

LEVANTAMENTO DO CONSUMO DE ANTIDEPRESSIVOS EM UM MUNICÍPIO DO OESTE DE SANTA CATARINA

Danielle Cristina Maggioni*

Letycia Longhi Scolaro**

Sidney Edson Mella Junior***

Eliane Aparecida Campesatto Mella****

RESUMO: A depressão é um transtorno mental que causa desordem no comportamento, na afetividade, no humor e na relação do indivíduo com o meio em que vive. Seus sintomas são variados, afetando o indivíduo como um todo. Seu tratamento pode ser não-farmacológico (psicoterapia, fototerapia e eletroconvulsoterapia), farmacológico ou de ambos os processos. O tratamento farmacológico consiste no uso de drogas antidepressivas (ADs), as quais são divididas de acordo com seu mecanismo de ação em quatro grupos: antidepressivos tricíclicos (ADTs), atípicos, inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) e inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRSs). O presente trabalho objetivou verificar o consumo de AD em um município do Oeste de Santa Catarina nos anos de 2001, 2002 e 2003, bem como analisar o perfil dos consumidores de tais medicamentos quanto a sexo, faixa etária e classe socioeconômica. O trabalho foi realizado através dos balancetes anuais de 22 estabelecimentos farmacêuticos entregues ao Departamento de Vigilância Sanitária por exigência da Portaria 344, e de aplicação de questionários a 45 médicos do município, escolhidos ao acaso. Como resultado obteve-se um consumo de 9,13%, e desse percentual, 70% eram ADTs; 21% ISRSs; 7% atípicos e 2% IMAOs. Conclui-se que há um consumo exagerado, visto que, de cada 100 habitantes, nove consomem ADs, com prevalência dos ADTs, que são usados em outras patologias, como enxaqueca, nevralgias e dores crônicas, e são de baixo custo. Quanto ao perfil dos consumidores, constatou-se predomínio em mulheres da faixa etária de 30 a 44 anos e pertencentes à classe socioeconômica média, justificando-se tal resultado pelo fato de elas estarem mais expostas a situações de estresse, dificuldade financeira, dupla jornada de trabalho e outras dificuldades profissionais, sociais e familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão; Drogas antidepressivas; Tratamento farmacológico da depressão.

SURVEY OF ANTIDEPRESSANT CONSUMPTION IN A TOWN IN WESTERN OF SANTA CATARINA STATE, BRAZIL

ABSTRACT: Depression is a mental disorder that causes disorder in behavior, in affectivity, in humor and in the relation of the individual with their environment. Its symptoms are varied, affecting the individual as a whole. Its treatment can be non-pharmacological (psychotherapy, phototherapy and electroconvulsive therapy), pharmacological or both process. The pharmacological treatment involves the use of antidepressant drugs (ADs), which are divided in four groups according to its mechanism of action: tricyclic antidepressant (TCA), atypical, monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) and selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). The present work aimed at verify the consumption of AD in a municipality in western Santa Catarina from 2001 to 2003, as well as to analyze the consumer's profile of such medicine referring to sex, age and socioeconomic class. The study was carried out through of the annual balances of 22 pharmaceutical establishments handed to the Sanitary Surveillance Department as required by the Resolution 344 and through a questionnaire to 45 doctors of the municipality, chosen alternatively. As a result, we obtained a consumption of 9,13%, and of it, 70% were TCAs; 21% were SSRIs; 7% were atypical and 2% MAOIs. It was concluded that, there are an excess of consumption, aiming that of 100 inhabitants, nine consume ADs,

* Acadêmica do Curso de Farmácia do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: danielle.maggioni@bol.com.br

** Acadêmica do Curso de Farmácia do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: letyia_scolaro@hotmail.com

*** Docente das disciplinas de Assistência Farmacêutica, Bases do Serviço Farmacêutico e Imunologia no curso Farmácia do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR; Mestre em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Maringá - UEM; Farmacêutico. E-mail: mella@cesumar.br

**** Docente da disciplina de Farmacologia para os Cursos de Farmácia, Nutrição e Odontologia do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR; Coordenadora das Especializações em Farmacologia e em Manipulação Farmacêutica do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR; Mestre e Doutora em Ciências biológicas (Área de concentração: Farmacologia Neuromuscular) pela Universidade Estadual de Maringá - UEM; Farmacêutica. E-mail: elianemella@cesumar.br

prevailing the TCAs, that are used to another pathologies, as migraine, neuralgias and chronic pains, and has low cost. Referring to the consumer's profile, the predominance was of women aged 30 to 44 and pertaining to the middle classes, justifying such result to the fact of women being more exposed to situations of stress, financial difficulty, double work journey and other professional, social and family difficulties.

KEYWORDS: Depression, Antidepressant drugs; Pharmacological treatment of depression.

