



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

Amanda Silva de Borba

**Desenvolvimento de um Guia de Cuidado Farmacêutico para o atendimento de
pacientes em tratamento de depressão**

Florianópolis
2023

Amanda Silva de Borba

**Desenvolvimento de um Guia de Cuidado Farmacêutico para o atendimento de
pacientes em tratamento de depressão**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Graduação em Farmácia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Farmácia.

Orientador(a): Profa., Dra. Marina Rajjche Mattozo Rover

Florianópolis

2023

Borba, Amanda Silva de

Desenvolvimento de um Guia de Cuidado Farmacêutico para o atendimento de pacientes em tratamento de depressão / Amanda Silva de Borba ; orientador, Marina Raijche Mattozo Rover, 2023.

98 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Farmácia, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Farmácia. 2. cuidado farmacêutico. 3. transtorno depressivo. 4. guia farmacêutico. 5. acompanhamento farmacoterapêutico. I. Rover, Marina Raijche Mattozo . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Farmácia. III. Título.

Amanda Silva de Borba

**Desenvolvimento de um Guia de Cuidado Farmacêutico para o atendimento de
pacientes em tratamento de depressão**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharela em Farmácia e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Farmácia.

Local Florianópolis, 26 de junho de 2023.

Coordenação do Curso

Banca examinadora

Profa. Marina Rajche Mattozo Rover, Dra.
Orientador(a)

Profa. Rosana Isabel dos Santos, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Filipe Carvalho Matheus, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 2023.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar todas as dificuldades enfrentadas longo do caminho.

Aos meus pais, Sonia e Clóvis, e ao meu irmão Felipe por todo amor, paciência e apoio incondicional. Muito obrigada por todo o incentivo para perseguir meus sonhos e por compartilharem comigo as dificuldades e as alegrias desta trajetória. Sem vocês nada disso seria possível.

À minha orientadora Marina, gostaria de agradecer a oportunidade de trabalharmos juntas nesse projeto. Agradeço por sua orientação, paciência, apoio e expertise no processo de elaboração deste trabalho. Seu comprometimento em compartilhar conhecimento, orientação perspicaz e valiosas sugestões desempenharam um papel fundamental no progresso deste projeto.

Às minhas amigas Maria Eduarda e Camila, agradeço pela parceria que construímos desde a primeira fase do curso. Ao longo desses cinco anos compartilhamos desafios, risadas e conquistas. Enfrentamos diversas sessões de estudos na BU, chamadas de vídeo, aulas experimentais e todos os trabalhos em grupo possíveis. Sem dúvidas vou levar vocês para vida, assim como, o nosso lema: “no fim, sempre dá boa!”

Expresso minha gratidão aos professores por suas correções e ensinamentos, que contribuíram para o meu aprimoramento durante o curso e para o meu desenvolvimento profissional.

A todos que se fizeram presentes direta ou indiretamente durante a minha formação, o meu muito obrigada!

RESUMO

O transtorno depressivo é uma condição de saúde prevalente e incapacitante no Brasil e no mundo. O tratamento adequado dessa condição requer o trabalho coordenado de uma equipe multidisciplinar. Falhas no cuidado podem resultar na diminuição da qualidade de vida do paciente, no agravamento dos sintomas e em custos mais elevados para o sistema de saúde e para a sociedade. É reconhecido que os tratamentos são complexos e frequentemente requerem o uso de medicamentos. Nesse contexto, o papel crucial do farmacêutico na avaliação e monitoramento dos tratamentos se destaca, visando garantir a adesão dos pacientes e a eficácia e segurança dos mesmos. Para desempenhar essa função de forma efetiva, é essencial que os farmacêuticos estejam bem informados e atualizados. Com base nisso, o objetivo deste trabalho foi criar um Guia de Cuidado Farmacêutico para auxiliar no atendimento de pacientes em tratamento de transtorno depressivo. Para tal, realizou-se um estudo descritivo transversal, com estudo de campo, para levantamento de dados a respeito de quais informações os profissionais farmacêuticos acreditam ser mais relevantes para constar no guia e quais suas dificuldades no atendimento destes pacientes. A partir disso, informações foram buscadas em diversas fontes de dados, como livros, artigos, bases de dados online, *guidelines* e protocolos internacionais. O modelo de guia desenvolvido foi validado com farmacêuticos com experiência no atendimento de pacientes. O material final ficou dividido em 5 capítulos principais: tratamento do transtorno depressivo, efetividade do tratamento, adesão ao tratamento, segurança do tratamento e comunicação com o paciente.

Palavras-chave: cuidado farmacêutico; transtorno depressivo; serviços farmacêuticos; guia farmacêutico; acompanhamento farmacoterapêutico.

ABSTRACT

Depression is a prevalent and debilitating health condition in Brazil and around the world. The proper treatment of this condition requires the coordinated work of a multidisciplinary team. Failures in care can result in decreased quality of life for the patient, worsening of symptoms, and higher costs for the healthcare system and society. It is recognized that treatments are complex and often require the use of medications. In this context, the crucial role of the pharmacist in assessing and monitoring treatments stands out, aiming to ensure patient adherence and the effectiveness and safety of the treatments. To fulfill this role effectively, it is essential for pharmacists to be well-informed and up-to-date. Based on this, the objective of this study was to create a Pharmaceutical Care Guide to assist in the care of patients undergoing depression treatment. For this purpose, a descriptive cross-sectional study was conducted, including field research, to gather data on what information pharmacists believe to be most relevant to include in the guide and what challenges they face in caring for these patients. Information was gathered from various data sources, such as books, articles, online databases, guidelines, and international protocols. The developed guide model was validated with pharmacists experienced in patient care. The final material was divided into five main chapters: depression treatment, treatment effectiveness, treatment adherence, treatment safety, and communication with the patient.

Keywords: pharmaceutical care; depression; pharmaceutical services; pharmaceutical guide; pharmacotherapeutic follow-up.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diferenças entre os graus de episódio depressivo.....	20
Quadro 2 - Classes dos antidepressivos	21
Quadro 3 - Escala de pontuação do formulário.....	28
Quadro 4 - Resultado das pontuações obtidas de acordo com as informações sugeridas para compor o Guia.....	31
Quadro 5 - Principais sugestões apresentadas pelos participantes para constar no Guia.....	32
Quadro 6 - Principais dificuldades apontadas pelos participantes no atendimento de pacientes em tratamento de transtorno depressivo	34
Quadro 7 - Avaliação da clareza, objetividade e utilidade do modelo de Guia desenvolvido.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADT	Antidepressivo Tricíclico
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPSH-UFSC	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC
CID-11	Classificação Internacional de Doenças
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
HAM-D	Escala de Avaliação de Hamilton para Depressão
IDS	Inventário de Sintomas Depressivos
IMAO	Inibidor da Monoamina Oxidase
IRSN	Inibidor da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
ISRS	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina
MADRS	Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery Asberg
MAT	Medida de Adesão ao Tratamento
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PHQ-9	Questionário de Saúde do Paciente de 9 itens
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
RCLE	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TIP	Terapia Interpessoal
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS	25
2.1	OBJETIVO GERAL.....	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3	MÉTODO	26
3.1	LEVANTAMENTO DE DADOS COM FARMACÊUTICOS.....	26
3.1.1	Formulário	27
3.1.2	Análise dos dados coletados.....	28
3.2	DESENVOLVIMENTO DO MODELO DE GUIA DE CUIDADO FARMACÊUTICO.....	28
3.3	VALIDAÇÃO DO MODELO DE GUIA DE CUIDADO FARMACÊUTICO	30
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
4.1	LEVANTAMENTO DE DADOS COM FARMACÊUTICOS.....	30
4.2	DESENVOLVIMENTO DO MODELO DE GUIA DE CUIDADO FARMACÊUTICO.....	36
4.2.1	Tratamento da depressão.....	36
4.2.1.1	<i>Medidas não-farmacológicas</i>	<i>37</i>
4.2.1.2	<i>Medidas farmacológicas.....</i>	<i>39</i>
4.2.2	Efetividade do tratamento	40
4.2.3	Adesão ao tratamento.....	41
4.2.4	Segurança do tratamento	43
4.2.5	Comunicação	45
4.3	VALIDAÇÃO DO MODELO DE GUIA DE CUIDADO FARMACÊUTICO	45
4.4	POTENCIALIDADES E PERSPECTIVAS	48
5	CONCLUSÃO.....	49
	REFERÊNCIAS.....	50
	APÊNDICE A – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	62
	APÊNDICE B – FORMULÁRIO DA ETAPA DE LEVANTAMENTO DE DADOS COM FARMACÊUTICOS.....	66
	APÊNDICE C – FORMULÁRIO DA ETAPA DE LEVANTAMENTO DE DADOS COM FARMACÊUTICOS.....	71
	APÊNDICE D - GUIA DE CUIDADO FARMACÊUTICO PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE DEPRESSÃO	73

1 INTRODUÇÃO

O transtorno depressivo é um transtorno de humor com alta prevalência mundial (WHO, 2022). Especialmente quando de longa duração e com intensidade moderada ou grave, o transtorno depressivo pode se tornar uma condição crítica de saúde. Pode causar impacto significativo em todos os aspectos da vida, incluindo desempenho escolar, produtividade no trabalho, relacionamentos com familiares e amigos e pode afetar drasticamente a funcionalidade e a qualidade de vida. Em casos mais graves, o transtorno depressivo pode levar a ideação suicida e ao suicídio (HAWTON et al., 2022).

Assim, é uma das principais causas de incapacidade no mundo, estando associada a mortes prematuras por suicídio e por outras doenças crônicas, e uma das condições que mais contribuem para a carga global das doenças (BRITO et al., 2022).

Já em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o transtorno depressivo como a terceira causa de carga global de doença e projetou que ocupará o primeiro lugar até 2030 (WHO, 2008). Segundo dados do Estudo Global de Carga de Doenças, Lesões e Fatores de Risco (GBD), 2019, nenhuma redução na prevalência ou carga global do transtorno depressivo foi detectada desde 1990 (VOS et al., 2020).

Outras estimativas, apontaram que mais de 270 milhões de pessoas em 2019 estavam vivendo com transtorno depressivo no mundo, o que representa aproximadamente 3,8% da população mundial na época. No Brasil, o estudo apontou que quase 9 milhões de pessoas apresentavam o transtorno - o que representa 4,3% da população brasileira (IHME, 2022).

A prevalência de transtorno depressivo varia de acordo com sexo e idade. O transtorno tem uma prevalência mundial maior entre as mulheres (4,5%) comparado aos homens (3,0%). E o mesmo foi observado no Brasil, onde a prevalência entre as mulheres foi de aproximadamente 5,5% e entre os homens é de 3,0% (IHME, 2022).

Os transtornos depressivos não são tão prevalentes entre as crianças, sendo raros os casos antes dos dez anos de idade. Eles se tornam mais comuns na vida adulta, com maiores estimativas em pessoas entre 50 e 69 anos. São os mais prevalentes de todos os transtornos mentais entre os adultos (WHO, 2022).

O transtorno depressivo está associado a um aumento substancial dos custos diretos e indiretos, com alto impacto econômico. Além dos custos diretos do

tratamento, há uma variedade de custos indiretos associados, por exemplo, à redução da produtividade econômica e maiores taxas de desemprego (LUPPA et al., 2007).

Esses custos para a sociedade podem ser significativos, muitas vezes superando os custos de saúde. Pesquisadores do Fórum Econômico Mundial calcularam que um conjunto amplamente definido de transtornos mentais custou à economia mundial aproximadamente US\$ 2,5 trilhões em 2010, combinando perda de produtividade econômica (US\$ 1,7 trilhão) e custos diretos de cuidados (US\$ 0,8 trilhão). Este custo total foi projetado para subir para US\$ 6 trilhões até 2030, juntamente com o aumento dos custos sociais. Isso é mais do que os pesquisadores projetaram para os custos com câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas combinados (BLOOM et al., 2011).

Com o surgimento da pandemia de COVID-19 em 2020, um ambiente propício para o agravamento desta situação foi instalado. Ao lado das restrições na oferta dos serviços, as restrições sociais, fechamento de escolas e empresas, perda de meios de subsistência, diminuição da atividade econômica e o isolamento afetaram substancialmente a saúde mental da população (KOLA et al., 2021).

Em março de 2022, a OMS publicou uma revisão abrangente das evidências sobre o impacto da pandemia sobre a saúde mental e os serviços de saúde. Essa revisão divulgou uma estimativa de que a pandemia levou a um aumento de 27,6% em casos de transtorno depressivo (WHO, 2022). Juntamente a isso, serviços críticos de saúde mental foram totalmente ou parcialmente interrompidos, sendo os serviços e programas de prevenção e promoção de saúde mental os mais afetados (WHO, 2020). Deixando ainda mais clara a importância da assistência contínua no tratamento dos transtornos mentais.

Para a compreensão das abordagens necessárias é importante reforçar que a etiologia do transtorno depressivo não é totalmente compreendida, mas existem diversas hipóteses, como predisposição genética, desequilíbrios bioquímicos, disfunção endócrina e neurofisiológica, processos e fatores psicológicos e/ou sociais (CHIRIÑã et al., 2015). As evidências ainda são limitadas, mas observações de que algumas doenças como hipotireoidismo, síndrome de Cushing e diabetes estão frequentemente associadas ao transtorno depressivo tendem a dar suporte à hipótese do papel endócrino no desenvolvimento do transtorno depressivo (KIM et al., 2016).

Por exploração da função cerebral com neuroimagem, há algumas evidências que sugerem que alterações na estrutura e na função do cérebro, como a deficiência

de neurotransmissores (por ex. serotonina e noradrenalina) possam estar relacionadas ao transtorno depressivo. Da mesma forma, achados de avaliação psicológica fornecem algumas evidências do papel dos processos cognitivos e emocionais como fator causal do transtorno depressivo (KESHAVARZ et al., 2013).

Eventos adversos, estressantes ou traumáticos podem desencadear episódios depressivos, principalmente naqueles que têm uma predisposição genética para desenvolver a doença (MAYER et al., 2018). Assim, autores defendem que o transtorno depressivo é resultado de uma interação complexa de fatores biológicos, sociais e psicopatológicos (CHIRIÑÁ et al., 2015; HAMMEN et al., 2018; MAYER et al., 2018).

Dentre os fatores de risco descritos na literatura estão: histórico familiar; transtornos psiquiátricos correlatos; estresse crônico; ansiedade crônica; disfunções hormonais; dependência de álcool e drogas ilícitas; traumas psicológicos; doenças cardiovasculares, endócrinas, neurológicas, neoplasias; conflitos conjugais; mudança brusca de condições financeiras e desemprego (HAMMEN et al., 2018).

É preciso diferenciar a tristeza patológica das flutuações usuais de humor e das respostas emocionais de curta duração provocadas por acontecimentos difíceis e desagradáveis do dia a dia. Diante das adversidades, as pessoas sem a doença sofrem, ficam tristes, mas encontram uma forma de superá-las. Nos quadros de transtorno depressivo, a tristeza é persistente, mesmo que não haja uma causa aparente. O humor permanece deprimido praticamente o tempo todo, por dias seguidos e a pessoa não tem perspectiva de melhora (DURÀ-VILÀ et al., 2011).

Considerando o anterior, o diagnóstico de transtorno depressivo é baseado em dados clínicos obtidos em consulta com psiquiatra, em que o número de episódios depressivos, a gravidade, a duração e a prevalência temporal são levadas em consideração (MCCARRON et al., 2021).

Dois manuais que reúnem as classificações de condições clínicas são referência para profissionais de saúde em todo o mundo e auxiliam no processo diagnóstico, são eles, o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5, 2014) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-11, 2022). No entanto, no âmbito da saúde mental, o DSM costuma ser o mais utilizado por ser específico para tais transtornos (NICE, 2022). O DSM-5 foi desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria.

A CID, disponível em sua 11ª edição, foi desenvolvida e atualizada pela OMS, é o padrão global para registro de informações de saúde e causas de morte que engloba todas as condições clínicas, inclusive os transtornos mentais (BIEDERMANN et al., 2016). De acordo com esta classificação, um episódio depressivo é caracterizado por um período de humor deprimido ou diminuição do interesse em atividades que ocorrem na maior parte do dia, quase todos os dias, durante um período de pelo menos duas semanas, acompanhado por outros sintomas, como dificuldade de concentração, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, desesperança, pensamentos recorrentes de morte ou suicídio, alterações no apetite ou no sono, agitação ou retardo psicomotor e redução da energia ou fadiga (WHO/ICD-11, 2022).

Os critérios diagnósticos do DSM-5 para transtorno depressivo maior são a presença de cinco ou mais sintomas da lista a seguir durante o mesmo período de duas semanas e onde pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou perda de interesse ou prazer. A lista dos sintomas são (APA/DSM-5, 2014):

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso);
- Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas);
- Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias;
- Insônia ou hipersonia quase todos os dias;
- Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente);
- Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas);

- Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Os quadros depressivos variam de intensidade e duração e podem ser classificados em três diferentes graus: leve, moderado ou grave, dependendo da intensidade dos sintomas, com a presença ou não de sintomas psicóticos. O quadro a seguir (Quadro 1) apresenta diferenças entre os graus de episódio depressivo.

Quadro 1- Diferenças entre os graus de episódio depressivo

Episódio depressivo		
Leve	Moderado	Grave
Dificuldade em continuar um trabalho simples e atividades sociais, mas sem grande prejuízo ao funcionamento global. Não há delírios ou alucinações durante o episódio.	Vários sintomas de um episódio depressivo estão presentes em grau acentuado, ou um grande número de sintomas depressivos de menor gravidade estão presentes e há um prejuízo claro ao funcionamento do indivíduo em geral.	Muitos ou a maioria dos sintomas de um episódio depressivo estão presentes em grau acentuado, ou um número menor de sintomas está presente e se manifesta em grau intenso. Apresenta grande dificuldade para continuar a funcionar na maioria dos domínios (pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou outros domínios importantes) e geralmente precisa de ajuda em suas atividades diárias.

Fonte: Quadro desenvolvido pelo autor com dados da Classificação Internacional das Doenças - 11^a edição, 2022.

Os episódios depressivos moderados e graves podem vir acompanhados por sintomas psicóticos, nos quais o paciente apresenta, além dos sintomas do episódio depressivo, alucinações e delírios (DUBOVSKY et al., 2020).

No tratamento do transtorno depressivo leve, a psicoterapia pode ser eficaz. Existem diferentes abordagens terapêuticas efetivas no tratamento do transtorno

depressivo entre elas, a terapia cognitivo-comportamental, a terapia de ativação comportamental, a psicoterapia interpessoal e a terapia de resolução de problemas. A escolha de uma dessas modalidades depende da especialização do psicólogo, dos sintomas apresentados e das preferências do paciente (CUIJPERS *et al.*, 2019).

Em casos de transtorno depressivo moderado a grave, o tratamento combinado é mais eficaz do que a psicoterapia ou a farmacoterapia isoladamente. A escolha do medicamento antidepressivo é feita com base no subtipo do transtorno depressivo, nos antecedentes pessoais e familiares, na boa resposta a uma determinada classe de antidepressivos já utilizada, na presença de outras doenças e nas características dos antidepressivos (RIBEIRO *et al.*, 2017). Os antidepressivos podem ser agrupados nas seguintes classes:

Quadro 2 - Classes dos antidepressivos

Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS)	Atuam bloqueando seletivamente o transportador de serotonina pré-sináptico, impedindo assim a recaptação da serotonina e aumentando a disponibilidade na fenda sináptica. Com isso, a ligação da serotonina nos receptores pós-sinápticos é prolongada, o que resulta em melhora dos sintomas de transtorno depressivo e outros transtornos relacionados. Ex: Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Citalopram e Escitalopram.
Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN)	Agem inibindo a recaptação de serotonina e noradrenalina pelos neurônios pré-sinápticos, aumentando a concentração desses neurotransmissores na fenda sináptica, sua disponibilidade aos receptores pós-sinápticos e, assim, modulando a transmissão neuronal. Ex: Venlafaxina, Duloxetina e Desvenlafaxina.
Antidepressivos tricíclicos (ADTs)	Atuam principalmente inibindo a recaptação dos neurotransmissores serotonina e noradrenalina. Eles bloqueiam os transportadores e, assim, levam ao aumento da atividade dos neurotransmissores, que estão envolvidos na regulação do humor, emoções e outros processos cognitivos. Além disso, também podem ter afinidade por outros receptores, como colinérgicos,

	<p>histaminérgicos e alfa-adrenérgicos. Este aspecto pode contribuir para os efeitos terapêuticos e reações adversas associadas.</p> <p>Ex: Amitriptilina, Imipramina, Clomipramina e Nortriptilina.</p>
Inibidores da monoamina oxidase (IMAOs)	<p>Inibem a enzima monoamina oxidase (MAO). Ao inibir a MAO, impedem a degradação destes neurotransmissores, aumentando a disponibilidade na fenda sináptica e interação com os neurônios pós-sinápticos.</p> <p>Exemplos: Tranilcipromina e Moclobemida.</p>
Antidepressivos atípicos	<p>São uma categoria de medicamentos antidepressivos que apresentam mecanismo de ação distintos. Alguns exemplos são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bupropiona: Atua principalmente como um inibidor da recaptação de noradrenalina e dopamina. - Mirtazapina: Funciona aumentando a disponibilidade de noradrenalina e serotonina por meio do bloqueio dos receptores alfa-2 adrenérgicos e dos receptores de serotonina. - Trazodona: Tem uma ação multifacetada, atuando como um inibidor da recaptação de serotonina, além de possuir propriedades anti-histamínicas e antagonistas dos receptores alfa-1 adrenérgicos. - Vilazodona: Age como um inibidor seletivo da recaptação de serotonina e um agonista parcial dos receptores de serotonina. - Vortioxetina: Atua como um inibidor da recaptação de serotonina e como um agonista parcial dos receptores de serotonina, além de modular outros sistemas de neurotransmissores.

Fonte: Quadro desenvolvido com base na bula dos medicamentos citados e no site DrugBank.com.

Além da psicoterapia e dos tratamentos farmacológicos, é crescente a busca por Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), as quais podem auxiliar no tratamento de várias condições clínicas e que é uma área de atuação farmacêutica (BRASIL, 2022). Estudos recentes apontam a utilização das PICS como importante recurso terapêutico no tratamento do transtorno depressivo, com resultados na melhora dos sintomas, no sucesso terapêutico e na remissão significativa da doença (SILVA et al., 2021).

As medidas não farmacológicas de autocuidado, como exercícios físicos, alimentação saudável e a qualidade do sono complementam o tratamento ao proporcionarem efeitos positivos no bem-estar geral do paciente (FARAH et al., 2016).

Apesar dos diferentes recursos terapêuticos disponíveis, sabe-se que estes transtornos são complexos e que os impactos na saúde das pessoas, na sociedade e nos sistemas de saúde continuam sendo uma crise de saúde global negligenciada. Os sistemas de saúde mental em todo o mundo continuam a serem marcados por grandes lacunas na governança, recursos, serviços, informações e tecnologias, o que prejudica as respostas a estas necessidades em saúde (WHO, 2021).

Estas lacunas demandam por esforços conjuntos e colaborativos de governos, profissionais de saúde, pesquisadores, pessoas que vivem com transtorno depressivo e suas famílias para melhorar o atendimento e a prevenção, preencher lacunas de conhecimento e aumentar a conscientização sobre o combate de uma das principais causas de sofrimento evitável e morte prematura em todo o mundo (HERRMAN et al., 2022).

E embora existam os tratamentos anteriormente apontados, a maioria das pessoas com problemas de saúde mental não tem acesso a cuidados efetivos porque os serviços de apoio muitas vezes não estão disponíveis, ou não têm capacidade suficiente para demanda; ou porque muitas vezes o estigma generalizado impede as pessoas de procurarem ajuda (WAINBERG et al., 2017). Diferentes crenças em torno da saúde mental em diferentes culturas influenciam se, como e onde as pessoas procuram ajuda. Eles também influenciam se as pessoas reconhecem problemas ou experiências – próprias e de outros – como referentes à saúde mental (KNAAK et al., 2017).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem papel importante na atenção à saúde e tratamento de pessoas com transtorno depressivo e outros problemas de saúde mental. O tratamento pode ser realizado na Atenção Primária, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos ambulatórios especializados. Nesses locais é preconizado que o usuário receba atendimento próximo da família com assistência multiprofissional (BRASIL, 2017). Entre os medicamentos elencados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e que podem ser disponibilizados nas unidades de saúde para o tratamento do transtorno depressivo citam-se: cloridrato de amitriptilina, cloridrato de fluoxetina, cloridrato de nortriptilina e cloridrato de sertralina (PMF, 2021)

A complexidade de muitos quadros e a necessidade de abordagens múltiplas e diferenciadas destacam a importância do olhar atento e acompanhamento dos profissionais da saúde nestas situações. Por exemplo, embora uma grande parcela

dos pacientes apresente remissão total com o tratamento antidepressivo, a interrupção do tratamento ou uso inadequado pode levar ao retorno dos sintomas, eventos adversos e a cronificação da doença (OLFSON et al., 2015; MARTINOTTI et al., 2022).

