (n=07), o paciente sofre de um problema de saúde em consequência de receber um

medicamento que não necessita. E ainda, 02 casos de inefetividade quantitativa, ou seja, o medicamento está correto, entretanto, a dose ou o intervalo é inferior ao necessário para ser eficaz. Observe na tabela 3 abaixo:

Tabela 3 – Problemas identificados relacionados ao uso de medicamento em pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo, em tratamento no ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020, Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=33)

Classificação do PRM	Nº	%
(1) PROBLEMA DE SAÚDE NÃO TRATADO	15	45,5%
(2) EFEITO DO MEDICAMENTO DESNECESSÁRIO	07	21,2%
(3) INEFETIVIDADE NÃO QUANTITATIVA	00	00,0%
(4) INEFETIVIDADE QUANTITATIVA	02	6,0%
(5) INSEGURANÇA NÃO QUANTITATIVA	00	00,0%
(6) INSEGURANÇA QUANTITATIVA	09	27,3%

Fonte: Autor, 2022.

Os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) são a principal causa de eventos adversos no ambiente hospitalar que podem ser prevenidos. Além de potencialmente danosos a saúde do paciente, os PRMs podem representar um maior custo para os serviços de saúde ao aumentar o tempo de internação. Os tipos mais frequentes de PRMs variam de acordo com diversos fatores, tais como o público atendido, as patologias envolvidas e os medicamentos utilizados no tratamento. As Intervenções Farmacêuticas (IF) realizadas mostraram-se importantes para a redução dos PRMs, minimizando os resultados terapêuticos desfavoráveis, melhorando a qualidade dos cuidados com o paciente, aumentando a segurança da farmacoterapia, e, ao mesmo tempo, reduzindo os custos e o tempo da internação (ALBUQUERQUE JÚNIOR et al., 2021).

Em um estudo publicado por Calvo-Salazar em 2018 na revista espanhola *Farmácia Hospitalaria*, que tinha como objetivo determinar a prevalência de internações hospitalares associadas a problemas relacionados a medicamentos nos serviços de emergência do hospital de alta complexidade e realizar as intervenções farmacêuticas pertinentes, relata que, quanto aos resultados obtidos, observou-se que 3,8% (n=822) dos pacientes internados, apresentavam problemas relacionados ao

uso de medicamentos, sendo os mais frequentes, os de necessidade com 42,2% (n=346). Também, foi feito um perfil farmaterapêutico para 138 pacientes internados e foram realizadas 150 intervenções farmacêuticas, que tiveram uma aceitação de 95,3%. Sendo as maiores das intervenções feitas na administração de um medicamento desnecessário 62,7%.

O grupo farmacológico com maior proporção de associação com PRMs foi o psicotrópico, com 137 casos (16,7%), seguido pelos medicamentos para hipertensão, com 105 casos (12,8%). Do total de casos de PRM, o sistema neurológico foi o mais afetado, com 208 casos (25,3%), sendo que 198 deles poderiam ter sido evitados; seguido pelo sistema cardiovascular, com 132 casos (16,0%), dos quais 723 casos (87,7%) poderiam ter sido evitados (CALVO-SALAZAR et al., 2018).

O estudo conclui ainda que a falta de supervisão e análise de problemas relacionados à medicação pode causar falha na abordagem terapêutica, portanto, a melhoria da saúde e da qualidade de vida dos pacientes não é alcançada. O farmacêutico tem um papel fundamental na atenção à saúde dos pacientes, auxiliando na prevenção e uso adequado de medicamentos, melhorando a segurança farmacológica dos tratamentos, reduzindo custos e problemas de saúde pública (CALVO-SALAZAR et al., 2018).

5.1.3.2 Causas dos Problemas relacionados ao uso do medicamento (PRM) identificados

Ao se investigar as prováveis causas dos problemas relacionados ao uso do medicamento (PRM), observou-se que, as mais comuns encontradas entre os entrevistados foram a não adesão (n=13) e probabilidade de efeitos adversos (n=11). Observe na tabela 4 abaixo:

Tabela 4 - Causa dos Problemas Relacionados ao uso de medicamentos das pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo, em tratamento no ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020, Macapá-AP, Brasil, 2022. (n= 24) (Continua).

Causa dos PRM identificados	nº	%
Administração errada do medicamento	0	00,0%
Características pessoais	4	12,1%

Fonte: Autor, 2022.

Tabela 4 - Causa dos Problemas Relacionados ao uso Medicamentos, em número e porcentagem, das pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo, em tratamento no ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020, Macapá-AP, Brasil, 2022 (Conclusão).

Causa dos PRM identificados	nº	%
Conservação inadequada	0	00,0%
Contraindicação	0	00,0%
Duplicidade	0	00,0%
Erros de dispensação	0	00,0%
Erros de prescrição	0	00,0%
Não adesão	3	39,5%
Interação	1	3,00%
Outros problemas de saúde que afetam o tratamento	0	00,0%
Probabilidade de efeitos adversos	1	33,4%
Problema de saúde insuficientemente tratado	3	9,00%
Outros	1	3,00%

Fonte: Autor, 2022.

Conforme relatado, a causa mais relacionada aos PRMs identificados foi a não adesão que, neste estudo, de acordo com os usuários acompanhados, ocorria em virtude da dificuldade de acesso aos médicos, prescrição e medicamentos na rede pública; dificuldades econômicas (para comprar o medicamento); e aos efeitos indesejáveis provocados pelos antidepressivos, uma vez que, não tolerando o período de latência, abandonavam o tratamento. Esta última, também estaria relacionada a causa de probabilidade de efeitos adversos.

Verificou-se então que, assim como no presente estudo, o estudo de Calvo Salazar (2018), relata a prevalência dos PRMs identificados, relacionados a necessidade, afirmando-se que a razão para isso, foi que o hospital não forneceu aos pacientes, os medicamentos necessários para o tratamento de suas condições, ou não forneceu seu tratamento completo.

5.1.3.3 Quanto as Intervenções

No geral, as intervenções incluídas foram estratégias para melhorar a adesão ao tratamento, como o manejo dos efeitos indesejáveis, orientação em relação à doença e aos medicamentos do paciente, recomendação de dose ajuste, substituições de antidepressivos e a adição de medicamentos, entre outros recursos. Uma parte das intervenções, como as três últimas citadas, incluiu a participação do médico prescritor. Como não tivemos acesso direto aos médicos, o paciente recebia orientação de conversar com o seu médico sobre as possíveis intervenções que cabe a ele efetivar. As intervenções Farmacêuticas além de incluírem ações destinadas a resolver problemas, também ofereciam ações de educação para a saúde - conselhos sobre bons hábitos, como a inclusão de atividade física na sua rotina, hábitos higiênicos e alimentares - usando a comunicação oral e escrita como ferramentas.

Foram realizadas um total de **91 intervenções (n=91)**, aplicadas como pode ser observado na tabela 5 abaixo:

Tabela 5 – Total de intervenções realizadas em pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo, em tratamento no ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=91) (Continua).

Intervenção na quantidade dos medicamentos	Nº de Intervenções realizadas	%
Modificar a dose	00	0,0%
Modificar a dosagem	01	1,0%
Modificar o esquema terapêutico	06	6,6%
Intervenção na estratégia farmacológica	Nº de Intervenções realizadas	%
Adicionar um medicamento	17	18,7%
Retirar um medicamento	04	4,4%
Substituir um medicamento	01	1,0%
Intervenção na educação do doente	Nº de Intervenções realizadas	%
Modo de uso e administração do medicamento	06	6,6%
Aumentar a adesão ao tratamento	23	36,4%

Fonte: Autor, 2022.

Tabela 5 – Total de intervenções realizadas em pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo, em tratamento no ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=33) (Conclusão).

Intervenção na quantidade dos medicamentos	Nº de Intervenções realizadas	%
Educar em medidas não farmacológicas	33	36,4%

Fonte: Autor, 2022.

Entre as intervenções realizadas, no que se refere as intervenções na quantidade de medicamentos, foram realizadas mudanças na dosagem e no esquema terapêutico, todas com recomendação da farmacêutica foram feitas através de comunicação direta com o paciente, e em seis casos, a recomendação foi dada ao paciente e solicitado que comunicasse ao seu médico (paciente-médico), estas foram: aumento de dosagem, medicamentos que estavam prescritos na condição de se necessário, para passar a ser de horário, considerando-se que o paciente já estava fazendo rotineiramente, também, mudança de horário da administração do antidepressivo, da noite para o dia, em virtude do paciente relatar insônia grave, e em virtude disso, avaliar a necessidade de adição de um ansiolítico ou sedativo-hipnótico no tratamento.

Intervir na estratégia farmacológica também foi necessário, adicionando medicamentos (de venda livre e sem tarja) para o manejo dos efeitos indesejáveis causados pelos antidepressivos e através da comunicação do doente-médico, pode-se recomendar o uso de ansiolíticos, nos casos de crises de ansiedade e insônia grave, também, quando necessário, foi recomendado adicionar o uso de sedativo hipnótico, com o consentimento médico, dependendo de cada situação.

A recomendação de retirada de medicamentos foi necessária no caso dos pacientes que estavam tomando o antidepressivo desnecessariamente, uma vez que eram pacientes que estavam com intensidade de sintomas mínimos e leves, uma que que o tratamento farmacológico só é indicado em casos de depressão moderada a grave. Outro caso, o paciente relatou estar tomando dois antidepressivos associados, sendo um deles de 12/12h, no horário noturno, o paciente notava que tinha insônia e inquietude noturna provocada por ele, também, foi recomendado que o paciente falasse com o seu médico para avaliar a retirada ou não. A recomendação de substituição foi feita quando o paciente relatou que tomava um antidepressivo que lhe

causava muitas reações adversas e efeitos colaterais, sendo assim, neste caso, o próprio médico achou coerente a substituição.