INTRODUÇÃO

1.1 CONCEITO DE DEPRESSÃO

A depressão é definida como uma síndrome de vários mecanismos patogênicos e etiológicos, oriundos de um déficit de neurotransmissores monoaminérgicos (RANG *et al.*, 2003; FINLEY; LAIRD; BENEFIELD, 2004). Trata-se de um problema comum de saúde pública prevalente na população adulta com prevalência em torno de 3% a 5% da população geral (CERESETO; FERRERO, 2003).

1.2 SINTOMAS DA DEPRESSÃO

A depressão pode se manifestar de diferentes formas e, por isso são inúmeros os sintomas envolvidos para se determinar o diagnóstico, entre eles:

a) Sintomas emocionais: aflição, apatia, pessimismo, baixa auto-estima, sentimentos de culpa, indecisão, perda da motivação, problemas sociais e familiares (BALDESSARINI, 1996).

b) Sintomas biológicos: retardo do pensamento e da ação, perda da libido, distúrbio do sono e do apetite, algias em geral, dores gástricas e tensão muscular (BALDESSARINI, 1996).

Além dos sintomas citados acima, incluem-se ainda mudanças no comportamento, como irritabilidade, inquietação, desejo de ficar sozinho, abandono das atividades normais, abuso de bebida ou drogas e conversas sobre morte e suicídio (BECELLI, 1994).

1.3 CAUSAS DA DEPRESSÃO

A hereditariedade contribui para a suscetibilidade aos distúrbios afetivos, mas sua expressão clínica é desencadeada por fatores ambientais estressantes. São condições de risco as mudanças demográficas, o aumento da ur-banização, a mobilização geográfica, as alterações da estrutura familiar, as mudanças do papel feminino, especialmente a inclusão da mulher na sociedade como força de trabalho, as alterações sociais impostas ao binômio homem-mulher e as variações sazonais (GUIMARÃES; WANNMACHER, 1999; RANG *et al.*, 2003; BALDESSARINI, 1996; FINLEY; LAIRD; BENEFIELD, 2004).

1.4 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

De acordo com Fava (2003), cerca de 50 a 60% dos pacientes obtêm adequada resposta ao tratamento com antidepressivos, sendo que 80 a 90% com tratamentos associados. Os sintomas podem ser rapidamente aliviados com os seguintes tipos de tratamento:

1.4.1 Tratamento não-farmacológico

O tratamento não-farmacológico é amplo. As principais terapias utilizadas são:

- Psicoterapia: de acordo com Blazer e Koenig (1999), a terapia cognitivo-comportamental é a única forma de psicoterapia determinada para o tratamento da depressão. Visa a mudanças do comportamento e dos modos de pensar. Tem como vantagem ser diretiva e de tempo limitado, geralmente sendo necessárias de dez a vinte e cinco sessões até seu término. Para Souza (1999), o apoio familiar é muito importante para resultados bem-sucedidos no tratamento.

- Fototerapia: é um tratamento novo que vem sendo usado em pacientes com transtornos do humor de padrão sazonal (BLAZER; KOENIG, 1999). Utiliza-se um tipo especial de luz, denominado de amplo espectro, com o intuito de fornecer ao paciente um suplemento de algumas horas a mais de luz por dia. Esses raios de luz artificiais ativam a glândula pineal, gerando um aumento no metabolismo de neurotransmissores antidepressivos (KAPLAN; SADOK; GREBB, 1997).

- Eletroconvulsoterapia (ECT): consiste na produção de convulsões generalizadas, semelhantes às de um ataque epiléptico, através da passagem de corrente elétrica pelo cérebro. É realizada com uso de anestesia geral e relaxantes musculares, os quais protegem o paciente de possíveis traumatismos e evitam a dor durante o processo (GUIMARÃES; WANNMACHER, 1999). A ECT pode causar, conforme Grevet e Cordioli (2000), efeitos colaterais como amnésia, confusão mental, agitação, náuseas, vômitos, efeitos cardiovasculares, arritmias ventriculares e hipertensão. Seu tratamento geralmente é de seis a doze aplicações para que se obtenha eficácia e segurança na resposta terapêutica.

1.4.2 Tratamento farmacológico

Consiste no uso de drogas antidepressivas, esperando-se que estas promovam uma melhora do paciente deprimido. Este

pode passar por cinco estados clínicos ao longo do tempo, denominados como os 5 "RR" do estado depressivo. São eles: a resposta, que implica na redução de 50% dos sintomas; a remissão, quando praticamente todos os sintomas desaparecem; recuperação, se a remissão perdurar por seis a doze meses; recaída, se o paciente piorar antes de haver remissão completa; e recorrência, se o paciente piorar alguns meses após a recuperação completa (STAHL, 2002). O uso de antidepressivo reduz significativamente os índices de recaída durante os primeiros seis a doze meses após a resposta inicial aos medicamentos.

