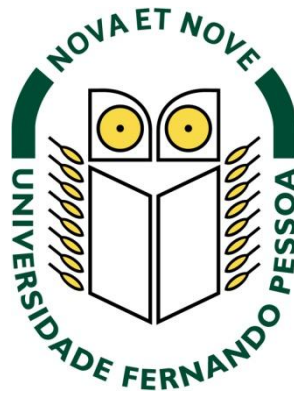


Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa

Eduardo de Lacerda Machado Barbot Costa

# Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Licenciatura em Ciências Farmacêuticas

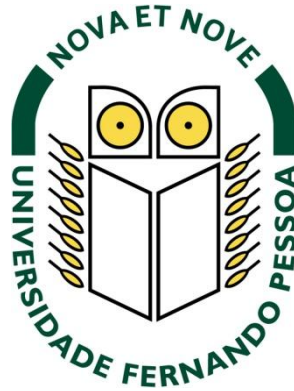
Porto, 2010

## **Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa**

Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa

Eduardo de Lacerda Machado Barbot Costa

# Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Licenciatura em Ciências Farmacêuticas

Porto, 2010

**Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa**

Autor:

Eduardo de Lacerda Machado Barbot Costa

**Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa:**

---

(assinatura)

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte de requisitos para  
a obtenção de grau de licenciado em Ciências Farmacêuticas

## **Sumário**

A depressão é uma das doenças psiquiátricas mais prevalentes na nossa sociedade e subsistem evidências epidemiológicas sugerindo um aumento substancial da sua incidência nos últimos anos. Esta situação é comprovada não só através dos estudos ao nível da comunidade, mas também mediante prospecções que ocorrem na medicina geral, onde foi estimado existir um aumento de 3-10 vezes na ocorrência desta doença, bem como redistribuição da prevalência por idade e género.

O tratamento da depressão pode ser realizado através da utilização de farmacoterapia, psicoterapia, ou de ambas. O tratamento da depressão deve ter como objectivo a remissão completa do episódio depressivo, tendo sempre em conta a qualidade de vida do paciente, sendo que um grande número de estudos tem demonstrado que os antidepressivos são eficazes no tratamento da depressão aguda em adultos. Todavia, o consumo deste tipo de substâncias em Portugal e na Europa tem vindo a aumentar de forma exponencial e alarmante ao longo dos últimos anos.

O presente estudo tem por objectivo proceder a uma análise retrospectiva do consumo de antidepressivos em Portugal e no restante continente Europeu, com a respectiva comparação, bem como apresentar as diferentes medidas que Portugal e a União Europeia estão a implementar com vista a promover a boa saúde mental dos seus cidadãos.

## **Summary**

Depression is one of the most prevalent psychiatric disorders in our society and epidemiological evidences exist suggesting a substantial incidence increase of the disease in recent years. This is proven not only through studies at the community level, but also through surveys undertaken in general medicine, where an estimated increase of 3-10 times occurs, including the redistribution of prevalence by age and gender.

Treatment of depression can be accomplished through the use of pharmacotherapy, psychotherapy, or both. Treatment for depression should aim to full remission of the depressive episode, always taking into account the quality of life of patients, thus a large number of studies have shown that antidepressants are effective in treating major depression in adults. However, consumption of such substances in Portugal and in Europe has been increasing exponentially and alarmingly over the past year.

The purpose of this study is to undertake a retrospective analysis of antidepressant use in Portugal and the remaining European continent, with its comparison, and present the various measures that Portugal and the European Union are taking to promote good mental health of their citizens.

## **Agradecimentos**

A elaboração deste trabalho só foi conseguida através do apoio de várias pessoas, às quais não posso deixar de agradecer...

Inicialmente, gostaria de agradecer à minha orientadora, a Professora Dra. Eliana Souto, por me ter acompanhado e auxiliado na elaboração desta monografia, sempre com imensa disponibilidade, dedicação e empenho, e por toda a simpatia que demonstrou para comigo.

À Professora Dra. Carla Martins, por todo o interesse, ajuda e apoio demonstrados ao longo da elaboração do trabalho.

À Dra. Rosário Curral, por todo o apoio e bibliografia disponibilizada para a realização da monografia.

Aos meus Pais, por todo o apoio, ensinamentos e amor que me deram ao longo dos anos.

Ao meu Irmão, pela profunda amizade que nos une e por todos os ótimos e inesquecíveis momentos que temos sabido viver.

Às minhas Avós e restante Família, por todos os valores que me inculcaram e por terem sempre acreditado em mim

Aos meus Amigos, por me terem sempre apoiado e ajudado ao longo dos anos e sem os quais não seria a pessoa que hoje sou.

À Marta, essência do meu Ser.

Um sincero Obrigado a todos!

## **Índice geral**

	Página
Sumário	1
Summary	2
Agradecimentos	3
Índice geral	4
Índice de figuras	7
Índice de tabelas	8



<b>Capítulo I - Introdução geral</b>	9
<b>Capítulo II – Depressão: fisiopatologia e tratamento farmacológico</b>	
2.1. Descrição fisiopatológica da doença	11
2.2. Tratamento da depressão	15
2.2.1. Tratamento psicoterapêutico	15
2.2.2. Tratamento farmacológico	15
2.2.2.1. Antidepressivos de primeira geração	16
2.2.2.2. Antidepressivos de segunda geração	17
2.2.2.3. Outros antidepressivos	19
2.2.3. Duração/Descontinuação do tratamento	20
<b>Capítulo III - Papel do farmacêutico</b>	21
<b>Capítulo IV- Saúde mental e consumo de antidepressivos</b>	24

**Capítulo V- Evolução do consumo de antidepressivos**

5.1. Consumo ao nível nacional 27

5.2. Consumo ao nível Europeu 29

**Capítulo VI- Discussão 36**

**Capítulo VII- Perspectivas futuras**

7.1- Em Portugal 38

7.2- Na Europa 39

**Capítulo VIII- Conclusão 42**

**Capítulo IX- Referências bibliográficas 43**

## Índice de figuras

**Figura 1** - Sub-reconhecimento e sub-tratamento de pacientes com patologias depressivas nos cuidados de saúde primários.

