

ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

DÉBORA ZANATTA
FERNANDA CRISTINA OSTROVSKI SALES
JANAÍNA CAMILOTTI
KASSIANA KWIATKOWSKI MONTEIRO

Curso de Farmácia, Pontifícia Universitária Católica do Paraná-PUC-PR, 80215-901, Curitiba, Paraná, Brasil.

Autora responsável: D. Zanatta. E-mail: debora_zanatta@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 450 milhões de indivíduos tem problemas mentais e psicossociais (BORDIN, 2006). A depressão pode ser considerada atualmente como um verdadeiro problema sanitário, econômico e social. Cada vez mais o diagnóstico de depressão vem aumentando entre crianças, jovens e adultos. As pessoas acometidas pela depressão demonstram um sentimento de inferioridade, uma alta censura excessiva, flutuação do humor e rejeição social, acarretando prejuízos nas suas relações interpessoais (PETERSON, 2007).

A prevalência é maior em pessoas com baixa escolaridade e renda, divorciadas e separadas ou vivendo em regiões urbanas. Eventos de estresse como relações interpessoais conflituosas, desemprego e dificuldades financeiras são fatores de risco para a ocorrência de depressão (MESQUITA, 2005).

A depressão não é uma doença isolada, ela pode estar relacionada a outras doenças como infarto e derrame. De acordo com uma pesquisa divulgada pela Federação Mundial de Cardiologia, 45% dos infartados têm quadros depressivos em seu histórico. E caso a depressão não seja tratada, o risco de um novo infarto é de 5 vezes maior em relação a quem não sofre da doença (FEDELE, 2007).

Em pacientes internados por qualquer doença clínica, a prevalência da depressão varia entre 22% e 33%. O problema é tanto mais grave quando se sabe que a depressão agrava o prognóstico de outras doenças concomitantes, como as doenças coronarianas e aquelas associadas ao sistema imune (DEL PORTO & MESQUITA, 2005).

A presença de doenças psíquicas junto com a depressão é muito comum e pode dificultar o diagnóstico diferencial. As principais comorbidades são os quadros de ansiedade, alcoolismo ou outras farmacodependências e os transtornos de personalidade. Pacientes deprimidos podem apresentar abuso de álcool e drogas muitas vezes na tentativa de aliviar os sintomas (MESQUITA, 2005).

Neste contexto, faz-se importante considerar que devido a características da farmacoterapia antidepressiva, o Acompanhamento Farmacoterapêutico do paciente realizado pelo farmacêutico é de grande valor, pois esta conduta objetiva prevenir/ resolver os Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRMs), servindo como ferramenta para obtenção de bons resultados clínicos.

O presente trabalho visa primeiramente uma revisão de literatura atualmente disponível sobre o tema depressão, assim como a compilação de resultados obtidos pelo Acompanhamento Farmacoterapêutico com

pacientes portadores de algum transtorno depressivo, com posterior análise e comparação com o apresentado pela literatura.

DEPRESSÃO

A depressão é uma condição emocional que conduz a alterações emocionais e fisiológicas, podendo prejudicar não só o indivíduo como também a sociedade em geral (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

Na Espanha, os transtornos psiquiátricos são motivos de 1 em cada 4 consultas em atenção primária e, dentro delas, a depressão e a ansiedade compõem 80% do total. Não há dúvida de que, hoje, a depressão constitui um problema de saúde de elevada transcendência e com graves repercussões tanto para o paciente como para os familiares e a sociedade em geral. Tanto é assim que a OMS informou recentemente que no ano 2020 a depressão será a primeira causa de incapacidade no mundo todo, superada apenas por doenças cardiovasculares (ILUSTRE COLÉGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MADRI, 2006).

A depressão atinge o paciente tanto emocional quanto fisicamente. O transtorno físico da depressão é o maior motivo de consulta ao clínico geral. Os sintomas emocionais são: tristeza, perda de interesse, sentimento de culpa e pensamentos suicidas freqüentes. Embora os sintomas emocionais sejam tratados com maior ênfase, os físicos fazem parte da síndrome depressiva.