De acordo com Guimarães (2001), em geral os antidepressivos apresentam meia-vida longa, permitindo a sua utilização em dose única diária, com efeito sedativo (uso preferencial noturno) e efeitos que aumentem o estado de alerta (uso preferencial pela manhã). As doses iniciais devem ser menores, podendo ser aumentadas até a obtenção dos efeitos desejados, ou até que o aparecimento de efeitos adversos exija sua redução.

Para se garantir ao paciente uma escolha segura de antidepressivo, deve-se conhecer o perfil dos possíveis efeitos adversos do medicamento, evitando-se complicações com doenças preexistentes e interações medicamentosas com outras medicações previamente utilizadas pelos pacientes, visto que isso poderá alterar o efeito do medicamento (SCALCO, 2003; MIYASAKA; ALALLAH, 2003).

Os fármacos antidepressivos são classificados nas categorias expostas a seguir.

1.4.3 Antidepressivos tricíclicos (ADT)

Os ADTs atuam pré-sinápticamente no bloqueio da recaptura de monoaminas, principalmente norepinefrina e serotonina. Também atuam, em menor proporção, no transporte de dopamina. A atividade pós-sináptica varia de acordo com os receptores de neurotransmissores envolvidos, como: receptores muscarínicos da acetilcolina, receptores da histamina e receptores da serotonina. Os efeitos antimuscarínicos não contribuem para a atividade antidepressiva, mas são responsáveis por vários efeitos colaterais incômodos (MORENO; MORENO; SOARES, 2003; RANG *et al.*, 2003; BALDESSARINI, 1996).

Dentre os efeitos adversos apresentados por esta classe de medicamentos, respostas autônomas adversas são frequentes, devido aos efeitos antimuscarínicos, como boca seca, desconforto epigástrico, constipação, tontura, taquicardia, palpitações, visão borrada e retenção urinária. Os efeitos cardiovasculares são: hipotensão ortostática, taquicardia sinusal e possível desenvolvimento de arritmias. Ainda apresentam efeitos centrais descritos como fraqueza e fadiga, além de confusão ou delírio devido aos efeitos atropínicos dos ADTs (BALDESSARINI, 1996)

1.4.4 Antidepressivos inibidores da monoaminoxidase (IMAO)

A enzima monaminoxidase existe em duas formas: MAO-A e MAO-B. O mecanismo de ação dos IMAOs consiste em inibir esta enzima, que participa no metabolismo de serotonina, noradrenalina e dopamina, e desta forma resultam em um aumento destas monoaminas na fenda sináptica. Os IMAOs são divididos em não-seletivos e irreversíveis ou reversíveis e seletivos. Os inibidores seletivos da MAO-A desaminam os neurotransmissores serotonina e noradrenalina, ao passo que os inibidores seletivos da MAO-B não possuem ação antidepressiva significativa (MORENO; MORENO; SOARES, 1999; RANG *et al.*, 2003; BALDESSARINI, 1996).

Os efeitos adversos mais importantes desses medicamentos são: hipotensão ortostática, tremores, excitação, secura da boca, visão obscurecida, distúrbios do sono, disúria, ganho de peso e convulsões em doses excessivas (RANG *et al.*, 2003). Eles podem também causar crises hipertensivas por interação com tiramina de alimentos e medicamentos simpatomiméticos (SCALCO, 2002; RANG *et al.*, 2003).

1.4.5 Antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS)

A ação antidepressiva dos ISRSs deve-se à inibição da captação neuronal de serotonina pelo sistema nervoso central. Seus efeitos adversos mais comuns provêm do próprio bloqueio desta recaptção: náuseas, anorexia, insônia, perda da libido, falência do orgasmo (RANG *et al.*, 2003).

Estes medicamentos podem causar síndrome serotoninérgica devido, principalmente, ao uso de mais de duas medicações, aumentando a atividade serotoninérgica no sistema nervoso central. Tal síndrome cursa com alterações cognitivas, autonômicas e neuromusculares, que são mais prolongadas e mais graves que os efeitos adversos habituais (SCALCO, 2002; RANG *et al.*, 2003).

1.4.6 Antidepressivos atípicos

Os antidepressivos atípicos formam um grupo heterogêneo, possuem ações que não se enquadram nas teorias monoaminérgicas das doenças afetivas. Não possuem mecanismo de ação comum e atuam principalmente como antagonistas não-seletivos dos receptores pré-sinápticos (RANG *et al.*, 2003). As principais reações adversas destas drogas são: náuseas, tontura, sonolência, tremor, agitação, aumento da pressão arterial, taquicardia, boca seca, constipação, retenção urinária e sudorese (MORENO; MORENO; SOARES, 1999; SCALCO, 2002).