**Figura 2** - Mecanismo de acção de antidepressivos de 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> geração.

**Figura 3** - Proporção (%) da carga de doença na União Europeia em Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI), por causa.

**Figura 4** - Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório, em Portugal (Dose Diária Definida/1000 habitantes/dia).

**Figura 5** - Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório, por região em Portugal (Dose Diária Definida/1000 habitantes/dia).

**Figura 6** - Consumo de antidepressivos em DDD por 1000 habitantes por dia.

**Figura 7** - Consumo de antidepressivos nos últimos 12 meses na União Europeia.

**Figura 8** - Razões para o consumo de antidepressivos em Portugal e na União Europeia.

**Figura 9** - A abordagem a 4 níveis da AECD.

## Índice de tabelas

**Tabela 1** - Sintomas de depressão.

**Tabela 2** - Factores de risco de depressão.

**Tabela 3** - Descrição clínica dos episódios depressivos.

**Tabela 4** - Consumo de psicofármacos de 1990 a 2000 em UP por 1000 habitantes.

**Tabela 5** - Consumo de antidepressivos SSRI e Não SSRI em UP por 1000 habitantes.

**Tabela 6** - Consumo de antidepressivos em UP por 1000 habitantes.

**Tabela 7** - Consumo de antidepressivos SSRI em UP por 1000 habitantes.

**Tabela 8** - Consumo de antidepressivos convencionais em UP por 1000 habitantes.

## **Capítulo I- Introdução geral**

A depressão é uma doença psiquiátrica bastante comum na actualidade, apresentando como sintomas principais o humor deprimido, perda de interesse e de prazer, sentimentos de culpa, baixa auto-estima, perturbações do sono e de apetite, cansaço e concentração reduzida. Estes problemas podem tornar-se crónicos ou recorrentes, contribuindo para que a vida da pessoa em questão seja prejudicada a vários níveis (emocional, intelectual e social), podendo conduzir, em casos mais severos, ao suicídio (World Health Organization, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão é a principal causa de incapacidade medida pelos Anos de Vida Perdidos (AVP) por morte prematura e a quarta principal causa de morbilidade e perda de qualidade de vida medida pelos Anos de Vida Ajustado por Incapacidade (AVAI) em 2000. Prevê-se que até ao ano de 2020, a depressão deverá alcançar o 2º lugar do ranking de AVAIs calculado para todas as idades, em ambos os sexos. Hoje, a depressão é já a segunda causa de AVAI na faixa etária compreendida entre os 15 e 44 anos, para ambos os géneros, sendo que esta é mais comum nas mulheres do que nos homens, tendo um estudo realizado pela OMS, em 2000, mostrado que a prevalência de episódios de depressão unipolar é de 1,9% nos homens e de 3,2% nas mulheres (World Health Organization, 2010).

No final da década de 50, a descoberta de drogas antidepressivas, e sua utilização na prática clínica, trouxe um avanço importante no tratamento e no entendimento de possíveis mecanismos subjacentes aos problemas depressivos, transformando a depressão num problema médico passível de tratamento, semelhante a outras doenças como a diabetes e a hipertensão arterial (Moreno et al., 1999). Nos últimos anos têm-se feito importantes progressos nos domínios da classificação, diagnóstico e tratamento da depressão. Não obstante, ainda existem muitos tratamentos que são insuficientes, nomeadamente por falhas do paciente ou do próprio médico (Guimarães et al., 2006).

Assim, o tratamento antidepressivo deve ser realizado considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do paciente. Em regra, não há diferenças significativas em termos de eficácia entre os diferentes antidepressivos; porém, a ocorrência de efeitos

## **Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa**

adversos, o preço, o risco de suicídio e a tolerabilidade variam bastante, o que implica diferenças na eficácia dos medicamentos consoante o paciente (Souza, 1999).

Segundo dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Portugal apresenta um dos maiores aumentos ao nível do consumo de antidepressivos na Europa. Assim, o presente trabalho pretende avaliar e comparar a evolução temporal dos padrões de consumo de antidepressivos em Portugal e no restante continente Europeu. Para tal, foram usados dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Farmácia e Medicamento (INFARMED), pelo IMS Health e pela OCDE, relativos ao consumo de antidepressivos no mercado do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em ambulatório e dos restantes mercados europeus, através da Dose Diária Definida (DDD) /1000 habitantes/ dia e da unidade de dosagem padrão (UP) /1000 habitantes.