Os sintomas físicos incluem falta de energia, distúrbios do sono, dores e queixas vagas, perda ou ganho de peso, distúrbios gastrointestinais e alterações na psicomotricidade. Enquanto os sintomas emocionais da depressão são mais fáceis de serem reconhecidos, os físicos geralmente são subestimados, complicando o diagnóstico e o prognóstico da doença (ELI LILLY AND COMPANY, 2005).

Atenção farmacêutica na depressão

A Atenção Farmacêutica é um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica, a qual envolve um conjunto mais amplo de ações do que a Atenção Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de

doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integridade das ações de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE).

Existem vários métodos que podem ser utilizados para fazer o acompanhamento farmacoterapêutico de doenças crônicas, dentre eles o mais usado é o Método Dáder. Este método foi desenvolvido na Universidade de Granada (Espanha) no ano de 1999, o qual está sendo utilizado em inúmeros países por vários farmacêuticos (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

O Método Dáder se baseia na obtenção da História Farmacoterapêutica do paciente, relatando os problemas de saúde que apresenta e os medicamentos que utiliza. A partir destes dados se obtém o Estado de Situação do paciente, o qual é avaliado com o objetivo de identificar e resolver os possíveis PRMs que o paciente possa estar apresentando. Depois desta identificação se realizam as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRMs, analisando posteriormente os resultados obtidos (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

O Segundo Consenso de Granada sobre PRM propõe uma classificação de PRM em 3 supra categorias e 6 categorias, como mostra a tabela 1. Esta classificação é uma ferramenta de trabalho útil para identificar, prevenir e resolver estes PRMs, principal objetivo do Seguimento Farmacoterapêutico (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

O seguimento farmacoterapêutico é a prática profissional que o farmacêutico exerce em prol das necessidades do paciente, envolvendo os problemas de saúde que o atingem. É realizado mediante a detecção, prevenção e resolução dos PRMs. Este serviço é um compromisso e deve preservar-se de forma continuada, sistematizada e documentada, em colaboração com o paciente e com os demais profissionais do sistema de saúde, com o objetivo de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005). A seguir, demonstra-se a confirmação sobre a utilidade do teste de Hamilton como instrumento válido para medir a efetividade da farmacoterapia em pacientes com depressão.

TABELA 1. Classificação dos PRMs, Segundo Consenso de Granada, 2002 (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

NECESSIDADE	
PRM 1	0 paciente sofre um problema de saúde em consequência de não tomar uma medicação que necessita.
PRM 2	0 paciente sofre um problema de saúde em consequência de receber um medicamento que não necessita.
EFETIVIDADE	
PRM 3	0 paciente sofre um problema de saúde em consequência de uma inefetividade não quantitativa do medicamento.
PRM 4	0 paciente sofre um problema de saúde em consequência de uma inefetividade quantitativa do medicamento.
SEGURANÇA	
PRM 5	0 paciente sofre um problema de saúde em consequência de uma insegurança não quantitativa do medicamento.
PRM 6	0 paciente sofre um problema de saúde em consequência de insegurança quantitativa do medicamento.

O teste de Hamilton consiste em 21 perguntas, que são realizadas no seguimento farmacoterapêutico, onde as respostas variam entre 3 e 5 (com valores 0,1e 2 e 0,1,2,3 e 4 respectivamente) (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

A pontuação total da escala é a soma das pontuações assinaladas em cada um dos ítems. Os estudos realizados com uma amostra de pacientes depressivos deram uma pontuação média de 21,2 podendo ter uma variação de 6,2 para mais ou para menos. Admite-se como ponto de corte entre população normal e depressiva a pontuação de 18 (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