1.4.7 Uso de antidepressivos em outros distúrbios médicos

Apesar de estes medicamentos serem classificados como antidepressivos, eles são utilizados para muitos outros distúrbios médicos, como anorexia nervosa, ansiedade, pânico, bulimia, narcolepsia, déficit de atenção, distúrbio obsessivo compulsivo, distúrbio do pânico, distúrbio de estresse pós-traumático, enurese, enxaqueca, parar de fumar, náuseas causadas pela quimioterapia, dor crônica, úlcera péptica e urticária (SOUZA, 1999).

É importante salientar que nenhum medicamento antidepressivo cria hábito ou dependência. Todos possuem um período de latência, que pode ser de duas a três semanas para fazer efeito. Após cerca de seis semanas de tratamento, mais da metade das pessoas têm melhora expressiva, porém continuam o tratamento por mais seis meses no mínimo, para prevenir recaídas. Há pessoas que continuam o tratamento por anos, e eventualmente, pelo resto da vida (MORENO; MORENO; SOARES, 1999).

A interrupção súbita dos antidepressivos pode desencadear uma síndrome tipo resfriado, com náuseas, pesadelos, aceleração da frequência cardíaca, dores, calafrios sem febre em dois a quatro dias; por isso a retirada deve ser feita diminuindo gradativamente a dosagem (MAXMEN; WARD, 1998).

As posologias são ajustadas à idade, devido à diferença de metabolismo entre jovens, adultos e idosos (BALDESSARINI, 1996).

Nas últimas décadas estudos têm evidenciado o aumento de casos de depressão na população geral e seus efeitos deletérios na vida das pessoas afetadas, além da comorbidade com outras doenças crônicas e situações estressantes. Devido à alta frequência e aos sérios prejuízos sociais e nas relações interpessoais, com intenso sofrimento, há também a preocupação com o risco de suicídio (SILVEIRA; JORGE, 1998; OPAS/OMS, 1999; LAFER, et al., 2000; FLECK, et al., 2003).

Desta forma, o presente trabalho teve como objetivo verificar o consumo de drogas antidepressivas num município do Oeste de Santa Catarina no período de 2001 a 2003 e analisar o perfil dos consumidores quanto ao sexo, faixa etária, classe socioeconômica, entre outros aspectos.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 MÉTODO

O presente trabalho foi realizado através de levantamento de dados do consumo de antidepressivos pelo nome genérico, ignorando-se suas diferentes concentrações existentes, sendo expressas através de unidade total da apresentação comercial. Não foi levado em consideração o consumo de estabilizadores de humor, somente das drogas antidepressivas. A pesquisa foi realizada no Departamento de Vigilância

Sanitária de um município do Oeste de Santa Catarina, através da consulta aos balancetes anuais entregues ao departamento por exigência da Portaria 344 da ANVISA.

Os dados levantados foram obtidos dos anos de 2001, 2002 e 2003 através dos balancetes de 20 estabelecimentos farmacêuticos escolhidos ao acaso, de um total de 60 presentes no município.

Ainda foi aplicado a 45 médicos do município, de diversas especialidades e escolhidos ao acaso, um questionário (Anexo A), cujos resultados foram analisados estatisticamente pelo programa *Software STATISTIC* (versão 11.0), possibilitando a verificação do sexo, da faixa etária, da classe socioeconômica e da principal causa que levou o paciente a procurar um médico.

2.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2001 a 2003 foram analisados os balancetes anuais entregues à Vigilância Sanitária pelos estabelecimentos farmacêuticos autorizados a comercializar drogas psicotrópicas. Desses balancetes obtiveram-se os dados para a realização desta pesquisa.

As drogas antidepressivas foram separadas em grupos, segundo Guimarães (2001); Stahl (2002); Souza (1999), conforme seu mecanismo de ação: os ADTs que atuam através da inibição da recaptção de NA e 5HT pelas terminações nervosas monoaminérgicas; os IMAOs, os quais inibem uma ou ambas as formas da monoaminoxidase (MAO-A, MAO-B) aumentando assim as reservas de NA, DA e 5HT nas terminações nervosas. Os atípicos, que atuam através de diversos mecanismos, porém não exatos, sabe-se que bloqueiam a captação de NA e/ou 5HT, e os ISRS, os quais bloqueiam seletivamente a bomba de recaptção de serotonina.

Na tabela 1 estão agrupadas as drogas pertencentes aos grupos de antidepressivos. As drogas foram divididas para facilitar a realização da pesquisa, visto que cada droga possui nomes comerciais e concentrações diferentes; assim, utilizou-se somente o nome genérico de cada droga, desconsiderando-se as concentrações.

Tabela 1. Classificação dos antidepressivos em grupos conforme seu mecanismo de ação.