Quanto as intervenções na educação do doente, no âmbito dos transtornos de humor, são essenciais e necessárias, em alguns casos foi necessário orientar o paciente quanto o modo de uso e administração do medicamento. Foi imprescindível fazer um trabalho de sensibilização de adesão ao tratamento com o intuito de diminuir as interrupções, de retornar a fazer o seu tratamento o quanto antes, da necessidade de se tomar o medicamento e de seguir regularidade quanto ao uso e aos horários. E por fim, quanto educar em medidas não farmacológicas, no caso de pacientes depressivos, é de suma importância que este adquira o hábito diário da prática da atividade física, pois muitos estudos já comprovaram os efeitos da atividade física na depressão. Também, foi importante alertar o paciente em relação a ter uma dieta hipocalórica, regular e nutritiva. Alguns estudos ressaltam a eficácia de alguns alimentos que auxiliam a reduzir sintomas depressivos. Foi orientado também sobre a importância de se fazer atividades ocupacionais e atividades que lhe tragam prazer e qualidade de vida. E todos, foram orientados a priorizar a psicoterapia, seja individual e/ou em grupo, como tratamento, prevenção e manutenção da saúde psicológica. Outras sugestões foram feitas, como aderir as práticas integrativas e complementares (PICs), como a acupuntura, auriculoterapia, yoga, pilates, massoterapia, musicoterapia, entre outras, sendo que algumas, disponíveis no SUS, e ainda, abordagens terapêuticas, mais recentes, como o REAC.

É importante ressaltar que as intervenções na educação do doente, são extremamente importantes, no caso de pacientes com transtorno depressivo, estes, tem muitas dúvidas sobre o uso e administração destes, têm dificuldade de aderir ao tratamento, em virtude dos efeitos indesejáveis, e ainda, não têm conhecimento, na maioria das vezes, da importância de aderir a medidas não farmacológicas no seu tratamento, que produzem resultados excelentes, na maioria das vezes.

Segundo revisão sistemática e metanálise realizada por Alves (2019) e publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria, este estudo sugere que intervenções feitas pelo farmacêutico podem aumentar a adesão do paciente ao medicamento. Mesmo com a heterogeneidade dos estudos originais nos métodos para medir a adesão e os sintomas de depressão, todos os estudos utilizaram dois tipos de intervenção associados: educacionais e comportamentais, corroborando com a indicação da literatura sobre os tipos com maior efeito nesta população.

Os elementos mais comumente usados de intervenções multifacetadas incluiu estratégias educacionais do paciente, acompanhamento por telefone para monitorar progresso dos pacientes, bem como fornece suporte de medicação e feedback para os prestadores primários de cuidados. No geral, as intervenções educacionais por si só foram ineficazes em melhorar a adesão à medicação antidepressiva. Em conclusão, melhorando a aderência aos antidepressivos requer uma mudança comportamental complexa e há algumas evidências para apoiar intervenções comportamentais e multifacetadas como as mais eficazes na melhoria da adesão à medicação antidepressiva e resultados de depressão. Estudos mais cuidadosamente elaborados e bem conduzidos são necessários para esclarecer o efeito de intervenções em diferentes populações de pacientes e ambientes de tratamento (CHONG; ASLANI; CHEN, 2011).

5.1.3.4 Aceitabilidade e Resolutividade das Intervenções

Das 91 intervenções aplicadas, 48 (52,7%), foram aceitas pelos usuários e com PRMs resolvidas. E 43 (47,3%), não resolvidas, sendo destas, 15 aceitas e 28, não aceitas, conforme pode ser observado na tabela 6 abaixo.

Tabela 6 – Total de aceitabilidade das intervenções e resolutividade dos problemas associados ao uso de medicamentos, de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo, em tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=91)

Aceitabilidade/Resolutividade (Total)	Nº (%) de RNM resolvidos	Nº (%) de RNM não resolvidos
Nº (%) de Intervenções aceitas	48 (52,7%)	15 (16, 5%)
Nº (%) de Intervenções não aceitas	00 (00,00%)	28 (30,8%)
Total de Aceitabilidade/Resolutividade	48 (52,7%)	43 (47,3%)

Fonte: Autor, 2022.

Calvo-Salazar em 2018, em estudo publicado na revista espanhola Farmácia Hospitalaria, aplicou 150 intervenções em pacientes internados em salas de emergência em hospital de alta complexidade e relatou que o percentual de intervenções aceitas em seu estudo foi de 95,3%, semelhante ao registrado na maioria dos estudos (84,0-99,0%) (BAENA et al., 2002; KUCUKARSLAN et al., 2003); vale ressaltar que outros estudos relataram uma taxa de aceitação de 41,7% (PÉREZ et

al., 2007) e 2,8% (GARCÍA et al., 2002) . A aceitação das intervenções tem impacto na saúde do paciente, pois há uma redução no risco de efeitos adversos, o que ajuda a melhorar a adesão ao tratamento farmacológico (CALVO-SALAZAR et al., 2018).

Tabela 7 - Aceitabilidade das intervenções e resolatividade dos PRMs por tipo de intervenção aplicada em pessoas com transtorno depressivo, que iniciaram tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, de janeiro de 2019 a setembro de 2020, Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=91) (Continua).

QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS		
Modificar a dosagem (n=01)	Nº de RNM resolvidos	Nº de RNM não resolvidos
Nº de Intervenções aceitas	01	00
Nº de Intervenções não aceitas	00	00
Modificar o esquema terapêutico (n=06)	Nº de RNM resolvidos	Nº de RNM não resolvidos
Nº de Intervenções aceitas	02	02
Nº de Intervenções não aceitas	00	02
ESTRATÉGIA FARMACOLÓGICA		
Adicionar um medicamento (n=17)	Nº de RNM resolvidos	Nº de RNM não resolvidos
Nº de Intervenções aceitas	10	00
Nº de Intervenções não aceitas	00	07
Retirar um medicamento (n=04)	Nº de RNM resolvidos	Nº de RNM não resolvidos
Nº de Intervenções aceitas	03	01
Nº de Intervenções não aceitas	00	00
Substituir um medicamento (n=01)	Nº de RNM resolvidos	Nº de RNM não resolvidos
Nº de Intervenções aceitas	01	00
Nº de Intervenções não aceitas	00	00
EDUCAÇÃO DO PACIENTE		
Modo de uso e administração (n=06)	Nº de RNM resolvidos	Nº de RNM não resolvidos
Nº de Intervenções aceitas	04	01
Nº de Intervenções não aceitas	00	01
Aumentar a adesão ao tratamento (n=23)	Nº de RNM resolvidos	Nº de RNM não resolvidos
Nº de Intervenções aceitas	09	00

Fonte: Autor, 2022.

Tabela 7 - Aceitabilidade das intervenções e resolutividade dos PRMs por tipo de intervenção aplicada em pessoas com transtorno depressivo, que iniciaram tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=91) (Conclusão).

QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS		
Nº de Intervenções não aceitas	00	14
<hr/>		
Educar em medidas não farmacológicas (n=33)	Nº de RNM resolvidos	Nº de RNM não resolvidos
Nº de Intervenções aceitas	18	11
Nº de Intervenções não aceitas	00	04

Fonte: Autor, 2022.

Em 2015, um estudo realizado em Coimbra relata que a aceitabilidade é um fator crucial para que as intervenções apresentem um resultado efetivo na melhoria de cuidados de saúde e na segurança dos doentes. A taxa de aceitabilidade é indicativa da concordância entre os farmacêuticos e os médicos no que respeita às recomendações farmacêuticas, relativamente à prescrição de medicamentos. Na realidade, a taxa média de aceitabilidade considerada numa revisão sistemática realizada por Klopfer et al. (1990) foi de 85,5%, com uma taxa mínima identificada no estudo de Peiró (2006) de 85%. A aceitabilidade depende de vários fatores, como a formação especializada e a experiência do farmacêutico, a integração num determinado serviço clínico, as características individuais do médico, e mesmo, a estrutura e cultura organizacional da instituição (TUNA, 2015).

5.1.3.5 Quanto a adesão e não adesão ao tratamento

Dos 13 pacientes que relataram aderir ao seu tratamento inicialmente, 2 desistiram, e 02 passaram a aderir regularmente. E dos 22 pacientes que relataram não aderir, com regularidade, 5 desistiram de participar do estudo, e 13 persistiram em não aderir. Logo, concluímos o estudo com 15 adesões regulares. Observe a tabela 8 abaixo.

Tabela 8 - Número de adesão de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo em tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=35)

Quanto a adesão (n=35)	Antes (nº)	Após (nº)
Adesão	13	15
Não adesão	22	13

Fonte: Autor, 2022.

A não adesão aos medicamentos antidepressivos é uma barreira significativa para o sucesso tratamento da depressão na prática clínica. Uma revisão sistemática feita pela Faculdade de Farmácia, da Universidade de Sidney/Austrália avaliou a eficácia das intervenções para melhorar a adesão a antidepressivos e para avaliar o efeito dessas intervenções nos resultados clínicos da depressão. MEDLINE, PsycINFO e bancos de dados EMBASE foram pesquisados ensaios randomizado e ensaios controlados publicados entre janeiro de 1990 e dezembro de 2010 sobre intervenções para melhorar a adesão ao antidepressivo. O impacto das intervenções no antidepressivo, adesão à medicação (conformidade e persistência) e depressão os foram avaliados nos resultados clínicos. Dados sobre a qualidade dos estudos incluído também foram extraídos. Vinte e seis estudos preencheram os critérios de inclusão. As intervenções foram classificadas como intervenções educacionais, comportamentais e multifacetadas. Um total de 28 intervenções foram testadas, como dois estudos investigaram duas intervenções cada. Dezesesseis (57%) das 28 intervenções mostraram efeitos significativos sobre o antidepressivo quanto aos resultados de adesão, enquanto 12 (43%) intervenções demonstraram efeitos positivos na adesão ao antidepressivo e resultados na depressão. As intervenções que mostraram melhora significativa nos resultados foram principalmente as multifacetadas e complexas, com gestão de cuidados proativos e envolvimento de especialistas em saúde mental (CHONG; ASLANI; CHEN, 2011).