O teste de Hamilton não tem caráter diagnóstico, mas é útil para demonstrar a evolução do paciente e a efetividade da sua medicação, tomando como referência o primeiro resultado, e dizer com a entrega do teste posterior se a evolução do paciente é positiva ou negativa, realizando o quociente entre os resultados posteriores e o da primeira vez. Se o quociente é igual a 1 não há evolução. Se é maior que 1 está piorando e se é menor que 1 está melhorando. Desta forma, podemos observar se a medicação é adequada e exerce a função requerida na patologia do paciente (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

Segundo o Método Dáder os transtornos depressivos podem ser divididos em:

a-Transtorno Depressivo Maior com características melancólicas: depressão unida a características que a classifica em severa e endógena, com muita agitação, retardo e anorexia. Responde bem aos antidepressivos e não somente a psicoterapia (GARCÍA & GASTELURRUTIA,

2005); b-Transtorno Depressivo Maior Estacional: se caracteriza com episódios durante o outono ou inverno e repercutem na primavera. Deve-se a falta de exposição solar, não precisando de estresse social. O tratamento pode ser feito com terapia a luz solar durante 20 minutos diários (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005). A depressão maior atinge cerca de 6% da população, e tem maior incidência em mulheres (BORDIN, 2006). Pode ser leve, moderada ou grave (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005); c-Depressão Geriátrica: têm aumentado nos últimos anos e é a mais prevalente na população em geral. É de difícil diagnóstico porque o declínio geral se considera como algo próprio da idade. Deve-se à idade de idade avançada, junto ao efeito de ser uma etapa de decepção e perdas. Apresenta sintomas inespecíficos (o paciente sente-se mal) e não refere problemas emocionais frequentes. Responde bem ao tratamento longo com antidepressivos. Tem que ser levado em conta a diminuição do metabolismo hepático e renal assim como a presença de enfermidades concomitantes habituais nesta época da vida (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005); d-Distímia: um transtorno depressivo leve, mas duradouro (mais de dois anos) e muito recorrente. Pode começar na adolescência e se alterna com períodos curtos de bem estar. Apresenta sintomas normais da depressão, sem alterações do apetite, sexuais ou psicomotores (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005). Atinge cerca de 3,3% da população (BORDIN, 2006); e-Transtorno Disfórico Pré-Menstrual: mais severo que a síndrome pré-menstrual, caracterizado por sintomas depressivos na maioria dos ciclos menstruais, com mais sintomas afetivos do que somáticos. O tratamento pode ser com

produtos dietéticos (deve-se evitar cafeína, álcool e sal), exercícios, antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) e benzodiazepínicos (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005); f-Depressão Breve Recorrente: ocorrem episódios depressivos de curta duração, uma vez por mês sem relação com o ciclo menstrual. O tratamento pode ser efetuado com antidepressivos ISRS e trifluoperazina, junto com psicoterapia (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

Terapia antidepressiva

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).

Poucos pacientes recebem e cumprem o tratamento de maneira adequada, mas a grande maioria pode responder bem com medicação e atenção correta. Em geral, os antidepressivos ISRS mostram menos efeitos secundários que os clássicos (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

Para melhora do tratamento do paciente, o farmacêutico, na realização da atenção farmacêutica, pode orientar o paciente depressivo a comer em horários regulares, alimentação nutritiva e bem equilibrada; evitar o álcool, café e cigarros; não comer demais massas e açúcares; fazer exercícios durante 30 minutos por dia; dormir horas suficientes e com horário estabelecido; fazer exercícios de relaxamento; ter atenção ao desejo pessoal e em distrair-se bem; seguir o receituário médico e cumprir com a psicoterapia (CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACEUTICOS).

