

**FACULDADE SANTA EMÍLIA  
CENTRO DE CONSULTORIA EDUCACIONAL**

**ÂNGELA RODRIGUES DA SILVA**

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA AOS PACIENTES COM  
TRANSTORNO DEPRESSIVO**

**RECIFE  
2012**

**ÂNGELA RODRIGUES DA SILVA**

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA AOS PACIENTES COM  
TRANSTORNO DEPRESSIVO**

Monografia apresentada à Faculdade Santa Emília e Centro de Consultoria Educacional, como exigência do Curso de Pós-graduação Lato Sensu em Farmácia Hospitalar e Clínica.

Orientador: Prof. M.Sc Gustavo Santiago Dimech

**RECIFE 2012**

S586a Silva, Ângela Rodrigues da

Assistência farmacêutica aos pacientes com transtorno depressivo/ Ângela Rodrigues da Silva. - Recife: O Autor, 2012.

33 f.

Monografia (especialização) – Faculdade Santa Emília e CCE –  
Centro de Consultoria Educacional.

1. Depressão 2. Depressão - Tratamento. I. Título.

CDU: 616.89-008.454

**ÂNGELA RODRIGUES DA SILVA**

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA AOS PACIENTES COM  
TRANSTORNO DEPRESSIVO**

Recife, 05 de Setembro de 2012

**EXAMINADOR:**

Nome:

---

Titulação:

---

**PARECER FINAL**

---

---

---

---

## RESUMO

A depressão é um transtorno de humor que pode atingir qualquer faixa etária, cada vez mais frequente entre os jovens. Não há um motivo comum para desencadear as alterações, mas podem se dar após eventos como luto, doença ou perda do emprego. Sentimentos como tristeza, perda de interesses, alterações no apetite e peso, distúrbios do sono, pensamentos suicidas entre outros sintomas estão associados à doença. Muitos tratamentos já são disponibilizados, dentre eles o medicamentoso, que tem como objetivo controlar os sintomas, permitindo que o indivíduo se sinta apto e volte a ter uma vida normal, sendo as classes mais comuns para tanto os antidepressivos tricíclicos e os inibidores da receptação de serotonina. O envolvimento do profissional farmacêutico é de suma importância para auxiliar o sucesso da terapia medicamentosa, já que se faz adequada uma indicação correta para o tipo de transtorno apresentado, monitorando o uso do fármaco, evitando o surgimento de problemas relacionados ao medicamento que sejam controláveis e, assim, promovendo o uso racional.

**Palavras-chave:** Depressão; Tratamento; Atenção Farmacêutica.

## **ABSTRACT**

Depression is a mood disorder that can strike any age group, increasingly common among young people. There is a common reason for initiating the changes, but may be given after events such as bereavement, illness or job loss. Feelings such as sadness, loss of interest, changes in appetite and weight, sleep disorders, suicidal thoughts and other symptoms are associated with the disease. Many treatments are already available, including drug treatment, which aims to control symptoms, allowing the individual to feel fit and to regain a normal life, being the most common classes for both tricyclic antidepressants and inhibitors of reuptake of serotonin. The involvement of the pharmacist is very important to help the success of drug therapy, since it is an appropriate indication for the type of disorder introduced by monitoring the use of the drug, avoiding the emergence of drug-related problems that are controllable and thus promoting the rational use.

**Keywords:** Depression, Treatment, Pharmaceutical Care.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>1. TRANSTORNO DEPRESSIVO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1. TIPOS DE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS.....</b>	<b>11</b>
1.1.1. Depressão reativa ou secundária.....	11
1.1.2. Depressão menor ou distímia.....	11
1.1.3. Depressão maior ou unipolar.....	12
1.1.4. Depressão melancólica ou endógena.....	13
1.1.5. Depressão atípica.....	14
1.1.6. Depressão com sintomas psicóticos.....	14
1.1.7. Depressão pós-parto.....	15
1.1.8. Depressão bipolar ou psicose maníaco-depressivo.....	15
<b>2. TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS.....</b>	<b>17</b>
2.1. Eletroconvulsoterapia (ECT).....	17
2.2. Estimulação Magnética Transcraniana Repetitiva (EMTR).....	17
2.3. Psicoterapêutico.....	18
2.4 Medicamentos.....	19
2.4.1. Principais classes de antidepressivos.....	20
<b>3. ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO..</b>	<b>25</b>
<b>4.LEGISLAÇÕES ENVOLVIDAS NA DISPENSAÇÃO DE</b>	
<b>ANTIDEPRESSIVOS.....</b>	<b>27</b>
4.1. Critérios da inclusão das classes de psicotrópicos nas listas da Portaria 344.....	27
4.2. Critérios a serem observados na dispensação de medicamentos psicotrópicos.....	28
<b>5. CONCLUSÕES.....</b>	<b>30</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>

## INTRODUÇÃO

Segundo Almeida *et al.* (2007) a depressão é um transtorno do humor grave freqüente, e ocorre em todas as faixas etárias, sendo que as taxas parecem estar aumentando entre jovens e idosos. Por razões ainda não totalmente esclarecidas, a depressão vem se tornando cada vez mais freqüente neste século. Talvez isso seja apenas o resultado de uma melhor identificação e de maior esclarecimento.

De acordo com dados recentes do estudo epidemiológico norte-americano - "EpidemiologicCatchmentAreaProgram", citado por Bobak (2008), 30% dos entrevistados relataram já terem se sentido deprimido por no mínimo duas semanas, e 5% relataram já terem tido ao mesmo tempo um episódio de depressão. Distímia, que é um quadro mais leve, porém prolongado da depressão, foi encontrada em 3% da população. Com esses números, pode-se calcular que existam no Brasil aproximadamente 54 milhões de pessoas que em algum momento de suas vidas terão algum tipo de depressão, sendo que 7,5 milhões terão episódios agudos e graves, muitas com risco de suicídio.

A depressão normalmente não vem acompanhada de um motivo aparente. As pessoas podem sentir-se tristes em certas situações como: perda de emprego, separação, luto, doenças e outros acontecimentos. Já na depressão nem sempre existe uma causa definida, simplesmente aparece se instala e quando não tratada pode persistir por tempo indeterminado (NIGRO, 2009).

Segundo Machado (2008), nos intermédios de 1960 a depressão era um micro problema pessoal, não havia muitos estudos relacionados à doença, nem sobre seu tratamento. Atualmente, de acordo com a OMS, definiu-se transtorno depressivo, também chamado de depressão maior, depressão unipolar ou simplesmente depressão, como a quarta maior causa de impacto entre todas as doenças no mundo.

A depressão apresenta-se como um distúrbio de alteração de humor e/ou comportamento que persiste por, no mínimo duas semanas. Sentimentos como tristeza, vazio, desesperança, desamparo, perda de interesses, alterações no apetite e peso, distúrbios do sono, falta de energia, falta de interesse sexual, pensamentos suicidas entre outros sintomas estão associados à doença. Não há diferença entre respostas farmacológicas dos antidepressivos e as diferentes apresentações da depressão (WANNAMACHER, 2008).