Em revisão sistemática (RS) sobre o impacto clínico e econômico da não adesão ao tratamento antidepressivo, os autores concluíram haver forte relação entre adesão ao tratamento e melhora clínica (HO et al., 2016). Não há uma definição clara sobre a partir de que momento uma taxa de adesão pode ser considerada para determinar se é adesão ou não adesão; além disso, esta definição pode variar de acordo com o tipo de medicamento ou condição de saúde em tratamento. Contudo, a maioria dos estudos define a não adesão como tomar menos de 80% das doses

recomendadas (MCCAFFREY III, 2013; FUCHS; WANNMACHER, 2017; KLEINSINGER, 2018), mas com diferença maior para a terapia antirretroviral para a qual, em geral, busca-se taxas de 90% a 100% (SIN; DIMATTEO, 2014). Na prática clínica, estima-se que a taxa de não adesão gire em torno de 50%, o que aumenta os riscos para a saúde, eventos adversos e mortalidade (NIEUWLAAT et al., 2014). Um estudo realizado com dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) estimou que a prevalência de baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil foi de 30,8%, e duas vezes maior em pacientes com três ou mais doenças crônicas quando comparado a indivíduos com apenas uma (TAVARES et al., 2016 *apud* ALVES, 2019).

5.1.3.6 Tipo de Comunicação

Todos os pacientes que participaram do estudo (n=35), com exceção dos que desistiram inicialmente (n=02) inicialmente, receberam orientações e aconselhamentos oralmente e por escrito (Apêndice 2) do farmacêutico, sendo que destes, um total de 06 pacientes receberam recomendações do farmacêutico para falar com o seu médico sobre possíveis problemas e causas que poderiam estar dificultando a resposta positiva ao tratamento.

Tabela 9 – Tipo de Comunicação de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo que iniciaram tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=33)

Tipo de comunicação		n
Verbal	Doente	27
	Doente médico	06
Escrita	Doente	27
	Doente Médico	06

Fonte: Autor, 2022.

Entre as premissas necessárias para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos está em utilizar a tecnologia da informação e os tipos de comunicação disponíveis e o farmacêutico deve estabelecer comunicação privada com o usuário (CFF, 2016).

Em Alves (2019) relata que as Intervenções farmacêuticas, com objetivo de melhorar a adesão do paciente ao tratamento, podem ser conduzidas por vários meios de comunicação: pessoalmente, por telefone ou por mensagens e geralmente são complementadas por materiais educacionais, como folhetos educativos ou vídeos educacionais (MCNICOL, 2017; READDEAN; HEUER; SCOTT PARROTT, 2018; SCHUSTER et al., 2019).

5.1.4 Avaliação da Efetividade do Cuidado Farmacêutico

Os 35 usuários participantes responderam a Escala de Beck – BDI inicial e os resultados iniciais foram: 7 pacientes com depressão grave (n=07), 17 usuários com depressão moderada (n=17), 8 usuários com depressão leve (n=08) e 3 pacientes com sintomas mínimos (n=03).

Ao avaliarmos os escores dos BDIs iniciais e compararmos com a resposta dos BDIs finais (tabela 10), após 90 dias de acompanhamento, observou-se que, quanto a intensidade dos sintomas depressivos, tivemos uma melhora significativa, como resposta positiva. Acredita-se que esta resposta pode estar associada as intervenções realizadas no cuidado farmacêutico.

Tabela 10 – Intensidade dos sintomas depressivos – BDI inicial x final, de pessoas que iniciaram tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n= 35)

Intensidade dos Sintomas	BDI Inicial	BDI Final
Depressão Grave	07	01
Depressão Moderada	17	09
Depressão Leve	08	09
Sintomas Mínimos	03	09

Fonte: Autor, 2022.

É importante ressaltar que quando comparamos os escores obtidos. Em alguns casos, o paciente manteve o grau de sintomas depressivos, entretanto, com redução de escore. Assim como, tivemos pacientes que não aceitaram nenhum tipo de intervenção, e ao invés de reduzir escore, tivemos aumento. E conseqüentemente, evolução do grau dos sintomas depressivos. Ressaltamos ainda, que o cuidado

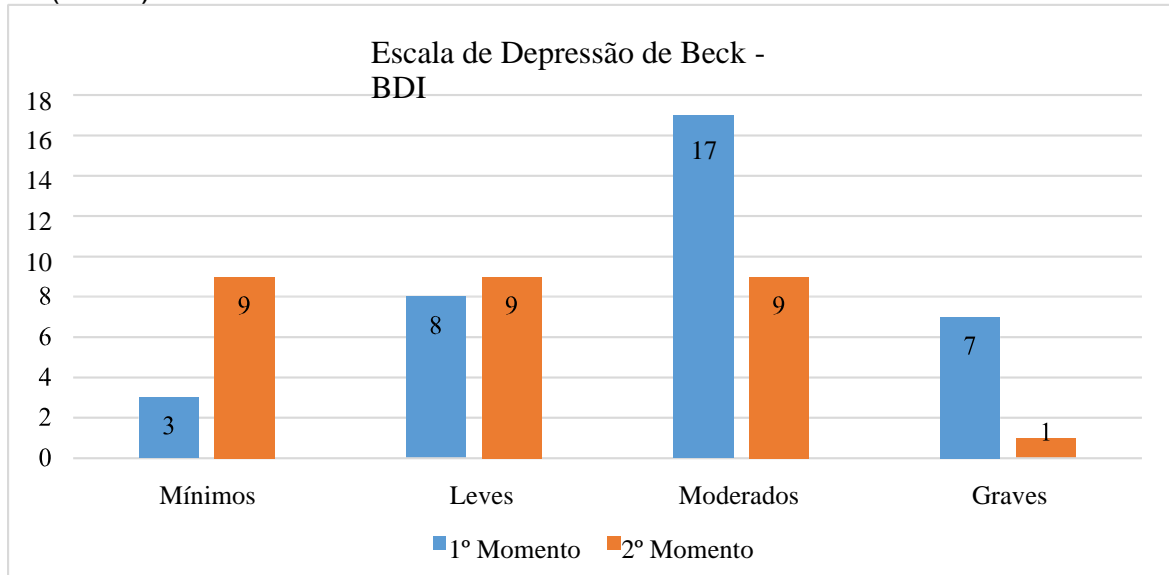
farmacêutico é um trabalho de continuidade no tratamento do paciente. Pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo, são pacientes instáveis, que precisam de acompanhamento regular. Por exemplo, se aplicarmos outra BDI daqui 30 dias, os escores podem estar completamente diferentes, se não houver solução de continuidade de acompanhamento destes pacientes.

As revisões sistemáticas que avaliaram o efeito da intervenção do farmacêutico na adesão ao medicamento em pacientes com depressão (RUBIOVALERA et al., 2011; AL-JUMAH; QURESHI, 2012; READDEAN, HEUER; SCOTT PARROTT, 2018) foram realizadas com metodologias distintas. A mais atual (READDEA; HEUER; PARROTT, 2018) não incluiu busca em três bases consideradas fundamentais nesta área: uma especializada da área da psicologia e psiquiatria (PsycINFO), uma multidisciplinar de grande impacto na ciência (Web of Science) e uma específica da área da saúde com abrangência maior que o MedLine do PubMed (EMBASE). Outra limitação da revisão de Readdean, Heuer e Scott Parrott (2018) foi a inclusão de apenas estudos publicados em inglês. Acredita-se que, ao incluir na busca as bases acima citadas, explorar a literatura cinzenta, ampliar o idioma, além de limitar a seleção para ECR e pacientes que iniciaram tratamento de antidepressivo, a análise apresentada trará mais segurança ao profissional (ALVES, 2019).

Destaca-se aqui, mediante as respostas obtidas nos escores dos pacientes acompanhados neste estudo, a importância de se implantar um serviço de atenção farmacêutica voltada ao usuário do ambulatório de psiquiatria do HCAL, como mais uma estratégia, a fim de se proporcionar mais uma alternativa de tratamento viável e complementar, aos tratamentos usualmente propostos e de se obter resultados mais definidos e mensuráveis na farmacoterapia destes usuários.

O profissional farmacêutico clínico representa um membro essencial dentro dos sistemas de saúde e nas equipes multiprofissionais. Diversos estudos demonstraram diminuição significativa do número de erros de medicação em instituições nas quais farmacêuticos intervêm junto ao corpo clínico. O Serviço de Farmácia Clínica (SFC) encontra-se em processo de avanço no Brasil. No entanto, com os resultados apresentados, fica mais evidente a necessidade de incluir o farmacêutico clínico junto às equipes de saúde, visto que a incidência de PRMs é preocupante e que as intervenções do farmacêutico podem gerar benefícios diretos para a segurança do paciente, bem como proporcionar melhoria na qualidade do cuidado e redução de custos (ALBUQUERQUE JÚNIOR et al., 2021).

Figura 4 – Caracterização da classificação da escala de Depressão de Beck de pessoas com transtorno depressivo, que iniciaram tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n= 35)



Legenda: 1º momento (n=35); 2º momento (n=28).
Fonte: Autor, 2022.

A figura 4 acima, mostra a caracterização da classificação da BDI, quanto a intensidade dos sintomas depressivos, comparando os dois momentos, antes e pós-intervenção. Neste, podemos concluir claramente que houve um aumento de pacientes com sintomas depressivos leves e mínimos, e redução de pacientes com sintomas depressivos moderados e graves. Entretanto, estatisticamente é significativo?