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). O transtorno depressivo provoca uma desregulação das sinapses, onde os neurotransmissores acetilcolina, dopamina, noradrenalina e serotonina 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 às proteínas plasmáticas, e sofrem metabolismo pela via do citocromo P-450 (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

A serotonina (5-HT) é uma indolamina de múltiplas funções, extremamente disseminada por todo o organismo. A 5-HT no sistema nervoso central (SNC) corresponde a apenas 1-2% da 5-HT total. Como ela não atravessa a barreira hematoencefálica, sua presença no cérebro depende de síntese local. A matéria-prima para esta síntese é o aminoácido triptofano, o qual é ativamente transportado para o SNC por um carreador. A principal fonte de triptofano no organismo é a dieta, e a restrição dietética desse aminoácido é, por si só, capaz de reduzir significativamente a síntese central de 5-HT. A concentração de 5-HT no espaço intersticial é resultante da quantidade liberada menos a quantidade recaptada tanto por neurônios quanto por células gliais. A manipulação farmacológica da recaptação da 5-HT é importante estratégia terapêutica no tratamento da depressão. O carreador da 5-HT é o sítio de ação farmacológica para várias drogas antidepressivas e diversos agentes neurotóxicos (incluindo o MDMA-metilenedioximetamfetamina, também conhecido como ecstasy). Distúrbios da função dos carreadores da 5-HT têm sido associados a desordens afetivas como a depressão (SILVA, 2002).

Inibidores seletivos da recaptação de 5-HT exibem eficácia no tratamento da depressão. O mecanismo de ação dessas drogas reside indiscutivelmente no fato de seu uso aumentar a disponibilidade de 5-HT na fenda sináptica. Essa presença aumentada de 5-HT sináptica leva tanto a um incremento da atividade de receptores serotoninérgicos pós-sinápticos quanto de receptores pré-sinápticos. A ativação dos receptores pré-sinápticos, localizados nos corpos celulares dos neurônios serotoninérgicos, leva a uma redução da atividade elétrica desses neurônios (SILVA, 2002).

A noradrenalina (NA) é sintetizada a partir da dopamina, através da dopamina-beta-hidroxilase nas vesículas pré-sinápticas. Participa do controle sonovigília, na diminuição da agressividade, na memória e aprendizagem, além de regular o humor e a consciên-

cia, aumentando o estado de alerta. Os níveis deste neurotransmissor podem alterar-se na doença de Alzheimer, Parkinson, esquizofrenia, mania e depressão (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

A dopamina (DA) é um neurotransmissor, precursor natural da adrenalina e da NA. Exerce atividade estimulante no SNC. Existe uma relação clara entre a disponibilidade do neurotransmissor DA e os seus receptores. Assim, uma depleção crônica de DA faz com que o *turnover* dos receptores dopaminérgicos esteja aumentado, enquanto o envelhecimento promove um decréscimo no *turnover* e no número dos receptores para DA no SNC. As vias dopaminérgicas centrais participam na regulação de uma série de fenômenos comportamentais e motores (SILVA, 2002).

A acetilcolina (Ach), um neurotransmissor do sistema nervoso periférico, foi o primeiro composto identificado como neurotransmissor central. Sua síntese no SNC é realizada pela colina acetil transferase a partir da acetil CoA e da colina. Não há um mecanismo de recaptação neuronal ou glial da Ach. A Ach central está associada a memória e aos fenômenos cognitivos, assim como a ações importantes no controle central do equilíbrio hidrossalino (SILVA, 2002).

Em geral, tem efeito excitatório. É um neurotransmissor indutor do sono, facilitador da memória e tem um controle neuromuscular do movimento. Os receptores de Ach diminuem na velhice, na doença de Alzheimer e em pacientes esquizofrênicos, encontrando-se aumentados na depressão e no alcoolismo (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

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.

– **Antidepressivos IMAOs:** 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 (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

Acredita-se que a ação antidepressiva dos IMAOs se correlacione também com alterações nas características dos neuroreceptores, alterações estas no número e

na sensibilidade destes receptores, mais até do que com o bloqueio da recaptação sináptica dos neurotransmissores, propriamente dita. Isto explicaria o atraso de 2 a 4 semanas na resposta terapêutica (BALLONE, 2007).