## Capítulo II - Depressão: fisiopatologia e tratamento farmacológico

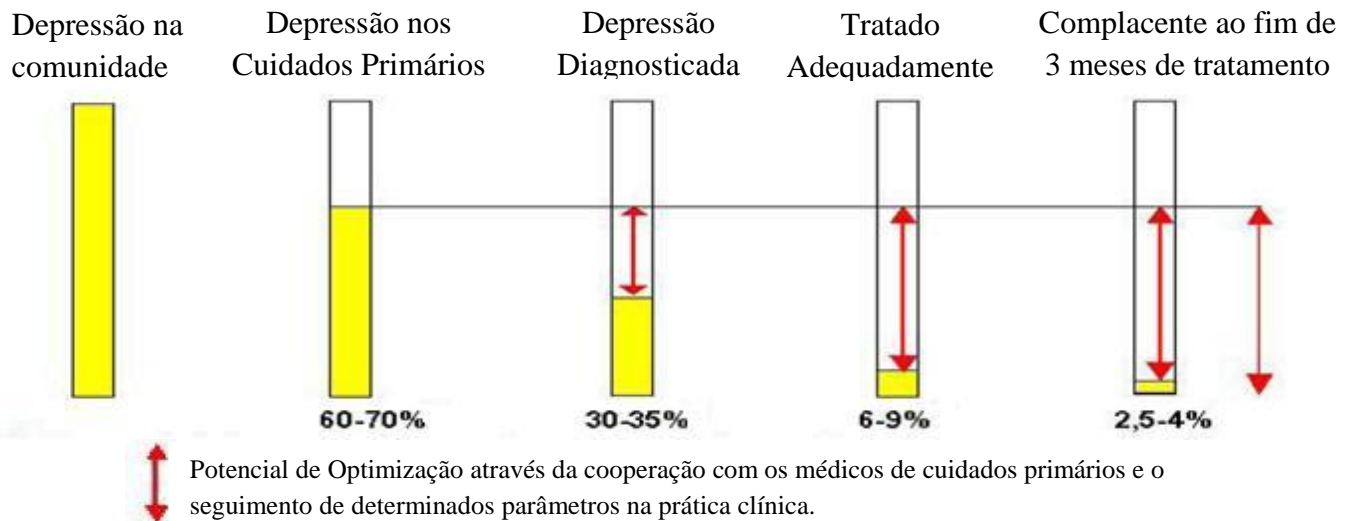
### 2.1 - Descrição fisiopatológica da doença

A depressão é uma doença mental, normalmente caracterizada por um humor deprimido, baixa auto-estima, ausência de prazer e redução da energia. Evidências da neurociência, da genética e da investigação clínica demonstram que a depressão é uma doença que resulta de distúrbios 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 correctamente, tendo a desregulação dos neurotransmissores essenciais, substâncias químicas usadas pelas células nervosas para a comunicação, um papel fulcral nesta doença (Moreno et al., 1999). Recentemente, as pesquisas genéticas indicam que a vulnerabilidade à depressão pode resultar da influência de múltiplos genes agindo em conjunto com diversos factores ambientais (Lee et al., 2010).

Contudo, a depressão não deve ser confundida com períodos de tristeza, uma vez que faz parte da experiência normal do ser humano sentir-se infeliz em momentos de adversidade (Gelder et al., 2006).

Um dos principais problemas da patologia depressiva começa na sua identificação, uma vez que nos cuidados de saúde primários a sua elevada prevalência, incidência, recorrência e cronicidade faz com que os Médicos de Família/Clínicos Gerais observem dez vezes mais doentes com depressão do que os psiquiatras, levando a que mais de 50% dos casos passem despercebidos. As principais razões para este sub-diagnóstico encontram-se relacionadas quer com o paciente (a maioria manifesta apenas queixas somáticas ou sintomas depressivos ligeiros), quer com o médico, devido à falta de tempo ou falta de experiência (Teixeira, 2007). Assim sendo, é muito importante a realização de um bom diagnóstico no reconhecimento da doença para iniciar o tratamento o mais rapidamente possível (World Health Organization. Regional Office for Europe. and Health Evidence Network (Europe), 2005).

### Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa



**Figura 1 - Sub-reconhecimento e sub-tratamento de pacientes com patologias depressivas nos cuidados de saúde primários (adaptado de World Health Organization. Regional Office for Europe and Health Evidence Network (Europe), 2005).**

A depressão pode ser vivenciada de forma diferente pelo ser humano; contudo, em regra, se uma pessoa tiver cinco ou mais sintomas dos que estão referenciados na Tabela 1, de forma contínua, por mais de 3 semanas, é muito provável que manifeste uma patologia depressiva grave (Consumer Reports Health Best Buy Drugs, 2010).

**Tabela 1 - Sintomas de depressão (Consumer Reports Health Best Buy Drugs, 2010)**

Sintomas de Depressão
Sentimentos de infelicidade e pessimismo
Sentimentos de culpa, baixa auto-estima e inutilidade
Perda de interesse em actividades que normalmente sentiria prazer
Sensação de lentidão, fadiga e baixa energia
Insónias ou perturbações durante o sono
Dificuldade em manter a concentração e tomar decisões
Alterações ao nível do apetite
Irritabilidade, hostilidade e muita ansiedade
Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio
Sintomas físicos ou dores inexplicáveis que não respondem ao tratamento convencional

As causas para o aparecimento destes sintomas apresentam variações inter-individuais. Porém, é possível afirmar-se que há factores que influenciam o aparecimento e a permanência de episódios depressivos. Por exemplo, condições de vida adversas, o divórcio, a perda de um ente querido, o desemprego, a incapacidade em lidar com determinadas situações ou em ultrapassar obstáculos, entre outros referenciados na Tabela 2 (Fancher e Kravitz, 2010).



Tabela 2 - Factores de risco de depressão (Fancher e Kravitz, 2010)

Factores de Risco de Depressão
Idade
Dependência de substâncias químicas (droga) e álcool
Género feminino
Historial pessoal ou familiar de depressão
Momentos de stress
Doenças Crónicas
Medicação

Algumas doenças podem provocar ou facilitar a ocorrência de episódios depressivos ou a evolução para depressão crónica. São exemplo as doenças infecciosas, a doença de Parkinson, o cancro, outras doenças mentais, doenças hormonais e a dependência de substâncias como o álcool. O mesmo pode suceder com certos medicamentos, como os corticóides, alguns anti-hipertensivos, alguns imunossuppressores, alguns citostáticos, medicamentos de terapêutica hormonal de substituição, neurolépticos clássicos, entre outros (Fancher e Kravitz, 2010).