5.2 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Para as variáveis qualitativas ou categóricas utilizamos a frequência absoluta e relativa. Para a análise estatística inferencial, utilizamos o Teste T para amostras pareadas e o Teste do Qui Quadrado para analisar as diferenças entre as proporções, entre os dois momentos em que foram aplicados o BDI, antes e pós-intervenção.

Para validação dos testes estatísticos, foi necessário o uso do teste de normalidade, visto que, é necessário para o teste T, o pressuposto de normalidade das informações, sendo este um teste paramétrico.

Para organização e tabulação das informações obtidas foi utilizado o Microsoft Excel 2016 e para as análises estatísticas, o Statistical Package for the Social Sciences-SPSS Versão 26.0.

Na tabela 11 abaixo, foi feita a caracterização do BDI, onde comparamos a etapa 1 (1º momento) com a etapa 2 (2º momento), antes e pós cuidado farmacêutico recebido pelos pacientes em acompanhamento.

Tabela 11 - Caracterização do inventário de depressão de Beck (BDI), de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo que iniciaram tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=35) (Continua)

Escala DBI	1º Momento	2º Momento	P valor
	N (%)	N (%)	
Tristeza			0,016
Não me sinto triste	8(22,9)	10(35,7)	
Eu me sinto triste	20(57,1)	14(50,0)	
Estou sempre triste e não consigo sair disso	5(14,3)	4(14,3)	
Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	2(5,7)	0(0,0)	
Pessimismo			0,22
Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro	14(40,0)	16(57,1)	
Eu me sinto desanimado quanto ao futuro	15(42,9)	10(35,7)	
Acho de nada tenho a esperar	2(5,7)	0(0,0)	
Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	4(11,4)	2(7,1)	
Fracasso Passado			0,552
Não me sinto um fracasso	12(34,3)	16(57,1)	
Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum	15(42,9)	10(35,7)	
Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos	5(14,3)	2(7,1)	
Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	3(8,6)	0(0,0)	
Perda de Prazer			0,466
Tenho tanto prazer em tudo, como antes	7(20,0)	11(39,3)	
Não sinto mais prazer nas coisas, como antes	21(60,0)	13(46,4)	
Não encontro um prazer real em mais nada	2(5,7)	1(3,6)	
Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	5(14,3)	3(10,7)	
Sentimento de Culpa			0,004
Não me sinto especialmente culpado	6(17,1)	8(28,6)	
Eu me sinto culpado às vezes	13(37,1)	18(64,3)	
Eu me sinto culpado na maior parte do tempo	11(31,4)	1(3,6)	
Eu me sinto sempre culpado	5(14,3)	1(3,6)	

Fonte: Autor, 2022.

Tabela 11 – Caracterização do inventário de depressão de Beck (BDI), de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo que iniciaram tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=35) (Continua)

Escala DBI	1º Momento	2º Momento	P valor
Sentimentos de Punição			0,087
Não acho que esteja sendo punido	14(40,0)	15(53,6)	
Acho que posso ser punido	6(17,1)	7(25,0)	
Creio que vou ser punido	5(14,3)	1(3,6)	
Acho que estou sendo punido	10(28,6)	5(17,9)	
Autoestima			0,357
Não me sinto decepcionado comigo mesmo	13(37,1)	15(53,6)	
Estou decepcionado comigo mesmo	14(40,0)	9(32,1)	
Estou enojado de mim	2(5,7)	2(7,1)	
Eu me odeio	6(17,1)	2(7,1)	
Autocrítica			0,001
Não me sinto de qualquer modo pior que os outros	5(14,3)	14(50,0)	
Sou crítico em relação a mim, devido a minhas fraquezas ou meus erros	15(42,9)	11(39,3)	
Eu me culpo sempre por minhas falhas	10(28,6)	2(7,1)	
Eu me culpo por tudo de mal que acontece	5(14,3)	1(3,6)	
Pensamentos Suicidas			0,359
Não tenho quaisquer ideias de me matar	14(40,0)	15(53,6)	
Tenho ideias de me matar, mas não as executaria	16(45,7)	11(39,3)	
Eu me mataria se tivesse oportunidade	5(14,3)	2(7,1)	
Choro			0,844
Não choro mais que o habitual	13(37,1)	16(57,1)	
Choro mais agora do que costumava	13(37,1)	10(35,7)	
Agora, choro o tempo todo	3(8,6)	0(0,0)	
Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que queira	6(17,1)	2(7,1)	
Irritação			0,115
Não sou mais irritado agora do que já fui	5(14,3)	13(46,4)	
Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava	19(54,3)	8(28,6)	
Atualmente me sinto irritado o tempo todo	7(20,0)	3(10,7)	

Fonte: Autor, 2022.

Tabela 11 – Caracterização do inventário de depressão de Beck (BDI), de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo, que iniciaram tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n= 35) (Continua)

Escala DBI	1º Momento	2º Momento	P valor
Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me	4(11,4)	4(14,3)	
Perda de interesse			0,009
Não perdi o interesse nas outras pessoas	5(14,3)	11(39,3)	
Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas	16(45,7)	10(35,7)	
Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas	6(17,1)	3(10,7)	
Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas	8(22,9)	4(14,3)	
Indecisão			0,016
Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época	6(17,1)	15(53,6)	
Adio minhas decisões mais do que costumava	14(40,0)	8(28,6)	
Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes	10(28,6)	3(10,7)	
Não consigo mais tomar decisões	5(14,3)	2(7,1)	
Desvalorização			0,023
Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava a ser	8(22,9)	14(50,0)	
Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos	13(37,1)	3(10,7)	
Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos	6(17,1)	8(28,6)	
Considero-me feio	8(22,9)	3(10,7)	
Falta de Disposição			0,001
Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes (0)	7(20,0)	13(46,4)	
Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa (1)	17(48,6)	13(46,4)	
Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa	9(25,7)	1(3,6)	
Não consigo fazer nenhum trabalho	2(5,7)	1(3,6)	
Alterações do Padrão de Sono			0,016
Não durmo tão bem quanto costumava	19(54,3)	13(46,4)	
Acordo uma ou duas horas mais cedo do que o hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir	5(14,3)	4(14,3)	
Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir	6(17,1)	3(10,7)	

Fonte: Autor, 2022.

Tabela 11 – Caracterização do inventário de depressão de Beck (BDI), de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo, que iniciaram tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=35) (Conclusão)

Escala DBI	1º Momento	2º Momento	P valor
Durmo tão bem quanto de hábito	5(14,3)	8(28,6)	
Cansaço			0,001
Não fico mais cansado que de hábito	7(20,0)	11(39,3)	
Fico cansado com mais facilidade do que costumava	10(28,6)	11(39,3)	
Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa	13(37,1)	3(10,7)	
Estou cansado demais para fazer qualquer coisa	5(14,3)	3(10,7)	
Alteração do Apetite			0,344
Meu apetite não está pior do que de hábito	9(25,7)	14(50,0)	
Meu apetite não é tão bom quanto costumava a ser	17(48,6)	13(46,4)	
Meu apetite está muito pior agora	9(25,7)	1(3,6)	
Dificuldade de Concentração			0,001
Posso me concentrar tão bem quanto antes	2(5,7)	7(25,0)	
Não posso me concentrar tão bem como habitualmente	8(22,9)	10(35,7)	
É muito difícil pra mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo	19(54,3)	9(32,1)	
Eu acho que não consigo me concentrar em nada	6(17,1)	2(7,1)	
Preocupação com a Saúde			0,237
Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde	12(34,3)	13(46,4)	
Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre	16(45,7)	11(39,3)	
Estou muito preocupado com meus problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso	5(14,3)	3(10,7)	
Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa	2(5,7)	1(3,6)	
Perda de Interesse por Sexo			0,907
Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual	10(28,6)	10(35,7)	
Estou menos interessado por sexo que costumava	10(28,6)	8(28,6)	
Estou bem menos interessado em sexo atualmente	7(20,0)	4(14,3)	
Perdi completamente o interesse por sexo	8(22,9)	6(21,4)	

Legenda: Teste Qui-Quadrado para proporção, ao nível de 5%.

Fonte: Autor, 2022.

Dessa forma, podemos observar que, os valores que apresentam um P valor menor que 0,05 (inferior a 5%), mostram que existe uma diferença significativa entre os percentuais nos dois momentos. Foi o caso das seguintes categorias: tristeza, sentimento de culpa, autocrítica, perda de interesse, indecisão, desvalorização, falta de disposição, alteração de padrão do sono, disposição, cansaço e dificuldade de concentração. Quanto menor o P valor, mais homogênea é a amostra.

Na tabela 12 abaixo, observa-se a análise de normalidade. Para se comparar os escores do BDI antes e pós-intervenção, antes desta análise, é necessário fazer a análise de normalidade dos escores, para se verificar se seguem ou não a distribuição normal.

Tabela 12 – Análise de normalidade do escores do inventário de Depressão de Beck (BDI) de pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo, em tratamento no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clinicas Alberto Lima, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n= 35)

Escala BDI	Shapiro-Wilk		
	Estatística	Gf	P-valor
1º Momento	0,947	28	0,170
2º Momento	0,958	28	0,317

Fonte: Autor, 2022.

Com base no teste de Shapiro Wilk, os escores, no 1º e 2º momentos, seguem distribuição normal. Deste modo, por isso, utilizou-se testes paramétricos. Distribuição normal, significa dizer que média, moda e mediana são semelhantes ou iguais, sendo assim, a aplicação do teste de Shapiro Wilk, tem o intuito de dar maior segurança para se utilizar o Teste T de amostras pareadas.

Como utilizamos o Teste T para amostras pareadas, observamos que, além do que observamos na análise descritiva e analítica, na redução dos escores, há também uma diferença estatística, que pode ser comprovada, comparando-se as médias e desvio padrão, entre o primeiro e o segundo momento, obtendo-se um o P valor igual 0,001 (menor que 0,05), ou seja, existe uma diferença significativa.