Estes dados destacam a importância da colaboração do farmacêutico na adesão aos tratamentos, que consiste em um processo dinâmico, multideterminado e de corresponsabilidade, onde o paciente compreende e aceita o plano de cuidado recomendado. Contudo, deve-se considerar que são diversos os fatores que podem interferir na adesão, como aqueles relacionados ao paciente, ao tratamento, a aspectos socioeconômicos, relacionados aos sistemas de saúde e a própria doença (POLEJACK et al., 2010)

Neste contexto, salienta-se que o cuidado farmacêutico pode contribuir não só para melhorar a adesão aos tratamentos, mas também para o alcance das metas terapêuticas, para prevenção de outros problemas de saúde, e maior qualidade de vida para os pacientes (ARAÚJO et al., 2017).

A inclusão de farmacêuticos na equipe de saúde está associada a melhoras significativas nos resultados de saúde e na redução nas hospitalizações (MATZKE et al., 2018)., Estudos mostraram que os farmacêuticos podem contribuir na melhoria do acesso dos pacientes aos serviços e, portanto, na gestão da saúde mental (COE et al., 2019; HERBERT et al., 2018).

Entretanto, a falta de um modelo ou instrumentos que norteiem as práticas do cuidado farmacêutico são uns dos fatores que tem dificultado sua evolução. Estes devem ser construídos de forma a atender as necessidades do sistema e dos usuários (ARAÚJO et al., 2006).

No Brasil, o cuidado farmacêutico e as atribuições clínicas deste profissional ainda são recentes, o que pode justificar a ausências destes instrumentos e modelos na maior parte dos serviços (CFF, 2013a; CFF, 2013b). Ainda a literatura aponta outras barreiras, como ausência de uma cultura de cooperação com médicos e falta de treinamento em questões de saúde mental (FREITAS et al., 2019). Estes dados apontam para a subutilização dos farmacêuticos no atendimento das necessidades dos pacientes com transtorno depressivo e a necessidade de qualificação destes profissionais para tal, seja por meio de programas específicos de treinamento, seja pela implantação de diretrizes, protocolos e guias que auxiliem no desenvolvimento de suas atividades (SCHEERDER et al., 2008).

Em estudos realizados no Egito e na Bélgica, os farmacêuticos clínicos relataram que a falta de educação em saúde mental foi uma barreira para fornecer assistência aos pacientes com transtorno depressivo (SOLIMAN et al., 2020; SCHEERDER et al., 2008).

Sabe-se também, que embora o transtorno depressivo seja o transtorno mental mais prevalente e a sua prevalência seja crescente, ela ainda é uma doença subdiagnosticada e subtratada, tanto em países de renda alta quanto em países de baixa e média renda (THORNICROFT et al., 2017).

Assim, considerando os aspectos anteriormente mencionados, as constantes atualizações em saúde e a ampla gama de condições clínicas as quais os farmacêuticos estão em contato no seu dia a dia são necessários recursos que os auxiliem no atendimento desta população.

Um Guia de Cuidado Farmacêutico visa disponibilizar de forma simples e organizada, conteúdos importantes para dar suporte no atendimento, no melhor uso dos medicamentos, no manejo adequado de possíveis problemas relacionados a medicamentos e na promoção de educação em saúde, com vistas a melhores resultados terapêuticos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um Guia de Cuidado Farmacêutico para auxiliar no atendimento de pacientes em tratamento de transtorno depressivo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar e analisar as principais dificuldades do profissional farmacêutico ao atender pacientes com transtorno depressivo.
- Elencar as informações mais relevantes para constar no Guia de Cuidado Farmacêutico.
- Desenvolver um modelo de Guia Farmacêutico para auxiliar no atendimento de pacientes em tratamento de transtorno depressivo.
- Validar o modelo de Guia com profissionais com experiência no atendimento de pacientes.

3 MÉTODO

O estudo visou a construção de um Guia de Cuidado Farmacêutico para o atendimento de pacientes em tratamento de o transtorno depressivo. Para tal, foram desenvolvidas as seguintes etapas:

- Levantamento de dados com farmacêuticos;
- Desenvolvimento de um modelo de Guia de Cuidado Farmacêutico;
- Validação do modelo de Guia de Cuidado Farmacêutico desenvolvido.

3.1 LEVANTAMENTO DE DADOS COM FARMACÊUTICOS

Foi realizado um estudo descritivo transversal, com estudo de campo, para levantamento de dados a respeito de quais informações os profissionais farmacêuticos acreditavam ser mais relevantes, para constar no guia, baseado nas principais dificuldades no atendimento destes pacientes.

A coleta dos dados foi realizada por meio de formulário Google, enviado para farmacêuticos. A pesquisa também foi divulgada nas redes sociais das pesquisadoras.

Foram convidados a participar da pesquisa farmacêuticos atuantes nos serviços de saúde de Florianópolis e outros farmacêuticos que desenvolvem projetos em conjunto. Os critérios de inclusão definidos foram: “farmacêuticos que atuam ou já atuaram em serviços de atendimento direto a pacientes”. Os critérios de exclusão definidos foram: “farmacêuticos que não atuam mais em serviços de atendimento direto a pacientes há mais de 5 anos, ou que atuaram durante um período menor que 6 meses; recusa ou preenchimento incompleto dos dados do formulário”.

Junto ao formulário e convite foi enviado o link para preenchimento do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE - apêndice A), com a orientação para assinatura e envio às pesquisadoras, nos casos de aceite. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFSC (CEPSH-UFSC) sob número 66749223.6.0000.0121.

¹ Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é fruto de um projeto de desenvolvimento de Guias de Cuidado Farmacêutico, orientado pela Prof.(a) Dra. Marina Rajiche Mattozo Rover. Este projeto obteve dois produtos: um guia para depressão, que foi desenvolvido pela autora deste TCC, e outro para ansiedade, o qual foi desenvolvido pela aluna Maria Eduarda Sandin Milani Schütz.

3.1.1 Formulário

O formulário (Google forms) utilizado para a coleta de dados foi apresentado no apêndice B. Era esperado obter um mínimo de 15 participantes durante os 10 dias disponibilizados para preenchimento.

No formulário foram elencadas informações levantadas pelas pesquisadoras como possibilidades para compor o Guia de Cuidado Farmacêutico:

- Lista de literaturas básicas atualizadas sobre transtorno depressivo;
- Como avaliar a adesão ao tratamento;
- Como avaliar a efetividade do tratamento;
- Como avaliar a segurança do tratamento;
- Principais interações medicamentosas com outros fármacos, por classe de medicamentos;
- Principais interações medicamentosas com alimentos, por classe de medicamentos;
- Principais interações medicamentosas com drogas de abuso, por classe de medicamentos;
- Principais interações entre medicamentos com chás, por classe de medicamentos;
- Principais eventos adversos, por classe de medicamentos.
- Manejo dos eventos adversos;
- Lista de medicamentos que podem induzir ou piorar os sintomas de transtorno depressivo;
- Tratamentos não farmacológicos;
- Lista de associações e grupos de apoio;
- Sinais de alerta para encaminhamento ao médico.

Estas informações foram coletadas da literatura da área, considerando aspectos importantes para o cuidado farmacêutico.

Cada informação deveria ser julgada pelos farmacêuticos conforme sua relevância. Para metrificar a relevância de cada informação, deveria ser atribuída uma pontuação, conforme descrito no Quadro 3.

Quadro 3 - Escala de pontuação do formulário

Relevância	Pontuação
Sem relevância	0 pontos
Pouco relevante	1 ponto
Razoavelmente relevante	2 pontos
Relevante	3 pontos
Muito relevante	4 pontos

Fonte: A autora, 2023.

Ao final do formulário foram disponibilizadas 2 caixas de texto livre para que os participantes pudessem propor sugestões, e também para que descrevessem suas maiores dificuldades ao atender pacientes em tratamento de transtorno depressivo.

3.1.2 Análise dos dados coletados

Os dados coletados foram tabulados em uma planilha, onde foi feita a média de pontuação para cada informação. Foram elencadas e consideradas relevantes para a composição do Guia, as informações que obtiveram pontuação média igual ou maior que 3,00 pontos.

As sugestões apontadas pelos farmacêuticos participantes foram analisadas com base na literatura existente e compiladas para adição ao Guia, enfatizando aquelas cujas condutas estavam bem descritas na literatura ou com bom nível de evidência. As dificuldades elencadas para inclusão foram aquelas cuja elaboração do Guia de Cuidado Farmacêutico pudesse auxiliar.

3.2 DESENVOLVIMENTO DO MODELO DE GUIA DE CUIDADO FARMACÊUTICO

Após as análises anteriormente descritas, iniciou-se a elaboração do modelo de Guia baseado em informações disponíveis na literatura, e considerando a perspectiva dos farmacêuticos participantes.

A busca de informações ocorreu em livros, artigos, bases de dados online como Bulário Eletrônico da ANVISA, Drugs.com, Drug Bank e Medscape e *Guidelines* internacionais. Dentre os *Guidelines* os seguintes foram utilizados como base principal: o "Clinical Practice Guidelines for the management of Depression" publicado pelo Indian Journal of Psychiatry (GROVER et al., 2017), o "Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder" publicado pelo Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) (KENNEDY et al., 2016), o "Practice Guideline For The Treatment of Patients With Major Depressive Disorder" publicado pelo American Psychiatric Association (APA) (GELENBERG et al., 2010) e o "Depression in adults: treatment and management" publicado pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (NICE, 2022).

Para o desenvolvimento do modelo de Guia de Cuidado Farmacêutico, as informações selecionadas como relevantes pelos farmacêuticos foram sumarizadas e trabalhadas de modo a constituir um guia claro, objetivo e útil para ser utilizado na rotina de atendimento. Também foram abordados ao longo do Guia, estratégias para auxiliar nas dificuldades apontadas pelos farmacêuticos durante coleta de dados.

O Guia foi sumarizado em 5 capítulos principais:

- Tratamento do transtorno depressivo
- Efetividade do tratamento
- Adesão ao tratamento
- Segurança do tratamento
- Comunicação com o paciente

Além dos capítulos principais, foram desenvolvidos outros tópicos:

- Sumário;
- Introdução;
- Lista de Abreviaturas e Siglas;
- Redes de atenção, associações e grupos de apoio;
- Lista de literaturas recomendadas.

O layout do Guia foi construído em uma ferramenta online chamada "Canva", que permite com que o texto seja organizado com a adição de ícones, figuras,

quadros, cores e links clicáveis, facilitando a organização das informações de maneira didática e intuitiva.

3.3 VALIDAÇÃO DO MODELO DE GUIA DE CUIDADO FARMACÊUTICO

A versão proposta do Guia de Cuidado Farmacêutico foi validada por profissionais com experiência na temática. Para tal, 15 farmacêuticos foram convidados. Após o retorno de no mínimo 5 respostas, esta etapa poderia ser finalizada.

Os critérios de inclusão definidos foram: “farmacêuticos com mais de 3 anos de experiência no atendimento direto a pacientes”. Os critérios de exclusão definidos foram: “recusa ou preenchimento incompleto dos dados do formulário”.

Para validação foi solicitada a avaliação da clareza, objetividade e utilidade para cada um dos tópicos abordados no modelo de Guia proposto. Para isso, um segundo formulário Google foi desenvolvido (apêndice C), no qual os profissionais deveriam dar uma nota de 0 a 5 pontos para cada um dos capítulos principais e uma nota de 0 a 5 para o material como um todo.

Ao final do formulário foi disponibilizada caixa de texto livre para que os participantes pudessem propor sugestões de melhoria, caso concluíssem que em algum capítulo não havia clareza, objetividade e/ou utilidade. Os capítulos que obtivessem pontuação média menor do que 4, deveriam ser revisados e reformulados conforme as sugestões propostas pelos avaliadores, e aqueles com pontuação média maior ou igual a 4 poderiam ser considerados validados.

O Guia de Cuidado Farmacêutico para auxiliar no atendimento de pacientes em tratamento de transtorno depressivo validado e revisado está apresentado no apêndice D.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 LEVANTAMENTO DE DADOS COM FARMACÊUTICOS

Para o cuidado em saúde são necessários conhecimentos e sua constante atualização. Especificamente na área da farmácia, boa parte dos profissionais atua

com uma ampla gama de condições clínicas, o que demanda recursos que os auxiliem em suas atividades.

O desenvolvimento do Guia de Cuidado visa justamente auxiliar no atendimento, por ser fonte de informações direcionada e prática. Neste cenário, deve-se considerar que entre as atribuições do farmacêutico estão ações que visem a farmacoterapia ideal, ou seja, que todas as necessidades sejam atendidas, que os pacientes tenham adesão ao tratamento, e que o medicamento seja efetivo e seguro (CFF, 2013a).

Além disso, considerou-se que, no que diz respeito à construção de materiais para educação na saúde, deve-se buscar quais são as lacunas de conhecimento dos profissionais, considerando as especificidades locais e as necessidades práticas enfrentadas durante o trabalho, focando em aspectos práticos e aplicáveis (FALKENBERG, et al., 2014).

Tendo isso em vista, o processo de construção do Guia de Cuidado Farmacêutico levou em consideração as necessidades de quem atua no cuidado desses pacientes. Assim, 15 farmacêuticos responderam o formulário de coleta de dados e todos atenderam os critérios de inclusão, especificamente sobre atuação atual ou prévia no atendimento direto a pacientes, sendo considerados aptos para opinar e avaliar a relevância das informações com base em suas vivências.

A idade média dos participantes foi de 30 anos e o tempo médio de experiência no atendimento de pacientes foi de 7 anos, variando de 1 ano e meio a 18 anos. Dentre eles, apenas 3 não trabalhavam no momento da coleta de dados, no atendimento direto a pacientes. As principais áreas de atuação dos participantes foram: Farmácia Pública, Farmácia Comunitária e Farmácia Hospitalar.

As informações sugeridas para compor o Guia constantes no formulário, e a respectiva pontuação obtida foram apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 4 - Resultado das pontuações obtidas de acordo com as informações sugeridas para compor o Guia

Informações para compor o Guia	Média
1- Lista de literaturas básicas atualizadas sobre depressão.	3,07
2- Como avaliar a adesão ao tratamento.	3,80
3- Como avaliar a efetividade do tratamento.	3,27

Informações para compor o Guia	Média
4- Como avaliar a segurança do tratamento.	3,73
5- Principais interações medicamentosas por classe de medicamentos*.	3,40
6- Principais interações entre medicamentos e alimentos, por classe de medicamentos*.	3,00
7- Principais interações entre medicamentos com drogas de abuso, por classe de medicamentos*.	3,40
8- Principais interações entre medicamentos com chás, por classe de medicamentos*.	2,93
9- Principais eventos adversos por classe de medicamentos*.	3,40
10- Lista de medicamentos que podem induzir ou piorar os sintomas depressivos.	3,00
11- Lista de associações e grupos de apoio.	3,13
12- Sinais de alerta que indicam que o paciente necessita de encaminhamento ao médico.	3,73
13- Manejo dos eventos adversos.	3,33
14- Tratamentos não farmacológicos.	3,67
* principais classes de medicamentos utilizadas para o tratamento da depressão.	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2023.

O tópico 8 não foi selecionada para fazer parte do Guia, por não atingir pontuação média igual ou maior que 3,00 pontos, não sendo considerada a mais relevante pelos participantes.

As principais sugestões propostas pelos farmacêuticos participantes foram apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 5 - Principais sugestões apresentadas pelos participantes para constar no Guia

Respostas dos participantes
<i>“Benefício baseado em evidências científicas de cada tratamento (ex: atividade física como monoterapia não é melhor que sertralina, etc.); Exames de acompanhamento necessários para avaliar segurança; Habilidades de comunicação.”</i>
<i>“Aconselhamento aos profissionais farmacêuticos novos sobre a empatia com estes tipos de pacientes.”</i>
<i>“Contatos para o CAPS, locais para os quais o paciente poderá ser referenciado (hospitais, UPA), contato do CVV (inclusive informações sobre o CVV).”</i>
<i>“Ideais de como fazer o segmento farmacêutico, desmame de medicamentos, montagem de ecomapa e genograma para apoio a adesão, métodos de verificar adesão, avaliação e manejo de falha terapêutica, exames para avaliar estado de saúde.”</i>

“Não esquecer de abordar aspectos como meios, ambientes, formas de vida, vulnerabilidades, violências, condições de trabalho, dentre outros aspectos que interferem na doença.”

Legenda: CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; UPA – Unidade de Pronto Atendimento; CVV – Centro de Valorização da Vida.

Fonte: Dados coletados pela autora, 2023.

Estas sugestões foram analisadas, e aquelas que estavam de acordo com o objetivo do Guia e possuíam condutas bem descritas na literatura foram incorporadas. Por exemplo: os benefícios baseados em evidências científicas de cada tratamento; alguns exames de acompanhamento para avaliar a segurança do tratamento; estratégias para comunicação com o paciente; quando e para onde fazer o encaminhamento dos pacientes; como realizar o acompanhamento farmacoterapêutico e como efetuar manejo em casos de não adesão e inefetividade do tratamento.

No que diz respeito ao desmame de medicamentos, decidiu-se não abordar no Guia, visto que não existe um padrão, ou seja, seria necessário especificar para cada medicamento a respectiva dose e titulação, o que impactaria na objetividade do material. Mas foi incluído reforço na importância de orientar o paciente a não interromper o uso do medicamento sem o conhecimento do médico, e adicionada a informação de que normalmente as doses são tituladas ao início e final do tratamento para evitar os eventos adversos que podem surgir com o início do uso ou na parada abrupta.

A montagem de ecomapa e genograma para apoio a adesão não foi considerada uma informação relevante para compor este tipo de material, que aborda aspectos gerais para o atendimento de pacientes. Porém, foi incluído um diagrama de Ishikawa que aborda os fatores que podem levar a falha na adesão ao tratamento.

A sugestão de abordar exames para avaliar o estado de saúde do paciente não foi incluída, visto que o escopo do Guia aborda uma situação clínica específica e os exames sugeridos, são para o acompanhamento do tratamento em questão.

As questões como meios, ambientes, formas de vida, vulnerabilidades, violências, condições de trabalho, dentre outros aspectos que interferem na doença, não foram abordados diretamente. Em parte, constam no capítulo de “avaliação da adesão” e também no capítulo de “comunicação com o paciente”, já que o farmacêutico deve considerar que esses fatores podem interferir na evolução do transtorno depressivo.

Outros aspectos sugeridos já estavam contemplados no escopo do guia, como por exemplo, como avaliar a adesão ao tratamento.

As maiores dificuldades apontadas pelos participantes ao atender pacientes em tratamento de transtorno depressivo, foram apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 6 - Principais dificuldades apontadas pelos participantes no atendimento de pacientes em tratamento de transtorno depressivo

Respostas dos participantes
<i>“Adesão ao tratamento.”</i>
<i>“A maior dificuldade na rotina é o tempo para executar o seguimento farmacoterapêutico; Outras são o manejo de retirada do medicamento, nos casos em que isso está previsto no plano de cuidado; Orientar acerca dos efeitos associados ao consumo com drogas como: Tabaco, Álcool e derivados de Cannabis sp...”</i>
<i>“Comunicação e formação de vínculo.”</i>
<i>“Fazer com que o paciente entenda sua “situação” e consiga se conscientizar que o medicamento apenas é uma parte do tratamento”.</i>
<i>“Adesão ao tratamento, muitas vezes o paciente imagina que por não estar se sentindo mal, está curado! Logo, ele interrompe o tratamento por conta e piora novamente. Inclusive, muitas vezes isso acontece (quando o medicamento não vem via SUS) por conta do preço das medicações. Também vejo que, às vezes, quando um paciente iniciava o tratamento e tinha um efeito de sonolência, irritabilidade etc nos primeiros 5 dias, ele interrompia o tratamento por achar que seria sempre assim. Por isso, é necessário que o farmacêutico oriente sobre quais sintomas desses são “normais” e quando a medicação precisa ser suspensa de fato.”</i>
<i>“Abordagem.”</i>
<i>“Muitas vezes os pacientes só se sentem bem quando têm medicamentos para administrar, sendo que colocam todas as expectativas de melhora na medicação e outros fatores (como acompanhamento psicológico) não são devidamente considerados. Não saber o histórico do paciente também é um fator bastante dificultador.”</i>
<i>“Realizar uma boa anamnese e lidar com as crises.”</i>
<i>“Falar sobre ideação suicida, surto, apoio e outros.”</i>
<i>“Como abordar a pessoa de forma a acolhê-la. O que fazer em casos de usuários agressivos, nervosos ou chorosos. As melhores formas de comunicação, para que a pessoa entenda o que os medicamentos fazem no corpo.”</i>
<i>“Os grandes desafios são a limitação de tempo para um atendimento mais qualificado. Além disso, o principal problema é a insuficiência da rede de saúde mental para acompanhamento interprofissional, especialmente no que se refere a acompanhamento e suporte psicológico.”</i>

Fonte: Dados coletados pela autora, 2023.

Dificuldades como “limitação e/ou inadequações do espaço físico para o atendimento” ou “insuficiência da rede de saúde mental para acompanhamento

interprofissional”, embora importantes, fogem do escopo do Guia. Essas questões envolvem aspectos estruturais e de organização do sistema de saúde, as quais requerem ações em nível institucional e governamental para sua resolução.

Por outro lado, foram incorporadas ao Guia estratégias para auxiliar na adesão ao tratamento, na comunicação com paciente, em como lidar com crises, além de outras dificuldades apresentadas, buscando sempre manter a objetividade, clareza e utilidade das informações.

Muitas das dificuldades relatadas, como de adesão ao tratamento, comunicação e formação de vínculo, coincidem com o descrito na literatura. Estudos têm demonstrado que a adesão ao tratamento é um desafio comum em pacientes com transtorno depressivo, resultando em interrupção prematura do uso de medicamentos e piora dos sintomas (VAN SERVELLEN *et al.*, 2011)

A importância da comunicação empática e do estabelecimento de um vínculo é destacada como um fator essencial para promover a compreensão do paciente sobre o tratamento e envolvê-lo ativamente em seu cuidado (JIN *et al.*, 2017). Além disso, a necessidade de abordagens sensíveis e adequadas para lidar com sintomas e situações delicadas, como ideação suicida, também é enfatizada na literatura (KAMAL *et al.*, 2023).

Essas evidências destacam a importância de estratégias e intervenções que abordem essas barreiras, promovendo uma abordagem integral e colaborativa no cuidado.

As dificuldades apontadas devem ser enfrentadas pelos profissionais de saúde, entre eles o farmacêutico, para que possam realizar um atendimento de qualidade. O pouco tempo disponível para avaliação e orientação dos tratamentos, independente do âmbito, foi frequentemente descrito no país (ANGONESI *et al.*, 2011). Outra barreira que merece destaque são as lacunas de conhecimento do profissional farmacêutico, conhecimento este fundamental para o alcance de bons resultados terapêuticos (GALATO *et al.*, 2008; GOKCEKUS *et al.*, 2012).

Assim, para um atendimento de qualidade, é necessário disponibilidade, força de vontade, conhecimento técnico e habilidades, como as de comunicação (ANGONESI *et al.*, 2011). Considerando o anterior, o Guia foi desenvolvido para auxiliar a diminuir as lacunas no conhecimento sobre a temática, além de apresentar instrumentos validados que facilitam o processo.

4.2 DESENVOLVIMENTO DO MODELO DE GUIA DE CUIDADO FARMACÊUTICO

Para o desenvolvimento do modelo do Guia, foram considerados três pilares principais: clareza, objetividade e utilidade, levando em conta a necessidade de materiais de consulta práticos para os atendimentos.

Atualmente no Brasil, não temos um guia específico como aqui proposto, nem um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) sobre o transtorno depressivo. A falta destes documentos orientativos dificultam as condutas dos profissionais da saúde, pois nem sempre é fácil se manter atualizado sobre as melhores evidências quanto ao tratamento de condições clínicas, como do transtorno depressivo.

Para o desenvolvimento do guia, foi realizada uma pesquisa ampla e a combinação dessas diversas fontes permitiu a construção de um guia abrangente e fundamentado, fornecendo recomendações baseadas em evidências para o manejo e tratamento do transtorno depressivo.