GRUPOS			
TRICÍCLICOS	ISRS	ATÍPICOS	IMAO
Amineptina	Citalopran	Bupropiona	Fenelzina
Amitriptilina	Fluoxetina	Mianserina	Isocarboxazina
Amoxapina	Fluvoxamina	Nefazodona	Meclobemina
Clomipramina	Paroxetina	Trazodona	Nialamida
Imipramina	Sertralina		Pargilina
Maprotilina	Venlafaxina		Selegilina
Nortriptilina			Tranilcipromina

Na tabela 2 estão relacionadas a quantidade de droga consumida e a população do município em cada ano da referida pesquisa. Verificando as informações contidas nesta tabela, pode-se perceber que a população cresceu 2,7% a cada ano, enquanto os ADTs e ISRSs também tiveram aumentado o seu consumo; já os atípicos e IMAOs sofreram uma queda em seu consumo (Figura 1).

Tabela 2. Consumo de antidepressivos nos anos de 2001 à 2003 do Município – SC.

Ano	ADT	ISRS	Atípicos	IMAO	População
2001	8.975	2.495	1.070	254	146.967
2002	9.693	2.963	1.016	249	151.141
2003	10.896	3.422	984	221	155.433

Fonte: Depto. Vigilância Sanitária

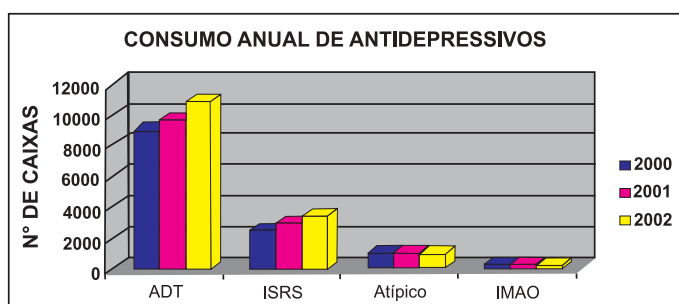


Figura 1. Consumo anual dos grupos de antidepressivos expresso em número de caixas nos anos de 2001, 2002 e 2003.

Os prescritores atendem frequentemente casos depressivos em seus consultórios, visto que, conforme a tabela 2, dividindo-se o número da população pelo total de todas as drogas consumidas em cada ano, verifica-se que: em 2001, de cada doze pessoas (8,3%) uma consumiu uma caixa de antidepressivo; em 2002, de cada onze pessoas (9,09%) uma consumiu igual quantidade; e em 2003, de cada dez pessoas (10%) uma consumiu uma caixa de antidepressivo. A média obtida foi 9,13%, considerando-se que, deste percentual, 70% são de consumidores de ADT; 21% de ISRS; 7% de atípico e 2% de IMAO. Percebe-se um consumo exagerado, visto que de cada cem habitantes nove consomem antidepressivos (GUIMARÃES, 2001).

O grande consumo de ADT justifica-se pelo seu uso em outras condições psiquiátricas que não a depressão, e também em outras patologias, como enxaqueca, enurese, bulimia, dor crônica e tensão pré-menstrual. Justifica-se também pelo seu baixo custo em relação às outras classes, visto que o tratamento é contínuo por meses e seu custo altera o orçamento mensal do indivíduo (GUIMARÃES, 2001).

Dos quarenta e cinco questionários aplicados, houve as seguintes especialidades: clínica médica, ginecologia, neurologia, oncologia, ortopedia, psiquiatria, urologia, cardiologia, gastrologia, dermatologia,

clínica plástica e geriatria. Isso se deve ao fato de haver poucos clínicos especialistas na área de psiquiatria atuando no município e ao fato de a maioria da população ter receio de consultar profissionais de tal especialidade. De acordo com Valentini et al. (2004), grande parte dos pacientes com depressão é atendida pelo serviço de atenção primária, visto que apenas uma minoria recebe atendimento por um especialista em saúde mental.

De acordo com os questionários direcionados aos médicos, os pacientes procuram primeiramente um clínico geral, pois apresentam queixas físicas como distúrbios gastrointestinais, cefaléia, vertigens, cansaço, insônia, apatia, etc. Conforme Scalco (2003), a incidência de depressão é mais elevada que o habitual em pacientes da clínica geral.

Segundo Souza (1999), frequentemente esses pacientes são submetidos a tratamento em função das queixas físicas, e não por causa de sintomas psiquiátricos, os quais não são levados em consideração. Esse fato impede o tratamento precoce de distúrbios depressivos, que, quando descobertos, estão em estágio avançado.