A nível percentual, o teste do Qui quadrado, nos mostra que a nível de proporção e a nível de significância a 5%, também se observou diferença significativa estatística, com P valor igual 0,025 (menor que 0,05).

Observe a tabela 13 abaixo.

Tabela 13 – Análise Inferencial da escala de Depressão de Beck de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo em tratamento no Ambulatório de Psiquiatria do HCAL, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022.

Escala BDI	1º Momento			2º Momento			P-valor
	N (%)	Média (IC-95%)	Dp	N (%)	Média (IC-95%)	Dp	
Escore							
		25,40 (21,32-29,48)	11,89		17,00 (12,94-21,06)	10,46	0,001¹
Classificação							0,025²
Mínimos	3 (8,6)			9 (32,1)			
Leve	8 (22,9)			9 (32,1)			
Moderados	17 (48,6)			9 (32,1)			
Graves	7 (20,0)			1 (3,6)			

¹teste T para amostra pareadas / ²Teste Qui Quadrado

Fonte: Autor, 2021.

5.3. Pesquisa de satisfação com o cuidado farmacêutico recebido

No resultado obtido na pesquisa de satisfação respondida pelos pacientes acompanhados, a maioria considerou o “muito bom” (57,14%) o nível de satisfação com o cuidado farmacêutico recebido. Em seguida “excelente” (32,14%). Depois, 7,14% consideraram “bom” e tivemos uma paciente que relatou ser suficiente (3,58%).

Observe a tabela 14 abaixo.

Tabela 14 – Nível de satisfação das pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo acompanhadas submetidas ao cuidado farmacêutico, que iniciaram tratamento no ambulatório de psiquiatria do HCAL, de janeiro a setembro de 2020. Macapá-AP, Brasil, 2022. (n=28)

Nível de satisfação	Nº de pacientes	(%) pacientes
Excelente	09 pacientes	32, 14%
Muito bom	16 pacientes	57, 14%
Bom	02 pacientes	7, 14%
Suficiente	01 paciente	3, 58%

OBS: 07 pacientes desistiram de participar da pesquisa.

Fonte: Autor, 2021.

É importante relatar que estes pacientes receberam pela primeira vez, este tipo de intervenção, apesar de esclarecermos sobre o objetivo do cuidado e a finalidade da pesquisa, muitos confundiam, e achavam que através desse cuidado teriam acesso a serviços médicos, psicológicos e medicamentos. A dificuldade em ter acesso a consultas e a medicamentos tem constituído um momento crítico no SUS, principalmente em virtude da pandemia. Também, são pacientes de humor variável, difíceis de tratar, que precisam confiar, antes de tudo, para poder abrir suas informações. Embora não tenha entrado diretamente no campo da psicologia, e voltado o estudo para o acompanhamento farmacoterapêutico, assim mesmo, teve suas dificuldades.

Tivemos uma (1) desistência na primeira etapa, cinco (5), na segunda etapa, com 60 dias e uma (1), na quarta consulta, com 90 dias. Destaca-se os motivos das desistências, como: oscilações de humor, dificuldade de comunicação e de interação, elevado grau de sofrimento e aceitação do diagnóstico, como também, sensação de bem-estar e cura.

É importante falar também, da carga energética pesada para os profissionais que acompanham estes pacientes, é de extrema importância que, a sua saúde mental e física esteja bem, para garantir melhor acompanhamento e conseqüentemente, sucesso terapêutico.

De modo em geral, o cuidado farmacêutico foi bem aceito pelos participantes do estudo, contribuindo positivamente no tratamento dos usuários em acompanhamento. Dessa forma, a implantação deste serviço, no ambulatório de psiquiatria do HCAL, uma vez que, o mesmo não dispõe atualmente deste serviço, pode ser de grande benefício para o doente e contribuir de forma significativa para a qualidade e melhoria dos cuidados de saúde prestados aos seus usuários.

Como colaboração para o serviço, será elaborado um relatório com os dados obtidos neste estudo e será encaminhado para a coordenação de saúde mental da secretaria de estado da saúde do Amapá, a fim de, contribuir com o tratamento dos pacientes diagnosticados com transtornos depressivos no estado, nas unidades psiquiátricas, na busca de novas alternativas de tratamento viáveis para o cuidado deles. Também, será sugerido um fluxo assistencial ideal a estes pacientes, considerando-se a política de saúde vigente, de modo que possa atender as necessidades destes usuários.

6 CONCLUSÃO

O perfil da amostra em estudo, caracterizou-se por pessoas do sexo feminino (74,3%), jovens com idade entre 18 a 30 anos (51,4%), solteiras (57,1%), estudantes (37,14%), praticantes de atividade física e sem comorbidades. Quanto ao perfil medicamentoso, prevaleceu o uso de antidepressivos ISRS.

Entre os RNM's, o mais comum foi o problema de saúde não tratado (n=15), em que o paciente sofre com um problema de saúde em consequência de não tomar uma medicação que necessita. Ao se investigar as causas, 13 pessoas (n=13) tinham dificuldades de adesão ao medicamento prescrito. Quanto a aceitabilidade das intervenções e resolutividade dos RNM's, no total, foram 91 intervenções realizadas (n=91), sendo 48 aceitas e os problemas resolvidos (n=48), correspondendo a 52,7% o índice de aceitação. Quanto a adesão, concluiu-se o estudo com 15 adesões regulares.

Em relação a intensidade dos sintomas depressivos, comparando-se os escores nos dois momentos, antes e pós-intervenção, observa-se claramente que houve um aumento de pacientes com sintomas depressivos leves e mínimos, e redução de pacientes com sintomas moderados e graves, também, que a média e desvio padrão do segundo momento, é menor, em relação ao primeiro. Logo, com o Teste T para amostras pareadas, conclui-se que, para além dos resultados observados na análise descritiva e analítica, de redução dos escores, houve também uma diferença estatística ente as médias do primeiro e segundo momento, obtendo o $P \leq 0,001$. A nível percentual, o teste do Qui quadrado, nos mostrou que a nível de proporção e a nível de significância a 5%, uma diferença significativa estatística, com $P \leq 0,025$.

No geral, o cuidado farmacêutico foi bem aceito e eficaz, nos usuários do ambulatório de psiquiatria do HCAL, com diagnóstico de transtorno depressivo, conforme pode ser observado, na melhora clínica e na redução da intensidade dos sintomas depressivos, através da comparação dos escores, antes e pós cuidado, dos usuários avaliados no inventário de depressão de Beck.

Considerando-se os resultados obtidos, sugere-se que o serviço de atenção farmacêutica possa ser aderido no ambulatório de psiquiatria do HCAL, uma vez que, o mesmo não dispõe atualmente deste serviço, e pode ser de grande benefício para

o doente e contribuir de forma significativa para a qualidade e melhoria dos cuidados de saúde prestados aos seus usuários.

A dificuldade do acesso aos pacientes e não dispor de um sistema que permitisse fazer uma busca ativa destes usuários, a ilegibilidade dos prontuários e a Pandemia de COVID-19, constituíram alguns vieses para a pesquisa. Também, a dificuldade destas pessoas em aceitar o seu diagnóstico, o estigma da sociedade e o grande preconceito quanto aos transtornos mentais, em especial, a depressão, foi uma limitação do estudo.

Sugere-se que mais estudos sejam realizados avaliando a efetividade do cuidado farmacêutico em transtornos depressivos, por mais tempo de acompanhamento e com um grupo de estudo maior, e que este acompanhamento, tivesse o médico presente e fosse presencial. Também, são necessários mais estudos controlados, com grupos de intervenção e de controle, para estes tipos de transtornos. Outros estudos comparando a aplicação do BDI com outras escalas, como a PHQ-9, em pacientes com transtorno depressivo, seriam relevantes.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE JÚNIOR, L. A. B. *et al.* **Importância da Farmácia Clínica para a identificação e resolução de problemas relacionados a medicamentos (PRM).** *Revista Saúde em Foco*, n. 13, p. 9-20, 2021. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/saude-em-foco/2021-2/>. Acesso em: 10 out 2021.
- ALMEIDA, J. M. C. D. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519> Acesso em: 05 Abr 2021.
- ALVES, L. F. **Efeitos de intervenções farmacêuticas na adesão ao tratamento de depressão: revisão sistemática e metanálise.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 78 f. Porto Alegre. 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/213281>. Acesso em: 05 Abr 2021.
- APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: Fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, p. 3603-3614, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900035>. Acesso em: 7 Set 2021.
- ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A Nova Classificação Americana para os transtornos mentais- o DSM-V. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva.**, v. XVI, n. 1, p. 67-82, 2014. Acesso em: 7 Set 2021.
- ASSUMPÇÃO, L. S.; OLIVEIRA, L. A. D.; SOUZA, M. F. S. D. Depressão e suicídio: uma correlação. **Revista de Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 5, 2018. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15973>. Acessado em: 7 set 2021
- BAES, C. W.; JURUEMA, M. F. **Psicofármacos para Clínicos Gerais.** Ribeirão Preto/SP: [s.n.], 2017. 22-36 p. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127535>. Acessado em 7 set 2021
- BARBOSA, B. P. Terapia Nutricional na Depressão – Como nutrir a saúde mental: uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of development**, v. 6, n. 12, jan, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/21966/17531>. Acessado em: 4 Set 2021.
- BARBOSA, C. A. D. A.; ROCHA, M. F. A.; CUNHA, F. D. Estudo para Implantação da Atenção Farmacêutica á saúde de pacientes usuários de psicotrópicos em uma unidade ambulatorial de saúde, em Natal (RN). **Infarma**, v. 23, n. 7/8, 2011.

BARBOSA, F. E. S. et al. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818>. Acesso em: 7 Set 2021.