O guia foi estruturado em 5 capítulos principais: Tratamento da depressão, Efetividade do tratamento, Adesão ao tratamento, Segurança do tratamento e Comunicação com o paciente. Em adição, foram estruturados tópicos secundários para complementar as informações e auxiliar na busca por informações, como: sumário; lista de abreviaturas e siglas; redes de atenção; associações e grupos de apoio; e lista de literaturas recomendadas.

A seguir, serão discutidos os principais aspectos considerados durante a elaboração de cada capítulo do Guia, levando em consideração o papel do farmacêutico no cuidado dos pacientes.

4.2.1 Tratamento da depressão

Este capítulo foi elaborado, pois é fundamental que o farmacêutico esteja familiarizado sobre as opções terapêuticas disponíveis para o manejo do transtorno depressivo.

Como o transtorno depressivo é uma condição complexa, requer uma abordagem abrangente que envolve tanto medidas farmacológicas quanto não farmacológicas (RIBEIRO et al., 2017, WHO, 2022). Estudos demonstraram que a

combinação de diferentes abordagens tende a trazer resultados mais positivos do que quando utilizadas separadamente (GUIDI *et al.*, 2021; RIBEIRO *et al.*, 2017).

Portanto, a compreensão da complementaridade entre essas abordagens é fundamental e é papel do farmacêutico a orientação dos pacientes sobre as opções de tratamento disponíveis, enfatizando a importância tanto da terapia medicamentosa, quanto da não medicamentosa e das práticas de autocuidado, considerando as características e necessidades individuais de cada paciente (GELENBERG *et al.*, 2010).

Ao oferecer suporte aos pacientes e colaboração aos outros profissionais de saúde, os farmacêuticos têm uma excelente oportunidade de desempenhar um papel vital na otimização dos tratamentos e no alcance de melhores resultados terapêuticos, com consequente aumento do bem-estar dos pacientes.

4.2.1.1 *Medidas não-farmacológicas*

A abordagem do tratamento do transtorno depressivo deve abranger, além das medidas farmacológicas, diferentes aspectos que visam promover a recuperação e o bem-estar dos pacientes. Dentre esses, destacam-se as intervenções psicoterapêuticas, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Terapia Interpessoal (TIP), Terapia Psicodinâmica e Terapia de Resolução de Problemas. Essas abordagens terapêuticas têm como objetivo auxiliar os pacientes a compreender e modificar padrões de pensamentos negativos, melhorar o manejo emocional, fortalecer habilidades de enfrentamento e promover mudanças no comportamento (CUIJPERS *et al.*, 2019).

Além disso, o engajamento em práticas de autocuidado, como a prática de exercícios físicos, sono de qualidade e alimentação saudável, contribuem para a melhora do humor, redução do estresse e aumento da sensação de bem-estar. É recomendado que os pacientes pratiquem exercícios de intensidade moderada a alta, como caminhada rápida, corrida, natação, ciclismo ou treinamento de resistência, pelo menos três vezes por semana, por 30 a 60 minutos por sessão (SCHUCH *et al.*, 2016; GORDON *et al.*, 2018). Uma alimentação equilibrada e nutritiva com nutrientes como ômega-3, vitaminas do complexo B, triptofano e magnésio pode ter impacto positivo na saúde mental (LASSALE *et al.*, 2018; OPIE *et al.*, 2016). Por fim, já foi comprovado que a qualidade do sono tem um impacto significativo no estado de humor e na

saúde mental (TALAMINI *et al.*, 2020). Essas medidas são complementares, e visam uma abordagem mais abrangente e integrada para o cuidado dos pacientes (KENNEDY *et al.*, 2016).

Outro fator importante é a educação do paciente e o envolvimento familiar. Compreender melhor a condição possibilita maior engajamento no processo. O suporte emocional e apoio dos profissionais e familiares auxiliam na adesão ao tratamento e promovem um ambiente favorável à recuperação do paciente (NICE, 2022, GROVER *et al.*, 2017).

Neste capítulo também há orientações sobre o porquê deve-se evitar o consumo de álcool, cafeína, nicotina e drogas de abuso. O consumo de álcool por pacientes com transtorno depressivo resulta em um curso mais grave do transtorno, maior probabilidade de recaídas e menor chance de recuperação, aumento do risco de suicídio ou morte, deterioração do funcionamento social e maior necessidade de cuidados de saúde. Além de agravar os sintomas do transtorno depressivo, muitos dos medicamentos utilizados interagem com o álcool, com graves riscos a saúde (SULLIVAN *et al.*, 2005; WHITE, 2023).

Reduzir o consumo de cafeína pode ser benéfico no tratamento do transtorno depressivo. A cafeína tem o potencial de interferir nos padrões de sono, agravar a ansiedade e afetar negativamente o humor. Portanto, limitar a ingestão de cafeína pode contribuir para estabilizar o estado de humor, melhorar a qualidade do sono e reduzir a ansiedade, favorecendo o tratamento do transtorno depressivo (LARA *et al.*, 2010).

Sabe-se também, que a nicotina tem efeitos prejudiciais na saúde mental. O tabagismo está associado a um aumento da prevalência de transtorno depressivo em fumantes ou ex-fumantes (LUGER *et al.*, 2014). A dependência física e psicológica da nicotina também pode levar a sintomas de abstinência, incluindo alterações de humor e irritabilidade. Portanto, o tabagismo não apenas compromete a saúde física, mas também contribui para o aumento da incidência de transtorno depressivo e agravamento de sintomas, com impacto negativo significativo na saúde mental (HALL *et al.*, 2015).

O uso de substâncias psicoativas (como drogas de abuso) durante o tratamento do transtorno depressivo pode agravar os sintomas além de contribuir para desequilibrar o humor. O uso de álcool, maconha, cocaína, entre outras substâncias, também pode interferir na efetividade dos medicamentos antidepressivos. Além disso,

podem levar à dependência, piorando a saúde mental do paciente e tornando mais difícil a recuperação do transtorno depressivo (VOLKOW *et al.*, 2004).

A combinação das diferentes medidas de cuidado, possibilitam uma abordagem mais abrangente, ampliar o autocuidado e a qualidade de vida dos pacientes.

4.2.1.2 *Medidas farmacológicas*

O tratamento farmacológico do transtorno depressivo pode ser dividido em três fases. Na fase aguda, o objetivo é reduzir os sintomas do transtorno depressivo. O tratamento geralmente começa com um antidepressivo de primeira linha, preferencialmente um Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina (ISRS) ou Inibidor de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN). Durante essa fase, é importante monitorar a resposta do paciente ao tratamento e realizar ajustes de dose ou trocas de medicamentos, se necessário (GROVER *et al.*, 2017). Na fase de estabilização, o objetivo é prevenir recaídas. O tratamento com antidepressivo é mantido por pelo menos 4-9 meses após a remissão dos sintomas. Durante essa fase, a dose pode ser ajustada para manter a resposta terapêutica e minimizar as reações adversas. É essencial discutir com o paciente os benefícios de manter o tratamento em longo prazo versus o risco de recorrência do transtorno depressivo após a interrupção do medicamento (GROVER *et al.*, 2017). Na fase de manutenção, o objetivo é manter a remissão em longo prazo. Em pacientes com história de episódios depressivos recorrentes, episódios graves, crônicos ou com alto risco de recorrência, considera-se a continuação do tratamento com antidepressivos além de 4-9 meses. Durante essa fase, é necessário avaliar regularmente o benefício do tratamento em relação aos riscos. A decisão de reduzir ou interromper o tratamento após um período de remissão sustentada deve ser discutido com o paciente, levando em consideração os riscos e benefícios individuais (GROVER *et al.*, 2017).

Para a elaboração do guia e seleção dos medicamentos e classes de antidepressivos a serem abordados de forma mais detalhada, considerou-se os medicamentos e classes mencionados nos *Guidelines* utilizados como base. Além disso, foi realizada uma consulta no site da ANVISA, buscando por medicamentos registrados na classe terapêutica de "Antidepressivos" com situação de registro "Válido", a fim de identificar quais deles estão disponíveis no mercado brasileiro. Após esse levantamento, os medicamentos foram agrupados de acordo com seu

mecanismo de ação, incluindo ISRS, IRSN, antidepressivos tricíclicos (ADT), Inibidores da monoamina oxidase (IMAO) e Antidepressivos Atípicos.

Os IRSSs e os IRSNs, são considerados tratamento de primeira linha para o transtorno depressivo, porque apresentam eficácia clínica comprovada e têm perfil de segurança favorável em comparação a outros antidepressivos (YUAN *et al.*, 2020). Os ADT estão entre os primeiros antidepressivos desenvolvidos. São eficazes, mas menos utilizados que outras classes devido às reações adversas serem mais frequentes. Podem ser uma boa opção em determinadas situações, como inefetividade a outros tratamentos (MALHI *et al.*, 2020).

Os IMAOs normalmente são usados apenas quando outros antidepressivos se mostraram ineficazes, porque tendem a ter mais efeitos adversos, apresentam maiores riscos de interações com medicamentos e com alimentos, como queijos envelhecidos e carnes curadas (GELENBERG *et al.*, 2010). Os antidepressivos atípicos são uma categoria de medicamentos antidepressivos que apresentam mecanismos de ação distintos das demais. Foram apresentados no guia o mecanismo de ação da bupropiona, mirtazapina, trazodona, vilazodona e da vortioxetina (FURUKAWA *et al.*, 2020; BALDWIN *et al.*, 2022).

Somente com o conhecimento e compreensão dos medicamentos que podem ser utilizados é que os farmacêuticos serão capazes avaliar, monitorar e intervir adequadamente nos tratamentos. O conhecimento do tratamento farmacológico permite ao farmacêutico fornecer informações e educação ao paciente e a demais membros da equipe de saúde, possibilitando ampliar a qualidade do cuidado (GILLANI *et al.*, 2021).

A interação entre todos os envolvidos no tratamento facilita a adesão, capacita o paciente a tomar decisões fundamentadas sobre sua saúde e aumenta as chances de tratamentos mais efetivos e seguros. Portanto, é inegável a potencial colaboração que o farmacêutico tem neste processo.

4.2.2 Efetividade do tratamento

Este capítulo abordou os principais fatores que podem interferir na efetividade do tratamento, métodos de avaliação da efetividade e as medidas a serem tomadas pelo farmacêutico ao suspeitar de inefetividade terapêutica.

Os fatores que podem afetar a efetividade do tratamento foram baseados em estudos sobre preditores de baixa resposta ao tratamento do transtorno depressivo, bem como de fatores comuns a outras doenças, como falta de adesão e as más condições de armazenamento dos medicamentos (BENNABI *et al.*, 2015; GAYNES *et al.*, 2009; ZHDANAVA *et al.*, 2021).

Durante o atendimento, é essencial que o farmacêutico investigue esses fatores, pois na suspeita de falta de resposta adequada, alguns, como falta de problemas de adesão ao tratamento, más condições de armazenamento dos medicamentos e interações medicamentosas podem ser gerenciados pelo próprio farmacêutico. Se essas possibilidades forem descartadas, então o farmacêutico deve encaminhar o paciente ao médico, fornecendo informações sobre as preocupações identificadas, a avaliação e recomendações já realizadas.

A avaliação da efetividade do tratamento do transtorno depressivo é subjetiva, pois depende do histórico clínico, das queixas, dos sinais e dos sintomas relatados pelos pacientes. Essa avaliação pode ser desafiadora para os profissionais de saúde envolvidos no cuidado e diante disso, foi realizada uma busca por instrumentos validados que possam auxiliar na avaliação da efetividade do tratamento.

Existem diversos instrumentos disponíveis com essa finalidade, dentre eles, o Inventário de Sintomas Depressivos (IDS), a Escala de Avaliação de Hamilton para Depressão (HAM-D), a Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery Asberg (MADRS), o Questionário de Saúde do Paciente de 9 itens autoavaliado (PHQ-9) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI, BDI-II) (GELENBERG *et al.*, 2010). Para atender a proposta do guia, optou-se por falar brevemente sobre as escalas MADRS e HAM-D e trazer como exemplo dentro do guia, a escala HAM-D. Essa decisão foi tomada levando em consideração um estudo realizado por Carneiro *et al.* em 2015 que teve como objetivo investigar as propriedades psicométricas (confiabilidade e validade) dessas escalas em uma amostra brasileira e concluiu que a versão brasileira das escalas HAM-D e MADRS apresentaram boa confiabilidade e correlação intraclasse, além de evidências de validade discriminante e convergente (CARNEIRO *et al.*, 2015; BUKUMIRIC *et al.*, 2016).

4.2.3 Adesão ao tratamento

O capítulo sobre adesão foi desenvolvido com o objetivo de fornecer ao farmacêutico uma compreensão aprofundada dos fatores que podem influenciar a adesão do paciente ao tratamento, seja ele farmacológico ou não. Ao compreender esses fatores, o farmacêutico pode implantar estratégias para melhorá-la, levando em consideração as especificidades de cada caso.

Durante a coleta de dados junto aos farmacêuticos, identificou-se a necessidade de abordar este tema de uma maneira de mais fácil visualização. Nesse sentido, realizou-se uma adaptação do diagrama de Ishikawa, uma ferramenta que auxilia na identificação das possíveis causas de um problema específico. Inspirado no modelo multidimensional de adesão da OMS, esse diagrama divide a falta de adesão em 5 fatores potenciais, proporcionando uma visualização clara e abrangente dos elementos envolvidos (WHO, 2003).

Para trabalhar os fatores específicos relacionados à não adesão em pacientes em tratamento de transtorno depressivo, foram levantados os resultados de revisões sistemáticas que tiveram como objetivo identificar os principais fatores associados à não adesão aos antidepressivos, propor formas de melhorar a adesão e avaliar a efetividade dos programas de aprimoramento da adesão (SERVELLEN et al., 2011).

Além disso, foi apresentado no guia uma lista de verificação desenvolvida pelo artigo "How to improve adherence to antidepressant treatments in patients with major depression: a psychoeducational consensus checklist" que traz recomendações de pontos e prioridades a serem discutidos com pacientes em tratamento de transtorno depressivo, com o objetivo de melhorar a adesão (DELL'OSSO et al., 2020). Embora este check list tenha sido desenvolvido para médicos usarem no momento da prescrição, algumas questões apresentadas podem e devem ser reforçadas por farmacêuticos. As dificuldades abordadas nesses estudos serviram de base para a construção das estratégias para melhorar a adesão.

Foi realizada, também, uma pesquisa com o objetivo de identificar ferramentas que auxiliem o farmacêutico na avaliação da adesão. Durante essa busca, foi encontrado um estudo que adaptava e validava o instrumento Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) especificamente para transtornos de saúde mental (BORBA, 2018). Originalmente, o MAT é uma adaptação das escalas de MORISKY *et al.* (1986), Shea *et al.* (1992) e Ramalhindo et al. (1994).

A adesão ao tratamento do transtorno depressivo desempenha um papel crucial na obtenção de melhores resultados clínicos e na promoção da recuperação

dos pacientes. Garantir a adesão ao plano terapêutico proposto é fundamental para minimizar os sintomas, prevenir a reincidência da doença e promover a reintegração social (SERVELLEN et al., 2011).

No entanto, a adesão do paciente ao tratamento do transtorno depressivo muitas vezes é baixa, o que pode comprometer a efetividade do tratamento. Nesse contexto, o farmacêutico desempenha um papel essencial no auxílio à adesão. Como profissional de saúde com expertise em medicamentos, o farmacêutico pode fornecer educação ao paciente sobre a doença, orientação sobre o melhor uso dos medicamentos, manejo de reações adversas e apoio emocional, todos aspectos relevantes para a adesão (ALSHAMMARI *et al.*, 2023;).

Além disso, a dispensação e o acompanhamento regular da terapia permitem identificar possíveis barreiras e implantar estratégias para superá-las. Estudos já demonstraram que as intervenções do farmacêutico têm impactos positivos na adesão a antidepressivos, e na redução dos sintomas do transtorno depressivo (READDEAN *et al.*, 2018). Assim, o farmacêutico desempenha um papel fundamental como membro da equipe de saúde no manejo do transtorno depressivo, contribuindo para a adesão e para o alcance de melhores resultados clínicos (DAVIS *et al.*, 2020).

4.2.4 Segurança do tratamento

O capítulo aborda os cuidados essenciais ao atender pacientes em tratamento para o transtorno depressivo, levando em consideração aspectos relacionados a populações especiais, interações medicamentosas, reações adversas e suas respectivas abordagens. Além disso, uma lista de medicamentos e substâncias que podem induzir ou piorar os sintomas depressivos foi incluída. Para obter informações relevantes, foram consultados recursos como, o bulário eletrônico da ANVISA, Drugs.com, Drug Bank e Medscape.

No acompanhamento de pacientes com transtorno depressivo, também é imprescindível estar atento ao risco de ideação suicida. Lembrando que no início do tratamento os riscos são maiores, o que exige um olhar atento a estes pacientes (ZALSMAN *et al.*, 2016). A maioria das pessoas com ideação suicida comunica seus pensamentos e intenções, ao emitirem sinais e comentários que revelam seu sofrimento emocional e a necessidade de ajuda. É fundamental que tais pedidos de auxílio não sejam ignorados. Com o objetivo de auxiliar na identificação e abordagem

adequada destes pacientes, o capítulo também aborda esse assunto. Nele, são apresentadas frases de alerta, dicas sobre como abordar o paciente nesse contexto, quais os principais sentimentos relacionados à ideação suicida e como agir ao identificar sinais de risco. Essas orientações seguem as diretrizes do manual da OMS intitulado "Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária" (OMS, 2000).

No levantamento das interações foi observado que há diversos riscos (KENNEDY et al., 2016). No Guia, as principais interações medicamentosas foram organizadas e apresentadas de acordo com as principais classes terapêuticas utilizadas. É importante destacar que há risco de interação também com alimentos e drogas de abuso. Essas interações podem afetar a efetividade do tratamento e aumentar o risco de reações adversas e toxicidade (GROVER et al., 2017).

Assim como as interações medicamentosas, as reações adversas também são comuns com o uso de fármacos que atuam no sistema nervoso central. Estas reações podem ser leves e de menor risco, como boca seca, náuseas, dor de cabeça, até as de maior gravidade como desenvolvimento de síndrome serotoninérgica (CARVALHO et al, 2021; WANG RZ, et al., 2016; BARTLETT D, 2017). Muitas vezes essas podem ser prevenidas ou minimizadas por meio de manejos orientados por profissionais da saúde. Tendo isso em vista, foi adicionado ao Guia algumas estratégias para o manejo de reações adversas mais frequentes. As reações adversas mais comuns por classe de medicamento foram apresentadas no Guia em uma tabela no capítulo de tratamento e o manejo foi abordado no capítulo de segurança.

Além da identificação e manejo/encaminhamento, outro aspecto importante, e que é atribuição também do farmacêutico é a notificação de eventos adversos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados aos medicamentos. Seu objetivo é garantir que os benefícios relacionados ao uso de medicamentos sejam maiores do que os riscos por eles causados (OMS, 2002).

Nesse sentido, cabe aos profissionais da saúde avaliar os riscos e monitorar os tratamentos visando prevenir problemas de segurança. A abordagem centrada no paciente, o monitoramento regular, a identificação de sinais de alerta e a colaboração com outros profissionais de saúde são aspectos fundamentais do papel do farmacêutico na promoção do uso seguro de medicamentos e no cuidado efetivo dos pacientes.

4.2.5 Comunicação

Para a construção deste capítulo, foi buscado trazer dicas pontuais, visto que a comunicação é construída durante a interação. A leitura de estudos e materiais sobre comunicação com o paciente (CRF-SP, 2015; CERON, 2010; POSSAMAI *et al.*, 2007; Ministério da Saúde, 2014; WALLMAN *et al.*, 2013) auxiliaram a entender quais eram os principais aspectos a serem considerados na comunicação com o paciente. Sendo assim, foi priorizado delimitar dicas para o estabelecimento de vínculo com o paciente e de como fazer a abordagem.

No contexto das doenças mentais, o farmacêutico precisa saber lidar com o sofrimento psíquico do paciente, entender sua subjetividade e ter consciência de que esses pacientes necessitam de olhar e cuidado integral (GOMES, 2013).

A comunicação efetiva é um desafio, entretanto, de acordo com a literatura é fundamental para melhorar o prognóstico de doenças; aumentar a adesão aos tratamentos; reduzir sintomas e queixas, ou seja, para a resolubilidade do cuidado. Comunicação efetiva envolve vínculo, diálogo, empatia, clareza e escuta ativa (ALMARSDOTTI *et al.*, 2019; WALLMAN *et al.*, 2013). Assim, além de conhecimentos técnicos são necessárias habilidades de comunicação, uma vez auxiliam desde a coleta de informações sobre o paciente, as discussões dos casos com a equipe até as intervenções (HAUSBERG *et al.*, 2012; EL-DEN *et al.*, 2021).

A comunicação efetiva permite ao farmacêutico estabelecer uma relação de confiança com o paciente, compreender suas necessidades, preocupações, dúvidas e fornecer informações precisas sobre seu tratamento. Por meio de uma comunicação clara e acessível, o farmacêutico pode ajudar o paciente a entender sua condição de saúde, os objetivos do tratamento, a posologia correta dos medicamentos e possíveis problemas que possam surgir. Além disso, a comunicação efetiva também facilita o compartilhamento de informações entre os profissionais de saúde envolvidos, permitindo uma abordagem colaborativa, experiências positivas de cuidado e melhor qualidade de vida dos pacientes.

4.3 VALIDAÇÃO DO MODELO DE GUIA DE CUIDADO FARMACÊUTICO

Nesta etapa, 6 farmacêuticos responderam o formulário de validação do Guia, após leitura do modelo proposto.

O tempo médio de experiência no atendimento de pacientes, dos participantes desta etapa, foi de aproximadamente 12 anos, variando de 3 a 20 anos. Os principais âmbitos de atuação citados foram: Farmácia Hospitalar (2); Farmácia Pública (5) e Farmácia Comercial (3).

Os capítulos do Guia, e a respectiva média das notas obtidas, foram apresentados no quadro abaixo.

Quadro 7 - Avaliação da clareza, objetividade e utilidade do modelo de Guia desenvolvido

Capítulos avaliados	Média
Tratamento de depressão	4,8
Efetividade do tratamento	4,6
Adesão ao tratamento	4,4
Segurança do tratamento	4,0
Comunicação com o paciente	5,0
Avaliação do material completo	4,6

Fonte: Dados coletados pela autora, 2023.

Como todos os capítulos atingiram a média de notas proposta na metodologia (maior ou igual a 4), não foram necessárias revisão e reformulação, e então, o modelo de Guia de Cuidado Farmacêutico para atendimento de pacientes em tratamento de depressão foi considerado validado.

No entanto, algumas sugestões propostas foram consideradas para melhorar a clareza e a objetividade do material. Foram realizados ajustes pontuais para tornar a escrita mais clara, excluindo palavras que se repetiam e harmonizando a nomenclatura. No capítulo de “segurança do tratamento”, quando abordada as interações com fármacos que sofrem metabolismo pelo sistema microssomal hepático, não existia legenda para a gravidade dessas interações. Então, foi incluída esta alteração, para distinção dos riscos associados.

Sugestões como “resumir o capítulo de segurança para torná-lo mais objetivo”, não foram acatadas, visto que iriam eliminar tópicos inicialmente demandados.

Assim, destaca-se que este guia foi construído com base nas necessidades reais de profissionais farmacêuticos que atuam no atendimento de pacientes. Visa facilitar o acesso as informações para um adequado cuidado a pacientes em

tratamento de transtorno depressivo. Igualmente, ao considerar os diferentes contextos de atuação do farmacêutico, ao construir e validar o guia, com a participação de profissionais dos mais diversos âmbitos - farmácias públicas, privadas e hospitais - estende sua utilidade a diferentes cenários.

Embora o cuidado farmacêutico e a regulamentação dos serviços clínicos farmacêuticos ainda sejam recentes no país (CFF, 2013a; CFF, 2013b), o farmacêutico tem muito a contribuir para o alcance de melhores resultados terapêuticos, em diferentes condições clínicas, como no transtorno depressivo.

A relativa acessibilidade a estes profissionais, somada a sua expertise podem contribuir para a adesão, uso adequado destes recursos terapêuticos e no aconselhamento aos pacientes sobre suas doenças e medicamentos (RUBIO-VALERA et al., 2014; TSUYUKI et al., 2018; AKOUR et al., 2022).

Intervenções lideradas por farmacêuticos demonstraram redução nas taxas de não adesão aos antidepressivos (BROWN et al., 2019). Também, segundo a literatura, é seu papel avaliar o uso de todos os medicamentos pelos pacientes em tratamento de transtorno depressivo, identificando potenciais e/ou reais problemas relacionados ao seu uso.