Além das queixas físicas há outros sintomas que levam o paciente a procurar um médico, como ansiedade, pessimismo, falta de concentração e interesse por outras atividades anteriormente prazerosas, descontentamento ao saber que possui uma doença cuja cura é impossível ou tardia, ou ainda ficar hospitalizado por longo tempo, sentindo-se inutilizado. Sendo os sintomas físicos mais frequentes, pode haver erros nos diagnósticos feitos por médicos de especialidades não psiquiátricas (MIYASAKA; ATALLAH, 2003).

O sexo mais acometido é o feminino, com 71,11% das ocorrências. Isso ocorre, provavelmente, porque as mulheres, ao que parece, são mais sensíveis aos problemas sociais, econômicos, familiares e outros. Os restantes 28,89% de acometidos correspondem a homens (Figura 2). A prevalência é duas vezes maior no sexo feminino e as razões podem incluir variados estresses, parto, modelos comportamentais e efeitos hormonais (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997; ANGST et al., 2002; TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

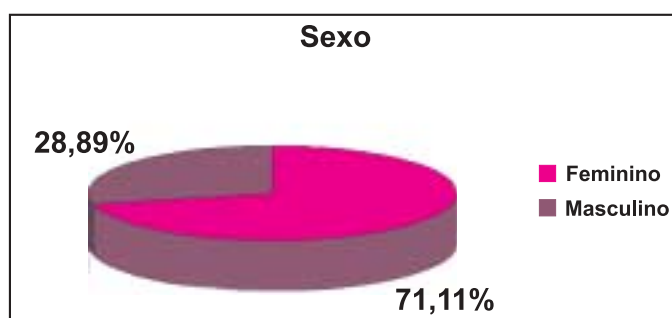


Figura 2. Percentagem do sexo mais acometido pela depressão no Município.

Observando a Figura 3, verifica-se que, quanto à faixa etária dos usuários de drogas antidepressivas, 13,33% estão entre 15 e 20 anos; 35,56%

estão entre 21 e 29 anos; 42,22% estão entre 30 e 44 anos e 8,89% estão acima de 44 anos. Conforme Kaplan; Sadock; Grebb (1997), o início do transtorno depressivo maior se dá aos 40 anos, porém estudos realizados em sete países diferentes relatam que os transtornos mentais são de início precoce, estando as pessoas na idade média de 26 anos para os transtornos de humor graves (PICON, 2003; SCHREINER et al., 2004).

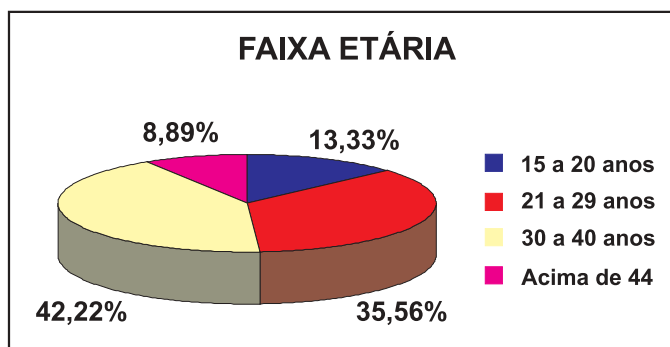


Figura 3. Percentagem quanto à faixa etária dos consumidores de antidepressivos.

Fazendo uma relação entre sexo e faixa etária (tabela 3), observa-se que das 71% ocorrências do sexo feminino, 50% estão na faixa dos 30 a 44 anos, estando essas mulheres mais propensas a apresentar sintomas de depressão ou a fazer uso de drogas antidepressivas. Entre os homens, por sua vez, a faixa etária mais acometida vai de 21 a 29 anos, sendo que após os 44 anos é muito difícil a ocorrência de uso de drogas antidepressivas.

Tabela 3. Relação das percentagens entre as variáveis sexo e faixa etária

SEXO x FAIXA ETÁRIA	SEXO x FAIXA ETÁRIA	
	Feminino	Masculino
15 a 20 anos	12,50%	15,38%
21 a 29 anos	25,00%	61,54%
30 a 44 anos	50,00%	23,08%
Acima de 44 anos	12,50%	0,00%

Os consumidores pertencem a diversos níveis socioeconômicos, distribuídos entre a classe média, com 37,78%; a classe média baixa, com 26,67%; a classe média alta, com 20%; a classe alta com 11,11%; e a classe baixa, com 4,44% (Figura 4). Justificam-se esses dados pelo fato de as classes "médias" estarem mais submetidas aos problemas socioeconômicos, às prolongadas e duplas jornadas de trabalho, aos problemas de saúde, aos dias estressantes e a outros problemas que afetam seu comportamento e qualidade de vida. São as classes que procuram ajuda médica assim que percebem que algo consigo está errado, prejudicando a si próprio, a sua família e o convívio com o meio social em que vivem (FAVA, 2003).