BARCESSAT, A. R. P. et al. REAC Neuromodulation Treatments in Depression, Anxiety and Stress. A Comparative Retrospective Study. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 13, p. 1247–1256, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7762445/>. Acesso em: 31 Ago 2021.

BARROS, B. D. A. et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400018>. Acesso em: 31 Ago 2021.

CALVO-SALAZAR, A. et al. Problemas relacionados com drogas que causam internações hospitalares nas salas de emergência de hospital de alta complexidade. **Farmácia Hospitalaria**, Toledo, v. 42, n. 6, p. 228-233, dezembro 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.55208>. Acesso em: 31 Ago 2021.

CARDOSO, L. R. D. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. **Revista de Psicologia Argumento**, v. 29, n. 67, p. 479-489, 2011. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/20359/19627>. Acesso em: 7 Set 2021.

CAVALCANTI, M. T. Perspectivas para a política de saúde mental no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184619>. Acesso em: 31 Ago 2021.

CHONG, W. W.; ASLANI, P.; CHEN, T. F. Effectiveness of interventions to improve antidepressant adherence. **Int J Clin Pract**, v. 65, n. 9, p. 954-975, set, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2011.02746.x>. Acesso em Abr 18 2021.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade = contextualização e arcabouço conceitual**. Brasília, p. 200. 2016. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf. Acesso em: 22 Mai 2021.

COSTA, R. A.; SOARES, H. L. R.; TEXEIRA, J. A. C. Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, v. 19, n. 1, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-80232007000100022>. Acesso em: 31 Out 2021.

CRUZ, A. F. P. et al. Fármacos Antidepressivos: Prevalência, Perfil e Conhecimento da População Usuária. **Brazilian Journal of Health and Pharmacy**, Montes Claros, v. 2, n. 2, 2020. Disponível em: <https://revistacientifica.crfmg.emnuvens.com.br/crfmg/article/view/50>. Acesso em 31 Out 2021.

DUARTE, M. D. Q. et al. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, 25, n. 9, 2020. 3401-3411. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020>. Acesso em: 18 Abr 2021.

GOMES, N. C. et al. Evaluación de síntomas depresivos y resiliencia en pacientes bajo seguimiento farmacoterapéutico. **Revista de Calidad Asistencial**, 2017. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X17300039>. Acesso em: 18 Abr 2021.

GOESNTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Departamento de Psiquiatria FMUSP**, 1998.

GOSMANN, N. P. et al. Selective serotonin reuptake inhibitors, and serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors for anxiety, obsessive-compulsive, and stress disorders: A 3-level network meta analysis. **PLOS Medicine**, v. 18, n. 6, p. 1-20, jun, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8224914/>. Acesso em: 31 Ago 2021.

GOV. Governo do Estado do Amapá. Saiba onde procurar atendimento em Saúde Mental na rede estadual do Amapá. Macapá, p. 1. 2021. Disponível em: <https://www.portal.ap.gov.br/noticia/1201/saiba-onde-procurar-atendimento-em-saude-mental-na-rede-estadual-do-amapa>. Acesso em: 20 Jan 2021

LIMA, A. M. et al. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, n. 6, p. 103, 2016. Disponível em: <www.redalc.org>. Acesso em: 31 Ago 2021.

MARQUES, A. M. et al. Assessment of the Effectiveness of Pharmacotherapy Followup in Patients Treated for Depression. **Journal of Managed Care Pharmacy**, 19, n. 3, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23537456/>. Acesso em 01 Mai 2021.

MARQUES, J. V. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS: um olhar sobre a formação profissional**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p. 117. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43579>. Acesso em 7 Set 2021.

MARQUES, L. A. M. **Atenção Farmacêutica nos transtornos de humor**. São Paulo: Pharmabooks, 2013. 250 p.

MAYANARA, J. K. Fatores predisponentes que levam jovens adultos á ideação suicida e ao suicídio no Brasil. **Caderno de graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, Alagoas, v. 5, n. 1, p. 153, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/5804>. Acesso em: 7 Set 2021.

- MELCHIORS, A. C. et al. Efeitos da Atenção Farmacêutica nos Resultados em Saúde dos pacientes: revisão sistemática com metanálise. **VALUE IN HEALTH**, v. 18, p. A805–A881, 2015. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/29793>. Acesso em: 01 Mai 2021.
- MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, B. D. M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 24-40, mai, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500006>Acesso em: 4 Set 2021.
- MOTTA, C. L. D.; MORÉ, C. L. O. O.; NUNES, C. H. S. D. S. Psychological assistance provided to patients diagnosed with depression in primary care. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, março 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/psychological-care-to-patients-diagnosed-with-depression-in-primary-care/15600?id=15600>. Acesso em: 4 Set 2021.
- OICHENAZ, C. Otimização cerebral e física com a tecnologia REAC. **Revista de Medicina Integrativa**, 2021. Disponível em: <https://revistamedicinaintegrativa.com/otimizacao-cerebral-e-fisica-com-a-tecnologia-reac/>. Acesso em: 30 Mar 2021.
- OLIVEIRA, Carolina Almeida de. **Ansiedade, depressão e estresse, uso de álcool e outras drogas e a satisfação de discentes de pós-graduação stricto sensu**. Orientadora: Mariana Nolli Bittencourt. 2019. 112 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Departamento de Pós-Graduação, Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2019.
- OPAS. Organização Pan-Americana de saúde/OMS. **Depressão. Representação da OPAS e da OMS no Brasil**. Brasília, p. 1. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/brasil>. Acesso em: Set 2021.
- REIS, T. M. D. Profarma - Programa de Atualização em Ciências Farmacêuticas. **Conhecimento e Habilidades do Farmacêutico para a atuação clínica em farmácias comunitárias.**, Porto Alegre, p.11-52, 2018.
- ROCHA, D. A. *et al.* **Prevalência e fatores associados á depressão em estudantes de medicina da Universidade Federal do Amapá**. Universidade Federal do Amapá. Macapá, p. 15. 2018.
- RUBIO-VALERA, M. et al. Effectiveness of Pharmacist Care in the Improvement of Adherence to Antidepressants: A Systematic Review and Meta Analysis. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 45, jan, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK81733/>. Acesso em: 30 Mar 2021.
- RUBIO-VALERA, M. et al. Evaluation of a pharmacist intervention on patients initiating pharmacological treatment for depression: A randomized controlled superiority trial. **Elsevier**, 2013. Disponível em: 10.1016/j.euroneuro.2012.11.006. Acesso em: 30 Mar 2021.

SACRAMENTO, B. O. E. A. Sintomas de Ansiedade e Depressão em estudantes de medicina: estudo de prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45.1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200394>. Acesso em: Set 2021.

SANTANA, L. C.; ARAÚJO, T. C. Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. **Acreditação**, v. 6, n. 11, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=24390>. Acesso em: 17 Mai 2021.

SFAIR, M M. **Informe Epidemiológico nº 06/2021: Análise da Morbimortalidade por causas externas no Estado do Amapá no período de 2016 a 2020**. Superintendência de Vigilância Sanitária - SVS/GEA. Macapá. 2021. Disponível em: <https://svs.portal.ap.gov.br/publicacoes>. Acesso em 4 Set 2021.

SILVA, L.; VALSOLER, R. L.; STORTTI, T. M. Utilização das práticas integrativas e complementares (PICS) no tratamento da depressão: uma pesquisa bibliográfica. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 7, p. 72935-72941, jul, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/33245/pdf>. Acesso em: 4 Set 2021.

SOARES, T. D. et al. Efeitos do Exercício físico na obesidade e depressão: uma revisão. **Revista Brasileira de obesidade, nutrição e emagrecimento**, v. 14, n. 86, 2020. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo2910389-efeitos-do-exerc%C3%ADcio-f%C3%ADsico-na-obesidade-e-depress%C3%A3o-uma-revis%C3%A3o. Acesso em: 4 Set 2021.

TOTI, T. G.; BASTOS, F. A.; RODRIGUES, P. Fatores Associados à ansiedade e depressão em estudantes universitários do curso de educação física. **Revista Saúde Física e Mental**, v. 6, n. 2, 2018. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/SFM/article/view/3488>. Acesso em 17 Mai 2021.

TUNA, J. M. F. **Problemas Relacionados com o uso do medicamento e o impacto das intervenções farmacêuticas no âmbito hospitalar**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/29941>. Acesso em 17 Mai 2021.

WHO. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. World Health Organization. Geneva, p. 24. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>. Acesso em 17 Mai 2021.

ZANATTA, D. et al. Acompanhamento Farmacoterapêuticos de Pacientes com Transtorno Depressivo. **Infarma**, v. 22, n. 11/12, 2010. Disponível em <http://revistas.cff.org.br/infarma/article/view/112>. Acesso em: 17 Mai 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CUIDADO FARMACÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO: AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE NO TRATAMENTO

OBJETIVO DO ESTUDO: O estudo tem como objetivo avaliar a efetividade do tratamento, antes e pós seguimento farmacoterapêutico, de pacientes com depressão, em tratamento com antidepressivo. Consiste em investigar o reflexo da atenção farmacêutica, através da aplicação do Seguimento Farmacoterapêutico, com intuito de se observar o impacto desse acompanhamento e sua efetividade no tratamento.

DURAÇÃO DO ESTUDO: Aceitando participar do estudo supracitado, você deverá responder aos seguintes instrumentos de estudo: a Escala de Beck e Seguimento Farmacoterapêutico. O primeiro durará em torno de 5 a 10 minutos, e será aplicado antes e pós seguimento. O segundo será aplicado em 4 consultas farmacêuticas de no mínimo 15 minutos e no máximo 30 minutos (consulta inicial, com 30, 60 e 90 dias).