Seu papel também inclui fornecer orientação desde a dispensação até o acompanhamento aos pacientes para garantir a efetividade e a segurança no uso de medicamentos em longo prazo (KAMUSHEVA et al., 2020; SHAMI et al., 2021).

Infelizmente, na prática, são identificadas lacunas na prestação de cuidados farmacêuticos a pacientes de saúde mental. Entre as barreiras identificadas citam-se: falta de tempo, de privacidade, de informações sobre diagnóstico do paciente e histórico clínico, de treinamento sobre questões de saúde mental e a falta de colaboração com os médicos (BRYDGES et al., 2020; GUILLAUMIE et al., 2015).

Assim, é uma necessidade urgente envolver ativamente os farmacêuticos no cuidado de pacientes com transtorno depressivo e de promover colaborações interprofissionais (AKOUR et al., 2022).

É importante considerar que a complexidade destas condições clínicas, a rápida e contínua atualização em saúde, a necessidade da utilização das melhores evidências disponíveis e do desenvolvimento habilidades para o cuidado exigem dos profissionais qualificação constante. Estas podem ser também dificultadores da expansão dos serviços farmacêuticos voltados para estas condições (FALKENBERG et al., 2014).

Um dos principais desafios enfrentados na criação do Guia de Cuidado Farmacêutico é a falta de diretrizes específicas para orientar a construção de materiais voltados para profissionais de saúde. Enquanto há uma abundância de recursos direcionados à população em geral, com foco na educação em saúde, são poucos os materiais que exploram a criação de recursos educacionais direcionados aos próprios profissionais de saúde. Além disso, as atualizações constantes na área da saúde exigem um trabalho minucioso e consomem tempo na busca das evidências e diretrizes científicas mais recentes, para garantir a relevância e atualidade do material produzido.

Acredita-se que a construção de guias, protocolos e diretrizes que auxiliem na rotina dos farmacêuticos impactem positivamente na qualidade dos atendimentos. Ou seja, que seu uso facilite o cuidado e auxilie na tomada de decisões visando tratamentos mais efetivos e seguros.

Assim, o desenvolvimento e difusão de materiais que auxiliem nestes processos podem contribuir para estratégias de educação em saúde, para a melhora da adesão aos tratamentos, na diminuição de problemas relacionados a medicamentos, impactando significativamente na qualidade de vida dos pacientes.

O guia desenvolvido pode ser utilizado desde a dispensação até o acompanhamento/monitoramento dos tratamentos ao fornecer além de informações acessíveis a respeito do uso dos medicamentos, cuidados a serem considerados na comunicação e instrumentos que auxiliam na avaliação da efetividade, da adesão e no manejo de problemas associados ao tratamento. Assim, sua utilização possibilita uma avaliação e intervenção ampliada e maior confiança ao profissional no atendimento destes pacientes.

4.4 POTENCIALIDADES E PERSPECTIVAS

Acredita-se que a construção de guias, protocolos e diretrizes que auxiliem na rotina dos farmacêuticos impactem positivamente na qualidade dos atendimentos e na vida dos pacientes. Ou seja, ao auxiliar na avaliação dos tratamentos e tomada de decisões aumentam-se as chances de melhores resultados terapêuticos, alcançando-se tratamentos mais efetivos e seguros.

Levando em consideração o citado acima espera-se que o Guia de Cuidado Farmacêutico para o atendimento de pacientes em tratamento de depressão torne-se

uma ferramenta de apoio clara e organizada, auxiliando no atendimento desses pacientes, no manejo eficiente de eventuais desafios identificados, na promoção da educação em saúde e na promoção do uso racional de medicamentos, visando alcançar resultados terapêuticos mais eficazes.

5 CONCLUSÃO

Os farmacêuticos desempenham um papel crucial no tratamento do transtorno depressivo, fornecendo orientação sobre opções de tratamento, monitorando a terapia medicamentosa e promovendo a adesão adequada. Sua atuação contribui para a segurança e eficácia dos medicamentos, além de favorecer a prática interdisciplinar na assistência à saúde. Além disso, os farmacêuticos auxiliam na adesão ao tratamento, oferecendo educação, suporte emocional e gerenciamento de eventos adversos. A comunicação adequada com os pacientes complementa seu amplo conhecimento, garantindo um cuidado centrado no paciente e o uso seguro de medicamentos para o transtorno depressivo.

Ainda cabem ressaltar a complexidade envolvida nos tratamentos de condições clínicas como o transtorno depressivo, os riscos associados e a necessidade de acompanhamento constante destes pacientes. O farmacêutico enquanto membro da equipe de saúde pode e deve colaborar em muito neste sentido.

O guia de cuidado farmacêutico apresentado aqui foi construído tendo em vista o citado acima e, também, com base nas necessidades reais identificadas pelos profissionais. Sua utilidade se estende a diferentes cenários, considerando os diversos contextos de atuação dos farmacêuticos participantes. O guia fornece informações importantes e embasadas sobre o tratamento do transtorno depressivo, avaliação da efetividade adesão, segurança do tratamento e estratégias para uma comunicação efetiva. Esses aspectos são fundamentais para garantir um cuidado farmacêutico abrangente e de qualidade, visando o bem-estar dos pacientes que sofrem com o transtorno depressivo.

REFERÊNCIAS

AARON WHITE. National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism (NIAAA). **Alcohol-Medication Interactions: Potentially Dangerous Mixes**. Disponível em: <https://www.niaaa.nih.gov/health-professionals-communities/core-resource-on-alcohol/alcohol-medication-interactions-potentially-dangerous-mixes>. Acesso em: 25 maio 2023.

AKOUR, Amal et al. Gaps in pharmaceutical care for patients with mental health issues: a cross-sectional study. **International Journal Of Clinical Pharmacy**, [S.L.], v. 44, n. 4, p. 904-913, 1 abr. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-022-01391-x>.

ALSHAMMARI, Mohammed Kanan *et al.* Global Advancement in Pharmacy Services for Mental Health: a review for evidence-based practices. **Healthcare**, [S.L.], v. 11, n. 8, p. 1082, 11 abr. 2023. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11081082>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992 p.

ANGONESI, Daniela *et al.* Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 9, p. 3883-3891, set. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011001000024>.

ARAÚJO, Aílson da Luz André de et al. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas: Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, [S. L.], v. 42, n. 1, p. 137-146, mar. 2006.

ARAÚJO, Natane et al. Avaliação Da Adesão Ao Tratamento Em Condições Crônicas De Saúde Por Meio Do Cuidado Farmacêutico. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 08, n. 3, p. 37-41, 2017. Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. <http://dx.doi.org/10.30968/rbfhss.2017.083.007>.

BALDWIN, David S. *et al.* Efficacy and safety of vortioxetine in treatment of patients with major depressive disorder and common co-morbid physical illness. **Journal Of Affective Disorders**, [S.L.], v. 311, p. 588-594, ago. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.098>.

BARTLETT, Dana. Drug-Induced Serotonin Syndrome. **Critical Care Nurse**, [S.L.], v. 37, n. 1, p. 49-54, 1 fev. 2017. AACN Publishing. <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2017169>.

BENNABI, D. *et al.* Risk factors for treatment resistance in unipolar depression: a systematic review. **Journal Of Affective Disorders**, [S.L.], v. 171, p. 137-141, jan. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.020>.

BIEDERMANN, Falko *et al.* Psychotic disorders in DSM-5 and ICD-11. **Cns Spectrums**, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 349-354, 15 jul. 2016. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s1092852916000316>.

BLOOM, David E. *et al.* **The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases**. Geneva: World Economic Forum, 2011.

BORBA, L. O., *et al.* Adaptation and validation of the Measuring of Treatment Adherence for mental health. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(Suppl 5):2243-50. [Thematic Issue: Mental health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0796>.

Braga ARM. Uso de psicofármacos na infância e na adolescência para o pediatra geral. *Brasília Med* 2011;48(3):209-307

BRASIL. Instrução Normativa nº 120, de 9 de março de 2022. Define a Lista de Medicamentos Isentos de Prescrição.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica : aplicação do método clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Ciencia, Tecnologia e Insumos Estrategicos. Departamento de Ciencia e Tecnologia. Sintese de evidencias para politicas de saude : adesao ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doencas cronicas / Ministerio da Saude, Secretaria de Ciencia, Tecnologia e Insumos Estrategicos, Departamento de Ciencia e Tecnologia. Brasilia: Ministerio da Saude, 2016.

BRASIL. **Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de Setembro de 2017 - Consolidação das Normas Sobre As Redes do Sistema Único de Saúde**. [S. l.].
BRASIL. Resolução nº 732, de 25 de agosto de 2022. **Regulamenta A Atuação do Farmacêutico em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, e Dá Outras Providências**. 171. ed. Seção 1, p. 84.

BRITO, Valéria Cristina de Albuquerque; BELLO-CORASSA, Rafael; STOPA, Sheila Rizzato; SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos; DAHL, Catarina Magalhães; VIANA, Maria Carmen. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: pesquisa nacional de saúde 2019 e 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 1-13, 08 jul. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/ss2237-9622202200006.especial>.

BROWN, Jennifer Valeska Elli *et al.* Pharmacy-based management for depression in adults. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [S.L.], v. 2019, n. 12, 23 dez. 2019. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd013299.pub2>.

BRYDGES, Sarah et al. Men's views of antidepressant treatment for depression, and their implications for community pharmacy practice. **Research In Social And Administrative Pharmacy**, [S.L.], v. 16, n. 8, p. 1041-1049, ago. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.10.016>.

BUKUMIRIC, Zoran *et al.* Meta-analysis of the changes in correlations between depression instruments used in longitudinal studies. **Journal Of Affective Disorders**, [S.L.], v. 190, p. 733-743, jan. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.054>.

CARNEIRO, Adriana Munhoz *et al.* Hamilton depression rating scale and montgomery–asberg depression rating scale in depressed and bipolar I patients: psychometric properties in a brazilian sample. **Health And Quality Of Life Outcomes**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 1-2, 2 abr. 2015. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-015-0235-3>.

CARVALHO, L. G.; et al. Principais fitoterápicos e demais medicamentos utilizados no tratamento de ansiedade e depressão. *Revista de Casos e Consultoria*, v. 12, n. 1, p. e25178, 5 ago. 2021.

Ceron M. Habilidades de Comunicação: abordagem centrada na pessoa. UNASUS. São Paulo: UNIFESP; 2010. Ceron M. Habilidades de Comunicação: abordagem centrada na pessoa. UNASUS. São Paulo: UNIFESP; 2010.

CHIRIŃĂ, Anca Livia et al. Current understanding of the neurobiology of major depressive disorder. **Romanian Journal Of Morphology & Embryology**, [S. L.], v. 56, n. 2, p. 651-658, 03 ago. 2015.

COE, Antoinette B. et al. Provider perceptions of pharmacists providing mental health medication support in patient-centered medical homes. **Journal Of The American Pharmacists Association**, [S.L.], v. 59, n. 4, p. 555-559, jul. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.japh.2019.03.002>.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências.

CRF-SP, Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Manual de orientação ao farmacêutico: conduta e postura profissional / Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. São Paulo: CRF-SP, 2015. Disponível em: http://www.crfsp.org.br/documentos/materiaistecnicos/Conduta_e_Postura_Profissional.pdf. Acesso em: 19 maio. 2023.

CUIJPERS, Pim *et al.* Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies.. **Journal Of Consulting And Clinical Psychology**, [S.L.], v. 76, n. 6, p. 909-922, 2008. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/a0013075>.

CUIJPERS, Pim; QUERO, Soledad; DOWRICK, Christopher; ARROLL, Bruce. Psychological Treatment of Depression in Primary Care: recent developments. **Current Psychiatry Reports**, [S.L.], v. 21, n. 12, p. 129-129, 23 nov. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>.

DAVIS, Brandy *et al.* The clinical impact of pharmacist services on mental health collaborative teams: a systematic review. **Journal Of The American Pharmacists Association**, [S.L.], v. 60, n. 5, p. 44-53, set. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.japh.2020.05.006>.

DELL'OSSO, Bernardo *et al.* How to improve adherence to antidepressant treatments in patients with major depression: a psychoeducational consensus checklist. **Annals Of General Psychiatry**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 19-61, 12 out. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12991-020-00306-2>.

DUBOVSKY, Steven L. *et al.* Psychotic Depression: diagnosis, differential diagnosis, and treatment. **Psychotherapy And Psychosomatics**, [S.L.], v. 90, n. 3, p. 160-177, 9 nov. 2020. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000511348>.

DURÀ-VILÀ, Glòria *et al.* Depression and the medicalization of sadness: conceptualization and recommended help-seeking. **International Journal Of Social Psychiatry**, [S.L.], v. 59, n. 2, p. 165-175, 20 dez. 2011. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0020764011430037>.

EL-DEN, Sarira *et al.* Pharmacists' roles in mental healthcare: past, present and future. **Pharmacy Practice**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 2545, 11 set. 2021. JCF Corp SG PTE LTD. <http://dx.doi.org/10.18549/pharmpract.2021.3.2545>.

FARAH, Wigdan H *et al.* Non-pharmacological treatment of depression: a systematic review and evidence map. **Evidence Based Medicine**, [S.L.], v. 21, n. 6, p. 214-221, 11 nov. 2016. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/ebmed-2016-110522>.

FREIRE, Manoela Ávila *et al.* Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S.L.], v. 63, n. 4, p. 281-289, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000036>.

FREITAS, G. R. M. D.; LEITE, M. D. A. L.-.; CASTRO, M. S. D.; HEINECK, I. Main difficulties faced by pharmacists to exercise their clinical attributions in Brazil. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 7, n. 3, 2019.

FURUKAWA, Toshi A. *et al.* Optimal Dose of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, Venlafaxine, and Mirtazapine in Major Depression: a systematic review and dose-response meta-analysis. **Focus**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 211-219, abr. 2020. American Psychiatric Association Publishing. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.focus.18204>.

GABRIEL, Franciele Cordeiro *et al.* Pharmacological treatment of depression: a systematic review comparing clinical practice guideline recommendations. **Plos One**, [S.L.], v. 15, n. 4, p. 0231700, 21 abr. 2020. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0231700>.

GALATO, Dayani *et al.* A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, [S.L.], v. 44, n. 3, set. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-93322008000300017>.

GAYNES, Bradley N. *et al.* Identifying Difficult-to-Treat Depression. **The Journal Of Clinical Psychiatry**, [S.L.], v. 70, n. 6, p. 10-15, nov. 2009. Physicians Postgraduate Press, Inc. <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.8133su1c.02>.

GELENBERG, A. J. *et al.* PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With Major Depressive Disorder Third Edition WORK GROUP ON MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf>.

GILLANI, Syed Wasif *et al.* Role and Services of a Pharmacist in the Prevention of Medication Errors: a systematic review. **Current Drug Safety**, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 322-328, 30 nov. 2021. Bentham Science Publishers Ltd.. <http://dx.doi.org/10.2174/1574886315666201002124713>.

GOKCEKUS, Laika *et al.* Dispensing practice in the community pharmacies in the Turkish Republic of Northern Cyprus. **International Journal Of Clinical Pharmacy**, [S.L.], v. 34, n. 2, p. 312-324, 20 jan. 2012. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-011-9605-z>.

GOMES, Elisa Fraga *et al.* IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA E DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA APLICADA A PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS. 2013. 86 f. TCC (Graduação) - Curso de Farmácia, Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2013.

GORDON, Brett R. *et al.* Association of Efficacy of Resistance Exercise Training With Depressive Symptoms. **Jama Psychiatry**, [S.L.], v. 75, n. 6, p. 566, 1 jun. 2018. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0572>.

GROVER, Sandeep *et al.* Clinical Practice Guidelines for the management of Depression. **Indian Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 59, n. 5, p. 34, 2017. Medknow. <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5545.196973>.

GUIDI, Jenny *et al.* Sequential Combination of Pharmacotherapy and Psychotherapy in Major Depressive Disorder. **Jama Psychiatry**, [S.L.], v. 78, n. 3, p. 261, 1 mar. 2021. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3650>.

GUILLAUMIE, Laurence *et al.* Perspective of community pharmacists on their practice with patients who have an antidepressant drug treatment: findings from a focus group study. **Research In Social And Administrative Pharmacy**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 43-56, mar. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2014.07.180>.

HALL, F. Scott *et al.* Negative affective states and cognitive impairments in nicotine dependence. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, [S.L.], v. 58, p. 168-185, nov. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.06.004>.

HAMILTON, M. et al. A RATING SCALE FOR DEPRESSION. *Journal Of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 56-62, 1 fev. 1960. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>.

HAMMEN, Constance et al. Risk Factors for Depression: an autobiographical review. **Annual Review Of Clinical Psychology**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 1-28, 7 maio 2018. Annual Reviews. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811>.

HAUSBERG, Maria C *et al.* Enhancing medical students' communication skills: development and evaluation of an undergraduate training program. **Bmc Medical Education**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 1-2, 24 mar. 2012. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-12-16>.

HAWTON, Keith; LASCELLES, Karen; PITMAN, Alexandra; GILBERT, Steve; SILVERMAN, Morton. Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. **The Lancet Psychiatry**, [S.L.], v. 9, n. 11, p. 922-928, nov. 2022. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(22\)00232-2](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(22)00232-2).

HERBERT, Christina et al. Impact of a clinical pharmacist–managed clinic in primary care mental health integration at a Veterans Affairs health system. **Mental Health Clinician**, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 105-109, 1 maio 2018. College of Psychiatric and Neurologic Pharmacists (CPNP). <http://dx.doi.org/10.9740/mhc.2018.05.105>.

HERRMAN, Helen et al. Time for united action on depression: a lancet world psychiatric association commission. **The Lancet**, [S.L.], v. 399, n. 10328, p. 957-1022, mar. 2022. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02141-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02141-3).

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). University Of Washington. **Explore results from the 2019 Global Burden of Disease (GBD) study**. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/?params=gbd-api-2019-public/f900fb235d1b6ca2e87b8d5d0ddf017c>. Acesso em: 20 nov. 2022.

JIN, Hye Kyung *et al.* The effect of communication skills training on patient-pharmacist communication in pharmacy education: a meta-analysis. **Advances In Health Sciences Education**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 633-652, 16 set. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10459-017-9791-0>.

KAMAL, Lujain *et al.* Pharmacists' Experiences, Perceptions, and Attitudes towards Suicide and Suicide Prevention: a scoping review. **Pharmacy**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 25, 30 jan. 2023. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/pharmacy11010025>.

KAMUSHEVA, Maria et al. The Potential Role of the Pharmacist in Supporting Patients with Depression – A Literature-Based Point of View. **Integrated Pharmacy Research**

And Practice, [S.L.], v. 9, p. 49-63, fev. 2020. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.2147/iprp.s239672>.

KENNEDY, Sidney H. *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. **The Canadian Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 61, n. 9, p. 540-560, 11 ago. 2016. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0706743716659417>.

KESHAVARZ, H.; FITZPATRICK-LEWIS, D.; STREINER, D. L.; MAUREEN, R.; ALI, U.; SHANNON, H. S.; RAINA, P.. Screening for depression: a systematic review and meta-analysis. **Cmaj Open**, [S.L.], v. 1, n. 4, p. 159-167, 17 dez. 2013. CMA Joule Inc.. <http://dx.doi.org/10.9778/cmajo.20130030>.

KIM, Yong-Ku *et al.* The role of pro-inflammatory cytokines in neuroinflammation, neurogenesis and the neuroendocrine system in major depression. **Progress In Neuro-Psychopharmacology And Biological Psychiatry**, [S.L.], v. 64, p. 277-284, jan. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2015.06.008>.

KNAAK, Stephanie *et al.* Mental illness-related stigma in healthcare. **Healthcare Management Forum**, [S.L.], v. 30, n. 2, p. 111-116, 16 fev. 2017. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0840470416679413>.

KOLA, Lola *et al.* COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. **The Lancet Psychiatry**, [S.L.], v. 8, n. 6, p. 535-550, jun. 2021. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00025-0](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00025-0).

LARA, Diogo R. *et al.* Caffeine, Mental Health, and Psychiatric Disorders. **Journal Of Alzheimer'S Disease**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 239-248, 14 abr. 2010. IOS Press. <http://dx.doi.org/10.3233/jad-2010-1378>.

LASSALE, Camille *et al.* Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Molecular Psychiatry**, [S.L.], v. 24, n. 7, p. 965-986, 26 set. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41380-018-0237-8>.

LEIGH ANN ANDERSON. Drugs.Com. **Antidepressants and Alcohol Interactions**. Disponível em: <https://www.drugs.com/article/antidepressant-medications-alcohol.html>. Acesso em: 25 maio. 2023.

LUGER, Tana M. *et al.* How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. **Addictive Behaviors**, [S.L.], v. 39, n. 10, p. 1418-1429, out. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.011>.

LUPPA, Melanie; HEINRICH, Sven; ANGERMEYER, Matthias C.; KÖNIG, Hans-Helmut; RIEDEL-HELLER, Steffi G.. Cost-of-illness studies of depression. **Journal Of Affective Disorders**, [S.L.], v. 98, n. 1-2, p. 29-43, fev. 2007. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2006.07.017>.

LUPU, Ana M. *et al.* Comparison of Active-Learning Strategies for Motivational Interviewing Skills, Knowledge, and Confidence in First-Year Pharmacy Students. **American Journal Of Pharmaceutical Education**, [S.L.], v. 76, n. 2, p. 28, 12 mar. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.5688/ajpe76228>.

MALHI, Gin S. *et al.* The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: major depression summary. **Bipolar Disorders**, [S.L.], v. 22, n. 8, p. 788-804, dez. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/bdi.13035>.

MARASINE, Nirmal Raj *et al.* Factors Associated with Antidepressant Medication Non-adherence. *Turkish Journal Of Pharmaceutical Sciences*, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 242-249, 20 abr. 2021. Galenos Yayinevi. <http://dx.doi.org/10.4274/tjps.galenos.2020.49799>.

MARTINOTTI, Giovanni *et al.* Antidepressant Prescription for Major Depressive Disorder: results from a population-based study in Italy. **Current Neuropharmacology**, [S.L.], v. 20, n. 12, p. 2381-2392, dez. 2022. Bentham Science Publishers Ltd.. <http://dx.doi.org/10.2174/1570159x20666220222142310>.

MATZKE, Gary R. *et al.* Impact of a pharmacist–physician collaborative care model on patient outcomes and health services utilization. **American Journal Of Health-System Pharmacy**, [S.L.], v. 75, n. 14, p. 1039-1047, 15 jul. 2018. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.2146/ajhp170789>.

MAYER, Stefanie E. *et al.* Chronic stress, hair cortisol and depression: a prospective and longitudinal study of medical internship. **Psychoneuroendocrinology**, [S.L.], v. 92, p. 57-65, jun. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.03.020>.

MCCARRON, Robert M. *et al.* Depression. **Annals Of Internal Medicine**, [S.L.], v. 174, n. 5, 11 maio 2021. American College of Physicians. <http://dx.doi.org/10.7326/aitc202105180>.

Moreno RA, Moreno DH. “Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Åsberg (MADRS)”. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW (eds.). *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria*.

MORISKY, Donald E. *et al.* Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. **Medical Care**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 67-74, jan. 1986. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>.

NICE. **Depression in adults: treatment and management NICE guideline**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/resources/depression-in-adults-treatment-and-management-pdf-66143832307909>>.

Obreli-Neto PR, Baldoni AO, Guidoni CM, Bergamini D, Hernandez KC, Luz RT, *et al.* Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Rev Bras Farm*. 2012; 93(4):403-10

OLFSON, Mark et al. Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. **Jama Psychiatry**, [S.L.], v. 72, n. 12, p. 1172, 1 dez. 2015. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1737>.

OMS: World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>. Acesso em: 19 maio 2023.

OPIE, R.s. *et al.* Dietary recommendations for the prevention of depression. **Nutritional Neuroscience**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 161-171, 2 mar. 2016. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1179/1476830515y.0000000043>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da Saúde em Atenção Primária. Transtornos Mentais e Comportamentais. Departamento de Saúde Mental. Genebra, [s.n.], 2000.

POPE, C. List of MAO inhibitors + Uses & Side Effects, abr. 2023. Disponível em: <https://www.drugs.com/drug-class/monoamine-oxidase-inhibitors.html>. Acesso em: 21 maio. 2023.

POSSAMAI FP, Dacoreggio MdS. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2007;5:473-90

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS (PMF). **Relação Municipal de Medicamentos (REMUME)**. Florianópolis, 2021. Disponível em: file:///Users/amandaborba/Downloads/25_06_2021_14.06.04.643c4e56d6629a8dbd90f1add99ccbc1.pdf. Acesso em: 15 maio 2023.