Contudo, hoje em dia existem muitas opções de tratamento eficazes e a maioria dos pacientes com o quadro de depressão instalado pode esperar sentir-se melhor, como resultado do tratamento. Geralmente, o objetivo da terapia medicamentosa é controlar os sintomas e tratar a doença, permitindo que o indivíduo se sinta apto e volte a ter uma vida normal (NETO, 2009).

Segundo Guimarães (2008) e Bordin (2008), a atenção farmacêutica possui por finalidade aumentar a efetividade do tratamento medicamentoso, compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, responsabilidade e habilidade do farmacêutico na prestação farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos eficientes e seguros para prevenir, informar e resolver problemas relacionados a medicamentos privilegiando a saúde e a qualidade de vida do paciente.

Desta forma, o farmacêutico tem um papel preponderante no contributo para a resolução destes problemas, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados, voltados para a melhoria da qualidade de vida, realizando resultado satisfatório em relação aos custos, qualidade e adesão ao tratamento proposto (NETO, 2009).

O aconselhamento a respeito da importância do tratamento farmacológico ao paciente com transtorno depressivo é um dos instrumentos essenciais para a realização e garantia da atenção farmacêutica, sendo que através da sua experiência no conhecimento e gestão de medicamentos, o profissional devere manter uma importante e imprescindível habilidade de comunicação, visando assegurar a boa relação farmacêutico-paciente (GELDER, 2010).

Deste modo, o farmacêutico deverá fornecer a máxima informação ao paciente sobre a depressão e o seu tratamento, apoiando sempre a sua adesão à medicação prescrita pelo médico, sendo de vital importância, já que muitas vezes no início do tratamento, o paciente depressivo pode ter alguma dificuldade quanto à medicação antidepressiva, o que pode por em causa a sua adesão terapêutica (GELDER, 2010).

Partindo do princípio que a patologia depressiva instala-se muitas vezes em pessoas sem nenhum motivo aparente e tendo em vista o uso medicamentoso para o seu tratamento, surgiu assim o interesse em pesquisar o tipo de atenção farmacêutica utilizada em pacientes com transtorno depressivo, motivos esses que despertou o saber científico em desenvolver tal pesquisa.

Assim este estudo tem o objetivo de descrever a atenção farmacêutica prestada ao paciente com quadro de transtorno depressivo instalado, relacionando os tipos de

transtornos depressivos que mais acometem a população, identificando as classes terapêuticas utilizadas para tratamento de pacientes com depressão e demonstrando a importância do farmacêutico na melhora da adesão de pacientes em depressão ao tratamento.

## 1. TRANSTORNO DEPRESSIVO

A depressão é um transtorno mental, normalmente caracterizado uma baixa de humor, auto-estima, diminuição ou ausência do prazer e redução da energia. Evidências da neurociência, da genética e da investigação clínica demonstram que a depressão é uma doença que resulta de distúrbio ao nível cerebral. Com efeito, durante a depressão, as ligações do sistema nervoso, responsáveis pela regulação do humor, do pensamento, do sono, do apetite e do comportamento, não estão a funcionar corretamente, tendo a desregulação dos neurotransmissores essenciais, substâncias químicas usadas pelas células nervosas para a comunicação, um papel importante nesta doença (MORENO *et al.*, 2009).

A depressão enquanto evento psiquiátrico é algo bastante diferente, que necessita de tratamento. Os sintomas depressivos podem ter duração variada (episódios únicos, recorrentes, crônicos ou breves) e com intensidades diferentes (comprometimentos no funcionamento do dia a dia de forma leve, moderada ou grave). Quando comparada com outras doenças crônicas como diabetes e osteoartrites, a depressão pode provocar um comprometimento no funcionamento físico, social e ocupacional igual ou superior, independente da sua gravidade. Os sintomas físicos incluem falta de energia, distúrbio do sono, dores e queixas vagas, perda ou ganho de peso, distúrbios gastrointestinais e alterações na psicomotricidade. (LILLY, COMPANY, 2010).

O termo depressão tem sido usado para descrever tanto alterações normais do humor diante de perdas, conflitos nas relações interpessoais, ou outros problemas de natureza emocional (tristeza) como um grupo de transtornos específicos. Sentimentos de tristeza ou infelicidade são comuns em situações de perda, separações, insucessos, conflitos nas relações interpessoais, fazem parte da experiência cotidiana e caracterizam um estado emocional normal, não patológico. Um exemplo é o luto normal, no qual há tristeza e ansiedade, mas normalmente não há culpa e autoacusações que caracterizam os transtornos depressivos (ROTH, 2009).

De acordo com Klermann (2009), as situações podem ainda ocorrer disfunções cognitivas passageiras: sentimentos de desamparo ou desesperança, visão negativa de si mesmo, da realidade e do futuro, que em geral desaparecem com o tempo, sem a necessidade de ajuda especializada. No entanto, quando tais sintomas não desaparecem espontaneamente, são desproporcionais à situação ou ao evento que os desencadeou ou este inexistente, quando o sofrimento é acentuado, comprometendo as rotinas diárias ou as

relações interpessoais, provavelmente o paciente é portador de um dos depressivos, que acometem ao redor de 15% da população, especialmente mulheres.

## **1.1. TIPOS DE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS**

### **1.1.1. Depressão reativa ou secundária**

Surge em resposta a um estresse identificável como perdas (reações de luto), doença física importante (tumores cerebrais, AVC, hipo ou hipertireoidismo, doença de Cushing, LES, etc.), ou uso de drogas (reserpina, clonidina, metildopa, propranolol, promazina, clorpormazina, acetazolamida, atropina, hioscina, haloperidol, corticosteróides, benzodiazepínicos, barbitúricos, anticoncepcionais, hormônios tireoidianos, etc). Corresponde a mais de 60% de todas as depressões (KEILA, 2007).

Segundo Moreno *et al.* (2009), a história pregressa de depressão tem sido apontada como um importante fator de risco para a depressão pós-AVC. Pacientes com história de depressão apresentaram um risco 2,3 vezes maior de desenvolverem depressão pós-AVC e quase três vezes mais de apresentarem depressão maior. A história pregressa de depressão estava fortemente associada à depressão pós-AVC e foi o fator responsável por 64% da variância na avaliação do diagnóstico da depressão leve e moderada.

Todos os episódios pregressos de depressão, apresentados pelos pacientes estudados, foram caracterizados como reativos pelos autores e haviam remitido, espontaneamente, sem tratamento. Estes pacientes tinham uma probabilidade de ter depressão no pós-AVC quase sete vezes maior em relação aos pacientes sem história de depressão (MORENO *et al.*, 2009). O estudo transversal de Morris *et al.* (2009) detectou que os pacientes com história de transtornos afetivos ou ansiosos tinham um risco quase quatro vezes maior de estarem deprimidos após o AVC, e para a depressão maior, o risco era quase seis vezes maior.

### **1.1.2. Depressão menor ou distímia**

O início da distímia pode ocorrer na infância. O próprio paciente descreve-se como uma criança diferente, anti social, mal humorada e sempre rejeitada pelos colegas. Nessa fase a incidência se dá igualmente em ambos os sexos (BELINO, 2010).