BENEFÍCIOS: Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: Através da prática da Atenção Farmacêutica e da aplicação do Seguimento Farmacoterapêutico o estudo visa proporcionar maior efetividade no tratamento com antidepressivos, e conseqüentemente, melhoria na adesão a Farmacoterapia e na qualidade de vida destes usuários.

RISCOS: não existem riscos em responder aos instrumentos de pesquisa e o anonimato é totalmente garantido.

CONFIDENCIALIDADE: Cada paciente será informado do caráter voluntário da sua participação no estudo, da liberdade de interrupção do estudo a qualquer minuto, sem perder a atenção médica e ambulatorial que recebe deste hospital, e dos procedimentos a serem realizados. A sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma o identificar, será mantido em sigilo.

CUSTOS E COMPENSAÇÕES: você não será responsável por nenhum custo envolvido no estudo e não receberá recompensa por esta participação.

CONTATO COM O PESQUISADOR RESPONSÁVEL: se você tiver dúvida, não hesite em entrar em contato com a pesquisadora responsável Flávia Priscila Almeida dos Santos Nunes, através do endereço de email flavia.priscilanunes79@gmail.com ou através do WhatsApp pelo link: bit.ly/3qkEA1j.

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE: ao responder que sim, via formulário eletrônico intitulado “Escala de Beck”, você declara que leu as informações contidas neste termo e concorda em participar deste estudo, tendo tido a chance de fazer todas as perguntas sobre o estudo e estas lhe foram respondidas.

APÊNDICE 2 - ORIENTAÇÕES E ACONSELHAMENTOS

CUIDADO FARMACÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO: AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE NO TRATAMENTO

ACONSELHAMENTOS E ORIENTAÇÕES EDUCACIONAIS:

1. Comer em horas regulares e alimentos nutritivos. Alguns alimentos podem ajudar a produzir mais serotonina, aumentando o bom humor e ajudando no combate a depressão, como: melancia, abacate, mamão, banana, tangerina, limão, leite e iogurte desnatados, laranja e maçã, castanha do Pará, nozes e amêndoas, ovos, carnes magras, peixes, aveia, folhas verdes e soja, esses são alguns exemplos de alimentos que podem auxiliar na melhora do humor;
2. Evitar fumar;
3. Não ingerir exageradamente carboidratos e açúcares para evitar o ganho de peso;
4. Fazer exercícios por 30 minutos diariamente, preferencialmente depois das 18h, que ajuda a melhorar a insônia e inquietude noturna;
5. Fazer exercícios de relaxamento e alongamento, preferencialmente depois das 18h, que ajuda a melhorar a insônia e inquietude noturna;
6. Procurar dormir bem, desligar televisão, celular, escurecer o quarto, tomar um banho antes de ir para a cama, tomar um chá relaxante;
7. Desenvolver uma atividade ocupacional, ou atividades que lhe dão prazer, como jardinagem, pintura, desenho, assistir um filme/série, artesanato, entre outros;
8. Utilizar os medicamentos adequadamente e cumprir os retornos ao psiquiatra e ao psicólogo.

ORIENTAÇÕES PARA O MANEJO DE ALGUNS EFEITOS INDESEJÁVEIS QUE PODEM VIR A SURTIR EM VIRTUDE DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO:

1. **Boca seca:** usar goma de mascar, sem açúcar, saliva artificial, enxagues bucais e para **ressecamento dos lábios**, usar hidratantes de uso labial, manteiga de cacau e bepantol labial.
2. **Constipação intestinal:** manter a regularidade do horário, ingerir fibras e muito líquido, caso não resolva, usar laxante (ex. lactulona, óleo mineral);
3. **Diarréia:** hidratação com soro oral, beber água, usar reconstrutor da flora intestinal como: enterogenina, florax, floratil, etc.
4. **Enjôos:** ingerir alimentos gelados, mastigar gelo, tomar os medicamentos após as refeições e fracionar a alimentação ao longo do dia, caso não resolva, tomar um antiemético (medicamentos para enjôo, de venda livre) como metoclopramida (plasil), dramim, meclin;
5. **Insônia e Inquietude:** prática de exercício físico, exercícios de relaxamentos, massagens relaxantes, e se não resolver, o paciente pode fazer uso de medicamentos naturais de venda livre, sem contra-indicação, como a base de passiflora, valeriana, melatonina, entre outros.
6. **Fotossensibilidade:** é recomendável que o paciente use protetor solar a cada 2 horas, evitar exposição ao sol entre 10h as 16h e utilizar óculos escuros.

TRATAMENTOS NÃO MEDICAMENTOSOS SUGERIDOS E SEM CONTRAINDICAÇÃO:

1. PSICOTERAPIA;

Há uma série de tratamentos psicoterapêuticos baseados em evidências para adultos com transtorno depressivo maior, seja em grupo, ou terapia individual como:

- Terapia Comportamental / Ativação Comportamental
- Terapia cognitiva
- Sistema de Análise Comportamental Cognitiva da Psicoterapia
- Psicoterapia Interpessoal (IPT)

- Terapia de resolução de problemas (PST)
- Terapia de autogestão / autocontrole

Tratamentos psicoterapêuticos baseados em evidências para crianças e adolescentes com transtorno depressivo maior incluem os seguintes:

- Psicoterapia Interpessoal (IPT)
- Terapia cognitivo-comportamental (TCC)
- Terapia Comportamental (BT)

OBS: Terapias integrativas que envolvem meditação e tratamento das emoções têm demonstrado bons resultados, bem como a prática regular de exercícios físicos.

2. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

3. MUSICOTERAPIA;

Técnica que utiliza os sons no tratamento de algumas doenças, ajuda a **melhorar o humor**, a **ansiedade** e o **controle da dor** em pessoas com câncer, auxilia na reabilitação de pacientes com derrame e tem sido observado que também aumenta a qualidade de vida daqueles que passam por tratamentos contra a depressão.

4. REAC

A terapia **REAC** otimiza a resposta do sistema nervoso por meio do uso de correntes rádio elétricas assimétricas tornando possível a Otimização NeuroPsicofísica Relacional. Já existem alguns estudos em andamento que comprovam os benefícios do REAC em transtornos de humor. No Brasil, a terapia REAC já é certificada, pelo Imetro e pela ANVISA. Me coloco a disposição para quaisquer dúvidas.

FLAVIA PRISCILA ALMEIDA DOS SANTOS NUNES
Discente do PPGCS/UNIFAP

ANEXOS

ANEXO 1- PROJETO DE LEI Nº 1010 DE 23 DE JUNHO DE 2006

Referente ao Projeto de Lei n.º 0020/05-AL

LEI N.º 1010, DE 23 DE JUNHO DE 2006

Publicado no Diário Oficial do Estado nº 3791, de
23.06.06 Autor: Deputado Randolfe Rodrigues

Dispõe sobre a proteção aos portadores de transtorno mental no Estado do Amapá e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO AMAPÁ,

Faço saber que a Assembleia Legislativa do Estado do Amapá aprovou e eu, nos termos do art. 107 da Constituição Estadual, sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. Esta Lei dispõe sobre a proteção integral aos portadores de transtorno mental no Estado do Amapá.

Art. 2º. Por transtorno e deficiência mental deve-se considerar toda e qualquer moléstia mental codificada na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde em sua 10ª edição – CID 10 e as que a substituírem.

Art. 3º. Os portadores de transtorno mental gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, devendo o Poder Público proporcionar-lhes atendimento especializado por equipe multidisciplinar, leitos de internação psiquiátrica em hospital geral, emergências psiquiátricas, centros de atenção psicossocial - CAPS, lares-abrigos, serviços de referência em saúde mental, oficinas protegidas, hospital dia e hospital noite, centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos, unidade de desintoxicação, serviços odontológicos e os que forem criados com o mesmo objetivo, passe livre em transportes urbanos, interurbanos, enfim, todos os meios, oportunidades e facilidades, a fim de lhes assegurar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de dignidade.

Art. 4º. É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à moradia, à educação, ao esporte, ao lazer, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da dignidade.

Art. 5º. São direitos do cidadão portador de transtorno mental: I - Tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação; II - Proteção contra qualquer forma de exploração; III - Espaço próprio, necessário à sua liberdade, com oferta de recursos terapêuticos indispensáveis à sua recuperação;

IV - Assistência universal e integral à sua saúde;

V - Acesso aos meios de comunicação disponíveis para proteger-se contra quaisquer abusos; VI - Integração, sempre que possível, à sociedade, através de políticas comuns com a comunidade dos pacientes, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e se encontram dependendo do Estado; VII - reunir -se em cooperativas sociais;

VIII - acesso aos instrumentos legais que lhe garantam o exercício da cidadania. Parágrafo único. O disposto neste artigo se aplica também aos hospitais de custódia e psiquiátrico, resguardando o que dispõe o Código Penal Brasileiro.

Art. 6º. Incumbe ao Poder Público Estadual fornecer gratuitamente aos portadores de transtorno mental os medicamentos básicos para o tratamento, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

Art. 7º. Os estabelecimentos de atendimento à saúde no Estado deverão proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, nos casos de internação, quando necessário e conveniente, de um dos pais ou responsável.

Art. 8º. Deverão o Poder Público e as demais Instituições de Saúde Pública e Privada no Estado substituírem o atual sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psiquiátrico por uma rede integrada com vários serviços assistenciais de atenção sanitária e social.

Art. 9º. Quando da construção de hospitais gerais no Estado, será requisito imprescindível a existência de serviços de atendimento para os pacientes que padecem de sofrimento mental-psíquico.

Art. 10. Toda e qualquer instituição de saúde pública e/ou privada no Estado deverá disponibilizar leitos psiquiátricos para o atendimento integral, particularmente em casos de emergência, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Art. 11. Os Conselhos Estaduais e Municipais deverão constituir Comissões de Saúde Mental, com representação de trabalhadores em saúde mental, autoridades sanitárias, prestadores, usuários de serviços, associações de familiares, representantes da Defensoria Pública e da comunidade científica, que deverão propor acompanhar e exigir das Secretarias Estadual e Municipais ações e serviços públicos de saúde, bem como estimularem a participação da comunidade como num todo.