É importante salientar que a maior prevalência dos episódios depressivos no género feminino, comparativamente ao género masculino, deve-se principalmente às diferenças hormonais verificadas na adolescência, no primeiro ano pós parto, na menopausa e pós-menopausa (Portal da Saúde – Depressão, 2006). Porém, o papel das diferenças neurobiológicas relacionadas com o género, na susceptibilidade à depressão, precisa de ser investigado em maior profundidade.

Por outro lado, apesar de, geralmente, o número de episódios depressivos aumentar com a idade, estudos recentes sugerem que a depressão “major” tem maior prevalência em pacientes mais jovens, no grupo etário entre os 18-44 anos (Gelder et al., 2006).

Desta forma, determinar qual o factor ou os factores que desencadearam a crise depressiva afigura-se importante, pois para o paciente poderá ser vantajoso aprender a evitar ou a lidar com esse factor durante o tratamento. No que respeita ao médico, facilitar-lhe-á a identificação do tipo de depressão que afecta o paciente, bem como o tipo de tratamento mais adequado e eficaz a adoptar (Gelder et al., 2006).

## Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa

Actualmente ainda não existe um consenso geral quanto à melhor forma de se classificar os episódios depressivos. Várias abordagens foram já tentadas, designadamente, (i) depressão unipolar ou bipolar - presença de episódios depressivos ou alternância de episódios depressivos com outros maníacos; (ii) depressão neurótica ou psicótica - ausência ou presença de alucinações, delírios e falta de contacto com a realidade; (iii) depressão endógena ou exógena - ausência ou presença de factores precipitantes; (iv) depressão ligeira, moderada ou grave - de acordo com a intensidade dos sintomas (Gelder et al., 2006).

Deste modo, enquanto não houver um maior conhecimento da etiologia da doença, devem descrever-se sistematicamente os episódios depressivos em vez de classificá-los. Assim sendo, na descrição dos episódios depressivos deverá fazer-se referência ao tipo de episódio, à sua gravidade, às características sintomáticas diferenciais e à evolução da doença, juntamente com uma avaliação da importância relativa dos factores etiológicos identificados (Gelder et al., 2006).

Tabela 3 - Descrição clínica dos episódios depressivos (Gelder et al., 2006)

<b>Descrição clínica dos episódios depressivos</b>	
<b>Gravidade</b>	Leve, moderado ou grave
<b>Tipo</b>	Depressivo, psicótico ou misto
<b>Características sintomáticas</b>	Sintomas melancólicos
	Sintomas neuróticos
	Sintomas psicóticos
<b>Evolução</b>	Unipolar ou Bipolar
<b>Factores etiológicos</b>	Histórico familiar e pessoal de alterações do humor
	Experiências de infância
	Personalidade
	Condições sociais
	Momentos de perturbação na vida (desemprego, morte de um familiar querido, divórcio, etc.

## **2.2 - Tratamento da depressão**

A depressão pode ser tratada de várias formas diferentes, desde a terapêutica farmacológica clássica às sessões de psicoterapia, ou à combinação de ambas as abordagens (World Health Organization. Regional Office for Europe. and Health Evidence Network (Europe), 2005).

### **2.2.1 - Tratamento psicoterapêutico**

A psicoterapia, por si só, ou em combinação com medicamentos antidepressivos, é uma opção válida no tratamento da depressão. A psicoterapia pode proporcionar orientação, reconforto e encorajamento dos pacientes para que estes adiram aos tratamentos específicos em vista da cura da doença depressiva (Bostwick, 2010).

No tratamento dos episódios depressivos podem ser utilizados os seguintes tipos de psicoterapia (Gelder et al., 2006):

- Psicoterapia de apoio – focaliza-se na identificação e na resolução das dificuldades presentes na vida do paciente;
- Psicoterapia cognitiva – ajuda o paciente a modificar os seus pensamentos negativos em relação à vida e sobre si mesmo;
- Terapia de casal – utilizada em pacientes deprimidos, nos quais a discórdia conjugal parece ter sido a principal causa da depressão;
- Psicoterapia interpessoal – focaliza-se, essencialmente, nos problemas das relações sociais do indivíduo;
- Psicoterapia dinâmica – tem como principal objectivo a resolução de conflitos pessoais subjacentes e dificuldades na vida, associadas à depressão, que sejam consideradas a causa impulsionadora ou a causa que mantém o transtorno depressivo.

### **2.2.2 - Tratamento farmacológico**

Um grande número de estudos tem demonstrado que os antidepressivos são medicamentos eficazes no tratamento de episódios depressivos agudos nos adultos (Bostwick, 2010). Os antidepressivos produzem, em média, uma melhoria dos sintomas depressivos de

60% a 70%, no prazo de um mês, enquanto a taxa de placebo ronda os 30% (Krishnan, 2010). No que respeita à eficácia, parece não haver diferenças significativas entre os vários antidepressivos, embora tal não signifique que todos os seres humanos respondam da mesma maneira aos diferentes tipos de antidepressivos. A escolha do antidepressivo deve basear-se nas características da depressão, efeitos secundários, custo, interações medicamentosas, entre outros. (Souza, 1999). A classificação mais usada dos antidepressivos tem-se baseado no neurotransmissor/receptor envolvido no seu mecanismo de acção. Assim, de uma maneira geral, são as seguintes as principais classes dos antidepressivos:

- Antidepressivos de primeira geração – Inibidores da monoaminoxidase (IMAO) e antidepressivos tricíclicos (ADT);
- Antidepressivos de segunda geração – Inibidores selectivos da recaptção da serotonina (SSRI) e inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina (SNRI);
- Outros antidepressivos – Antidepressivos com modos de acção únicos, como a Mirtazapina, Bupropiona, Trazodona, Reboxetina, entre outros.