Ainda segundo Belino (2010), a distímia é subdividida em precoce e tardia, precoce quando iniciada antes dos 21 anos e tardia após esta idade. A distímia precoce ocorre mais frequentemente do que a tardia. Por outro lado estudos com pessoas acima de 60 anos de idade mostram que a prevalência da distímia nessa faixa etária é alta, sendo maior nas mulheres. Os homens apresentam uma frequência de 17,2% de distímia enquanto as mulheres apresentam uma prevalência de 22,9%. Outro estudo também com pessoas acima de 60 anos de idade mostrou que a idade média de início da distímia foi de 55,4 anos de idade.

A comparação da distímia em pessoas com mais de 60 anos e entre 18 e 59 anos revelou poucas diferenças, os sintomas mais comuns são basicamente os mesmos. Os mais velhos apresentaram mais queixas físicas; enquanto os mais novos, mais queixas mentais (DEMETRIO, 2008).

Para Garcia (2010) é uma desordem depressiva crônica e que se manifesta pela presença da síndrome depressiva, onde o paciente consegue funcionar socialmente, mas sem experimentar prazer. Entre os sintomas ocorre sentimento de inadequação e desconforto, perda de prazer ou interesse, o isolamento social manifestado pela necessidade de permanecer em seu domicílio, sem receber visitas ou atender telefonemas. Esses pacientes reconhecem sua inconveniência quanto à rejeição social, porém não manifestam interesse em mudar tal comportamento.

O início é sempre de forma muito gradual, onde não se pode ter certeza do diagnóstico preciso da distímia. O diagnóstico preciso só pode ser feito depois que o problema está instalado. O próprio paciente tem dificuldade para determinar quando o problema iniciou, geralmente ocorre entre meses e até anos. Como na maioria das vezes a distímia começa no início da idade adulta a maioria dos pacientes tende a julgar que seu problema é constitucional, ou seja, faz parte do seu ser e não que possa ser um transtorno mental, tratável (GARCIA, 2010).

### **1.1.3. Depressão maior ou unipolar**

Segundo o DSM-IV, manual diagnóstico estatístico de transtornos mentais, é uma desordem depressiva primária, endógena, e que não tem relação causal com situações estressantes, patologias orgânicas ou psiquiátricas, caracterizando-se por episódios puramente depressivos em períodos variáveis da vida do paciente geneticamente predisposto à doença.

Caracteriza-se pelo Transtorno do Humor e seu quadro envolve manifestações afetivas motivacionais, cognitivas, comportamentais e fisiológicas, além de alterações neuroquímicas no cérebro. A sintomatologia clínica da depressão pode ser observada em todas as idades, raças, grupos étnicos, em ambos os sexos e nas mais variadas condições sócio-econômicas. Manifesta-se interpessoalmente e intrapessoalmente, podendo ter grande impacto sobre os indivíduos, casais e a famílias.

Para Izquierdo (2011) resultaria de uma inclinação inata determinada por fatores hereditários e bioquímicos que produziriam um distúrbio da neurotransmissão central, secundária a um déficit funcional de neurotransmissores (dopamina, noradrenalina e/ou serotonina) e/ou a uma alteração transitória de seus receptores ao nível do SNC. Durante o episódio, os sintomas depressivos são severos e intensos, impedindo o indivíduo de agir normalmente, havendo alto risco de suicídio se não tratado. Corresponde a cerca de 25% de todas as depressões.

Além dos tipos de transtornos depressivos, o paciente pode também desenvolver:

#### **1.1.4. Depressão melancólica ou endógena**

Um tipo de depressão que boa parte das vezes leva à perda da capacidade de sentir prazer na vida, com grande sofrimento para os portadores da doença, em especial, as pessoas idosas. É preciso distinguir a tristeza, uma emoção universal, do sofrimento representado pela depressão melancólica, que tem características incapacitantes e não pode ser controlada pelo paciente sozinho, necessitando de tratamento clínico (PASCUAL, 2010).

Segundo Garcia (2009) atinge mais freqüentemente os idosos são muitas vezes confundidos como uma condição da idade, atribuindo sintomas da melancolia como esquecimento e desânimo a características da velhice, Desta forma, os pacientes não procuravam ajuda de profissionais, situação que vem mudando em virtude da maior aceitação dos tratamentos dos males da mente e da divulgação de informações, cada vez maior, a respeito dos mesmos.

Segundo o estudo de Demetrio (2008), ainda assim, existem algumas pessoas com quadro de depressão melancólica não identificada, nesse tipo de depressão são os pensamentos negativos, a idéia de morte constante, o tédio, uma inatividade forte e, principalmente, perda de apetite e insônia. Nestes casos, a percepção de que a doença está instalada é mais identificável.

É uma doença relativamente fácil de tratar, podendo ser, inclusive, bem controlada, desde que haja diagnóstico rápido e efetivo da doença. Para isso, o apoio familiar é muito importante, até para a percepção dos sintomas, já que exames clínicos normais não acusam o problema.

#### **1.1.5. Depressão Atípica**

Depressão atípica geralmente começa na adolescência e é mais comum em mulheres que em homens. Apesar do nome, a depressão atípica não é rara ou incomum. Sentimentos de vazio, tristeza e choro constante, perda de interesse ou prazer nas atividades normais além de sintomas padrão de depressão. Pode-se também observar neste tipo de depressão o aumento do apetite, ganho de peso não intencional, aumento do desejo de dormir, sentimento de peso nos braços e pernas, sensibilidade à rejeição ou críticas que interfere com a sua vida social ou de trabalho, conflitos de relacionamento, problemas para manter relacionamentos duradouros, medo da rejeição que leva a evitar relacionamentos, temporariamente o humor se eleva com boas notícias ou eventos positivos, mas retorna a tristeza mais tarde (KEILA, 2007).

#### **1.1.6. Depressão com sintomas psicóticos**

É uma doença mental que se caracteriza por uma desorganização ampla dos processos mentais. É um quadro complexo apresentando sinais e sintomas na área do pensamento, percepção e emoções, causando marcados prejuízos ocupacionais, na vida de relações interpessoais e familiares. Nesse quadro a pessoa perde o sentido de realidade ficando incapaz de distinguir a experiência real da imaginária (MORETTI, 2008).

Essa doença se manifesta em crises agudas com sintomatologia intensa, intercaladas com períodos de remissão, quando há um abrandamento de sintomas, restando alguns deles em menor intensidade. É uma doença do cérebro com manifestações psíquicas, que começa no final da adolescência ou início da idade adulta antes dos 40 anos.

O curso desta doença é sempre crônico com marcada tendência à deterioração da personalidade do indivíduo. Há, no entanto, evidências de que seria decorrente de uma

combinação de fatores biológicos, genéticos e ambientais que contribuiriam em diferentes graus para o aparecimento e desenvolvimento da doença (SILVA, 2007).

### **1.1.7. Depressão Pós-parto**

O pós-parto é um período de risco psiquiátrico aumentado no ciclo de vida da mulher. A depressão pós-parto, também conhecida como postpartum blues, pode se manifestar com intensidade variável, tornando-se um fator que dificulta o estabelecimento de um vínculo afetivo seguro entre mãe e filho, podendo interferir nas futuras relações interpessoais estabelecidas pela criança (NETO, 2006).