Parágrafo único. As Secretarias Estaduais disporão de 01 (um) ano, contado da publicação desta Lei, para o cumprimento do disposto no *caput* deste artigo.

Art. 12. Os recursos assistenciais destinados à implantação do disposto nesta Lei deverão ser articulados através de ações integradas nos vários níveis de Governo, de acordo com os critérios definidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental serão descentralizadas e municipalizadas, observadas as particularidades socioculturais locais e regionais, garantida a gestão destes meios.

Art. 14. A instituição responsável pela internação psiquiátrica compulsória deverá, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, comunicá-la ao Ministério Público.

§ 1º A internação compulsória é aquela realizada sem o expresse consentimento do paciente ou responsável legal, em qualquer tipo de serviço de saúde, competindo ao médico responsável a sua caracterização.

§ 2º O Ministério Público deverá emitir parecer sobre a legalidade do ato de internação e da manutenção do internamento, desde que exista solicitação neste sentido.

Art. 15. Nas internações por determinação judicial, com ou sem parecer médico, o portador de transtorno mental terá, se houver parecer favorável da equipe multidisciplinar e do médico que o assistiu, ou na ausência da equipe, o parecer favorável de dois médicos, sua alta garantida mediante pedido endereçado ao Juiz competente que abrirá vistas ao Ministério Público pelo prazo de 05 (cinco) dias e, logo após, decidirá em no máximo 10 (dez) dias, sempre fundamentando em caso de indeferimento do pleito.

Art. 16. Aos pacientes abandonados, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar ou que se encontram sob a dependência do Estado, deverá o Estado providenciar atenção integral, devendo, sempre que possível, abrigá-los, reabilitá-los, capacitá-los e reintegrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade local.

Art. 17. Poderão os centros de referências em saúde mental firmarem convênios com instituições privadas ou públicas da área do ensino e da pesquisa, assim como de assistência ao portador de transtorno mental.

Parágrafo único. Por conveniência e critério da administração Pública, poderão os Centros de Referência em saúde mental, serem transformados em Autarquias.

Art. 18. Para garantir a execução das finalidades previstas nesta Lei, a Secretaria Estadual de Saúde e/ou qualquer outro órgão competente do Poder Público, poderá cassar ou suspender a licença de funcionamento, aplicar multas e outras punições administrativas

previstas em Lei, bem como expedir atos administrativos necessários a sua regulamentação.

Art. 19. A Secretaria de Saúde aplicará o mínimo de 4% (quatro por cento) de seu orçamento anual na área de Saúde Mental.

Art. 20. Os serviços de referência na área de saúde mental deverão ser administrados por profissionais pós-graduados nesta área de saúde.

Art. 21. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra portadores de doença mental deverão obrigatoriamente ser comunicados ao Ministério Público Estadual, sem prejuízo de outras providências legais.

Art. 22. Esta Lei entra em vigor noventa dias após sua publicação.

Parágrafo único. Durante o período de vacância legal deverão ser promovidas atividades e campanhas de divulgação e esclarecimentos acerca do disposto nesta Lei.

Macapá - AP, 23 de junho de 2006.
ANTÔNIO WALDEZ GÓES DA SILVA
Governador

ANEXO 2 - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK – BD

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1 (TRISTEZA)

- (0) Não me sinto triste.
- (1) Eu me sinto triste.
- (2) Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- (3) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2 (PESSIMISMO)

- (0) Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
- (1) Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- (2) Acho que nada tenho a esperar.
- (3) Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3 (FRACASSO PASSADO)

- (0) Não me sinto um fracasso.
- (1) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- (2) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- (3) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4 (PERDA DE PRAZER)

- (0) Tenho tanto prazer em tudo como antes.
- (1) Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- (2) Não encontro um prazer real em mais nada.
- (3) Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5 (SENTIMENTO DE CULPA)

- (0) Não me sinto especialmente culpado.
- (1) Eu me sinto culpado às vezes.
- (2) Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- (3) Eu me sinto sempre culpado.

6 (SENTIMENTO DE PUNIÇÃO)

- (0) Não acho que esteja sendo punido.
- (1) Acho que posso ser punido.
- (2) Creio que vou ser punido.
- (3) Acho que estou sendo punido.

7 (AUTOESTIMA)

- (0) Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
- (1) Estou decepcionado comigo mesmo.
- (2) Estou enojado de mim.
- (3) Eu me odeio.

8 (AUTOCRÍTICA)

- (0) Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
- (1) Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
- (2) Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- (3) Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9 (PENSAMENTOS SUÍCIDAS)

- (0) Não tenho quaisquer idéias de me matar.
- (1) Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
- (2) Gostaria de me matar.
- (3) Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10 (CHORO)

- (0) Não choro mais que o habitual.
- (1) Choro mais agora do que costumava.
- (2) Agora, choro o tempo todo.
- (3) Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11 (IRRITAÇÃO)

- (0) Não sou mais irritado agora do que já fui.
- (1) Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
- (2) Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
- (3) Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

12 (PERDA DE INTERESSE)

- (0) Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- (1) Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
- (2) Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
- (3) Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13 (INDECISÃO)

- (0) Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
- (1) Adio minhas decisões mais do que costumava.
- (2) Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- (3) Não consigo mais tomar decisões.

14 (DESVALORIZAÇÃO)

- (0) Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
- (1) Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
- (2) Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
- (3) Considero-me feio.

15 (FALTA DE DISPOSIÇÃO)

- (0) Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
- (1) Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- (2) Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
- (3) Não consigo fazer nenhum trabalho.

16 (ALTERAÇÃO DO PADRÃO DE SONO)

- (0) Não durmo tão bem quanto costumava.
- (1) Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- (2) Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- (3) Durmo tão bem quanto de hábito.

17 (CANSAÇO)

- (0) Não fico mais cansado que de hábito.
- (1) Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
- (2) Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
- (3) Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18 (ALTERAÇÃO DE APETITE)

- (0) Meu apetite não está pior do que de hábito.
- (1) Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
- (2) Meu apetite está muito pior agora.
- (3) Não tenho mais nenhum apetite.

19 (DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO)

- (0) Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- (1) Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
- (2) É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- (3) Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

20 (PREOCUPAÇÃO COM A SAÚDE)

- (0) Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
- (1) Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
- (2) Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
- (3) Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21 (PERDA DE INTERESSE POR SEXO)

- (0) Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
- (1) Estou menos interessado por sexo que costumava.
- (2) Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
- (3) Perdi completamente o interesse por sexo

ANEXO 3 - FORMULÁRIO PADRÃO CONFORME METODOLOGIA DÁDER

PACIENTE : (identificar pelas iniciais)			
Classificação do RNM	RNM	Falta de apetite	X
Problema de saúde não tratado		Manifestado	
Efeito de medicamento desnecessário		Risco de aparecer	
Inetividade não quantitativa			
Inetividade quantitativa			
Insegurança não quantitativa			
Insegurança quantitativa			
Causa da identificação do PRM			
Administração errada do medicamento			
Características pessoais			
Conservação inadequada			
Contraindicação			
Dose, esquema terapêutico e/ou duração não adequada			
Duplicidade			
Erros na dispensação			
Erros na prescrição			
Não adesão			
Interações			
Outros problemas de saúde que afetam o tratamento			
Probabilidade de efeitos adversos			
Problema de saúde insuficientemente tratado			
Outros			
Resultado	RNM resolvido	RNM não resolvido	
Intervenção aceita			
Intervenção não aceita			
Atuação		X	
Intervir na quantidade dos medicamentos	Modificar a dose		
	Modificar a dosagem		
	Modificar o esquema terapêutico		
Intervir na estratégia farmacológica	Adicionar um medicamento		
	Retirar um medicamento		
	Substituir um medicamento		
Intervir na educação do doente	Modo de uso e administração do medicamento		
	Aumentar a adesão ao tratamento		
	educar em medidas não farmacológicas		
	Não está claro		
	Outro		

Tipo de comunicação	verbal	doente	
		Doente-médico	
	escrita	doente	
		Doente-médico	
Medicamento envolvido			
O que aconteceu?			

ANEXO 4 - FORMULÁRIO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Este questionário inclui 15 perguntas a serem respondidas conforme a Escala do tipo Likert, adaptada para este estudo. A Escala Likert varia de 1-5 pontos da seguinte forma: 5, excelente; 4, muito bom; 3, bom; 2, suficiente; e 1, ruim.

- 1. A disponibilidade do farmacêutico para responder às suas perguntas?**
- 2. A relação profissional entre o farmacêutico e você?**
- 3. A habilidade do farmacêutico de avisá-lo sobre problemas que você pode ter com seus medicamentos?**
- 4. A explicação que o farmacêutico deu sobre a ação de seus medicamentos?**
- 5. O interesse do farmacêutico pela sua saúde?**
- 6. A ajuda que o farmacêutico forneceu sobre o uso de seus medicamentos?**
- 7. Os esforços do farmacêutico para resolver os problemas que você tem com seus medicamentos?**
- 8. A responsabilidade que o farmacêutico assume em relação ao seu tratamento?**
- 9. A orientação que o farmacêutico forneceu sobre como tomar seus medicamentos?**
- 10. As respostas do farmacêutico às suas perguntas?**
- 11. Os esforços do farmacêutico para manter ou melhorar sua saúde?**
- 12. A privacidade em suas discussões com o farmacêutico?**
- 13. Os esforços do farmacêutico para garantir que seus medicamentos terão o efeito esperado?**
- 14. 14. A explicação que o farmacêutico deu sobre os possíveis efeitos adversos dos medicamentos?**
- 15. 15. O tempo que o farmacêutico oferece para passar com você?**