#### **2.2.2.1 - Antidepressivos de primeira geração**

O desenvolvimento dos medicamentos antidepressivos foi realizado ao longo de várias fases históricas, sendo que os primeiros antidepressivos a serem criados, os de primeira geração, foram descobertos acidentalmente (Hirsch e Birnbaum, 2010).

Os antidepressivos inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) foram os primeiros fármacos clinicamente activos contra a depressão. O mecanismo de acção destes medicamentos baseia-se, essencialmente, na inibição da monoaminoxidase (MAO), o que vai provocar um aumento da concentração dos neurotransmissores a nível da fenda sináptica. Porém, devido ao facto de todos os inibidores da MAO serem capazes de inibir numerosos fermentos e, em particular, os fermentos microsómicos hepáticos, necessários à metabolização de substâncias exógenas e alguns fármacos, várias interações com alimentos e medicamentos ocorrem, incompatibilizando a terapêutica. Assim, estes antidepressivos não são recomendados como tratamento antidepressivo de primeira linha. A moclobemida é o único representante deste grupo em Portugal, uma vez que dada a sua especificidade e

selectividade, os riscos de interações medicamentosas e com alimentos ricos em tiramina são praticamente inexistentes (Guimarães et al., 2006).

Os antidepressivos tricíclicos são medicamentos cuja acção parece estar fundamentalmente relacionada com o bloqueio da captação neuronal dos neurotransmissores, levando a um aumento da noradrenalina, da 5-hidroxitriptamina e, em menor escala, da dopamina. É importante referir que, enquanto o efeito sobre a captação neuronal dos neurotransmissores é imediata, estas alterações só surgem duas a três semanas depois da administração. Embora estes antidepressivos sejam eficazes, são medicamentos que afectam uma ampla gama de sistemas de neurotransmissores, causando diversos efeitos colaterais indesejáveis, o que coloca em causa a terapêutica (Guimarães et al., 2006).

#### **2.2.2.2 – Antidepressivos de segunda geração**

Posteriormente, nos últimos anos, a indústria farmacêutica começou a focar-se ainda mais na identificação das propriedades neuroquímicas, associadas com as acções destes medicamentos antidepressivos, e no desenvolvimento de novos compostos, com variações na sua estrutura química e menos efeitos colaterais relativamente aos já existentes (Hirsch e Birnbaum, 2010).

Os antidepressivos SSRI são o resultado dessas pesquisas para encontrar medicamentos tão eficazes quanto os ADTs, mas com menos problemas de tolerabilidade e segurança que estes. Entre os diferentes antidepressivos SSRI encontramos a fluoxetina, a paroxetina, a sertralina e citalopram, sendo que todos inibem de forma potente e selectiva a recaptação da serotonina, levando a uma potencialização da neurotransmissão serotoninérgica (Serretti et al., 2010).

Embora compartilhem o principal mecanismo de acção, os diferentes antidepressivos SSRI são estruturalmente distintos, com marcadas diferenças no perfil farmacodinâmico e farmacocinético, que devem ser levadas em conta no critério de escolha do antidepressivo, bem como na duração de potenciais reacções adversas (Guimarães et al., 2006).

Outro aspecto com interesse prático tem a ver com a possibilidade de aparecerem interacções medicamentosas importantes quando se prescrevem medicamentos deste grupo, uma vez que todos os SSRIs afectam as enzimas metabolizadoras do citocromo P-450 (em menor proporção a sertralina), podendo comprometer o metabolismo de outros medicamentos metabolizados no fígado. Por vezes, também pode ocorrer o designando “síndrome da serotonina” que desencadeia fenómenos de hipertermia, rigidez muscular e colapso cardiovascular, devido à co-administração de SSRIs e IMAOs (Ciechanowski e Katon, 2010).

Os SSRIs, como todos os antidepressivos, possuem efeitos secundários, devendo-se destacar, principalmente, problemas na disfunção sexual, onde o seu uso é associado a retardo ejaculatório em homens e anorgasmia em mulheres, o que pode levar à descontinuação do tratamento por parte de alguns pacientes. Apesar disso, múltiplos ensaios clínicos confirmam que, de uma maneira geral, os SSRIs são os principais antidepressivos de primeira escolha no tratamento da depressão. Esta circunstância deve-se ao facto de o seu tempo de latência e eficácia terapêutica serem semelhantes aos dos ADTs e de possuírem uma menor toxicidade aguda e melhor tolerabilidade que os antidepressivos de primeira geração (Ciechanowski e Katon, 2010).

Os antidepressivos SNRIs também possuem melhor tolerabilidade do que os antidepressivos de primeira geração, destacando-se o fármaco venlafaxina. Os dados disponíveis, actualmente, apontam para uma maior eficácia deste antidepressivo relativamente à fluoxetina e para uma maior rapidez de início de acção, sendo que os seus efeitos antidepressivos aparecem, frequentemente, na primeira ou segunda semana de tratamento. Porém, é importante relevar que, em média, cerca de 3% dos doentes que recorrem a este antidepressivo sofrem um aumento da pressão arterial, sendo, por isso, aconselhável a sua monitorização regular (Hirsch e Birnbaum, 2010).