Bardin (2008), ocorre entre 2 semanas a 12 meses após o parto, com risco maior em mulheres com antecedentes de depressão. Considera-se que o parto (e as mudanças que ele traz, hormonais e de vida) seja um potente estressor, desencadeando depressão em mulheres com tendência à mesma.

### **1.1.8. Depressão bipolar ou psicose maníaco-depressiva**

Segundo Knapp (2010), o transtorno afetivo bipolar era denominado até bem pouco tempo de psicose maníaco-depressiva. Esse nome foi abandonado principalmente porque este transtorno não apresenta necessariamente sintomas psicóticos, na verdade, na maioria das vezes esses sintomas não aparecem. Os transtornos afetivos não estão com sua classificação terminada. Provavelmente nos próximos anos surgirão novos subtipos de transtornos afetivos, melhorando a precisão dos diagnósticos. Com a mudança de nome esse transtorno deixou de ser considerada uma perturbação psicótica para ser uma perturbação afetiva.

A alternância de estados depressivos com maníacos é a tônica dessa patologia. Muitas vezes o diagnóstico correto só será feito depois de muitos anos. Uma pessoa que tenha uma fase depressiva receba o diagnóstico de depressão e dez anos depois apresente um episódio maníaco tem na verdade o transtorno bipolar, mas até que a mania surgisse não era possível conhecer o verdadeiro diagnóstico (BELINO, 2010).

A depressão do transtorno bipolar é igual a depressão recorrente que só se apresenta como depressão, mas uma pessoa deprimida do transtorno bipolar não recebe o mesmo tratamento do paciente bipolar. É também uma desordem primária, endógena e que se caracteriza por episódios depressivos alternados com fases de mania ou de humor

normal, com estados de significativa mudança de humor do paciente (oscilações cíclicas do humor entre “altos” (mania) e “baixos” (depressão) (GARCIA 2010)).

Para Keila (2008), quando deprimida, a pessoa pode ter alguns ou todos os sintomas de depressão. Quando em mania, torna-se falante, eufórica e/ou irritável, cheia de energia, grandiosa. A mania prejudica o raciocínio, a crítica (capacidade de julgamento) e o comportamento social, podendo ocasionar graves conseqüências e constrangimentos, pois a pessoa em fase mania se envolve facilmente em negócios mirabolantes e incertos ou em aventuras românticas e toma atitudes precipitadas e inadequadas. Se não tratada, a mania pode piorar, evoluindo para quadro psicótico (com delírios e/ou alucinações).

Essa desordem afetiva estaria relacionada com um distúrbio da neurotransmissão central secundário a um déficit de neurotransmissores ou hipossensibilidade de seus receptores na fase depressiva e a um aumento deste neuro-hormônios ou da hipersensibilidade de seus receptores na fase maníaca. Corresponde a cerca de 10% de todas as depressões.

## **2. TRATAMENTOS DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS**

O Tratamento do transtorno depressivo deve ser em primeiro lugar garantir a segurança do paciente, e também uma completa avaliação diagnóstica que aborde não somente os sintomas imediatos, mas também o bem-estar futuro do paciente (MORETTI, 2008). Em certos casos, a depressão pode ser tratada isoladamente ou associadas com outros tipos de tratamentos, desde a terapêutica farmacológica clássica de psicoterapia, sendo que a psicoterapia geralmente indicada para casos persistentes e constantes (RANG, 2010).

### **2.1. Eletroconvulsoterapia (ECT)**

A eletroconvulsoterapia (ECT) é um tratamento efetivo para certos subgrupos de indivíduos que sofrem de doenças mentais graves. Tais subgrupos consistem primariamente de pacientes com transtornos depressivos graves, catatonia, mania e, ocasionalmente, certos pacientes com esquizofrenia.

Dependendo da ocorrência de comorbidades com desordens médicas e/ou neurológicas e da análise de risco em relação à necessidade do tratamento, a ECT pode ser tida tanto como procedimento de baixo como de alto risco.

A ECT deve ser sempre administrada seguindo informações válidas, com o consentimento do paciente e em concordância com os procedimentos de sua administração. Geralmente para esse tipo de tratamento é utilizados em pacientes com depressão grave e que por sua vez não tiveram resposta satisfatória ao tratamento medicamentoso e também incluindo casos com aspectos psicóticos, sendo útil para eliminar impulsos suicidas em pacientes (THARYAN, 2010).

### **2.2. Estimulação Magnética Transcraniana Repetitiva (EMTR)**

A Estimulação Magnética Transcraniana (no original, TMS, *TranscranialMagneticStimulation*) é uma nova técnica que tem sido utilizada para o tratamento de transtornos psiquiátricos, especialmente para a depressão. Trata-se de um tratamento não medicamentoso no qual um aparelho estimulador cria um campo magnético alternado de alta intensidade que é aplicado sobre o crânio através de uma bobina de estimulação.

A TMS pode ser de dois tipos: de pulso único (ou pulso simples) ou de repetição. A estimulação de pulso simples é geralmente utilizada em neurologia e neurofisiologia, principalmente para o estudo das funções motoras (PASCUAL, 2008).

Para este tipo de tratamento corresponde como alternativa dos pacientes resistente aos medicamentos. Dentre os possíveis efeitos colaterais apresentados pelos pacientes, além de cefaléia leve, que melhora com analgésicos comuns, as convulsões são consideradas o principal risco ao qual estão submetidos os pacientes tratados com estimulação de intensidade subliminar (CORDÁS, 2010).

### **2.3. Psicoterapêutico**

A Importância e eficácia de uma intervenção psicológica em pessoas com depressão proporcionou uma melhoria na qualidade de vida do paciente. Portanto, essa intervenção deve ser planejada de acordo com sua necessidade (SILVA, 2009). Ainda de acordo com Silva (2009), a psicoterapia, pode ser utilizada vários tipos de tratamentos.

É um método de tratamento, sendo chamadas de psicologia clínica, geralmente as intervenções psicoterapêuticas são úteis, bem como em associações com medicamentos nas situações moderadas e graves. A psicoterapia pode proporcionar encorajamento e orientação aos pacientes, também considerada como tratamento psicoterapêutico e psicofarmacológico, ajuda ao paciente a recuperar a sua saúde (SILVA, 2009).

Ainda de acordo com Silva (2009), a psicoterapia pode ser utilizada vários tipos:

- Psicoterapia dinâmica: Geralmente apresenta com o seu maior objetivo a resolução de conflitos pessoais e dificuldade na vida, sendo considerada a causa que mantém o transtorno depressivo;
- Terapia de Casal: A separação do casal e as discórdias conjugais são fatores que também contribui para a causa da depressão.
- Psicoterapia de apóio ao paciente: O Paciente aprende a dominar problemas insuperáveis e correção de seus pensamentos, reduzindo os sintomas do transtorno depressivo;

- Terapeuta cognitivo: Ajuda o paciente a pensar e agir mais realística, modificando seus pensamentos negativos em relação à vida e sobre si mesmo.

## 2.4. Medicamentos

O Tratamento para depressão, geralmente está envolvida uma medicação antidepressiva, que por sua vez receitada por pelo menos doze meses para evitar recaída e também em algumas vezes acompanhada de psicoterapia (PORTAL, 2008).