Ramalhindo IMP. Adesão à terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva: contributo para o seu estudo [dissertação]. Lisboa: **Universidade Nova de Lisboa, Lisboa**; 1994.

READDEAN, Kevin C. *et al.* Effect of pharmacist intervention on improving antidepressant medication adherence and depression symptomology: a systematic review and meta-analysis. **Research In Social And Administrative Pharmacy**, [S.L.], v. 14, n. 4, p. 321-331, abr. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.05.008>.

REINO UNIDO. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. . **Depression in adults: treatment and management**. [S. L.]: NICE, 2022. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>. Acesso em: 10 set. 2022.

RIBEIRO, Ângela et al. Depression and psychodynamic psychotherapy. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 40, n. 1, p. 105-109, 12 jun. 2017. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2107>.

RUBIO-VALERA, Maria et al. New Roles for Pharmacists in Community Mental Health Care: a narrative review. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 11, n. 10, p. 10967-10990, 21 out. 2014. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph111010967>.

SCALCO, Mônica Z *et al.* Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 55-63, abr. 2002. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462002000500011>.

SCHEERDER, Gert *et al.* Pharmacists' Role in Depression Care: a survey of attitudes, current practices, and barriers. **Psychiatric Services**, [S. L.], v. 59, n. 10, p. 1155-1161, out. 2008.

SCHUCH, Felipe B. *et al.* Exercise improves physical and psychological quality of life in people with depression: a meta-analysis including the evaluation of control group response. **Psychiatry Research**, [S.L.], v. 241, p. 47-54, jul. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.054>.

SHAMI, Rula *et al.* The role of community pharmacists in depression management: a survey of attitudes, practices and perceived barriers. **International Journal Of Clinical Pharmacy**, [S.L.], v. 44, n. 1, p. 214-226, 18 out. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-021-01337-9>.

SHEA, S *et al.* Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. **American Journal Of Public Health**, [S.L.], v. 82, n. 12, p. 1607-1612, dez. 1992. American Public Health Association. <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.82.12.1607>.

SILVA, J. J. F. e; COSTA, R. S. da . Integrative and complementary practices in the treatment of depression: integrative review. **Research, Society and Development**, [S. I.], v. 10, n. 16, p. e168101623595, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i16.23595. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23595>. Acesso em: 15 out. 2022.

SOLIMAN, Moetaza *et al.* Pharmaceutical Care in Depression: a survey of stigma, confidence, attitudes, and barriers. **Risk Management And Healthcare Policy**, [S.L.], v. 13, p. 2611-2620, nov. 2020. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.2147/rmhp.s273365>.

SULLIVAN, Lynn E. *et al.* The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. **The American Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 118, n. 4, p. 330-341, abr. 2005. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.01.007>.

TALAMINI, Lucia M *et al.* Sleep as a window to treat affective disorders. **Current Opinion In Behavioral Sciences**, [S.L.], v. 33, p. 99-108, jun. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cobeha.2020.02.002>.

THORNICROFT, Graham *et al.* Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. **British Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 210, n. 2, p. 119-

124, fev. 2017. Royal College of Psychiatrists. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>.

TREUR, Jorien L. *et al.* Using Mendelian randomization analysis to better understand the relationship between mental health and substance use: a systematic review. **Psychological Medicine**, [S.L.], v. 51, n. 10, p. 1593-1624, 25 maio 2021. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s003329172100180x>.

TSUYUKI, Ross T. *et al.* Pharmacists as accessible primary health care providers: review of the evidence. **Canadian Pharmacists Journal / Revue Des Pharmaciens Du Canada**, [S.L.], v. 151, n. 1, p. 4-5, jan. 2018. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1715163517745517>.

VAN SERVELLEN, G.; HEISE, B. A.; ELLIS, R. Factors associated with antidepressant medication adherence and adherence-enhancement programmes: a systematic literature review. **Mental health in family medicine**, v. 8, n. 4, p. 255–71, 2011.

VOLKOW, Nora D. *et al.* The reality of comorbidity: depression and drug abuse. **Biological Psychiatry**, [S.L.], v. 56, n. 10, p. 714-717, nov. 2004. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.07.007>.

VOS, Theo *et al.* Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. **The Lancet**, [S.L.], v. 396, n. 10258, p. 1204-1222, out. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30925-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30925-9).

WAINBERG, Milton L. *et al.* Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a research-to-practice perspective. **Current Psychiatry Reports**, [S.L.], v. 19, n. 5, 19 abr. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-017-0780-z>.

WALLMAN, Andy *et al.* Communications Training in Pharmacy Education, 1995-2010. *American Journal Of Pharmaceutical Education*, [S.L.], v. 77, n. 2, p. 36, 12 mar. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.5688/ajpe77236>.

WANG RZ, *et al.* Serotonin syndrome: Preventing, recognizing, and treating it. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2016; 83(11), 810-817.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Suíça). **ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision**. 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/en>. Acesso em: 26 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Suíça). **Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact**. Geneva: World Health Organization, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Suíça). **Mental health atlas 2020**. Geneva: World Health Organization, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Suíça). **The global burden of disease: 2004 update**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Suíça). **The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment.** Geneva: World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Suíça). **World mental health report: transforming mental health for all.** Geneva: World Health Organization (WHO), 2022.

World Health Organization (WHO). (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. **World Health Organization.** Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>. Acesso em: 19 maio 2023.

YUAN, Ziqi *et al.* Application of antidepressants in depression: a systematic review and meta-analysis. **Journal Of Clinical Neuroscience**, [S.L.], v. 80, p. 169-181, out. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocn.2020.08.013>.

ZALSMAN, Gil *et al.* Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. **The Lancet Psychiatry**, [S.L.], v. 3, n. 7, p. 646-659, jul. 2016. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30030-x](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30030-x).

ZHDANAVA, Maryia *et al.* Prevalence of Pre-existing Conditions Relevant for Adverse Events and Potential Drug–Drug Interactions Associated with Augmentation Therapies Among Patients with Treatment-Resistant Depression. **Advances In Therapy**, [S.L.], v. 38, n. 9, p. 4900-4916, 9 ago. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s12325-021-01862-z>.

APÊNDICE A – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Guia de Cuidado Farmacêutico para atendimento de pacientes em tratamento de ansiedade e depressão.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Desenvolvimento de um Guia de Cuidado Farmacêutico para atendimento de pacientes em tratamento de ansiedade e depressão”. A pesquisa está relacionada ao desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) das acadêmicas do curso de graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) Amanda Silva de Borba e Maria Eduarda Sandin Milani Schutz sob orientação da docente Prof.(a) Dra. Marina Raijche Mattozo Rover. Antes de decidir se participará, é importante que você entenda porque o estudo está sendo feito e o que ele envolverá. Reserve um tempo para ler cuidadosamente as informações a seguir e faça perguntas se algo não estiver claro ou se quiser mais informações. Não tenha pressa de decidir se deseja ou não participar desta pesquisa.

Local da pesquisa:

A pesquisa será realizada de maneira online através de um formulário google que será enviado por e-mail, sob coordenação de pesquisa de Prof.(a) Dra. Marina Raijche Mattozo Rover.

Resolução:

O estudo se ampara na resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, sob o número 66749223.6.0000.0121. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à UFSC, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Objetivo:

Essa pesquisa tem como objetivo levantar e analisar as principais dificuldades do profissional farmacêutico ao atender pacientes com ansiedade e depressão e elencar as informações mais relevantes para desenvolver um modelo de Guia de Cuidado Farmacêutico para auxiliar no atendimento de pacientes em tratamento da ansiedade e depressão.

Procedimentos:

Para a coleta de dados serão realizadas algumas perguntas via formulário google. O tempo estimado para o preenchimento do formulário é entre 5 a 10 minutos. As informações coletadas serão armazenadas pela pesquisadora principal da pesquisa durante 5 anos, garantindo o sigilo e anonimato dos respondentes.

Riscos e desconfortos:

Os riscos relacionados são mínimos, porém há a possibilidade remota de quebra de sigilo involuntária e não intencional e a fadiga devido a demanda de tempo destinado ao preenchimento do formulário.

Minimização de riscos e/ou desconfortos:

Para minimização dos riscos de quebra de sigilo involuntária e não intencional, apenas os pesquisadores terão acesso aos dados do projeto e as respostas permanecerão anonimizadas. E para a minimização do risco de fadiga devido ao tempo destinado ao preenchimento do formulário, foi elaborado um questionário curto e que, ao ser respondido de maneira online, poderá ser preenchido no momento em que o participante achar mais conveniente dentro dos dias em que o formulário permanecerá aberto e a coleta dos dados vigente.

Benefícios:

Os benefícios aos participantes são indiretos, por meio do entendimento da demanda dos farmacêuticos no cuidado de pacientes em tratamento da ansiedade e depressão é possível desenvolver um Guia de Cuidado que irá auxiliá-los durante o atendimento desses pacientes.

Acompanhamento e assistência:

Todos os dados obtidos serão utilizados com finalidades científicas e a hipótese a ser testada é, de que, há dúvidas e/ou dificuldades entre os farmacêuticos no cuidado a pacientes em tratamento de ansiedade e/ou depressão. Sua colaboração é importante para a compreensão da situação do cuidado farmacêutico e suas demandas durante o atendimento. Asseguramos ainda o seu direito de assistência integral gratuita decorrente de danos diretos ou indiretos de sua participação, pelo tempo que for necessário.

Voluntariedade/direito à desistência:

A participação nesta pesquisa é voluntária, conforme seu desejo e sua autorização. Garantimos o seu direito e liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento e fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Custos, compensação financeira e ressarcimento:

Você não terá despesas e não será remunerado por participar da pesquisa. Se houver necessidade, está garantido o ressarcimento das despesas decorrentes de sua participação, ainda que não previstas inicialmente.

Direito à indenização:

Diante de eventuais danos, está assegurado o seu direito a solicitar indenizações que forem, comprovadamente, causadas pela pesquisa.

Privacidade, sigilo e confidencialidade:

Garantimos a manutenção do anonimato e da privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa, sendo a pesquisadora principal, Prof.(a) Dra. Marina Raijche Mattozo Rover, responsável pela guarda dos dados coletados.

Informações para contato com pesquisador responsável:

Caso tenha alguma dúvida, poderá entrar em contato com a pesquisadora principal Prof.(a) Dra. Marina Raijche Mattozo Rover pelo e-mail marina.rover@ufsc.br e/ou pelo telefone (48) 3721-4455 ou com as acadêmicas Amanda Silva de Borba e Maria Eduarda Sandin Milani, pelo e-mail tcc.amanda.maria@gmail.com e/ou pelos telefones (48) 99839-4371 ou (48) 99172-5363. Endereço: Departamento de Ciências da Saúde da UFSC, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, s/nº. Trindade – Florianópolis – SC, CEP: 88040-900.

Informações sobre CEPESH e formas de contato:

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o CEPESH-UFSC: Prédio Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Telefone: (48) 3721-6094.

Rubrica, assinatura e número de vias:

Em caso de assinatura à mão, o RCLE deverá ser rubricado em todas as páginas e o documento deverá ser assinado em duas vias, escaneado e enviado por e-mail para as pesquisadoras. Uma das vias do documento fica com a pesquisadora principal e a outra via será assinada pela mesma e reencaminhada aos participantes da pesquisa. O documento também poderá ser assinado por meio digital, via plataformas certificadas como o “Assin@UFSC” e plataforma “gov.br.” e o participante terá acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado.

Li e concordo em participar da pesquisa.

_____, ____ de _____ de _____.

Nome do participante: _____ Ass. Participante

Ass. Pesquisadora Prof.(a) Dra. Marina Raijche Mattozo
Rover: _____

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DA ETAPA DE LEVANTAMENTO DE DADOS COM FARMACÊUTICOS

QUESTIONÁRIO DIRECIONADO APENAS A PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS.

Esse questionário tem como objetivo levantar dados sobre as dificuldades que os profissionais farmacêuticos enfrentam ao atender pacientes em tratamento de ansiedade e depressão. Bem como, elencar as informações mais relevantes que serão utilizadas no desenvolvimento de um Guia de Cuidado Farmacêutico para atendimento desses pacientes.

A pesquisa está relacionada ao desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) das acadêmicas do curso de graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) Amanda Silva de Borba e Maria Eduarda Sandin Milani Schutz sob orientação da docente Prof.(a) Dra. Marina Raijche Mattozo Rover. Todos os dados obtidos serão utilizados com finalidades científicas e a hipótese a ser testada é, de que, há dúvidas e/ou dificuldades entre os farmacêuticos no cuidado a pacientes em tratamento de ansiedade e/ou depressão. O estudo se ampara na resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, sob o número 66749223.6.0000.0121.

Caso tenha alguma dúvida, você pode entrar em contato com:

Prof.(a) Dra. Marina Raijche Mattozo Rover: marina.rover@ufsc.br e/ou (48) 3721-4455

Alunas Amanda Silva de Borba e Maria Eduarda S. M Schütz:

tcc.amanda.maria@gmail.com e/ou (48) 991725363

Endereço: Departamento de Ciências da Saúde da UFSC, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, s/nº. Trindade – Florianópolis – SC, CEP: 88040-900.

Antes de responder ao questionário não esqueça de baixar, preencher e assinar o RCLE! Depois nos envie por e-mail: tcc.amanda.maria@gmail.com

O * Indica uma pergunta obrigatória

Por gentileza, preencha abaixo com seus dados pessoais.

1.Qual a sua idade?*

2. Qual sua área de atuação atual? *

3. Possui alguma experiência prévia com atendimento de pacientes? *

- Sim
- Não

4. Trabalha atualmente no atendimento de pacientes? *

- Sim
- Não

5. Caso não, há quanto tempo deixou de atender pacientes?

6. Qual o tempo de experiência (em anos) em atendimento de pacientes? *

As seguintes informações foram sugeridas como possibilidades para compor o Guia de Cuidado Farmacêutico. Você deve julgar cada informação conforme relevância de acordo com sua experiência profissional.

A cada sugestão dada considere: "é relevante constar esta informação em um Guia de Cuidado Farmacêutico que auxilia no atendimento de pacientes em tratamento da ansiedade e depressão"? E responda quão relevante é conforme seu julgamento e experiência profissional.

7. Lista de literaturas básicas atualizadas sobre ansiedade e depressão. *

- Sem relevância
- Pouca relevância
- Razoavelmente relevante
- Relevante
- Muito relevante

8. Como avaliar a adesão ao tratamento. *

- Sem relevância
- Pouca relevância
- Razoavelmente relevante
- Relevante
- Muito relevante

9. Como avaliar a efetividade do tratamento. *

- Sem relevância

- Pouca relevância
- Razoavelmente relevante
- Relevante
- Muito relevante

10. Como avaliar a segurança do tratamento. *

- Sem relevância
- Pouca relevância
- Razoavelmente relevante
- Relevante
- Muito relevante

11. Principais interações medicamentosas com outros fármacos por classe de medicamentos. *

- Sem relevância
- Pouca relevância
- Razoavelmente relevante
- Relevante
- Muito relevante

12. Principais interações medicamentosas com alimentos por classe de medicamentos. *

- Sem relevância
- Pouca relevância
- Razoavelmente relevante
- Relevante
- Muito relevante

13. Principais interações medicamentosas com drogas de abuso por classe de medicamentos. *

- Sem relevância
- Pouca relevância
- Razoavelmente relevante
- Relevante
- Muito relevante

14. Principais interações medicamentosas com chás por classe de medicamentos. *

- Sem relevância

- Pouca relevância
- Razoavelmente relevante
- Relevante
- Muito relevante

15. Principais eventos adversos por classe de medicamentos. *

- Sem relevância
- Pouca relevância
- Razoavelmente relevante
- Relevante
- Muito relevante

16. Manejo dos eventos adversos. *

- Sem relevância
- Pouca relevância
- Razoavelmente relevante
- Relevante
- Muito relevante

17. Lista com principais Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs) com posologia e indicações para tratamento da ansiedade. * - Pergunta exclusiva para o guia de ansiedade.

- Sem relevância
- Pouca relevância
- Razoavelmente relevante
- Relevante
- Muito relevante

18. Lista de medicamentos que podem induzir ou piorar os sintomas de depressão e ansiedade. *

- Sem relevância
- Pouca relevância
- Razoavelmente relevante
- Relevante
- Muito relevante

19. Tratamentos não farmacológicos. *

- Sem relevância
- Pouca relevância

- Razoavelmente relevante
- Relevante
- Muito relevante

20. Lista de associações e grupos de apoio. *

- Sem relevância
- Pouca relevância
- Razoavelmente relevante
- Relevante
- Muito relevante

21. Sinais de alerta que indicam que o paciente necessita de encaminhamento ao médico especialista.*

- Sem relevância
- Pouca relevância
- Razoavelmente relevante
- Relevante
- Muito relevante

22. Existem outras informações que você considere relevantes para constar no Guia de Cuidado Farmacêutico para atendimento de pacientes em tratamento de ansiedade e depressão?

23. Quais as suas maiores dificuldades ao atender um paciente em tratamento de ansiedade e depressão?

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DA ETAPA DE LEVANTAMENTO DE DADOS COM FARMACÊUTICOS

Validação do modelo de Guia de Cuidado Farmacêutico para atendimento de pacientes em tratamento de depressão e ansiedade. Esse questionário tem como objetivo validar os modelos de Guia de Cuidado Farmacêutico desenvolvido pelas acadêmicas do curso de graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) Amanda Silva de Borba e Maria Eduarda Sandin Milani Schutz sob orientação da docente Prof.(a) Dra. Marina Raijche Mattozo Rover. O estudo se ampara na resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, sob o número 66749223.6.0000.0121. Foram desenvolvidos dois modelos de Guia de Cuidado Farmacêutico, um deles para o atendimento de pacientes em tratamento da depressão e outro para para atendimento de pacientes em tratamento da ansiedade. Gostaríamos da sua ajuda farmacêutico(a) para validar nosso trabalho através deste formulário. Caso tenha alguma dúvida, você pode entrar em contato com: Prof.(a) Dra. Marina Raijche Mattozo Rover: marina.rover@ufsc.br e/ou (48) 3721-4455 Alunas Amanda Silva de Borba e Maria Eduarda S. M Schütz: tcc.amanda.maria@gmail.com e/ou (48) 991725363 Endereço: Departamento de Ciências da Saúde da UFSC, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, s/nº. Trindade – Florianópolis – SC, CEP: 88040-900.

* Indica uma pergunta obrigatória

Por gentileza, preencha abaixo as seguintes questões.

1.Qual o tempo de experiência (em anos) em atendimento de pacientes? *

2. Em quais âmbitos você já atuou atendendo pacientes? (Selecione todos em que já atuou). *

- Farmácia Pública
- Farmácia Comercial
- Farmácia Hospitalar
- Outro: _____

Após ler o modelo de Guia desenvolvido, atribua uma nota de 0 à 5 avaliando a clareza, objetividade e utilidade das informações de cada capítulo.

Você confirma que leu atentamente ao modelo de Guia de Cuidado farmacêutico para atendimento de pacientes em tratamento da ansiedade antes de responder as perguntas?*

- Eu confirmo.

Capítulo 1 - Tratamento da depressão *

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Capítulo 2 - Efetividade do tratamento *

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Capítulo 3 - Adesão ao tratamento *

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Capítulo 4 - Segurança do tratamento *

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Capítulo 5 - Comunicação com o paciente *

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Atribua uma nota final para o material completo *

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Caso conclua que em algum capítulo não há clareza, objetividade e/ou utilidade, sinalize abaixo e deixe sua sugestão de melhoria.

**APÊNDICE D - GUIA DE CUIDADO FARMACÊUTICO PARA
ATENDIMENTO DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE DEPRESSÃO**



**GUIA DE CUIDADO
FARMACÊUTICO**



**PARA ATENDIMENTO DE
PACIENTES EM TRATAMENTO DE
DEPRESSÃO**

JUNHO DE 2023

Material desenvolvido por Amanda Silva de Borba, graduanda do curso de Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina sob orientação da Prof.(a) Dra. Marina Raijche Mattozo Rover

Material na íntegra anexado abaixo.



GUIA DE CUIDADO FARMACÊUTICO



PARA ATENDIMENTO DE
PACIENTES EM TRATAMENTO DE

DEPRESSÃO

JUNHO DE 2023

Material desenvolvido por Amanda Silva de Borba, graduanda do curso de Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina sob orientação da Prof.(a) Dra. Marina Raijche Mattozo Rover

SUMÁRIO

Introdução	03
Lista de Abreviaturas e Siglas	03
1. Tratamento da depressão	04
Medidas não farmacológicas.....	04
Medidas farmacológicas	09
2. Efetividade do tratamento	10
Fatores que afetam a efetividade	08
Avaliação da efetividade	08
3. Adesão ao tratamento	13
Fatores que afetam a adesão	13
Avaliação da adesão	15
Estratégias para melhorar a adesão	17
4. Segurança do tratamento	18
Ideação suicida	18
Populações especiais	19
Principais interações dos ISRSs	20
Principais interações IRSNs	21
Principais interações IMAOs	22
Principais interações dos ADTs	23
Medicamentos/substâncias que podem induzir ou piorar os sintomas depressivos	24
Possíveis manejos para algumas reações adversas.....	25
5. Comunicação com o paciente	26
Estratégias de comunicação efetiva	26
Redes de atenção, associações e grupos de apoio	27
Lista de literaturas recomendadas.....	28

INTRODUÇÃO

O transtorno depressivo é uma condição de saúde mental que pode afetar profundamente a qualidade de vida de uma pessoa. É uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo e pode ser tratada com sucesso por meio de intervenções farmacológicas e não farmacológicas.

O papel do farmacêutico é de extrema importância no contexto do cuidado farmacêutico, desempenhando um papel crucial na orientação sobre o uso adequado dos medicamentos, visando o sucesso terapêutico e a prevenção de problemas relacionados à farmacoterapia.

O objetivo deste guia é fornecer aos farmacêuticos uma ferramenta prática, rápida e de fácil acesso para auxiliá-los no atendimento de pacientes em tratamento do transtorno depressivo, além de fornecer informações e recursos relevantes para o cuidado farmacêutico nessa área.

É fundamental destacar que cada paciente é único e pode apresentar necessidades específicas que requerem um estudo mais aprofundado e personalizado. Este guia serve como uma fonte de referência para esclarecer dúvidas gerais que possam surgir durante o atendimento, mas é importante que outras fontes de informação sejam consultadas para um cuidado completo e individualizado.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADT	Antidepressivo tricíclico
EA	Evento adverso
HAM-D	Escala de Depressão de Hamilton
IM	Interação medicamentosa
IMAO	Inibidores da monoaminoxidase
IRSN	Inibidor da recaptção de serotonina e noradrenalina
ISRS	Inibidor seletivo da recaptção de serotonina
MADRS	Escala de Avaliação da Depressão de Montgomery-Åsberg
MAO	Monoaminoxidase
MAT	Teste de Medida de Adesão ao Tratamento
OMS	Organização Mundial da Saúde
RA	Reação Adversa
SNC	Sistema Nervoso Central
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
TIP	Terapia interpessoal
VBRT	Terapia de reabilitação vestibular e de equilíbrio

Existem dois componentes importantes no tratamento do transtorno depressivo que combinados são mais efetivos do que isoladamente: ^{1,2}

PSICOTERAPIA



A psicoterapia desempenha um papel crucial no tratamento. É efetiva na redução dos sintomas e na prevenção de recaídas, demonstrando efeitos positivos a curto e longo prazo. E existem diferentes abordagens terapêuticas, dentre elas: ³

- **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Terapia Interpessoal (TIP), Terapia Psicodinâmica e Terapia de Resolução de Problemas.**

É importante destacar que a escolha da terapia dependerá das necessidades e preferências individuais, bem como da avaliação clínica realizada pelo profissional de saúde mental. Além disso, diferentes abordagens terapêuticas podem ser combinadas ou adaptadas para atender às necessidades específicas de cada pessoa. ⁴

FARMACOTERAPIA



Atualmente há uma variedade de medicamentos antidepressivos. Eles são classificados em diferentes tipos, dependendo de sua estrutura e mecanismo de ação. ⁵

Neste guia iremos abordar mais detalhadamente as seguintes classes:

- Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS);
- Inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina (IRSN);
- Antidepressivos tricíclicos (ADTs);
- Inibidores da monoamina oxidase (IMAOs);
- Antidepressivos atípicos.

A seleção inicial de um medicamento antidepressivo baseia-se em grande parte na tolerabilidade, segurança e custo do medicamento, bem como a preferência do paciente, história de tratamento medicamentoso prévio, outras condições de saúde e gravidade dos sintomas. ^{6,7}

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Além da psicoterapia, outras medidas não farmacológicas podem ser orientadas ao paciente para complementar o tratamento.