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 (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

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 (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

– **Antidepressivos Tricíclicos (ADT):** bloqueiam a bomba recaptadora de 5-HT e NA e em menor quantidade de DA, de forma que os neurotransmissores não podem ser enviados de volta ao neurônio pré-sináptico para serem reutilizados, conseguindo assim uma maior concentração sináptica de neurotransmissor. Este bloqueio é responsável pela ação terapêutica do medicamento, mas também apresenta outras ações: bloqueio dos receptores colinérgicos muscarínicos, bloqueio dos receptores de histamina H1 e bloqueio dos receptores adrenérgicos alfa-1. Estes outros 3 bloqueios são os responsáveis pelos efeitos secundários dos ADT (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

Atualmente, tem-se no mercado um bom número de fármacos ADT: Imipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Amoxapina, Clomipramina (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

– **Antidepressivos Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS):** 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 (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

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 (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

Devido ao tempo de meia vida dos ISRS ser superior a 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).

Existem vários fármacos comercializados atualmente, como por exemplo, Fluoxetina, Citalopram, Sertralina (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

– **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 (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

– Antidepressivos inibidores da recaptação de NA e DA: o representante deste grupo é a bupropiona, trata-se de um pró-fármaco, e seu metabólico é 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 (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

– Antidepressivos inibidores da recaptação de 5-HT e NA: o representante deste grupo é a venlafaxina. 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 (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

– 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 (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

– 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 idéia de que seriam fármacos mais sensíveis em seu mecanismo de ação e mais seguros, mas até agora não tiveram o devido sucesso (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

– 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 (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

MATERIAL E MÉTODOS

O objetivo do estudo realizado com 10 casos de pacientes foi demonstrar a importância da presença do farmacêutico, em uma equipe multiprofissional de saúde, durante o tratamento destes pacientes.

Realizou-se uma busca e seleção de 10 casos envolvendo pacientes depressivos com participação em programas de Acompanhamento Farmacoterapêutico. A busca dos casos clínicos foi realizada nos meios a seguir: publicação de artigos científicos; *site* interativo de Acompanhamento Farmacoterapêutico; livros de Atenção Farmacêutica que relatam casos de pacientes depressivos. Tais fontes encontram-se nas referências do presente trabalho.

Como critérios de inclusão dos casos encontrados como integrantes da amostra do presente trabalho, pode-se apresentar:

- Pacientes depressivos, utilizando qualquer uma das terapias antidepressivas;
- Em Acompanhamento Farmacoterapêutico pela metodologia Dáder;
- Com qualquer idade e sexo;

- Casos ocorridos no Brasil ou na Espanha. Optou-se pelo Brasil pela busca de resultados dentro da realidade do local de realização do presente trabalho. A escolha de casos da Espanha é justificada pelo fato deste país apresentar-se em alto estágio de evolução no que se refere à prática da Atenção Farmacêutica.

Faz-se importante relatar que foram excluídos casos de pacientes ocorridos fora das localizações anteriormente citadas, assim como os de pacientes que tivessem outros problemas de saúde que não fossem transtornos depressivos.

Após a seleção, fez-se a coleta dos dados nos 10 estudos, com posterior análise dos mesmos, de acordo com os seguintes critérios: idade, sexo, habitat e PRMs. A compilação, análise e discussão destes resultados está apresentada tanto textualmente como graficamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 10 pacientes estudados, 7 são do sexo feminino e 3 do sexo masculino, como mostra a figura 1. Isso confirma a citação da literatura sobre a prevalência da depressão duas vezes mais em mulheres.

Esta ocorrência maior em mulheres se deve ao fato de que nelas ocorrem alterações hormonais, como na puberdade, menopausa, período pré-menstrual, pós-parto e questões afetivas. O início é precoce, em torno de 20 anos, mas pode ocorrer inclusive em crianças. Idosos são mais vulneráveis pelas limitações biológicas e psicossociais próprias dessa faixa etária (MESQUITA, 2005).