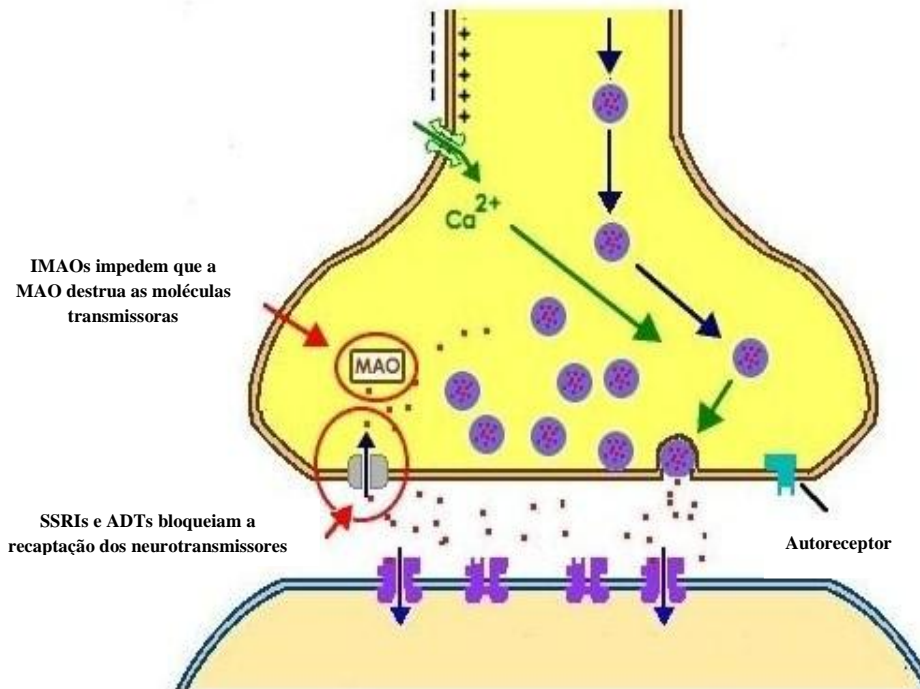


Figura 2 - Mecanismo de acção dos antidepressivos de 1ª e 2ª geração (adaptado de Joseph Bryer, 2006.)

### 2.2.2.3 – Outros antidepressivos

Presentemente, existem outros antidepressivos com diferentes mecanismos de acção, entre os quais se pode destacar a bupropiona e a mirtazapina.

Embora o mecanismo de acção da bupropiona não seja completamente conhecido, sabe-se que está relacionado com a inibição da recaptação da dopamina. Um dos efeitos secundários mais perigosos deste antidepressivo, principalmente em doses elevadas, é o aumento do risco de indução de convulsões, recomendando-se, por isso, que cada dose do composto de libertação imediata não exceda os 150 mg e a do composto de libertação prolongada não exceda os 200 mg. Contudo, entre os antidepressivos de nova geração, este é o que apresenta menor potencial de indução de efeitos colaterais e a menor incidência de descontinuação do tratamento por intolerância (Serretti et al., 2010).

A mirtazapina é um novo antidepressivo que difere dos restantes pelo facto de aumentar directamente os níveis de serotonina e da noradrenalina entre os neurónios.

Este antidepressivo tem como principais efeitos secundários o ganho de peso e a sedação, provocada pela sua afinidade para os receptores histamínicos (H1). Em vários ensaios clínicos controlados com um placebo ou com outros antidepressivos (amitriptilina, clomipramina e trazodona) a mirtazapina, na dose de 50 mg/dia, mostrou eficácia semelhante à dos outros antidepressivos, mesmo nas formas de depressão mais graves (Guimarães et al., 2006).

### **2.2.3 – Duração/Descontinuação do tratamento**

Quando se inicia um tratamento antidepressivo, é muito importante informar o paciente que o aparecimento do efeito terapêutico leva 2 a 3 semanas a instalar-se. Caso contrário, aquele poderá abandonar a terapêutica por a julgar ineficaz (Krishnan, 2010).

A duração do tratamento é muito variável, dependendo da resposta terapêutica e da história clínica do paciente. Desta forma, se se trata de um primeiro caso de episódio depressivo e há uma resposta favorável à medicação, o paciente só deve suspender o tratamento entre 4 a 6 meses após a remissão total dos sintomas. Contudo, se os episódios depressivos se repetirem, será necessário fazer um tratamento mais longo, em geral com doses inferiores às usadas inicialmente (Guimarães et al., 2006).

Quando ocorre uma descontinuação brusca e rápida da medicação antidepressiva, surgem, frequentemente, vários efeitos secundários (fadiga, cansaço, náuseas, ansiedade, irritabilidade, taquicardia, entre outros). Assim sendo, deve-se informar os pacientes acerca dos efeitos secundários dos antidepressivos, provocados por uma descontinuação brusca do tratamento e para a prevenir, deve diminuir-se a dosagem do medicamento entre 2 a 4 semanas, de modo a minimizar os efeitos secundários associados a uma brusca cessação da medicação antidepressiva (Paulin et al., 2008).



### **Capítulo III - O papel do farmacêutico na depressão**

Uma melhor identificação e tratamento da depressão são dos principais desafios que a saúde pública tem de enfrentar. Desta forma, um dos elementos a melhorar no reconhecimento e tratamento desta doença poderá ser a expansão do papel dos profissionais de saúde que entram em contacto com os pacientes depressivos. Assim, os farmacêuticos têm um papel preponderante no contributo para a resolução destes problemas (Kahn, 2009).

Na actualidade, este facto está cada vez mais comprovado, uma vez que o farmacêutico vem estabelecendo um maior número de contactos com pacientes depressivos, sendo que em cerca de 20% das receitas aviadas pelo farmacêutico, um antidepressivo está nelas incluído. Como, geralmente, o farmacêutico mantém uma relação próxima e de confiança com o paciente e possui vasta experiência no conhecimento e gestão de medicamentos, deverá, no exercício da sua profissão, saber acompanhar o tratamento desta doença, para que seja possível uma melhor adesão à terapêutica por parte do paciente. Neste modelo, o farmacêutico terá que assumir uma maior responsabilidade com vista àquela adesão e utilizar todo o seu saber farmacológico para auxiliar o paciente depressivo (Scheerder et al., 2008).