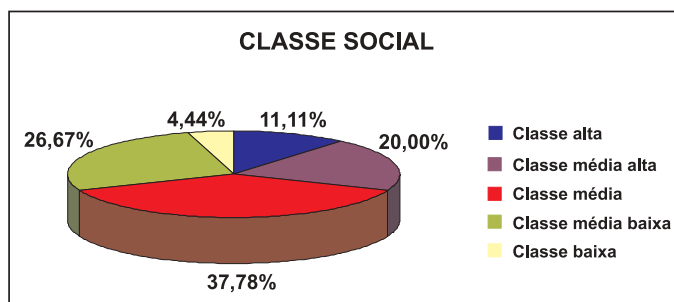


Figura 4. Diferença das classes sociais, expressa em percentagem, quanto ao consumo de drogas antidepressivas.

Segundo os médicos entrevistados, os critérios utilizados para escolher a droga a ser usada são obtidos através da anamnese do paciente, em que este relata seus hábitos, dieta e uso de outra medicação. Assim o médico inicia o tratamento com uma droga cabível aos sintomas. O clínico ainda leva em consideração o perfil terapêutico da droga, os sintomas-alvo que deseja atingir e a tolerância do indivíduo aos sintomas colaterais (BEHELLI, 1994; MIYASAKA; ATALLAH, 2003).

A dose é única e diária, matinal ou noturna, dependendo das propriedades estimulantes ou sedativas dos antidepressivos. Após uma significativa melhora do paciente a dosagem é diminuída gradualmente para posterior retirada total da droga, porém há pacientes que continuam com o tratamento por meses e, eventualmente, pelo resto da vida, pois podem sofrer recaídas e voltar a ter a doença (SCALCO, 2003; MAXMEN; WARD, 1998).

Verifica-se que poucos pacientes com uso de antidepressivo foram encaminhados ao psiquiatra. Na grande maioria dos casos o atendimento foi realizado por médicos generalistas. Acredita-se que estas razões indicam a necessidade de familiarização e atualização por parte dos médicos das outras áreas, em relação às drogas antidepressivas (VALENTINI et al., 2004).

3 CONCLUSÃO

Na amostra estudada, foi encontrada uma média de consumo de antidepressivos de 9,13%. Comparados com outros estudos, estes resultados sugerem um consumo abusivo destes medicamentos.

Os pacientes procuram primeiramente um clínico geral, pois apresentam queixas físicas como distúrbios gastrointestinais, cefaléia, vertigens, cansaço, insônia, apatia, etc. A incidência de depressão é mais elevada do que a habitualmente encontrada entre pacientes da clínica geral.

Constata-se que há uma prevalência de consumo de drogas antidepressivas em mulheres de 30 a 44 anos, e de classe "média". A prevalência é duas vezes maior no sexo feminino e as razões podem incluir variados estresses, parto, modelos comportamentais e efeitos hormonais.

A classe de antidepressivos predominante foi a de ADTs, o que está relacionada ao seu uso em outras patologias, como enxaqueca,

enurese, bulimia, dor crônica, tensão pré-menstrual, e a seu baixo custo em relação às outras classes.

Considerando a relevância do assunto, as autoridades sanitárias e a sociedade médica deveriam ser mobilizadas no sentido de propiciar as informações necessárias sobre os critérios de diagnóstico e métodos de tratamento da depressão. Tal atitude poderia ser desenvolvida através de programas de treinamento e atualização sobre o que é a doença e suas as formas de tratamento.

REFERÊNCIAS

ANGST, J. et al. Gender differences in depression: epidemiological findings from the European Depres I and II studies. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, v. 252, n. 5, p. 201-209, 2002.

BALDESSARINI, R. J. Fármacos e o tratamento dos distúrbios psiquiátricos – depressão e mania. In: GOODMAN; GILMAN. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 9. ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 1996. p. 314-331.

BECHELLI, L. P. Depressão: uma doença que pode ser tratada. **Revista Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica**, v. 1, p. 03-30, 1994.

BLAZER, D.; KOENIG, H. Transtornos do humor. In: BUSSE, E. W.; BLAZER, D. G. **Psiquiatria geriátrica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 245-267.

CERESETO, M.; FERRERO, A. Novas perspectivas do mecanismo de ação dos antidepressivos. **Revista Vertex**, v. 14, n. 51, p. 30-35, maio 2003.

FAVA, M. Diagnóstico e definição do tratamento de depressão. **Revista Biol. Psychiatry**, v. 53, n. 8, p. 649-659, abr. 2003.

FINLEY, P. R.; LAIRD, L. K.; BENEFIELD, W. H. Mood disorders I: Major depressive disorders. In: KODA-KIMBLE, M. A. et al. **Applied therapeutics: The clinical use of drugs**. 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

FLECK, M. P. A. et al. Diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 25, n. 2, p. 114-122, 2003.