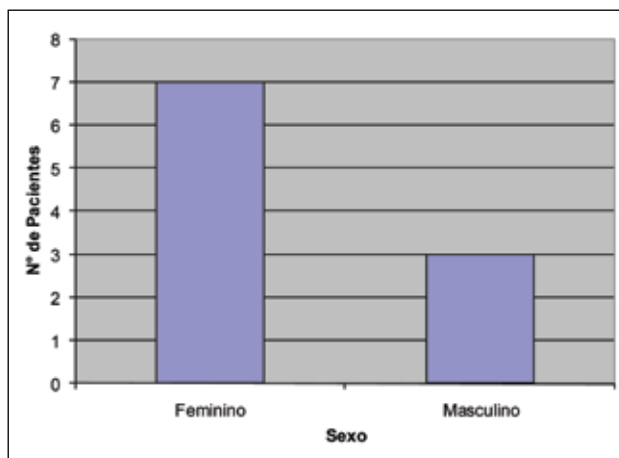


Figura 1. Caracterização de pacientes quanto ao sexo

A figura 2 mostra que no processo de seleção de casos do presente trabalho, verificou-se no Brasil a ocorrência superior ao dobro da encontrada na Espanha.

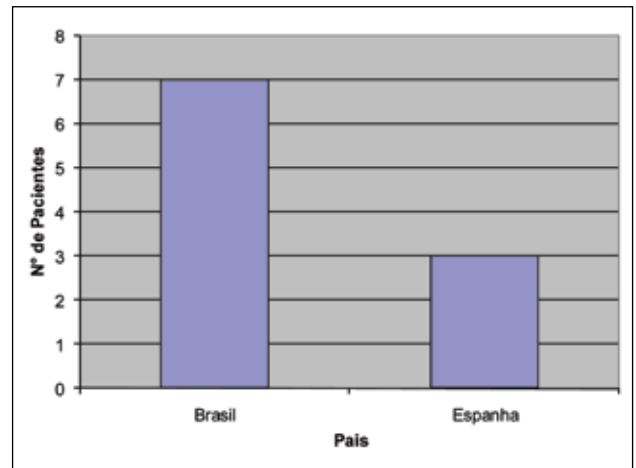


Figura 2. Demonstração quantitativa do local de ocorrência dos casos

Com relação à caracterização dos pacientes depressivos de acordo com a faixa etária, observou-se maior índice de pacientes na faixa de 40 a 60 anos, como será visto na figura 3.

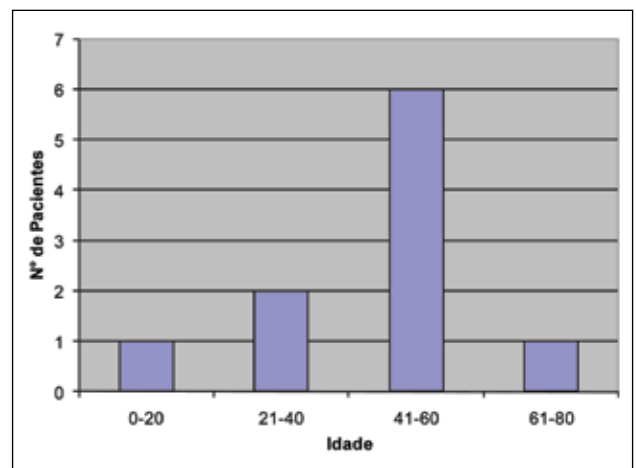


Figura 3. Caracterização dos pacientes portadores de transtornos depressivos, envolvidos nos estudos analisados, quanto à faixa etária

O aumento da população de pessoas idosas é um fenômeno mundial. As doenças mentais estão entre as doenças crônicas mais prevalentes entre os idosos, sendo a depressão a mais comum (MATSUDA & SCAZUFCA). Do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas; a diminuição do suporte sócio-familiar, a perda do status ocupacional e econômico, o declínio físico continuado, a maior frequência de

doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente compõem o elenco de perdas suficientes para um expressivo rebaixamento do humor. Também do ponto de vista biológico, na idade avançada é mais freqüente o aparecimento de fenômenos degenerativos ou doenças físicas capazes de produzir sintomatologia depressiva (BALLONE, 2007).