Os Inibidores seletivos da recaptção da serotonina como a sertralina, fluoxetina e a paroxetina, são considerados os antidepressivos mais utilizados no tratamento da depressão. Os antidepressivos tricíclicos, inibidores da MAO, Inibidores da recaptção de dopamina, inibidores da recaptção de noradrenalina-dopamina, inibidores da recaptção de serotonina-adrenalina e antidepressivos tetracíclicos, também são considerados antidepressivos usados no tratamento da depressão. O mecanismo de ação dos antidepressivos é provocar o aumento do neurotransmissor, como as aminas biogênicas (noradrenalina, serotonina e dopamina) (MANUAL, 2009)

Os antidepressivos são considerados medicamentos eficazes e produz em média um bom resultado dos sintomas (YONEKURA, 2008).As escolhas dos antidepressivos estão baseadas nas características da depressão, custo, interações medicamentosas, perfil de segurança e efeitos colaterais, porém esse tipo de tratamento deve prosseguir por no mínimo de um a dois meses e ainda com relação a sua classificação, os mais usados estão baseado no neurotransmissor/receptor, sendo envolvido no seu mecanismo de ação (CORDÁS, 2010).

Ainda para Cordas (2010), os antidepressivos são medicamentos eficazes no tratamento depressivo agudos nos adultos e produzem uma melhora nas concentrações de serotonina e noradrenalina e restabelece a sensibilidade dos receptores.

O Tratamento farmacológico da depressão vem sendo realizado, através das substâncias que atuam diretamente sobre dois neurônios do cérebro, noradrenérgicas e serotoninérgico (GARCIA, GASTELURRUTIA, 2010). Com relação sobre a etiologia da depressão, certas variações de genes, denominadas como polimorfismos, aumentam os riscos da depressão, genes esses que controlam o metabolismo de neurotransmissores (MORENO, 2009).

O Transtorno depressivo, geralmente provoca uma desregulação das sinapses, onde a neurotransmissora acetilcolina, dopamina, noradrenalina e serotonina, devem exercer sua função (SILVA, 2009).

Os antidepressivos são medicamentos eficazes no tratamento depressivo agudos nos adultos e produzem uma melhora nas concentrações de serotonina e noradrenalina, e restabelece a sensibilidade dos receptores, podendo ser escolhido de acordo com as características da depressão, efeito secundários, custos, interações medicamentosas e entre outros e sua classificação mais usada, está baseada no neurotransmissor/receptor envolvido no seu mecanismo de ação (DEMÉTRIO, 2008).

#### **2.4.1. Principais classes de antidepressivos**

Os Antidepressivos podem ser classificados de acordo com a estrutura química ou as propriedades farmacológicas (GUIMARÃES, 2008).

Há três classes de fármacos usados na depressão:

- Inibidores da monoaminoxidase (IMAO);
- Inibidores dos transportadores do mono aminas (tricíclicos);
- Inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS)

##### **2.4.1.1. Inibidores da monoaminoxidase (IMAO)**

O MAO é uma enzima portadora de flavona, situada na membrana externa das mitocôndrias, sendo localizados nos terminais nervosos, no fígado e em outros órgãos (GUIMARÃES, 2008).

Sua indicação está condicionada aos sintomas depressivos que não responde ao tratamento com outros fármacos, porém é uma classe de fármacos que inibem a enzima mono amina oxidase (MAO), sendo responsável por metabolizar mono aminas como a noradrenalina, dopamina e serotonina, elevando a concentração sináptica e condicionando excitação dos neurônios (GUIMARÃES, 2008).

Estes antidepressivos não são recomendados como tratamento de primeira linha, pelo fato de serem capazes de inibir números fermentos, suficiente a metabolização de substâncias exógenas, interações com alimentos e medicamentos e ainda a possibilidade de eclosão de crises hipertensivas, por todas essas razões que não os fazem a opção preferencial dos cardiologistas (LLOYD, 2008).

O Mecanismo de ação destes fármacos está baseado na inibição da monoaminoxidase (MAO), com isto elevando a concentração dos neurotransmissores em nível da fenda sináptica. A monoaminoxidase se divide em dois tipos A e B, sendo que o responsável pelo metabolismo da tiramina é o tipo A, porém os IMAOS não seletivos (tranilcipromina), a bloqueiam, acarretando crises hipertensivas podendo ser substituído por outros antidepressivos (CASTEL, 2008).

Os efeitos colaterais mais importantes e comuns com os IMAOS não seletivos irreversíveis são: diarreia, taquicardia, ansiedade e hipotensão ortostática (GELDER, 2010).

#### **2.4.1.2. Inibidores dos transportadores do mono amins (tricíclicos)**

Os Antidepressivos tricíclicos são indicados para tratamento da depressão Crônica ou profunda, depressão associadas com esquizofrenia, distúrbios de personalidade e também em outras síndromes depressivos. Sua contra indicação em pacientes com problemas cardíacos, hipertrofia de próstata, constipação intestinal grave e também em pacientes obesos, pelo fato estes fármacos provocarem ganho de peso (CORDIOLI, 2008).

São medicamentos que estão relacionados com o bloqueio da captação neuronal dos neurotransmissores, elevando a noradrenalina, da 5-hidroxitriptamina, sendo em menor escala da dopamina (GUIMARÃES, 2008).

Os ADTS são eficazes, porém apresentam muitos efeitos adversos, capazes de reduzir a aceitabilidade do paciente pelo tratamento. Embora que a opção pelo ADT é dependente do grau de sedação desejada, porém a clomipramina é o antidepressivo de escolha para distúrbios obsessivo-compulsivos, enquanto a amitriptilina para o estado de agitação (NETO, 2009).

Sua ação é no sistema límbico elevando a NE e a 5HT na fenda sinápticas e o seu tratamento geralmente é acompanhado de inquietação e aumento da ansiedade, isso no seu estado inicial, sendo que o uso de clomipramina nos primeiros dias se dará início com doses baixas (10mg/dia), podendo aumentar conforme a tolerância do paciente, porém é importante salientar que o início da ação ansiolítica é gradual, apresenta uma boa eficácia após duas a quatro semanas de tratamento.

Os ADTs são potentes anticolinérgicos e, esta característica juntamente com a afinidade por receptores muscarínicos explica a maioria de seus efeitos colaterais.

Enquanto os efeitos terapêuticos exigem um período de latência, o mesmo não acontece com os efeitos colaterais, estes aparecem imediatamente após a ingestão da droga.

**Tabela 1.** Farmacoterapia dos antidepressivos tricíclicos

PATOLOGIAS	ANTIDEPRESSIVOS	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Depressão crônica ou profunda	Imipramina (TOFRANIL®)	Mínimo potencial de abuso e/ou dependência	Efeitos colaterais (anticolinérgicos, sedativos, hipotensão, cardiovasculares)
Depressão associadas com esquizofrenia	Clomipramina (ANAFRANIL®)	Efetividade em diversos transtornos ansiosos	Piora inicial ( $\pm 30\%$ )
Distúrbios de personalidade	Amitriptilina (TRYPTANOL®)	Efetividade na depressão secundária ou comórbida	Risco de morte por envenenamento é grande
Coadjuvantes do tratamento de dor crônica	Nortriptilina (PAMELOR®)	Efeitos favoráveis sobre o sono (amitriptilina)	Início de ação entre 15 e 27 dias
Profilaxia da enxaqueca	Citalopram (CIPRAMIL®)	Experiência de uso	Ganho de peso
Abstinência à cocaína		Baixo preço	Disfunção sexual (anorgasmia, disfunção erétil)

Fonte: SILVA, 2009.