Além de trazerem uma abordagem multidimensional, visto a complexidade do transtorno depressivo, auxiliam até que o medicamento resulte em benefícios, e potencializam os resultados, pois os medicamentos nem sempre proporcionam melhora completa dos sintomas. Além disso, elas proporcionam efeitos positivos no bem-estar geral, no empoderamento e no controle do próprio tratamento, reduzindo o risco de recorrência do transtorno depressivo. ^{8,9}

TRATAMENTO

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Psicoterapia:

- **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC):** Foca na identificação e modificação de padrões de pensamentos negativos e comportamentos desadaptativos. Ajuda os pacientes a desenvolver habilidades de enfrentamento saudáveis e adotar novas perspectivas.^{3,9}
- **Terapia Interpessoal (TIP):** Concentra-se nos relacionamentos interpessoais e na resolução de problemas sociais. Ajuda os pacientes a melhorar a comunicação, resolver conflitos e construir relacionamentos mais saudáveis.^{3,9}
- **Terapia Psicodinâmica:** Explora influências inconscientes e processos internos que contribuem para o transtorno depressivo. Busca compreender conflitos emocionais não resolvidos, traumas passados e padrões de relacionamento disfuncionais.^{3,9}
- **Terapia de Resolução de Problemas:** Enfatiza a identificação e a resolução de problemas específicos que contribuem para o transtorno depressivo. Envolve a definição clara do problema, geração de soluções alternativas e implementação de estratégias para lidar com os desafios.^{3,9}

Medidas de autocuidado:

Exercício físico: A prática de exercícios têm demonstrado efeitos positivos na redução dos sintomas do transtorno depressivo. A atividade física libera endorfinas, que são neurotransmissores relacionados ao bem estar e humor.^{10, 11}

- Recomenda-se que os pacientes pratiquem exercícios de intensidade moderada a alta, como caminhada rápida, corrida, natação, ciclismo ou treinamento de resistência, pelo menos 3 vezes por semana, por 30 a 60 minutos por sessão.

Alimentação saudável: Uma alimentação equilibrada e com nutrientes como ômega-3, vitaminas do complexo B, triptofano e magnésio pode contribuir para o bem-estar geral. Ex.: Atum, nozes, castanhas, ovo, leite e derivados, banana, leguminosas, etc.^{12, 13}

Sono adequado: Estabelecer uma rotina de sono regular, criar um ambiente propício para o descanso, evitar estimulantes antes de dormir e adotar técnicas de relaxamento podem ajudar a melhorar a qualidade do sono e tem um impacto significativo no estado de humor e na saúde mental.¹⁴

Educação do paciente e envolvimento familiar:

Informar o paciente sobre o transtorno depressivo, seus sintomas e opções de tratamento, bem como envolver a família e os cuidadores no processo de tratamento, pode melhorar os resultados.^{6,9}

Evite o consumo de álcool. Além de piorar os sintomas depressivos, muitos dos medicamentos tomados interagem com o álcool, tornando-se uma combinação perigosa.^{8, 15}

Evite a cafeína. Pode aumentar a ansiedade e interferir na qualidade do sono. Reduzir a ingestão de cafeína pode ser benéfico para pacientes com depressão.^{8, 16}

Não fume. A nicotina pode afetar negativamente a saúde mental e o tabagismo está associado a um maior risco de depressão.^{8, 17}

Não use drogas: Podem agravar os sintomas depressivos e desequilibrar o humor. Além disso, o uso de drogas pode interferir na efetividade do tratamento.^{6, 8}

*Oriente o paciente a procurar ajuda caso ele faça uso de alguma substância que gere dependência. Você pode orientá-los a procurar o CAPS, conforme página 27.

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

Forneceremos uma visão geral das classe, mas é importante lembrar que, mesmo dentro de uma mesma classe, os medicamentos possuem particularidades. Muitos diferem no metabolismo, no tempo de meia-vida, na seletividade do receptor, na potência, nas reações adversas e na extensão em que interagem com outros medicamentos.^{7, 8}

As orientações para não abandonar o tratamento sem o conhecimento do médico são muito importantes, visto que, a interrupção abrupta do tratamento pode levar a uma recaída do transtorno depressivo, sintomas de abstinência e efeito rebote.⁹

É fundamental manter uma comunicação aberta com o médico responsável pelo tratamento. Se houver preocupações, dúvidas ou reações adversas intoleráveis, é importante discuti-los com o médico para que medidas apropriadas, como ajuste de dose, troca do medicamento ou, se necessário, a interrupção gradual possam ser tomadas.⁷

O tratamento farmacológico do transtorno depressivo pode ser dividido em 3 fases:

1. Fase aguda - Reduzir os sintomas do transtorno depressivo:⁶

- Iniciar o tratamento com um antidepressivo de primeira linha (preferencialmente ISRS ou IRSN).
- Monitorar a resposta do paciente ao tratamento, com avaliação regular dos sintomas e reações adversas.
- Realizar ajustes de dose e considerar a troca de antidepressivo se não houver melhora significativa após 6 a 12 semanas de tratamento adequado.

2. Estabilização - Prevenir recaídas:⁶

- Continuar o tratamento com o antidepressivo por pelo menos 4-9 meses após a remissão dos sintomas.
- Durante essa fase, a dose pode ser ajustada para manter a resposta terapêutica e minimizar as reações adversas.
- Discutir com o paciente os benefícios entre manter o tratamento a longo prazo e o risco de recorrência do transtorno depressivo após a interrupção do medicamento.

3. Manutenção - Manter a remissão a longo prazo:⁶

- Considerar a continuação do tratamento com antidepressivos além de 4-9 meses em pacientes com história de episódios depressivos recorrentes, episódios graves, crônicos ou com alto risco de recorrência.
- Avaliar regularmente o benefício do tratamento em relação aos riscos e reações adversas.
- Discutir com o paciente sobre a possibilidade de reduzir ou interromper o tratamento após um período de remissão sustentada, avaliando os riscos e benefícios individuais.

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

Principais categorias de antidepressivos e seus mecanismo de ação:

ISRSs

e

IRSNs

Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) e os inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina (IRSNs), são considerados tratamento de primeira linha para o transtorno depressivo, porque apresentam eficácia clínica comprovada e têm perfil de segurança favorável em comparação a outros antidepressivos.^{6, 7, 8, 9}

ISRSs

Mecanismo de ação: Atuam bloqueando seletivamente o transportador de serotonina pré-sináptico, impedindo assim a recaptação da serotonina e aumentando a disponibilidade na fenda sináptica. Com isso, a ligação da serotonina nos receptores pós-sinápticos é prolongada, o que resulta em melhora dos sintomas de depressão e outros transtornos relacionados.^{18, 19, 20, 21, 22}

IRSNs

Mecanismo de ação: Agem inibindo a recaptação de serotonina e noradrenalina pelos neurônios pré-sinápticos, aumentando a concentração desses neurotransmissores na fenda sináptica, sua disponibilidade aos receptores pós-sinápticos e, assim, modulando a transmissão neuronal.^{23, 24, 25}

ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS (ADT'S)

Estão entre os primeiros antidepressivos desenvolvidos. São eficazes, mas menos utilizados que outras classes devido as reações adversas. Podem ser uma boa opção em determinadas situações, como inefetividade de outros tratamentos.⁸

Mecanismo de ação: Atuam principalmente inibindo a recaptação dos neurotransmissores serotonina e noradrenalina. Eles bloqueiam os transportadores e, assim, aumentam da atividade dos neurotransmissores, que estão envolvidos na regulação do humor, emoções e outros processos cognitivos.^{26, 27, 28, 29}

Além disso, os ADTs também podem ter afinidade por outros receptores, como colinérgicos, histaminérgicos e alfa-adrenérgicos. Estes aspectos podem contribuir para os efeitos terapêuticos e reações adversas associadas.^{26, 27, 28, 29}



Mais informações sobre o tratamento como contraindicações e interações são encontradas no capítulo "Segurança do Tratamento".

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

IMAOs

Os IMAOs normalmente são usados apenas quando outros antidepressivos se mostraram ineficazes, porque tendem a ter mais efeitos adversos, apresentam um risco maior de interações medicamentosas e também podem interagir com certos tipos de alimentos, como queijos envelhecidos e carnes curadas.^{8, 30}

Mecanismo de ação: Inibem a enzima monoamina oxidase (MAO). Ao inibir a MAO, impedem a degradação destes neurotransmissores, aumentando a disponibilidade na fenda sináptica e interação com os neurônios pós-sinápticos.^{31, 32}

ANTIDEPRESSIVOS ATÍPICOS

Os antidepressivos atípicos são uma categoria de medicamentos antidepressivos que apresentam mecanismo de ação distintos das demais. Apresentaremos a seguir o mecanismo de ação dos aprovados pela Anvisa para o tratamento do transtorno depressivo.

Mecanismo de ação:

- **Bupropiona:** Atua principalmente como um inibidor da recaptação de noradrenalina e dopamina.³³
- **Mirtazapina:** Funciona aumentando a disponibilidade de noradrenalina e serotonina por meio do bloqueio dos receptores alfa-2 adrenérgicos e dos receptores de serotonina.³⁴
- **Trazodona:** Tem uma ação multifacetada, atuando como um inibidor da recaptação de serotonina, além de possuir propriedades anti-histamínicas e antagonistas dos receptores alfa-1 adrenérgicos.³⁵
- **Vilazodona:** Age como um inibidor seletivo da recaptação de serotonina e um agonista parcial dos receptores de serotonina.³⁶
- **Vortioxetina:** Atua como um inibidor da recaptação de serotonina e como um agonista parcial dos receptores de serotonina, além de modular outros sistemas de neurotransmissores.³⁷



Mais informações sobre o tratamento como contraindicações e interações são encontradas no capítulo "Segurança do Tratamento".

TRATAMENTO

O quadro abaixo traz um resumo dos antidepressivos aprovados pela Anvisa para tratamento do transtorno depressivo separados por categoria com sua dose usual e efeitos adversos mais comuns.

Antidepressivo	Dose usual (mg/dia)	Reações adversas mais comuns
ISRSs <ul style="list-style-type: none">• Fluoxetina• Sertralina• Paroxetina• Citalopram• Escitalopram	20 - 80 50 - 200 20 - 60 20 - 40 10 - 20	Ansiedade, desconforto gastrointestinal (como <u>constipação</u> , <u>diarréia</u> ou <u>náusea</u>), distúrbios do sono (insônia ou sonolência), perda substancial de peso, disfunção sexual (redução do desejo ou <u>disfunção erétil</u>), dor de cabeça, <u>visão embaçada</u> , <u>tontura</u> , <u>boca seca</u> .
IRSN <ul style="list-style-type: none">• Venlafaxina• Duloxetina• Desvenlafaxina	75 - 300 20 - 60 50 - 200	Tontura, boca seca, distúrbios do sono (insônia ou sonolência), disfunção sexual (como redução do desejo ou <u>disfunção erétil</u>), desconforto gastrointestinal (como constipação, diarreia ou náusea), dor de cabeça, ondas de calor.
ADTs <ul style="list-style-type: none">• Amitriptilina• Imipramina• Clomipramina• Nortriptilina	75 - 150 150 - 200 100 - 250 75 - 150	Inquietação, confusão, delírio, alucinações, ansiedade, agitação, mania, hipomania, distúrbios da libido, distúrbios do sono, desorientação, tremor, <u>tontura</u> , <u>dor de cabeça</u> , sonolência, <u>parestesia</u> , taquicardia sinusal, anormalidades no <u>eletrocardiograma</u> , visão borrada, distúrbio de acomodação visual, arritmias, palpitações, distúrbios de condução, rubores, <u>hipotensão</u> ortostática, náusea, <u>vômito</u> , fadiga.
IMAOs <ul style="list-style-type: none">• Tranilcipromina• Moclobemida	20 - 60 150 - 600	<u>Tontura</u> , <u>sonolência</u> , <u>insônia</u> , <u>náusea</u> , <u>edema (retenção de líquidos)</u> , dores musculares, mioclonia (contrações musculares), parestesias (sensações anormais ou formigamento), disfunção sexual e ganho de peso
Bupropiona	150 - 300	Insônia, agitação, boca seca, constipação, aumento da frequência cardíaca, tontura, tremores e, em casos raros, convulsões.
Mirtazapina	15 - 45	Sonolência, sedação, boca seca, aumento de peso, aumento de apetite, tontura e fadiga.
Trazodona	50 - 400	Sedação, cefaleia, tontura, fadiga, boca seca e náusea.
Vilazodona	20 - 40	Diarreia, náuseas, boca seca, vômitos e desconforto gastrointestinal.
Vortioxetina	10 - 20	Náusea, diminuição do apetite, sonhos anormais, tontura, rubor, diarreia, constipação e vômito.



Mais informações sobre o tratamento como contraindicações e interações são encontradas no capítulo "Segurança do Tratamento".

EFETIVIDADE DO TRATAMENTO

O resultado esperado com o tratamento é a remissão dos sintomas e a melhora da qualidade de vida do paciente.

FATORES QUE AFETAM A EFETIVIDADE

Os principais fatores que podem interferir na efetividade do tratamento são:³⁸

- Falta de adesão ao tratamento (pág. 13);
- Possíveis interações medicamentosas (págs. 23);
- Más condições de armazenamento;
- Existência de comorbidades clínicas e psiquiátricas;
- Estressores graves ou persistentes;
- Diagnóstico incompleto;
- Intervenção inadequada:
 - medicamento, dose, posologia ou duração de tratamento inadequados;



Na suspeita de inefetividade do tratamento, o farmacêutico deve investigar a causa aparente (descartar falta de adesão, IMs e má condição de armazenamento) e, sempre que necessário fazer o encaminhamento ao médico para avaliação. Você pode encaminhar uma "carta ao médico", e-mail ou entrar em contato para explicar o que já avaliou, suas recomendações e preocupações.

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE

Não existem exames para monitoramento da efetividade do tratamento, devendo este ser baseado no **histórico clínico, queixas, sinais e sintomas**.³⁹

Existem alguns instrumentos que podem auxiliar na avaliação, como a **Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D)** e a **Escala de Avaliação da Depressão de Montgomery-Åsberg (MADRS)**.⁸

A **Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D)*** é composta por 17 a 21 itens que avaliam humor, sentimentos de culpa, ideação suicida, insônia, agitação e outros sintomas. Os itens da escala são pontuados de 0 a 2 ou de 0 a 4.^{40, 41, 42}

A **Escala de Avaliação da Depressão de Montgomery-Åsberg (MADRS)** é composta por 10 itens pontuados em uma escala de 0 a 6 e o escore total, de 0 a 50. Essa escala também avalia diferentes sintomas depressivos, como humor deprimido, perda de interesse, apatia, dificuldade de concentração e pensamentos pessimistas.⁴²



Ambas as escalas devem ser aplicada por um profissional de saúde treinado e capacitado para realizar a avaliação, após a criação de vínculo com o paciente e em ambiente reservado para o atendimento.^{40, 41, 42}

*A Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) está disposta na próxima página.

EFETIVIDADE DO TRATAMENTO

ESCALA DE DEPRESSÃO DE HAMILTON (HAM-D)

Instruções: Em cada item, escolha a pontuação que melhor caracteriza o sintoma do paciente na última semana. Assinale sua opção no espaço apropriado.

1. Humor deprimido (tristeza, desesperança, desamparo, menos valia)	7. Trabalho e atividades
0 - () Ausente. 1 - () Sentimentos são relatados somente se perguntados. 2 - () Sentimentos são relatados espontaneamente com palavras. 3 - () Comunica esses sentimentos não verbalmente, ou seja, na expressão facial, na postura, na voz e na tendência ao choro. 4 - () Paciente comunica quase exclusivamente esses sentimentos, espontaneamente, tanto em seu relato verbal como na comunicação não-verbal	0 - () Sem dificuldades. 1 - () Pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionados a atividades, trabalho ou passatempos. 2 - () Perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho relatada diretamente pelo paciente ou indiretamente pela falta de iniciativa, indecisão, vacilação (sente que precisa se forçar para trabalhar ou desenvolver atividades). 3 - () Redução do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade (marque 3 se não ocupa pelo menos três horas/dia em atividades - trabalho ou passatempos -, exceto as de rotina). 4 - () Parou de trabalhar devido à doença atual (marque 4 se o paciente não desenvolve atividades além das de rotina ou deixa de executá-las sem ajuda).
2. Sentimentos de culpa	
0 - () Ausentes. 1 - () Auto-recriminação; acha que decepcionou as outras pessoas. 2 - () Idéias de culpa ou ruminções sobre erros ou ações do passado. 3 - () Acha que a doença atual é um castigo; delírio de culpa. 4 - () Ouve vozes que acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.	
3. Suicídio	8. Retardo (lentificação do pensamento e do discurso, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora)
0 - () Ausente. 1 - () Acha que a vida não vale a pena. 2 - () Gostaria de estar morto, ou qualquer cogitação sobre possível morte para si mesmo. 3 - () Idéias ou gestos suicidas. 4 - () Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marque 4).	0 - () Pensamento e discurso normais. 1 - () Discreta lentificação durante a entrevista. 2 - () Óbvia lentificação durante a entrevista. 3 - () Entrevista difícil. 4 - () Estupor.
4. Insônia inicial	9. Agitação
0 - () Sem dificuldade para iniciar o sono. 1 - () Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, ou seja, mais de meia hora. 2 - () Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.	0 - () Nenhuma. 1 - () Inquietude. 2 - () Brinca com as mãos ou os cabelos etc. 3 - () Movimenta-se, não consegue se sentar quieto durante a entrevista. 4 - () Retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.
5. Insônia intermediária	10. Ansiedade psíquica
0 - () Sem dificuldade. 1 - () Queixa-se de sentir inquietude e perturbação durante a noite. 2 - () Acorda durante a noite (qualquer saída da cama, marcar 2, exceto para necessidades fisiológicas).	0 - () Sem problemas. 1 - () Tensão e irritabilidade subjetivas. 2 - () Preocupação excessiva com trivialidades. 3 - () Atitude apreensiva aparente na fisionomia ou no discurso. 4 - () Medos expressos espontaneamente.
6. Insônia terminal (madrugada)	11. Ansiedade somática: concomitantes fisiológicos da ansiedade (GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação. CV: palpitação, cefaléias. Resp.: hiperventilação, suspiros; sudorese; ter de urina freqüentemente
0 - () Sem dificuldade. 1 - () Acorda de madrugada, mas volta a dormir. 2 - () Não consegue voltar a dormir se acordar de madrugada ou sair da cama	0 - () Ausente. 1 - () Leve: sintomas menores relatados quando inquirido. 2 - () Moderado: paciente descreve espontaneamente sintomas não incapacitantes. 3 - () Grave: número e freqüência maiores que 2; acompanhado de estresse subjetivo e prejudicando o funcionamento normal. 4 - () Incapacitante: numerosos sintomas, persistentes ou incapacitantes na maior parte do tempo; ataques de pânico.

EFETIVIDADE DO TRATAMENTO

ESCALA DE DEPRESSÃO DE HAMILTON (HAM-D)

Instruções: Em cada item, escolha a pontuação que melhor caracteriza o sintoma do paciente na última semana. Assinale sua opção no espaço apropriado.

12.Sintomas somáticos (apetite, digestivo)	15.Hipocondria
0 - () Nenhum. 1 - () Perda de apetite, mas come sem necessidade de encorajamento. Peso no abdome. 2 - () Dificuldade para comer sem encorajamento ou insistência. Pede ou requer laxantes ou medicamentos para sintomas gastrointestinais	0 - () Ausente. 1 - () Auto-observação (corporal) aumentada. 2 - () Preocupação excessiva com a saúde. 3 - () Queixas freqüentes, pedidos de ajuda etc. 4 - () Delírio hipocondríaco.
13.Sintomas somáticos (gerais)	16.Perda de peso (avalie A ou B)
0 - () Nenhum. 1 - () Peso ou lassidão em membros, costas ou cabeça. Dores nas costas, de cabeça ou musculares. Perda de energia e fadigabilidade. 2 - () Marque 2 para qualquer sintoma bem definido.	A. De acordo com o paciente. 0 - () Nenhuma. 1 - () Provável emagrecimento associado à doença atual. 2 - () Perda de peso indubitável (de acordo com o paciente). B. Com base em medidas semanais. 0 - () Menos de 0,5 kg de perda de peso na semana. 1 - () Mais de 0,5 kg de perda de peso na semana. 2 - () Mais de 1 kg de perda de peso na semana.
14.Sintomas genitais (perda de libido, distúrbios menstruais)	17.Crítica
0 - () Ausentes, ou informação insuficiente. 1 - () Leves: redução da libido ou desempenho sexual insatisfatório; tensão pré-menstrual leve. 2 - () Graves: desinteresse ou impotência; tensão pré-menstrual grave.	0 - () Reconhece estar deprimido e doente, ou não estar deprimido esta semana. 1 - () Reconhece estar doente, mas atribui isso à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descanso etc. 2 - () Nega estar doente.
	PONTUAÇÃO TOTAL DA HAM-D 17 ITENS:_____ (FAIXA DE VARIAÇÃO: 0 A 52)

Instruções: Some a pontuação da alternativas selecionada e você terá o resultado. Embora o autor não tenha proposto um ponto de corte padrão, na prática, considera-se o seguinte:

AVALIAÇÃO DO TESTE

Pontuação total:	Nível de depressão:
0-7 pontos	Mínimo
8-13 pontos	Leve
14-18 pontos	Moderado
> 18 pontos	Grave

IMPORTANTE:

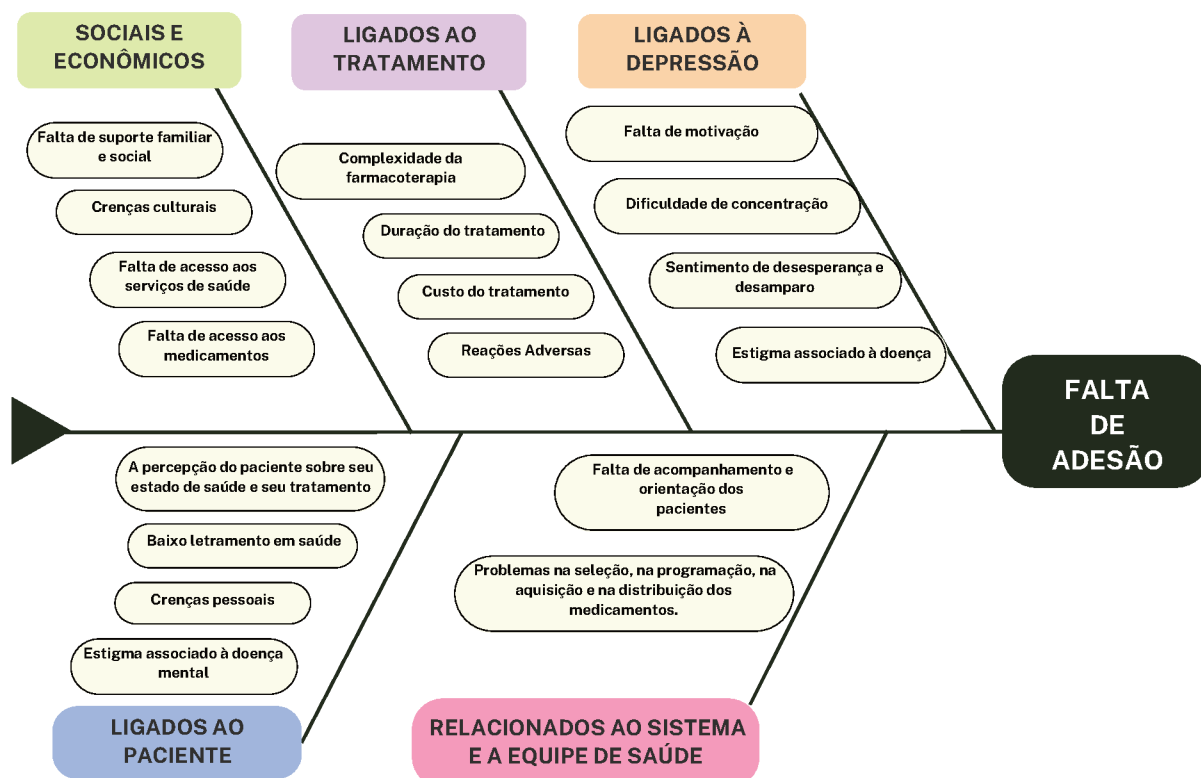
Por mais que esta ferramenta permita a classificação em níveis de intensidade do transtorno depressivo como observado ao lado, é mais importante considerar a evolução do paciente a cada atendimento. Verifique se a pontuação dele aumentou (piora dos sintomas) ou diminuiu (melhora dos sintomas) em comparação ao último teste feito.