Devem-se levar em consideração que o idoso pode apresentar sintomas somáticos ou hipocondríacos mais freqüentes, menos antecedentes familiares de depressão e pior resposta ao tratamento. Assim sendo, embora os fatores bio-psico-sociais agravantes possam estar associados com a diminuição do humor na idade avançada, eles podem gerar confusão a respeito das características clínicas da depressão nessa idade (BALLONE, 2007).

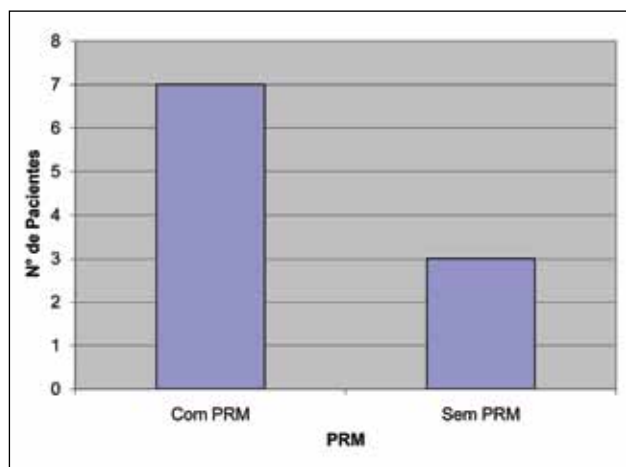


Figura 4. Número de pacientes com PRMs

A figura 4 mostra a alta incidência de PRMs apresentada por pacientes portadores de transtornos depressivos. Em percentual, representa-se que 70% dos pacientes acompanhados apresentaram algum tipo de PRM, enquanto que apenas 30% não apresentaram.

Dentre as causas de depressão que mais ocorreram nos estudos foram: histórico familiar, problemas familiares, menopausa e questões financeiras. Observou-se na revisão de literatura que, os maiores fatores de risco para a depressão são o histórico familiar, sexo feminino, idade avançada, episódios anteriores, parto recente, situação de estresse ou dependência de drogas (VARELLA, 2006).

Podem-se, portanto, observar a correlação entre fatores de risco para depressão a serem considerados e causas de PRMs já detectados pela metodologia.

TABELA 2. Distribuição da ocorrência dos PRMs relatados nos casos

Tipo de PRM apresentado	Número de ocorrência do PRM (n= 16)	Número de pacientes que apresentam o PRM *
PRM 1	2	2
PRM 2	1	1
PRM 3	7	6
PRM 4	3	2
PRM 5	2	1
PRM 6	1	1

* Devem-se considerar que alguns pacientes apresentaram mais de um tipo de PRM.

De acordo com os casos estudados, a tabela 2 mostra que o PRM que mais ocorreu foi o 3, que caracteriza uma inefetividade não quantitativa do medicamento usado. Já, na literatura, os relatos de PRMs que mais ocorrem na terapia antidepressiva são os PRMs 4, 5 e 6. Porém, a literatura ainda relata que, a falta de adesão a farmacoterapia deve-se, sobretudo, ao tratamento prolongado deste problema de saúde. Isto pode ser considerado, portanto, fator preocupante para a detecção de um alto índice de PRMs 3 (MORRENTE, 2006).

No presente estudo, constatou-se que o medicamento mais utilizado foi a Imipramina, sendo esta utilizada por 3 pacientes, representando portanto 30% do total de casos de utilização de antidepressivos. Este medicamento é da classe dos antidepressivos tricíclicos, cuja ação é de bloquear a bomba recaptadora de serotonina e noradrenalina e em menor quantidade de dopamina. A literatura traz esta classe de medicamentos como segunda opção de tratamento para os estados depressivos (GARCÍA & GASTELURRUTIA, 2005).