#### 2.4.1.3. Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS)

Foram introduzidos na década de 80, com o objetivo de obter baixos efeitos colaterais, que demonstrassem mais específicos em sua ação. Os inibidores da recaptação da serotonina (ISRS) inibem a recaptação pré-sináptica da serotonina, os quais apresentam uma tolerabilidade bem maior que os antidepressivos tricíclicos, pelo fato serem mais seguros e eficaz, quando comparados com os

antidepressivos tricíclicos, os ISRS levam grande vantagem por não apresentar efeitos indesejáveis (CORDIOLI, 2008).

Ainda de acordo com Cordioli (2008), os ISRS apresentam vantagens clínicas, tais como: redução da atividade colinérgica, desta forma possibilitando altas doses sem efeitos tóxicos, sendo que o paciente pode apresentar boa aceitabilidade ao tratamento, o que favorece a adesão ao tratamento.

Quando surgiram os inibidores da recaptação da serotonina (ISRS), ocorreram mudanças em relação ao tratamento da depressão, quando comparados com os antidepressivos tricíclicos, os ISRS levam grande vantagem por não apresentar efeitos indesejáveis (FORLENZA, 2010).

Os ISRS apresentam vantagem clínica tais como: redução da atividade colinérgica, desta forma possibilitando altas doses sem efeitos tóxicos, porém não são cardiotoxicos, sendo assim o paciente apresenta uma boa aceitabilidade ao tratamento, o que favorece a adesão ao tratamento (KEILA, 2008).

Também sua eficácia foi comprovada no tratamento para idosos, devido o seu perfil seguro e mais vantajoso de efeitos colaterais, por esta razão os ISRS são considerados como primeira escolha para este tipo de tratamento (FÉDIDA, 2010).

Os ISRS são indicados para tratamento da síndrome depressiva, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno do pânico, cefaléia tensional crônica e também transtorno de ansiedade. São contraindicados em pacientes com hipersensibilidade a estas drogas, problemas gastrintestinais como gastrite (ADLER, 2009).

Por não terem efeitos anticolinérgicos e nem por apresentarem afinidade com receptores adrenérgicos, muscarínicos, colinérgicos, histamínicos ou dopamínicos, deixam de apresentar a expressiva maioria dos efeitos colaterais encontrados nos antidepressivos tricíclicos. Os ISRS não apresentam interações com o álcool, portanto, limitam menos o nível social dos pacientes.

**Tabela 2.** Farmacoterapia dos Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS)

<b>PATOLOGIAS</b>	<b>ANTIDEPRESSIVOS</b>	<b>VANTAGENS</b>	<b>DESvantagens</b>
Tratamento de sintomas da depressão	Fluoxetina (PROZAC®)  Sertralina (ZOLOFT®)	Mínimo potencial de abuso e/ou dependência	Efeitos colaterais (anticolinérgicos principalmente paroxetina)
Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)	Paroxetina (AROPAX®)	Efetividade em diversos transtornos ansiosos	Início de ação protraído, entre 4 e 8 semanas
Transtorno do Pânico	Citalopram(CIPRAMIL®)	Efetividade na depressão secundária ou comórbida	Disfunção sexual (diminuição do desejo)
Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)	Fluvoxamina (LUVOX®)	Grande segurança de uso (envenenamento)	Metabólito ativo da fluoxetina pode se acumular em doses altas
No tratamento dos sintomas da Síndrome da Tensão Pré-Menstrual		Maior adesão ao tratamento (tolerabilidade)	Interações medicamentosas potencialmente perigosas
Fobia Social			

Fonte: RANG, 2010.

### 3. ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

Em 1960 a profissão do farmacêutico desempenhou um papel bastante importante na terapia farmacológica junto ao paciente, com esta conquista deu início a chamada farmácia clínica, que se propôs empregar os serviços farmacêuticos direcionada mente ligado ao paciente, esses serviços não seriam somente de dispensar e orientar o paciente e sim de propor possíveis intervenções farmacoterapêuticas, que por sua vez visa à melhoria na qualidade de vida dos pacientes (FREITAS, LEILA, PEREIRA, 2008).

É Fundamental a atuação do farmacêutico no processo de tratamento da depressão, pelo fato estabelecer uma relação direta ao paciente, onde o mesmo é beneficiado, garantindo a utilização adequada dos medicamentos, orientando as possíveis interações medicamentos-nutrientes, orientação sobre a importância da dose adequada, e seus horários de administração, com essa participação do farmacêutico, o paciente com transtorno depressivo, terão melhor acesso as informações sobre o seu diagnóstico e a gestão de suas condições (PERETTA, CICCIA, 2008).

Portanto, a associação de farmacoterapia, psicoterapia e terapias alternativas, vem representando uma melhora significativa na recuperação do paciente no âmbito familiar, sócio-cultural e econômico, que por sua vez o farmacêutico apresenta um papel significativo nesta orientação, principalmente direcionado para as reações adversas quanto ao medicamento (YONEKURA, 2008).

Porém esse acompanhamento farmacoterapêutico, confere um processo no qual a atuação do farmacêutico objetiva resultado clínico dos fármacos, através da atenção farmacêutica para promover a utilização segura, a prevenção de problemas relacionados aos medicamentos, como intoxicações e promover a aderência ao tratamento (FREITAS, LEILA, PEREIRA, 2008).

Com relação à utilização irracional de medicamentos é considerado importante problema de saúde pública, onde o farmacêutico deve incorporar a equipe de saúde, garantindo assim a utilização adequada e racional dos medicamentos. Os fármacos utilizados nos pacientes com transtorno depressivos em sua maioria são regulados pela portaria 344/1998 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

É extremamente importante a atuação do farmacêutico no armazenamento, na dispensação, no apoio à equipe multiprofissional e na orientação aos pacientes, sendo que com esta participação os pacientes depressivos terão melhor acesso as informações

sobre o diagnóstico, tratamento e a gestão de suas condições (PERETTA, CICCIA, 2008).

O Farmacêutico Hospitalar possui a possibilidade de atuar junto à equipe médica por meio da avaliação farmacêutica da prescrição, relatando as possíveis interações medicamentosas, interações medicamento-nutriente, adequação de dose para pacientes idosos, crianças, pacientes com insuficiência renal e auxiliando na adequação de frequência e horário na administração dos medicamentos. Outra atuação do farmacêutico é na reconciliação medicamentosa, identificando os medicamentos que o paciente utiliza e comparando com os medicamentos prescritos a admissão, a transferência ou a alta.

Portanto, a participação do farmacêutico no tratamento da depressão é limitada, desse modo é importante que o profissional aprimore sua postura interdisciplinar para ampliar sua área de atuação, favorecendo a prática de uma terapia segura e racional (LIMA DA SILVA, 2008).