GREVET, E.; CORDIOLI, A. Depressão maior e distímia. In: CORDIOLI et al. **Psicofármacos: consulta rápida**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 263-284.

GUIMARÃES, F.; WANNHACHER, L. Fármacos usados nos distúrbios afetivos. In: FUCHS, F. D.; WANNHACHER, L. **Farmacologia clínica – Fundamentos da terapêutica racional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 379-389.

GUIMARÃES, F. S. Medicamentos antidepressivos e estabilizadores de humor. In: GRAEFF, F.; GUIMARÃES, F. **Fundamentos da psicofarmacologia**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 93-122.

KAPLAN, R.; SADOCK, C.; GREBB, L. Transtornos do humor. In: KAPLAN, R.; SADOCK, C.; GREBB, L. **Compêndio de psiquiatria – Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. p. 493-544.

LAFER, B. et al. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes médicas, 2000.

MAXMEN, J.; WARD, N. Antidepressivos; Inibidores da Monoaminoxidase; Lítio. In: MAXMEN, J.; WARD, N. **Psicotrópicos – consulta rápida**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 90-246.

MIYASAKA, L.; ATALLAH, A. Risco de interação de drogas: combinações de uso de antidepressivos e outras drogas. **Revista Saúde Pública**, v. 37, n. 2, p. 212-215, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxix.exe/iah/>>. Acesso em: 09 maio 2003.

MORENO, R. A.; MORENO, D.; SOARES, M. B. M. Psicofarmacologia dos antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, ssp 1, p. 24-40, maio 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxix.exe/iah/>>. Acesso em: 27 jun. 2003.

PICON, P. Epidemiologia psiquiátrica. In: CATALDO, N. A.; GAUER, G. C.; FURTADO, N. R. (Ed.). **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. p. 83-90.

OPAS/OMS. **Programa de Saúde Mental: División de Promoción de Salud. Modelo para la capacitación de la enfermera general en identificación y manejo de los transtornos afectivos**. Generalista I. Washington (DC): OPAS/OMS, 1999.

RANG, H. P. et al. **Farmacologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

SCALCO, M. Tratamento de idosos com depressão utilizando ADT, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. **Revista Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. 55-63, mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxix.exe/iah/>>. Acesso em: 09 maio 2003.

SCHREINER, L. et al. Prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de prostitutas de Porto Alegre. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 13-20, jan./abr. 2004.

SILVEIRA, D. X.; JORGE, M. R. Propriedades psicométricas de rastreamento populacional para depressão. CES-D em populações clínica e não clínica de adolescentes e adultos jovens. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 251-261, 1998.

SOUZA, F.G. Tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, maio 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxix.exe/iah/>>. Acesso em: 27 jun. 2003.

STAHL, S. Depressão e transtorno bipolar; Antidepressivos clássicos, ISRS e IRNA e Novos antidepressivos e estabilizadores de humor. In: STAHL, S. **Psicofarmacologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. p. 129-287.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 149-159, jun. 2005.

VALENTINI, W. et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 522-528, ago. 2004.

4 – Qual o nível sócio-econômico classificaria a grande maioria de seus pacientes com depressão:

- 1- classe alta
- 2- classe média alta
- 3- classe média
- 4- classe média baixa
- 5- classe baixa

5 – Qual a principal sintomatologia que motivou o paciente a consulta:

- 1- cefaléia
- 2- vertigem
- 3- distúrbios gastrointestinais
- 4- problemas cardiorespiratórios
- 5- ansiedade
- 6- cansaço
- 7- apatia
- 8- idéias suicida
- 9- insônia
- 10- algias em geral

6 – Qual a medicação abaixo que mais se prescreve:

- 1- Antidepressivo Tricíclico: Tryptanol, Anafranil, Tofranil, Ludiomil, Pamelor, e outros.
- 2- Antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina: Prozac, Aropax, Zoloft, e outros.
- 3- Antidepressivos Inibidores da Monoaminoxidase: Aurorix, Parnate, Niamid, Aurorix, e outros.
- 4- Antidepressivos Atípicos: Zyban, Tolvon, Serzone, e outros.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DIRECIONADO AOS MÉDICOS

1 – Qual a ocorrência de pessoas em estado de depressão consultadas por vossa pessoa:

- 1- pouco freqüente
- 2- freqüente
- 3- raramente
- 4- diariamente

2 – Qual a faixa etária em que ocorrem casos de depressão com necessidade de droga antidepressiva:

- 1- abaixo de 14 anos
- 2- de 15 a 20 anos
- 3- de 21 a 29 anos
- 4- de 30 a 44 anos
- 5- acima de 45 anos

3 – Qual o sexo mais acometido pela depressão:

- 1- feminino
- 2- masculino