ADESÃO AO TRATAMENTO

Para auxiliar o paciente na adesão ao tratamento, é necessário entender como avalia e quais os fatores podem levar a problemas de adesão.

FATORES QUE AFETAM A ADESÃO

Existem diversos fatores que podem influenciar na adesão, portanto, é necessário investigar de maneira individualizada. Abaixo segue uma adaptação do diagrama de Ishikawa com algumas causas que podem levar a falta de adesão.^{43, 44}



O diagrama foi montado inspirado no modelo multidimensional de adesão da OMS, que divide a falta de adesão ao tratamento em 5 fatores potenciais.

FATORES LIGADOS À DEPRESSÃO:^{45, 46}

- **Falta de motivação:** pode afetar a motivação e o interesse em cuidar de si, o que pode levar à falta de adesão ao tratamento.
- **Dificuldade de concentração:** pode causar dificuldade de concentração e atenção, o que pode dificultar o entendimento e a realização do tratamento.
- **Sentimentos de desesperança e desamparo:** pode fazer com que o paciente sinta que o tratamento não vai ajudar ou que não há esperança de melhora, o que pode levar à falta de adesão.
- **Estigma:** o estigma associado à doença mental pode afetar a adesão ao tratamento, fazendo com que o paciente se sinta envergonhado ou desencorajado a procurar ajuda.

O estudo intitulado "How to improve adherence to antidepressant treatments in patients with major depression: a psychoeducational consensus checklist", buscou identificar uma série de prioridades a serem discutidas com pessoas com depressão com o objetivo maior de melhorar a adesão ao tratamento. Embora o check list tenha sido desenvolvido para médicos, algumas questões devem ser reforçadas por farmacêuticos. Essas questões são resumidas abaixo:⁴⁷

1- Ilustração dos determinantes: reforçar/explicar ao paciente os determinantes e que é uma condição clínica tratável.

2- Explicar as necessidades de tratamento farmacológico e discutir as expectativas com o paciente: explicar por que o paciente irá precisar de medicamento com base na gravidade da doença, episódios anteriores e resposta ao tratamento, situação geral atual e recomendações.

3- Discutir com o paciente o seguinte:

- Mecanismo de ação (destacar as vantagens e segurança do medicamento)
- Latência de ação
- Duração do tratamento (recomendações gerais e de persistência)
- Reações adversas potenciais e mecanismos para lidar com eles
- Posologia
- Instruções adicionais (por exemplo, cafeína, álcool, drogas recreativas, padrão sono-vigília, outros tratamentos concomitantes)

4- Acompanhar/fornecer um plano de monitoramento de tratamento de curto prazo, incluindo:

- Avaliação de tolerabilidade (dentro de 3 semanas)
- Avaliação de adesão
- Feedback de efetividade (aproximadamente 4 semanas após o início).

5- Acompanhar/fornecer um plano de tratamento de médio/longo prazo - avaliação periódica abrangente do tratamento com base nos pontos listados no item anterior.

6- Considerar outros impulsionadores relevantes da adesão ao antidepressivo - envolvimento de membros da família, auxiliar no acesso aos serviços e profissionais de saúde.



Estas demandas foram levantadas com os próprios pacientes. É importante que os farmacêuticos conheçam estas demandas para orientar o atendimento destes pacientes. Os farmacêuticos desempenham um papel fundamental no apoio à adesão ao tratamento, devido à sua acessibilidade aos pacientes.

AVALIAÇÃO DA ADESÃO

A avaliação da adesão deve ser uma parte do acompanhamento do tratamento, com foco na promoção da adesão e no engajamento do paciente com seu próprio cuidado. Existem várias maneiras de avaliar a adesão ao tratamento, abaixo seguem 3 exemplos que podem ser aplicados em diferentes níveis de atenção à saúde. Lembre-se também de avaliar a adesão às medidas não farmacológicas.



Entrevista com o paciente:

Realize perguntas abertas, não intimidadoras e sem julgamento prévio para investigar como o paciente tem tomado seus medicamentos, qual o nível de conhecimento que ele possui sobre seu tratamento e quais as dificuldades que ele enfrenta com seu tratamento. Após a realização dessas perguntas, correlacione as respostas fornecidas com o comportamento de adesão.⁴⁴



Diário do paciente:

Você pode orientar que o paciente registre diariamente todos os eventos relacionados com o uso de medicamentos (horário e quantidade utilizada de cada medicamento, dificuldades encontradas, situações externas que interferiram no horário da tomada, reações adversas a medicamentos, entre outros) em caderno específico para essa finalidade. Posteriormente, o paciente entrega o caderno a você ou ao médico que o acompanha em intervalos de tempo definidos. O profissional de saúde deve analisar as informações registradas e as correlacionar com o padrão de adesão do paciente.⁴⁴



Instrumentos validados de avaliação de adesão:

Trata-se de um conjunto de perguntas desenvolvidas para avaliar o padrão de adesão. Cada instrumento possui vantagens e desvantagens, e a escolha do método dependerá do contexto clínico, do tempo disponível e das preferências do paciente e do profissional de saúde.⁴⁴

Como em qualquer instrumento de avaliação, é importante interpretar os resultados de forma cuidadosa e individualizada, levando em conta as características e necessidades do paciente.⁴⁸

Alguns exemplos são:

- Escala de Adesão a Refis e Medicamentos (ARMS)
- Teste de Haynes-Sackett
- Teste de Morisky-Green
- Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)
- Teste de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

Este instrumento, adaptado para saúde mental, está disposto na próxima página.

ADESÃO AO TRATAMENTO

O instrumento de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) é composto por 7 questões e avalia o uso diário de medicamentos prescritos.

MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO (MAT) – ADAPTADO

1 – Alguma vez o (a) senhor (a) se esqueceu de tomar algum dos medicamentos para o transtorno mental?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2 – Alguma vez o (a) senhor (a) se descuidou com o horário de tomar os medicamentos para o transtorno mental?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3 – Alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos para o transtorno mental, por sua iniciativa, por ter se sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4 – Alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos para o transtorno mental, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5 – Alguma vez o (a) senhor (a) aumentou a dose dos medicamentos que estavam prescritos para o transtorno mental, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6 – Alguma vez o (a) senhor (a) interrompeu o tratamento para o transtorno mental por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7 – Alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos para o transtorno mental por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Adaptado e validado por estudo da Universidade Federal do Paraná, especificamente para transtornos de saúde mental.⁴⁹

AValiação DO TESTE

Some os valores de cada resposta (variam de 1 a 6) e divida pelo número total de itens (7).

$$\text{RESULTADO} = \frac{\text{SOMA DOS VALORES}}{7}$$

Consulte a tabela abaixo para classificação do paciente:

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE	
1 - 4 pontos	NÃO ADERENTE
5 - 6 pontos	ADERENTE

No caso do paciente que não adere ao tratamento, é importante investigar a causa e orientar.

Não esqueça de acompanhar a adesão em futuros atendimentos.

Na página seguinte trouxemos algumas estratégias para melhorar a adesão.

ADESÃO AO TRATAMENTO

EXEMPLOS DE ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A ADESÃO

Possível causa da falta de adesão ^{44, 50, 51}	Estratégia para melhoria de adesão
Falta de conhecimento sobre seu diagnóstico e tratamento medicamentoso	<ul style="list-style-type: none">• Pergunte se o paciente possui alguma dúvida sobre o transtorno depressivo ou sobre seu tratamento.• Educação em saúde: explique de maneira didática e com linguagem de fácil entendimento.• Discuta com o paciente quais são os objetivos do tratamento.
Insatisfação com os efeitos do tratamento - Baixa efetividade	<ul style="list-style-type: none">• Caso esteja no início do tratamento: Explique que alguns medicamentos demoram mais para fazer efeito e encoraje o paciente a manter o tratamento e esperar pelo menos 2 meses.• Ao longo do tratamento: Avalie a efetividade conforme capítulo 2, dê o feedback para o paciente sobre o seu tratamento e ajude-o a lembrar dos pontos que ele já alcançou melhoria.• Em caso de suspeita de baixa efetividade, exclua problemas de adesão, IMs e má condições de armazenamento. Sempre que necessário, encaminhe o paciente ao médico.
Insatisfação com os efeitos do tratamento - Reações adversas	<ul style="list-style-type: none">• Caso esteja no início do tratamento: Explique que muitos dos sintomas costumam passar depois de algumas semanas de tratamento, encoraje o paciente a continuar o tratamento e esperar algumas semanas.• Veja se não é possível manejar a RA (página 25).• Caso algum RA experimentado seja grave, encaminhe o paciente ao médico ou emergência.
Desejar mais do que apenas a prescrição	<ul style="list-style-type: none">• Permita com que o paciente participe da elaboração do seu plano de cuidado, respeitando suas preferências e preocupações.• Oriente quanto às medidas não farmacológicas (página 5).• Tenha sempre uma visão integral do paciente, considerando a saúde dele como um todo.
Temores e preocupações relacionados ao tratamento	<ul style="list-style-type: none">• Conversar com o paciente abertamente sobre suas crenças, tendo primeiramente uma escuta ativa e sem julgamentos e depois esclarecendo de maneira a diminuir os temores deste paciente.
Falta de acesso aos medicamentos	<ul style="list-style-type: none">• Investigue a causa da falta de acesso.• Procure na REMUME de seu município ou no programa "farmácia popular" a disponibilidade do medicamento.• Caso encontre apenas outro medicamento da mesma classe, discuta com o paciente um retorno ao médico para avaliação e possível troca.
Desconhecimento do esquema terapêutico prescrito	<ul style="list-style-type: none">• Auxilie o paciente a entender melhor sua prescrição.• Elabore uma tabela com os horários de utilização de cada medicamento; use pictogramas ou anotações nas caixas dos medicamentos ou organizadoras.
Esquecimento e dificuldade de manter a pontualidade	<ul style="list-style-type: none">• Alarmes programados no despertador do celular;• Aplicativos que geram notificações para tomada de medicamento e guardam o histórico de quando você tomou/deixou de tomar. EX: "MyTherapy lembrete de remédios" e "hora do medicamento e pílula". Alguns deles auxiliam até no controle de estoque e avisam quando o medicamento está acabando;• Bilhetes espalhados pela casa com o lembrete;• Estimular o paciente a adotar rotinas que lembrem da tomada do medicamento.
Medo de ser estigmatizado ao utilizar medicamentos para transtornos mentais	<ul style="list-style-type: none">• Compreenda o medo do paciente;• Informe ao paciente sobre a importância do tratamento;• Caso ele se sinta mais confortável, o medicamento pode ser armazenado em embalagem externa que não permita a identificação. Quando mais de um medicamento é utilizado, deve-se ter cuidado para não perder a identificação e a ocorrência de trocas.



Sempre informe o paciente sobre as complicações e riscos gerados pela não adesão.

SEGURANÇA DO TRATAMENTO

Muitas interações medicamentosas podem ocorrer com os fármacos que tratam o transtorno depressivo portanto, uma triagem deve ser feita com todos os medicamentos que o paciente faz uso e também outras substâncias como chás, suplementos, alimentos e drogas de abuso. Esta é uma etapa que deve se repetir sempre que há mudança no regime de tratamento.

O álcool é uma substância com potencial depressor do SNC e é contraindicado seu uso concomitante com todas as classes abordadas neste guia. Outras drogas ilícitas estimuladoras e perturbadoras do SNC também precisam ser descontinuadas, já que, inicialmente, algumas delas podem até minimizar ou moderar os sintomas, porém, a médio prazo, induzem e pioram os sintomas. Além disso, estas substâncias podem interagir com alguns medicamentos causando reações adversas desagradáveis e perigosas. Oriente ao paciente a procurar ajuda e informar seu médico caso faça uso de alguma dessas substâncias*. ^{6, 8, 15, 16, 17}



Todos os pacientes tratados devem ser monitorados apropriadamente quanto a piora clínica, tendências suicidas e mudanças incomuns no comportamento, especialmente durante os primeiros meses de tratamento, ou em momentos de mudanças de dose ou de medicamento.

IDEAÇÃO SUICIDA

Pensamentos suicidas e tentativas de suicídio ocorrem com mais frequência em pacientes com transtorno depressivo.⁵²

Ao contrário do que muitos pensam, a maioria das pessoas com ideação suicida comunica seus pensamentos e intenções. Elas, frequentemente, dão sinais e fazem comentários sobre “querer morrer”, “sentimento de não valer pra nada”, e assim por diante. Todos esses pedidos de ajuda não podem ser ignorados!⁵²

FRASES DE ALERTA

“Eu preferia estar morto”
“Eu não posso fazer nada”
“Eu não aguento mais”
“Eu sou um perdedor e um peso pros outros”
“Os outros vão ser mais felizes sem mim”⁵²

SENTIMENTOS PRINCIPAIS

Tristeza, Depressão
Solidão
Desamparo
Desesperança
Auto-desvalorização⁵²

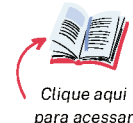
COMO ABORDAR O PACIENTE?

Como você se sente?” ou
“Como você está se sentindo nos últimos dias?”

Em geral essas perguntas abrem espaço para as pessoas falarem de si mesmas e de como estão lidando com as dificuldades, isto pode abrir uma brecha para investigação mais profunda.³⁸

O QUE FAZER AO IDENTIFICAR SINAIS DE RISCO?

Confira o Manual abaixo para entender como lidar com um paciente com ideação suicida e como fazer o encaminhamento de acordo com a classificação de risco.



Prevenção do Suicídio: um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária. OMS, Genebra, 2000.

*Você pode orientá-los a procurar o CAPS, conforme página 27.

SEGURANÇA DO TRATAMENTO

POPULAÇÕES ESPECIAIS

Existem situações que requerem um cuidado maior. Faça uma investigação mais aprofundada ao identificar que o paciente tem alguma outra condição de saúde ou apresenta alguma das características a seguir:

Populações especiais:	ISRS	IRSN	IMAO	ADT
Idosos	<i>Tratamentos de preferência em relação as outras classes. Cuidados: Risco de hiponatremia e IM (monitorar). Escitalopram e a sertralina costumam ser uma escolha mais segura devido ao menor risco de IMs.</i>		54 <i>Avaliar risco-benefício: Muitas IM e alimentares e RAs.</i>	60 <i>Uso potencialmente inadequado em idosos segundo Critérios de Beers.</i>
Menores de 18 anos	<i>Tratamento de preferência em relação as outras classes.</i>	53 <i>Geralmente não recomendado para menores de 18 anos. Avaliar risco-benefício.</i>	<i>Contraindicado: Segurança e eficácia para tratamento do transtorno depressivo ainda não foram bem estabelecidas.</i>	<i>Seu uso é recomendado para crianças acima de 12 anos. Para o tratamento da enurese, recomenda-se a utilização em crianças acima de 6 anos.</i>
	<i>Podem aumentar o risco de pensamento e comportamento suicida nesta população. É mais provável de ocorrer no início da terapia - monitorar sinais de ideação suicida.</i>			
Gravidez	<i>Categoria C* (D se usado na 2ª metade da gravidez)</i>		<i>Categoria C*</i>	
Lactação	<i>Excretado no leite materno. Uso criterioso: Avaliar risco-benefício.</i>			
Doentes hepáticos	<i>Uso criterioso - considerar ajuste de dose em estágios mais avançados.</i>	<i>Uso criterioso - considerar ajuste de dose em estágios moderados e evitar uso em estágios avançados.</i>	<i>Depende do medicamento: Tranilcipromina é contraindicada, Moclobemida é de uso criterioso.</i>	<i>Uso criterioso - função hepática deve ser monitorada periodicamente.</i>
Doentes renais	<i>Uso criterioso - considerar ajuste de dose em estágios mais avançados.</i>	<i>Uso criterioso - considerar ajuste de dose em estágios moderados e evitar uso em estágios avançados.</i>	<i>Depende do medicamento: Tranilcipromina é contraindicada, Moclobemida não requer ajuste de dose.</i>	<i>Uso criterioso - função renal deve ser monitorada periodicamente.</i>
Diabetes	<i>Influencia no controle da glicemia: monitorar glicemia ao iniciar e interromper tratamento.</i>			
Transtorno bipolar	<i>Deve ser utilizado com cautela.</i>			
Hipertensos	#	<i>Uso com cautela: Monitorar a pressão arterial.</i>	<i>Contraindicado.</i>	#

Além das referências citadas no material, o quadro foi desenvolvido utilizando informações encontradas nas bulas (para profissionais de saúde) de medicamentos representantes das classes abordadas.

Não foram encontradas informações específicas sobre o uso desta classe/ medicamento nesta população.

* Categoria B de risco na gravidez: os estudos em animais não demonstraram risco fetal, não há estudos controlados em mulheres grávidas; ou os estudos em animais revelaram riscos, mas que não foram confirmados em estudos controlados em mulheres grávidas;

* Categoria C de risco na gravidez: Não foram realizados estudos em animais e nem em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram risco, mas não existem estudos disponíveis realizados em mulheres grávidas;

* Categoria D de risco na gravidez: O fármaco demonstrou evidências positivas de risco fetal humano, no entanto os benefícios potenciais para a mulher podem, eventualmente, justificar o risco, como por exemplo, em casos de doenças graves ou que ameçam a vida, e para as quais não existam outros fármacos mais seguros.

ISRSs

PRINCIPAIS INTERAÇÕES

+ Antiplaquetários = Pode tanto diminuir a efetividade do antiplaquetário quanto aumentar o risco de sangramentos por um mecanismo diferente.

- Monitorar tempo de coagulação quando um ISRS é iniciado ou descontinuado.
- Encaminhar para emergência em caso de: aparecimento de equimoses, sangramento excessivo, sangramentos na gengiva e narinas (epistaxe), sangue na urina, fezes com sangue ou enegrecidas, vômitos com sangue.

+ IMAOs/ Triptanos/ ADTs/ ISRS/ IRSN/ AM/ tramadol/ drogas ilícitas (LSD, ecstasy, cocaína e anfetaminas) = Potencializam o risco de síndrome serotoninérgica.

- Encaminhar para emergência em caso de: perda de coordenação muscular ou espasmos musculares, frequência cardíaca acelerada e pressão alta, confusão, rigidez muscular, suor intenso, convulsões, inconsciência.

+ Antipsicóticos = Pode levar ao prolongamento do intervalo QT, sintomas extrapiramidais graves.

- Encaminhar para emergência em caso de: tontura repentina, desmaios, falta de ar ou palpitações ou sintomas extrapiramidais.
- Pimozida e Tioridazina uso concomitante contraindicado (um intervalo de > 5 semanas deve decorrer entre a descontinuação do ISRS e o início da tioridazina).

+ Tamoxifeno = Pode diminuir a eficácia do tamoxifeno.

- Evitar o uso concomitante sempre que possível, procurar opções de antidepressivos que têm efeitos leves ou inexistentes no CYP450 2D6 (citalopram, desvenlafaxina, escitalopram e vortioxetina).

+ AINEs = Aumentam o risco de sangramento gastrointestinal superior.

- Evitar a administração. Verificar se há prescrição de medicamento gastroprotetor.
- Observar quaisquer sinais de sangramento.

+ Diuréticos = Aumento do risco de hiponatremia, e RAs como hipotensão ortostática.

- Monitorar nível de sódio após o início de um ISRS, ao aumento e diminuição de dose e caso ocorra em evento com risco aumentado de distúrbios eletrolíticos (diarréia, vômito) e sintomas como fraqueza muscular.
- Monitorar a pressão arterial durante as primeiras semanas e após um aumento da dose. Aconselhar os pacientes a evitar levantar-se abruptamente e notificar a qualquer sinal de hipotensão ortostática.

+ Anticonvulsivantes = Aumento da concentração sérica dos anticonvulsivantes - pode levar a toxicidade e/ou aumento dos EA; aumento da depressão do SNC e risco de depressão respiratória.

- Titulação cautelosa da dose, particularmente no início do tratamento.
- Monitorar sintomas de toxicidade de anticonvulsivantes: náuseas, distúrbios visuais, tontura ou ataxia.

+ Betabloqueadores = Aumento dos RAs de alguns betabloqueadores, aumento do risco de morte em pacientes com insuficiência cardíaca.

- Para evitar a interação, pode-se considerar o uso de betabloqueadores que são primariamente eliminados pelos rins, como atenolol, acebutolol, betaxolol, carteolol e nadolol.

IM graves

IM Moderadas

SEGURANÇA DO TRATAMENTO

IRSNs

PRINCIPAIS INTERAÇÕES

+ IMAOs/ Triptanos/ ADTs/ ISRS/ IRSN/ AM/ tramadol/ drogas ilícitas (LSD, ecstasy, cocaína e anfetaminas) = Potencializam o risco de síndrome serotoninérgica.

- Encaminhar para emergência em caso de: perda de coordenação muscular ou espasmos musculares, frequência cardíaca acelerada e pressão alta, confusão, rigidez muscular, suor intenso, convulsões, inconsciência.

+ Antipsicóticos = Pode levar ao prolongamento do intervalo QT, sintomas extrapiramidais graves.

- Encaminhar para emergência em caso de: tontura repentina, desmaios, falta de ar ou palpitações ou sintomas extrapiramidais.
- Pimozida e Tioridazina uso concomitante contraindicado (um intervalo de > 5 semanas deve decorrer entre a descontinuação do ISRS e o início da tioridazina).

+ Tamoxifeno = Pode diminuir a eficácia do tamoxifeno.

- Evitar o uso concomitante sempre que possível, procurar opções de antidepressivos que têm efeitos leves ou inexistentes no CYP450 2D6 (citalopram, desvenlafaxina, escitalopram e vortioxetina).

+ AINEs = Aumentam o risco de sangramento gastrointestinal superior.

- Evitar a administração. Verificar se há prescrição de medicamento gastroprotetor.
- Observar quaisquer sinais de sangramento.

+ Antiplaquetários = Aumenta o risco de sangramentos.

- Monitorar tempo de coagulação quando um ISRS é iniciado ou descontinuado.
- Encaminhar para emergência em caso de: aparecimento de equimoses, sangramento excessivo, sangramentos na gengiva e narinas (epistaxe), sangue na urina, fezes com sangue ou enegrecidas, vômitos com sangue.

+ Diuréticos = Aumento do risco de hiponatremia, e RAs como hipotensão ortostática.

- Monitorar nível de sódio após o início de um ISRS, ao aumento e diminuição de dose e caso ocorra em evento com risco aumentado de distúrbios eletrolíticos (diarréia, vômito) e sintomas como fraqueza muscular.
- Monitorar a pressão arterial durante as primeiras semanas e após um aumento da dose. Aconselhar os pacientes a evitar levantar-se abruptamente e notificar a qualquer sinal de hipotensão.

+ Anticonvulsivantes = Aumento da concentração sérica dos anticonvulsivantes - pode levar a toxicidade e/ou aumento dos RAs; aumento da depressão do SNC e risco de depressão respiratória.

- Titulação cautelosa da dose, particularmente no início do tratamento.
- Monitorar sintomas de toxicidade de anticonvulsivantes: náuseas, distúrbios visuais, tontura ou ataxia.

+ Fármacos que sofrem metabolismo pelo CYP450 2D6 = IRSNs aumentam as concentrações plasmáticas destes fármacos.

- Aconselha-se cautela particularmente com medicamentos que possuem faixa terapêutica estreita.
- Os medicamentos concomitantes devem ser iniciados na extremidade inferior da faixa de dose.
- O monitoramento clínico e laboratorial pode ser apropriado para algumas drogas sempre que um IRSN é adicionado ou retirado da terapia.

IM graves

IM Moderadas

Gravidade depende do fármaco*

Interações com fitoterápicos, sucos e chás também são bem comuns. Atentar-se para o consumo de: Kava-kava, Erva de São João, e suco de toranja (grape-fruit) e o risco aumentado de síndrome serotoninérgica.

As interações e seus manejos foram pesquisados em plataformas como Drugs.com, Medscape, Drugbank.

*Verificar gravidade de acordo com potencial de inibição/indução do fármaco.

IMAOs

PRINCIPAIS INTERAÇÕES

Cuidado: Pelo menos 14 dias após a descontinuação da terapia com IMAO o paciente ainda continua vulnerável as interações medicamentosas e alimentares.

+ Triptanos/ ADTs/ ISRS/ IRSN/ AM/ tramadol/ drogas ilícitas (LSD, ecstasy, cocaína e anfetaminas) = Potencializam o risco de síndrome serotoninérgica e/ou crise hipertensiva.