Segundo Freitas e Leila Pereira (2008), o farmacêutico deve apresentar aos pacientes recomendações gerais dos antidepressivos, informando a existência de um período (2 – 3 semanas) prévio aos efeitos terapêutico; diminuir os efeitos secundários iniciais que por sua vez dificultam o cumprimento do tratamento, sabendo-se que deve começar com doses baixas que aumentam progressivamente; elegendo sempre o mesmo antidepressivo que tenha dado bom resultado clínico.

A interrupção dos antidepressivos, após de um tratamento de mais de oito semanas, pode ocorrer sintomas de abstinência podendo ser minimizados com a redução das doses, ao longo de quatro semanas, porém o farmacêutico também exerce um papel vital nas informações de saúde, influenciando direta ou indiretamente a escolha e o uso das terapias com medicamentos (AMARAL, 2009).

O Código de Ética da profissão diz que o farmacêutico é um profissional da saúde, cumprindo-lhe executar todas as atividades inerentes ao âmbito profissional farmacêutico, de modo a contribuir para a salvaguarda da saúde pública e ainda todas as ações de educação dirigidas à comunidade na promoção da saúde (CÓDIGO DA ÉTICA DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA, 2005).

#### **4. LEGISLAÇÕES ENVOLVIDAS NA DISPENSAÇÃO DE ANTIDEPRESSIVOS**

No Brasil, a legislação que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial é a Portaria n.º 344/98 - SVS/MS, de 12 de maio de 1998 (CFF, 1999/2000), a qual define as seguintes listas de substâncias: A1 e A2 (entorpecentes), A3, B1 e B2 (psicotrópicas), C1 (outras substâncias sujeitas a controle especial), C2 (retinóicas para uso sistêmico) e C3 (imunossupressoras).

A portaria legisla sobre vários parâmetros para a prescrição e venda destes produtos, e determina, por exemplo: quanto à notificação de receita dos medicamentos A1, A2, A3, B1 e B2, este é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos componentes das listas e que a mesma deverá estar preenchida de forma legível e a farmácia ou drogaria somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.

Os requisitos para as receitas da lista C1, também são devidamente detalhadas no corpo da legislação, que define, por exemplo, que as mesmas têm validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão.

A receita médica representa a tradução por escrito da ordem médica, permitindo ao paciente obter o medicamento e muitas vezes lembrá-lo das instruções para o tratamento. Mesmo considerando a particularidade de representar, antes de tudo, a vontade do prescritor, a receita é um documento legal devendo, portanto, obedecer à legislação específica.

##### **4.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DAS CLASSES DE PSICOTRÓPICOS NAS LISTAS DA PORTARIA 344**

Com a finalidade de normatizar o comércio e uso de substâncias psicotrópicas, entorpecentes e outras e considerando as convenções internacionais sobre entorpecentes e psicotrópicos, de 1961, 1971 e em 1998, das quais o Brasil foi signatário, a Secretária de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde publicou em 12 de maio de 1998 a Portaria n.º 344/98, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

Os psicotrópicos são substâncias que podem determinar a dependência física ou química, ocasionar efeitos colaterais importantes e preocupados com o problema da saúde pública e os problemas sociais resultantes do abuso de certas substâncias psicotrópicas, o Ministério da Saúde através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, resolve tomar medidas rigorosas para limitar o seu uso sendo assim elaborada uma classificação designada de listas distribuídas em cinco grupos, tais como:

- 1- A1 e A2 – Entorpecentes
- 2- A3, B1 – Psicotrópicas
- 3- B2 – Psicotrópicas Anorexígenas
- 4- C2 – Retinóicas para uso sistêmico
- 5- C3 – Imunossupressoras

Cabe a Agência Nacional de Vigilância Sanitária elaborar, aprovar e revogar Leis, estabelecendo mecanismos para evitar o comércio e o uso indevido de substâncias e ou medicamentos. Elaborar documentos, formulários e procedimentos na aplicação do Regulamento Técnico aprovado pela Portaria SVS/MS nº 344/98.

Estabelecer e coordenar programas de capacitação das vigilâncias Sanitárias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal objetivando o cumprimento da Portaria SVS/MS nº 344/98.

Delegar poderes as Vigilâncias Sanitárias, quer sejam municipal, estadual ou nacional, o controle e fiscalização das substâncias constantes das listas do Regulamento Técnico aprovado pela Portaria SVS/MS nº 344/98 junto as Farmácias, Drogarias, Distribuidoras, Portos e Aeroportos, a fim de evitar o uso indevido destas substâncias, bem como o tráfego interno e externo.

#### **4.2. CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS**

A Receita de Controle Especial ou receita comum é válida em todo território nacional, podendo ser manuscrita, datilografada, por sistema informatizado ou impressa, deve conter identificação do emitente, endereço completo e CRM, dados do paciente, dados do comprador, nome do medicamento, dosagem, quantidade, posologia, data e assinatura do médico.

A receita tem validade de 30 dias, contendo no máximo 3 substâncias prescrita, limitando até 5 ampolas quando se tratar de medicamento injetável, quantidade suficiente para tratamento de 60 dias.

## 5. CONCLUSÕES

Diante do quadro de depressão, doença que acomete as pessoas geralmente sem causa aparente, verifica-se a importância de um tratamento adequado e um acompanhamento ideal para sua recuperação. Com a conclusão do trabalho, ficou evidenciado que os fármacos são um dos principais elementos utilizados para a melhora do paciente. Desta forma, o farmacêutico tem uma contribuição sumária para a adesão a este tratamento.

Com os diferentes tipos de remédios lançados no mercado atual, se faz necessário uma indicação adequada para o tipo de doença que foi estabelecida. Muitas vezes, o doente não procura ajuda de um profissional indicado e com isso ocorre a automedicação indevida. Após consulta, o paciente receberá indicação quanto ao tratamento ideal e o farmacêutico por sua vez, poderá ajudar quanto à adesão ao medicamento.

Assim, é de suma importância o conhecimento dos profissionais de farmácia quanto aos tipos de depressão, sabendo-se que haverá para cada tipo um fármaco específico. Com isso, a facilidade em relação ao esclarecimento para o paciente poderá ser mais eficaz e o mesmo, poderá seguir adiante com seu tratamento, chegando à cura.

## 6. REFERÊNCIAS

LAFER, B.; ALMEIDA, O. P.; FRÁGUAS, R. Jr.; MIGUEL, E. C. **Assistência Farmacêutica** Artmed: Porto Alegre, 2010.

IZQUIERDO, I. Memória. Artmed: Porto Alegre, 2011.

NIGRO, M. M. **Depressão**.. Disponível em: [<http://www.hospitalbrasil.com.br> ], acesso em 14 de março de 2009.

DEMETRIO, F. N. O impacto da Depressão na Saúde. **Revista Racine**, n. 81, p.10-30, jul.ago/2008.

WANNAMACHER, L. Depressão maior: da descoberta à solução?. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. **Rev.Bras. Psiquiatria**, v. 01, p. 1-3, 2008.

NETO, S. T. F. Assistência Farmacêutica e o Tratamento Farmacológico da Depressão. **Revista Racine**, n. 81, p.60-6, jul.ago/2009.

KLERMANN, G. L.; WEISSMAN, M. M.; ROUNSVILLE, B. *et al.* **Interpersonal psychotherapy of depression**. Basic Books Publishers: New York, 2000.