A classe de medicamentos de escolha para a depressão, de acordo com a literatura, é dos antidepressivos inibidores seletivos da recaptção da serotonina, como por exemplo, a fluoxetina, paroxetina e citalopram (VARELLA, 2006). Nos estudos analisados o uso destes medicamentos ocupou a segunda colocação (20% com o uso de paroxetina) no que se refere à porcentagem de indivíduos que utilizam tais medicamentos para a depressão.

Faz-se importante ressaltar dentre todos os resultados obtidos, a unanimidade ocorrida na via de intervenção farmacêutico-paciente-médico como a via utilizada em todos os casos de intervenção realizados (n= 7). Houve diferenciação apenas na forma de envio das informações: 57,14% dos casos ocorreram na forma verbal, enquanto 42,86% ocorreram na forma escrita.

CONCLUSÕES

Este trabalho teve o propósito de enfatizar a importância do Farmacêutico junto ao paciente durante um Acompanhamento Farmacoterapêutico. Baseado nos casos estudados observou-se a alta incidência de Problemas Relacionados com Medicamentos nos pacientes, que foram previamente detectados e solucionados, com o auxílio do Farmacêutico.

Notou-se, também, a importância do preparo profissional do farmacêutico para realizar a Atenção Farmacêutica com pacientes portadores de transtornos depressivos, sendo que para isso torna-se fundamental o conhecimento sobre o perfil dos mesmos, quanto à idade, sexo, habitat; sobre a doença e, principalmente, sobre a farmacoterapia antidepressiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALLONE, G.J. **Depressão no Idoso**. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br> Acesso em: 28 mai. 2007.

BORDIN, C.F.W. **Atenção Farmacêutica na Ansiedade e Depressão**. Aula ministrada para o curso de pós-graduação de Farmacologia Aplicada na Atenção Farmacêutica. Curitiba, 2006.

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÊUTICOS. Atención Farmacêutica por Patologías: Depresión. **Rev. Farm. Atención**, Madri, 2005.

DEL PORTO, F.N.; MESQUITA, M.E. Transtornos do humor. **Rev. SNC em foco**, São Paulo, v.1, n.1, p.2-3, 2005.

ELI LILLY AND COMPANY. **Material informativo sobre depressão e monografia do fármaco cloridrato de duloxetine**. São Paulo, 2005.

FEDELE, H.J. Jornal da UATI. **Depressão: mal do século atinge todas as idades**. Disponível em: <http://www.epm.br/uati/intranet/jornal/depressao.htm> Acesso em: 29 mar.2007.

GARCÍA, A; GASTELURRUTIA, M. A. **Guía de Seguimiento Farmacoterapêutico sobre Depresión**. Granada: Universidad de Granada, 2005.

Ilustre Colégio Oficial de Médicos de Madri. **La depresión afecta ya al 10% de la población española**. Disponível em: <http://www.icomem.es/noticias.php?do=extend&idcont=1044> Acesso em: 11 out.2006.

MATSUDA, C. M.; SCAZUFCA, M. Revisão sobre a eficácia de psicoterapia vs. Farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, Supl I, p. 64-69, 2002.

MESQUITA, M.E. Transtornos depressivos. **Rev. SNC em foco**, São Paulo, v.1, n.1, p.20-27, 2005.

MORENTE, A.G.D. **Resolução de casos clínicos de pacientes portadores de transtornos depressivos**. Disponível em: <http://www.correofarmacaceutico.com.br> Acesso em: 07 abr.2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica**. Brasília, 2002.

PETERSON, G.C.S. **Depressão**. Disponível em: <http://www.centrorefeducacional.com.br/depressao.htm>. Acesso em: 29 mar.2007.

SILVA, P. **Farmacologia**. 6 ed., Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2002.

VARELLA, D. **Depressão**. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/artigos/depressao>. Acesso em: 23 mai.2006.