- Não devem ser usados concomitantemente com IMAOs.
- Encaminhar para emergência em caso de sintomas de síndrome serotoninérgica: perda de coordenação muscular ou espasmos musculares, frequência cardíaca acelerada e pressão alta, confusão, rigidez muscular, suor intenso, convulsões, inconsciência; ou crise hipertensiva.

+ Outros fármacos que também inibem as enzimas da MAO (Linezolida, azul de metileno, Selegilina, Rasagilina, Procarbazina) = Efeitos farmacológicos aditivos, aumento do risco de EA.

- Não devem ser usados concomitantemente com IMAOs.

+ Alimentos ricos em tiramina (Esses alimentos incluem queijo (especialmente queijos fortes, envelhecidos ou processados), creme azedo, vinho (especialmente vinho tinto), champanhe, cerveja, arenque em conserva, anchovas, caviar, pasta de camarão, fígado (especialmente fígado de galinha), salsicha seca, salame, figos, passas, bananas, abacates, chocolate, molho de soja, tofu, chucrute, iogurte, derivados de mamão, amaciante de carne, favas, extratos de proteína, extratos de levedura e suplementos dietéticos. A cafeína também pode precipitar crises hipertensivas, portanto, sua ingestão também deve ser minimizada.) = Crise hipertensiva grave com potencial fatal.

- Não devem ser usados concomitantemente com IMAOs ou outros agentes que possuam atividade IMAO.

+ Agentes simpatomiméticos (dextroanfetamina, metilfenidato, cocaína...) = Precipita reações hipertensivas e hiperpirexia (febre muito elevada, acima dos 41 °C)

- Não devem ser usados concomitantemente com IMAOs ou outros agentes que possuam atividade IMAO.

+ Fármacos com potencial depressor do SNC (fenotiazinas, opióides, barbitúricos, anestésicos, IMAOs, ISRSs, IRSNs, TCAs) = Os efeitos depressores do sistema nervoso central e/ou respiratórios podem aumentar de forma aditiva ou sinérgica - sedação, comprometimento da atenção, julgamento, pensamento e habilidades psicomotoras podem aumentar.

- Maior atenção para depressão respiratória.
- Pode ser necessária uma titulação cautelosa da dose, particularmente no início do tratamento.
- Pacientes devem ser aconselhados a evitar atividades perigosas que requeiram alerta mental e coordenação motora até que saibam como esses agentes os afetam e a notificar se sentirem efeitos excessivos ou prolongados no SNC que interfiram em suas atividades normais.

IM graves

IM Moderadas

ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS (ADT'S)

PRINCIPAIS INTERAÇÕES

+ IMAOs/ Triptanos/ ISRS/ IRSN/ AM/ tramadol/ drogas ilícitas (LSD, ecstasy, cocaína e anfetaminas) = potencializam o risco de síndrome serotoninérgica.

- Encaminhar para emergência em caso de: perda de coordenação muscular ou espasmos musculares, frequência cardíaca acelerada e pressão alta, confusão, rigidez muscular, suor intenso, convulsões, inconsciência.

+ Topiramato = pode potencializar o risco de oligoidrose e hipertermia associados ocasionalmente ao uso de topiramato.

- Recomenda-se a hidratação adequada antes e durante atividades vigorosas ou exposição a temperaturas quentes. Os pacientes (ou seus responsáveis ou cuidadores) devem entrar em contato com seu médico imediatamente se não estiverem suando como de costume, com ou sem febre.

+ Benzodiazepínicos e opióides = Pode causar tontura, sonolência, problemas respiratórios e outras reações adversas

- Os pacientes devem ser monitorados quanto a depressão respiratória e do sistema nervoso central excessiva ou prolongada.
- Os pacientes também devem ser aconselhados a notificar seu médico se sentirem efeitos excessivos ou prolongados no SNC que interfiram em suas atividades normais.

+ Tamoxifeno = embora raro, pode aumentar o risco de alterações no ritmo cardíaco irregular que pode ser grave e potencialmente fatal.

- Procurar atendimento médico imediato se desenvolver tonturas repentinas, vertigens, desmaios, falta de ar ou palpitações cardíacas durante o tratamento com esses medicamentos, seja em conjunto ou isoladamente.

+ Agentes Anticolinérgicos/Simpatomiméticos = podem causar síndrome de intoxicação anticolinérgica.

- Os pacientes devem ser aconselhados a notificar seu médico imediatamente se apresentarem sintomas potenciais de intoxicação anticolinérgica, como dor abdominal, febre, intolerância ao calor, visão turva, confusão e/ou alucinações.

+ Fármacos que sofrem metabolismo pelo CYP450 2D6 = podem aumentar as concentrações plasmáticas destes fármacos.

- Aconselha-se cautela particularmente com medicamentos que possuem faixa terapêutica estreita.
- Os medicamentos concomitantes devem ser iniciados na extremidade inferior da faixa de dose.
- O monitoramento clínico e laboratorial pode ser apropriado para alguns fármacos sempre que um ADT é adicionado ou retirado da terapia.

IM graves

IM Moderadas

Gravidade depende do fármaco*

Interações com fitoterápicos, sucos e chás também são bem comuns. Atentar-se para o consumo de: Kava-kava, Erva de São João, e suco de toranja (grape-fruit).

As interações e seus manejos foram pesquisados em plataformas como Drugs.com, Medscape, Drugbank.

*Verificar gravidade de acordo com potencial de inibição/indução do fármaco.

MEDICAMENTOS/SUBSTÂNCIAS QUE PODEM INDUZIR OU PIORAR OS SINTOMAS DEPRESSIVOS ⁶

Medicamentos para tratamento de condições cardiovasculares

- Inibidores da enzima de conversão da angiotensina
- Bloqueadores dos canais de cálcio
- Cloridrato de clonidina
- Glicosídeos cardíacos
- Metildopa
- Propanolol
- Diuréticos tiazídicos

Antiparkinsonianos

- Cloridrato de amantadina
- Levodopa

Estimulantes

- Anfetaminas*
- Metilfenidato
- Cafeína
- Cocaína*

Agentes antiinflamatórios

- Anti-inflamatório não esteróide

Hormônios

- Esteróides anabolizantes
- Glicocorticóides
- Contraceptivos orais

Antirretrovirais

- Atazanavir
- Efavirenz
- Zidovudina

Anticonvulsivantes

- Fenobarbital
- Fenitoína

Agentes anti-infecciosos

- Ampicilina
- Cloranfenicol
- Cloroquina
- Ciclosporina
- Dapsona
- Etambutol
- Ganciclovir
- Isoniazida
- Metronidazol
- Nitrofurantoína
- Penicilina G
- Procaína
- Estreptomicina
- Sulfonamidas
- Tetraciclina
- Trimetoprima

Sedativos e ansiolíticos

- Barbitúricos
- Benzodiazepínicos
- Etanol

Quimioterápicos

- Azatioprina
- Cisplatina
- Cloridrato de doxorubicina
- Sulfato de vincristina

Antipsicóticos

- Haloperidol

Outros medicamentos

- Metoclopramida - outros
- Cimetidina
- Fenilefrina
- Ranitidina
- Estatinas
- Tamoxifeno

SEGURANÇA DO TRATAMENTO

POSSÍVEIS MANEJOS PARA ALGUMAS REAÇÕES ADVERSAS


Reação Adversa	Manejo
Tontura, vertigem	<ul style="list-style-type: none">• Oriente o paciente a descansar e evitar certas atividades quando estiver se sentindo tonto: dirigir ou operar máquinas pesadas. Ainda é importante mover-se lentamente quando mudar de posição e beber bastante líquido.• Possíveis tratamentos:<ul style="list-style-type: none">◦ Terapia de reabilitação vestibular e de equilíbrio (VBRT) - exercícios para melhorar equilíbrio e força.◦ Oriente o paciente a conversar com o médico caso os sintomas persistirem, existem medicamentos que podem ser prescritos (ex: antieméticos e anti-histamínicos) para diminuir os sintomas.
Sonolência	<ul style="list-style-type: none">• Costuma acontecer com mais frequência no início do tratamento e em aumentos de dose.• Possíveis manejos:<ul style="list-style-type: none">◦ Em muitos casos um ajuste do horário em que o medicamento é tomado já é o suficiente para melhorar a sonolência, elabore um plano de aprazamento considerando IMs, a rotina do paciente (horário que costuma ir dormir) e o tempo que leva para o medicamento atingir a concentração máxima.◦ Caso o sintoma persista, oriente que o paciente converse com o médico para verificar a possibilidade de diminuir.
Insônia	<ul style="list-style-type: none">• Insônia pode ser sintoma de ansiedade, mas alguns medicamentos também podem causar este efeito.• Possíveis manejos e tratamentos:<ul style="list-style-type: none">◦ A terapia cognitivo-comportamental (TCC) ajuda a encontrar maneiras de relaxar, diminuir o estresse e melhorar o sono.◦ Orientações não-farmacológicas: Crie uma rotina de sono, tentando ir dormir e acordar nos mesmos horários todos os dias; mantenha seu quarto fresco, silencioso e escuro; ligue algum ruído branco, como um ventilador, ou até mesmo de aplicativos no celular; o exercício diário pode ajudar a dormir melhor, mas não deve ser próximo do horário de dormir (máximo 4 horas antes); evite telas até 2 horas antes de ir dormir.◦ Oriente o paciente a conversar com o médico caso os sintomas persistirem. Existem medicamentos que podem ser prescritos para diminuir os sintomas. Cuidado com possíveis IMs.
Nausea	<ul style="list-style-type: none">• Possíveis manejos e tratamentos:<ul style="list-style-type: none">◦ Orientações não-farmacológicas: Evite alimentos fritos e gordurosos; coma em poucas quantidades e mais vezes ao dia; beba bastante líquido em pequenas quantidades, mas evite beber junto as refeições;◦ Caso o medicamento não tenha interação com alimentos nem tenha sua absorção prejudicada, orientar para que o paciente tome o medicamento após as refeições.◦ CUIDADO: Vários medicamentos para náusea, podem interagir com antidepressivos, por exemplo:<ul style="list-style-type: none">■ Ondansetrona (Vonau®) - IM Grave■ Metoclopramida (Plasil®) - IM Moderada■ Dimenidrinato (Dramin®) - IM Moderada
Constipação	<ul style="list-style-type: none">• Possíveis manejos e tratamentos:<ul style="list-style-type: none">◦ Orientações não-farmacológicas: Manter uma alimentação rica em fibras; Ingerir bastante líquidos; Se exercitar regularmente.◦ MIPs que podem ser sugeridos para constipação intestinal/ ocasional:⁵⁵<ul style="list-style-type: none">■ Laxantes: Policarbofila cálcica;■ Laxantes irritantes ou estimulantes: Cassia fistula, Senna alexandrina, Operculina alata, Rhamnus purshiana;■ Laxantes incrementadores do bolo intestinal: Plantago ovata;
Disfunção sexual	<ul style="list-style-type: none">• Alguns pacientes apresentam remissão espontânea, parcial ou total, semanas ou meses após o início do tratamento.• O manejo nestes casos pode ser um desafio.• Oriente ao paciente para que converse com o médico responsável pelo seu tratamento:<ul style="list-style-type: none">◦ Como a indução de disfunção sexual é dose-dependente, pode ser útil a redução da dose do fármaco caso isso não influencie na efetividade do tratamento.◦ A suspensão do medicamento e a introdução de um antidepressivo de outra classe também deve ser considerada.


COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE


A natureza do cuidado é essencialmente comunicacional.

A comunicação efetiva é construída com diálogo.


ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO EFETIVA

 Inicialmente é importante enfatizar que o atendimento de cada paciente sempre será um fenômeno comunicacional complexo e único. Também que é fundamental avaliar o paciente como um todo, considerando tanto os parâmetros clínicos objetivos quanto os aspectos subjetivos (desejos, experiências e histórico).


 **Tempo:** Conciliar a expectativa do paciente com a demanda do serviço é um desafio. Procure alinhar o tempo que você e o paciente possuem para este atendimento no início da conversa. A melhor solução pode ser o agendamento de uma data e horário.

 Para o estabelecimento de vínculo com o paciente:

- Chama-lo pelo nome
- Manter uma escuta ativa e empática
- Respeitar as crenças e conhecimentos dos pacientes
- Cuidar da sua comunicação não verbal (gestos, expressões, postura)

 **Abordagem:**


- Apresentar-se como farmacêutico e colocar-se a disposição para tirar dúvidas sobre o tratamento ou a condição de saúde do paciente.
- Você também pode perguntar se o paciente gostaria de conversar sobre o tratamento, e se possível/necessário conduzir a conversa para uma sala reservada.

 O profissional deve conduzir o atendimento focado nos objetivos do atendimento:


- Buscar atender as necessidades do paciente;
- Avaliar a adesão, efetividade e segurança do tratamento;
- Realizar as intervenções priorizadas e pactuadas com o paciente, e sempre que possível e necessário, com os demais profissionais que acompanham o paciente.


Utilize perguntas abertas quando precisar de mais informações.

Utilize perguntas fechadas quando precisar direcionar a conversa com mais objetividade.

 **Não utilize:**

- Termos técnicos (*ex: eventos adversos*)
- Expressões e falas que demonstram julgamento/desaprovação
- Falas sugestivas que induzem o paciente a responder o que se espera

 Entregar informações por escrito é um recurso de reforço da orientação e ajuda o paciente a lembrar dos pontos mais importantes abordados. Se necessário, utilize figuras ou ilustrações.

 Registre o atendimento.

 Sempre confirme se o paciente entendeu a sua orientação (feedback).

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Unidades que prestam serviços de saúde de caráter **aberto e comunitário**, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou **transtorno mental**, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do **uso de álcool e outras drogas** (CAPS AD).

Como conseguir atendimento pelo CAPS?

- Passando por uma avaliação em uma UBS, onde o médico fará o encaminhamento de acordo com a necessidade do paciente e a disponibilidade de CAPS na região.
- Comparecendo diretamente no CAPS, nos dias e horários reservados para o acolhimento e triagem de novos pacientes. Como os dias e horários variam de unidade para unidade, o ideal é entrar em contato via telefone para se informar.



[Clique aqui para achar um CAPS perto de você.](#)

Atenção: Se o seu município não possuir nenhum CAPS, o atendimento de saúde mental é feito pela Atenção Básica, por meio das Unidades Básicas de Saúde ou Postos de Saúde.

Centro de Valorização da Vida (CVV)

O CVV é formado por voluntários e promove o apoio emocional e a prevenção do suicídio. Os voluntários não farão nenhum diagnóstico, mas irão ouvir atentamente e, por meio da meio da conversa, eles conseguem indicar locais específicos e gratuitos onde é possível conseguir ajuda, seja para um tratamento para dependentes químicos, prevenção ao suicídio, luto, entre outros.

Acesse o chat do Centro de Valorização da Vida (CVV) ou ligue através do 188. A ligação é gratuita e o serviço está disponível 24 horas por dia;

Em caso de emergência ou de ameaça de suicídio, não hesite em acionar o SAMU 192.

<https://www.abrata.org.br/>

Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA): oferece suporte emocional, informações e orientações sobre transtornos afetivos, além de promover a conscientização sobre a importância do tratamento adequado

<https://vitalere.com.br/>

Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio oferece atendimento psicológico gratuito para pessoas em situação de vulnerabilidade social, incluindo aquelas que sofrem com o transtorno depressivo.

<http://www.assimsc.org.br/>

A **Associação Instituto Movimento** – ASSIM SC – é uma instituição sem fins lucrativos nascida do sonho de levar atendimento terapêutico gratuito ou a preço social para aqueles que mais precisavam.

LISTA DE LITERATURAS RECOMENDADAS

Clique para acessar os materiais:

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - American Psychiatric Association, 5ª ed. traduzido por Artmed, 2014.

Diretrizes Clínicas para o Tratamento de Adultos com Transtorno Depressivo Maior - Rede Canadense de Tratamentos de Humor e Ansiedade (CANMAT), 2016.

Diretrizes de prática clínica para o manejo da depressão. Indian J Psychiatry. 2017 Jan;59(Supl 1):S34-S50.

Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil - Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, Associação Médica Brasileira - AMB, Conselho Federal de Medicina -CFM, Federação Nacional de Médicos - FENAM, Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual - ABIPD e Sociedade Brasileira de Neuropsicologia - SBNp, 20202.

Depressão em adultos: tratamento e manejo - National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2022.

Diretriz Prática para o Tratamento de Pacientes com Transtorno Depressivo Maior - American Psychiatric Association, 3ª ed.,2010.

Cuidado farmacêutico na Atenção Básica, caderno 1: Serviços farmacêuticos na atenção básica a saúde - Ministério da Saúde, 2014.

Cuidado farmacêutico na Atenção Básica, caderno 2: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica - Ministério da Saúde, 2015.

Manual de Orientação ao Farmacêutico: Conduta e Postura Profissional - Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2015.

BIBLIOGRAFIA

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (Suíça). **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization (WHO), 2022.
2. RIBEIRO, Ângela et al. Depression and psychodynamic psychotherapy. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 40, n. 1, p. 105-109, 12 jun. 2017. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2107>.
3. CUIJPERS, Pim et al. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies.. **Journal Of Consulting And Clinical Psychology**, [S.L.], v. 76, n. 6, p. 909-922, 2008. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/a0013075>.
4. CUIJPERS, Pim; QUERO, Soledad; DOWRICK, Christopher; ARROLL, Bruce. Psychological Treatment of Depression in Primary Care: recent developments. **Current Psychiatry Reports**, [S.L.], v. 21, n. 12, p. 129-129, 23 nov. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>.
5. GABRIEL, Franciele Cordeiro et al. Pharmacological treatment of depression: a systematic review comparing clinical practice guideline recommendations. **Plos One**, [S.L.], v. 15, n. 4, p. 0231700, 21 abr. 2020. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0231700>.
6. GROVER, Sandeep et al. Clinical Practice Guidelines for the management of Depression. **Indian Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 59, n. 5, p. 34, 2017. Medknow. <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5545.196973>.
7. KENNEDY, Sidney H. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. **The Canadian Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 61, n. 9, p. 540-560, 11 ago. 2016. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0706743716659417>.
8. GELENBERG, A. J. et al. PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With Major Depressive Disorder Third Edition WORK GROUP ON MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf>.
9. NICE. Depression in adults: treatment and management NICE guideline. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/resources/depression-in-adults-treatment-and-management-pdf-66143832307909>>.
10. SCHUCH, Felipe B. et al. Exercise improves physical and psychological quality of life in people with depression: a meta-analysis including the evaluation of control group response. **Psychiatry Research**, [S.L.], v. 241, p. 47-54, jul. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.054>.
11. GORDON, Brett R. et al. Association of Efficacy of Resistance Exercise Training With Depressive Symptoms. **Jama Psychiatry**, [S.L.], v. 75, n. 6, p. 566, 1 jun. 2018. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0572>.
12. LASSALE, Camille et al. Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Molecular Psychiatry**, [S.L.], v. 24, n. 7, p. 965-986, 26 set. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41380-018-0237-8>.
13. OPIE, R.s. et al. Dietary recommendations for the prevention of depression. **Nutritional Neuroscience**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 161-171, 2 mar. 2016. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1179/1476830515y.0000000043>.
14. TALAMINI, Lucia M et al. Sleep as a window to treat affective disorders. **Current Opinion In Behavioral Sciences**, [S.L.], v. 33, p. 99-108, jun. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cobeha.2020.02.002>.
15. LEIGH ANN ANDERSON. Antidepressants and Alcohol Interactions. Disponível em: <<https://www.drugs.com/article/antidepressant-medications-alcohol.html>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
16. LARA, Diogo R. et al. Caffeine, Mental Health, and Psychiatric Disorders. **Journal Of Alzheimer'S Disease**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 239-248, 14 abr. 2010. IOS Press. <http://dx.doi.org/10.3233/jad-2010-1378>.
17. TREUR, Jorien L. et al. Using Mendelian randomization analysis to better understand the relationship between mental health and substance use: a systematic review. **Psychological Medicine**, [S.L.], v. 51, n. 10, p. 1593-1624, 25 maio 2021. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s003329172100180x>.
18. Citalopram: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB00215>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
19. Sertraline: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB01104>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
20. Paroxetine: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB00715>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
21. Fluoxetine: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB00472>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
22. Escitalopram: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB01175>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
23. Venlafaxine: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB00285>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
24. Duloxetine: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB00476>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
25. Desvenlafaxine: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB06700>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
26. Amitriptyline: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB00321>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
27. Imipramine: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB00458>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
28. Clomipramine: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB01242>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
29. Nortriptyline: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB00540>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
30. POPE, C. List of MAO inhibitors + Uses & Side Effects, abr. 2023. Disponível em: <<https://www.drugs.com/drug-class/monoamine-oxidase-inhibitors.html>>. Acesso em: 21 maio. 2023.
31. Tranylcypromine: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB00752>>. Acesso em: 25 maio. 2023.

BIBLIOGRAFIA

32. Moclobemide: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB01171>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
- Bupropion: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB01156>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
34. Mirtazapine: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB00370>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
35. Trazodone: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB00656>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
36. Vilazodone: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB06684>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
37. Vortioxetine: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online. Disponível em: <<https://go.drugbank.com/drugs/DB09068>>. Acesso em: 25 maio. 2023.
38. MENEZES, Gabriela Bezerra de et al. Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 55-60, out. 2007. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462007000600004>.
39. MCCARRON, Robert M. et al. Depression. *Annals Of Internal Medicine*, [S.L.], v. 174, n. 5, 11 maio 2021. American College of Physicians. <http://dx.doi.org/10.7326/aitc202105180>.
40. FREIRE, Manoela Ávila et al. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, [S.L.], v. 63, n. 4, p. 281-289, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000036>.
41. Moreno RA, Moreno DH. "Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Åsberg (MADRS)". In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW (eds.). *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria*.
42. HAMILTON, M. et al. A RATING SCALE FOR DEPRESSION. *Journal Of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 56-62, 1 fev. 1960. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>.
43. OMS: World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>. Acesso em: 19 maio 2023.
44. Obreli-Neto PR, Baldoni AO, Guidoni CM, Bergamini D, Hernandez KC, Luz RT, et al. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Rev Bras Farm*. 2012; 93(4):403- 10
45. MARASINE, Nirmal Raj et al. Factors Associated with Antidepressant Medication Non-adherence. *Turkish Journal Of Pharmaceutical Sciences*, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 242-249, 20 abr. 2021. Galenos Yayinevi. <http://dx.doi.org/10.4274/tjps.galenos.2020.49799>.
46. VAN SERVELLEN, G.; HEISE, B. A.; ELLIS, R. Factors associated with antidepressant medication adherence and adherence-enhancement programmes: a systematic literature review. *Mental health in family medicine*, v. 8, n. 4, p. 255-71, 2011.
47. DELL'OSSO, Bernardo et al. How to improve adherence to antidepressant treatments in patients with major depression: a psychoeducational consensus checklist. *Annals Of General Psychiatry*, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 19-61, 12 out. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12991-020-00306-2>.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde : adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
49. BORBA, Leticia de Oliveira et al. Adaptation and validation of the Measuring of Treatment Adherence for mental health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 71, n. 5, p. 2243-2250, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0796>.
50. OMS: World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>. Acesso em: 19 maio 2023.
51. SOUSA, L. P. C.; VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. Adesão ao tratamento medicamentoso por pessoas com transtorno de ansiedade. *Portal Regional da BVS*, p. 01-11, 2016.
52. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da Saúde em Atenção Primária. Transtornos Mentais e Comportamentais. Departamento de Saúde Mental. Genebra, [s.n.], 2000.
53. Braga ARM. Uso de psicofármacos na infância e na adolescência para o pediatra geral. *Brasília Med* 2011;48(3):209-307
54. SCALCO, Mônica Z et al. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 55-63, abr. 2002. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462002000500011>.
55. BRASIL. Instrução Normativa nº 120, de 9 de março de 2022. Define a Lista de Medicamentos Isentos de Prescrição. Disponível em: <https://cff.org.br/userfiles/IN%20120%20-%20DE%209%20DE%20MARÇO%20DE%202022.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2022.
56. CRF-SP, Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Manual de orientação ao farmacêutico: conduta e postura profissional / Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. São Paulo: CRF-SP, 2015. Disponível em: http://www.crfsp.org.br/documentos/materiaistecnicos/Conduta_e_Postura_Profissional.pdf. Acesso em: 19 maio. 2023.
57. Ceron M. Habilidades de Comunicação: abordagem centrada na pessoa. UNASUS. São Paulo: UNIFESP; 2010. Ceron M. Habilidades de Comunicação: abordagem centrada na pessoa. UNASUS. São Paulo: UNIFESP; 2010.
58. Possamai FP, Dacoreggio Mds. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2007;5:473-90
59. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica : aplicação do método clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.
60. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 4 maio 2023.