GARCÍA, A; GASTELURRUTIA, M. A. **Guia de Segmento Farmacoterapêutico sobre Depressão**. Granada: Universidade de Granada, 2010.

BORDIN, C. F. W. Atenção Farmacêutica na Ansiedade e depressão.. Pós graduação de Farmacologia Aplicada na Atenção farmacêutica. Curitiba, 2007.

GELDER, M; MAYOU, R. COWEN, P. Tratado de Psiquiatria. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2010.

RANG, H. *et al.* **Farmacologia**. 5 ed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, P. **Farmacologia**. 6 ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2009.

MORENO, R. A. *et al.* Psicofarmacologia de Antidepressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, p.24-40, 2009..

DEMÉTRIO, F. N.; MINATOGAWA, T. M.; ROCCO, P. T. P. Psicofarmacologia dos transtornos depressivos. In: **TENG, C. T.** Atheneu: São Paulo, 2008.

SILVA, K. B. Aspectos Psicológicos da Depressão: Sua Contribuição ao diagnóstico e tratamento. **Revista Racine**, v. 81, p.48-58, 2008.

FORLENZA, O. V. Depressão. Disponível em: [<http://mundialnet.org>], acesso em 13 de março de 2010.

FÉDIDA. P. **A Clínica da depressão: questões atuais latino-americanas de Psicopatologia**. 3 ed. Guanabara.:São Paulo, 2010.

ANDERSON, G.; VESTERGAARD, K.; INGEMANN-NIELSEN, M.; LAURITZEN, L. Risk factor for post-stroke, depression. **Acta Psychiatry Scand**, v. 92, p. 193-8, 2008.

CHAN, K. L.; STRAUGHAN, P. T. A study of post-stroke depression in a rehabilitative center. **Acta Psychiatr Scand**, v. 92, p. 75-9, 2009.

MORRIS, P. L. P.; ROBINSON, R. G.; RAPHAEL, B.; SAMUELS, J.; MOLLOY, P. The relationship between risk factors for affective disorder and poststroke depression in hospitalized stroke patients. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 26, p.208-17, 2009.

BELINO, S. Features of Dysthymia and Age. **Psychiatry Research**, v. 03, p. 219-228, 2009.

SILVA, Major Depressive Disorder (Unipolar Depression). Disponível em: [<http://allpsych.com/disorders/mood/index.html>], acesso em 07 de março de 2012.

KNAPP, P. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Artmed: Porto Alegre, 2010.

THARYAN, P.; ADAMS, C. E. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. **Cochrane Database System Rev**, 2002.

PASCUAL-LEONE, A. P.; DAVEY, N. J.; ROTH, W. J. **Handbook of Transcranial Magnetic Stimulation**. Oxford University Press: New York, 2008.

MORETTI, F. A., CARO, L. G. **Terapia complementares no tratamento da depressão**. Disponível em: [[www.psiqweb.med.br/2008](http://www.psiqweb.med.br/2008)], acesso em 07 de março de 2012.

**PORTAL BANCO DE SAUDE**. Depressão em: <http://www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 2011.

KARLA, **Manual Estatístico e Diagnóstico-transtorno Depressivo**. 4ed.. GuanabaraKoogan: Rio de Janeiro, 2009

CORDAS, T. Depressão.. Disponível em: [<http://www.lincx.com.br>], acesso em: 16 de março de 2012.

YONEKURA, S. Assistência Farmacêutica na Depressão.. Disponível em: [<http://www.lincx.com.br>], acesso em: 16 de março de 2012.

GUIMARAES, S.; MOURA, D.; SILVA, P. S. **Terapêutica medicamentosa e sua base farmacológica**. Porto Editora, 2009.

LLOYD, V.; ALLEN, Jr. *Et al.* **Formas farmacológicas e sistema de fármacos**. 8 ed. Artmed: Porto Alegre, 2008. p.16-21.

CASTEL, P.; CALEL, M. M. Uso de Antidepressivos e sintomas de interrupção. **Psiquiatria medica** p.98-100, 2008.

BALLONE, G. J.; ORTOLAN, I. V. **Psicofarmacologia para não psiquiatras: Ansiolíticos**. Disponível em [<http://www.psiqweb.med.br2008>], acesso em 01 de outubro de 2012.

CORDIOLI, A. P. **Psicofarmacos nos transtornos mentais**. Disponível em: [<http://www.ufrgs.br>], acesso em: 01 de setembro de 2009.

ADLER, A. **Depressão: Aspectos psicológicos da enfermidade**. Disponível em: [<http://www.psiqweb.med.br>], acesso em: 01 de setembro de 2011.

PERETTA, M. D.; CICCIA, G. N. **Prática Farmacêutica**. 4 ed. Editora Medica Panamexicana, 2008. P.226.

NETO, C. M. **Aleitamento materno: manual de orientação**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Disponível em: [<http://www.scribd.com/doc/3890009/Aleitamento-Materno-Manual-de-Orientacao>], acesso em 10 de outubro de 2008.

**BRASIL**. Ministério da Saúde. **Portaria SVS/MS Nº 6, de 29 de janeiro de 1999**. Brasília: ANVISA, 1999.

ANDRADE, M. F.; ANDRADE, R. C. G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev. Bras. Cien. Farm.**, v. 40, n. 4, p.471-79, 2004.

FREITAS, O. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev. Bras. Cien. Farm.**, v. 44, n. 4, p.174-190, 2008.

AMARAL, M. F. Z.J.; AMARAL, R. G.; PROVIN, M. P. Intervenção farmacêutica no processo de cuidado farmacêutico. **Revista eletrônica de farmácia**, v. 5, n. 1, p.60-6, 2008.

**BRASIL**. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de outubro de 1998. Brasília: ANVISA, 1998.

**ANEXO**  
**DECLARAÇÃO**

Eu, Ângela Rodrigues da Silva, portadora do documento de identidade RG 3.433360, CPF nº625.079.744-00, aluna regularmente matriculada no curso de Pós- Graduação Farmácia Hospitalar e Clínica, do programa de *Lato Sensu* da Faculdade Santa Emília / Centro de Capacitação Educacional, sob o nº FHC 10212 declaro a quem possa interessar e para todos os fins de direito, que:

1. Sou a legítimo autor da monografia cujo título é: “**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA AOS PACIENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVOS**”, da qual esta declaração faz parte, em seus ANEXOS;
2. Respeitei a legislação vigente sobre direitos autorais, em especial, citado sempre as fontes as quais recorri para transcrever ou adaptar textos produzidos por terceiros, conforme as normas técnicas em vigor.

Declaro-me, ainda, ciente de que se for apurado a qualquer tempo qualquer falsidade quanto às declarações 1 e 2, acima, este meu trabalho monográfico poderá ser considerado NULO e, conseqüentemente, o certificado de conclusão de curso/diploma correspondente ao curso para o qual entreguei esta monografia será cancelado, podendo toda e qualquer informação a respeito desse fato vir a tornar-se de conhecimento público.

Por ser expressão da verdade, dato e assino a presente DECLARAÇÃO,

Em Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) aluno (a)

Autenticação dessa assinatura, pelo  
funcionário da Secretaria da Pós-  
Graduação *Lato Sensu*