No contexto específico do tratamento da depressão, o farmacêutico pode, e deve, executar várias funções úteis para melhorar a sua percentagem de sucesso.

Desde logo, o farmacêutico deve fornecer, também, ao paciente, a máxima informação possível sobre a depressão e o seu tratamento, bem como apoiar a sua adesão à medicação prescrita pelo médico. Esta primeira função é de vital importância, já que, muitas vezes, no início do tratamento, o paciente depressivo pode ter algumas crenças infundadas em relação à doença e alguma dificuldade quanto à medicação antidepressiva, o que pode pôr em causa a sua adesão à terapêutica (Scheerder et al., 2008).

Para além desta função, o farmacêutico deve tentar monitorizar, sempre que possível, o paciente depressivo, principalmente em termos de adesão, eficácia e presença de efeitos secundários/reacções adversas da medicação. Se, eventualmente, houver pacientes que não

respondam ao tratamento ou que apresentem graves reacções adversas à medicação, deve o farmacêutico encaminhá-los para o seu médico. Para conseguir uma boa monitorização do paciente depressivo, o farmacêutico deve manter uma relação de confiança, com o próprio, desde o primeiro contacto no contexto de farmácia de oficina, bem como documentar toda a medicação do mesmo, para um melhor acompanhamento da evolução do tratamento. Por outro lado, para aumentar a taxa de sucesso desta monitorização, deve haver uma boa comunicação e colaboração do farmacêutico com o médico e vice-versa (Scheerder et al., 2008).

Acresce que o farmacêutico também pode ter papel preponderante em relação aos pacientes que não estão conscientes do seu estado ou não procuram ajuda para a depressão que os atinge. Desta forma, ao reconhecer os sintomas de uma depressão ou sua recidiva, o farmacêutico pode sugerir que os pacientes visitem o seu médico para uma melhor avaliação.

Todavia, a implementação deste papel do farmacêutico pode ser dificultada por determinados condicionalismos, designadamente, decorrentes do próprio meio (conflitos interprofissionais, pouca informação acerca do doente, remuneração insuficiente para a execução deste tipo de tarefas, restrições de tempo e falta de privacidade na farmácia) ou do próprio farmacêutico (falta de profissionalismo, desconforto durante a interacção com o doente e falta de habilidade suficiente para abordar assuntos de natureza delicada) (Scheerder et al., 2008).

Porém, no geral, os farmacêuticos já estão envolvidos, com sucesso, na assistência farmacêutica a pacientes com doenças físicas crónicas, como asma, diabetes ou hipertensão. O mesmo sucesso farmacêutico deveria ser conseguido no atendimento de pacientes depressivos, mas, apesar da relação de proximidade existente entre pacientes e farmacêutico, a realização destas funções, em todas as farmácias, ainda não é uma realidade (Scheerder et al., 2008).

Desta forma, os principais objectivos, nos próximos anos, para que o farmacêutico possa prestar um melhor acompanhamento ao paciente depressivo, deverão consistir numa melhoria na identificação de sintomas característicos da doença, na maneira como comunicam

## **Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa**

com o paciente e no acompanhamento que deve ser realizado, principalmente, nos primeiros três meses de consumo de antidepressivos. Para além disso, todas as farmácias, incluindo as situadas fora dos grandes centros, em zonas rurais mesmo, devem ter acesso a este tipo de conhecimento, para que a promoção de uma cada vez melhor saúde pública seja alcançada o mais rapidamente possível (Crockett et al., 2006).

Por outro lado, com os actuais avanços na neurociência e na pesquisa genética, o farmacêutico pode também ter um papel muito activo e decisivo na pesquisa de novas moléculas ou novos antidepressivos que possam combater, mais eficazmente, a depressão, através do seu trabalho de pesquisa laboratorial (Baldwin e Thompson, 2003).

## **Capítulo IV- Saúde mental e consumo de antidepressivos**

A saúde mental é definida pela OMS como "um estado de bem-estar no qual o indivíduo tem noção das suas capacidades, consegue lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera, sendo capaz de fazer uma contribuição para sua comunidade". Assim, uma saúde mental equilibrada é muito importante no dia-a-dia da população, uma vez que permite o seu desenvolvimento a nível emocional, psicológico, intelectual e social, factores essenciais de contribuição para que o seu País cresça economicamente e se desenvolva (Policy Brief, 2008).

Segundo a OMS, os problemas de saúde mental e comportamental são bastante comuns em todo o mundo, estando presentes em qualquer idade, grupo social e em ambos os géneros. Contudo, pessoas de baixas condições sócio-económicas têm maior tendência para padecer de problemas de saúde mental do que pessoas de altas condições sócio-económicas (Jané-Llopis. e Anderson, 2005).

A depressão é a principal causa de incapacidade nos países desenvolvidos, com a demência e o abuso de álcool, estando também classificadas entre as 10 principais. A prevalência de problemas mentais é quase a mesma entre homens e mulheres, embora a depressão seja mais comum entre as mulheres, e o abuso de determinadas substâncias entre os homens (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2008).

A falta de boa saúde mental é uma ameaça para a saúde pública, para a economia da Europa e para a qualidade de vida da população. No ano de 2002 pôde-se constatar que as condições neuropsiquiátricas representavam um quarto de todas as mortes prematuras na Europa, sendo a depressão a segunda principal causa de incapacidade, atrás da doença isquémica do coração (Jané-Llopis e Anderson, 2005).

## Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa



**Figura 3 - Proporção (%) da carga de doença na União Europeia em Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI), por causa (adaptado de Jané-Llopis e Anderson, 2005)**

Em Portugal, apesar de os dados existentes serem escassos, estes sugerem que a prevalência dos problemas de saúde mental não se afastará muito da encontrada em países europeus com características semelhantes, ainda que os grupos mais vulneráveis (mulheres, pobres e idosos) pareçam apresentar um risco mais elevado do que no resto da Europa (Ministério da Saúde, 2008).

Deste modo, a medicação, juntamente com outras terapias, é um importante instrumento de resposta aos problemas e distúrbios ao nível da saúde mental.

Assim, as estatísticas do consumo de medicamentos fornecem uma base para a avaliação da racionalidade e dos aspectos económicos relacionados com o uso destes no sistema de saúde. Para uniformizar as informações sobre o consumo de medicamentos e poder realizar, posteriormente, uma comparação do consumo destes, nos diferentes países, ao longo dos anos, utilizam-se determinados dados (Serrano e Lobo, 2004). Estes dados são expressos em termos de DDD, número total de miligramas vendidas pela dose padrão usada num dia de tratamento, por 1000 habitantes, ou em UP por 1000 habitantes.

## **Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa**

A DDD é definida como a dose média diária de manutenção, usada, habitualmente, por um indivíduo adulto, para a principal indicação terapêutica do medicamento em questão. Esta é a unidade utilizada pelo Conselho Nórdico sobre Medicamentos, pioneiro nos estudos de utilização de medicamentos, e é a unidade recomendada pelo Grupo de Estudos de Utilização de Medicamentos da OMS (OECD, 2009).

Segundo a IMS Health, a UP é determinada através do número de unidades vendidas, dividido pelo factor da unidade padrão, que é a menor dose comum de uma determinada forma farmacêutica. Por exemplo, para formas sólidas orais o factor de unidade padrão é de um comprimido ou cápsula, enquanto para as formas de xarope o factor de unidade padrão é uma colher de chá (5 ml) e para as formas injectáveis é uma ampola ou frasco (Rose, 2007).

## **Capítulo V- Evolução do consumo de antidepressivos**

O consumo de antidepressivos em Portugal tem vindo a aumentar exponencialmente nos últimos anos. Futuramente, prevê-se que, se se mantiverem as tendências da transição demográfica e epidemiológica, a carga da depressão representará, em 2020, 5,7% da carga total de doenças, tornando-se a segunda maior causa de AVAI perdidos. Uma das principais metas estabelecidas no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 foi considerar a saúde mental como principal prioridade, tendo como um dos seus objectivos a redução do consumo de antidepressivos em 20% no ano de 2010 (Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento, 2002).

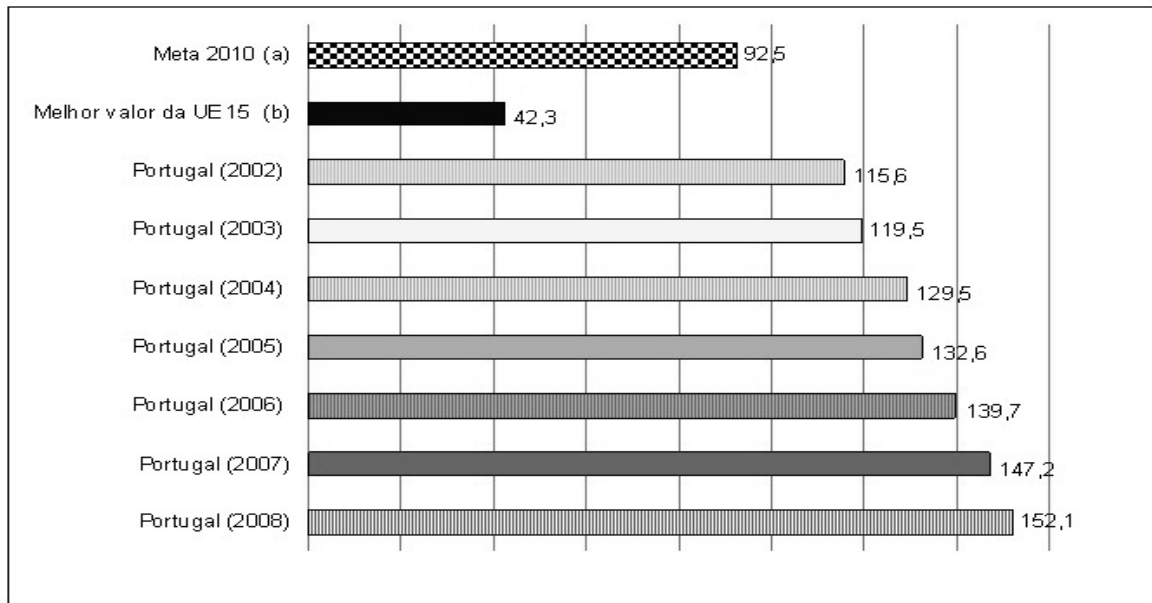
Assim sendo, este trabalho tem como principal objectivo caracterizar e comparar a evolução temporal do consumo de antidepressivos a nível Nacional, bem como a nível Europeu. Para tal, utilizaram-se os dados fornecidos pelo INFARMED, bem como os fornecidos pela OCDE e OMS, relativos ao consumo de antidepressivos no mercado em ambulatório, através da DDD / 1000 habitantes/ dia e da UP/1000 habitantes.

### **5.1 - Resultados a nível Nacional**

Apesar de os estudos, relativamente ao consumo de antidepressivos em Portugal, serem escassos, entre 2002 e 2008, os últimos indicadores revelam que o consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos no mercado SNS em ambulatório aumentou 31,6%, conforme se pode verificar através da Figura 4.

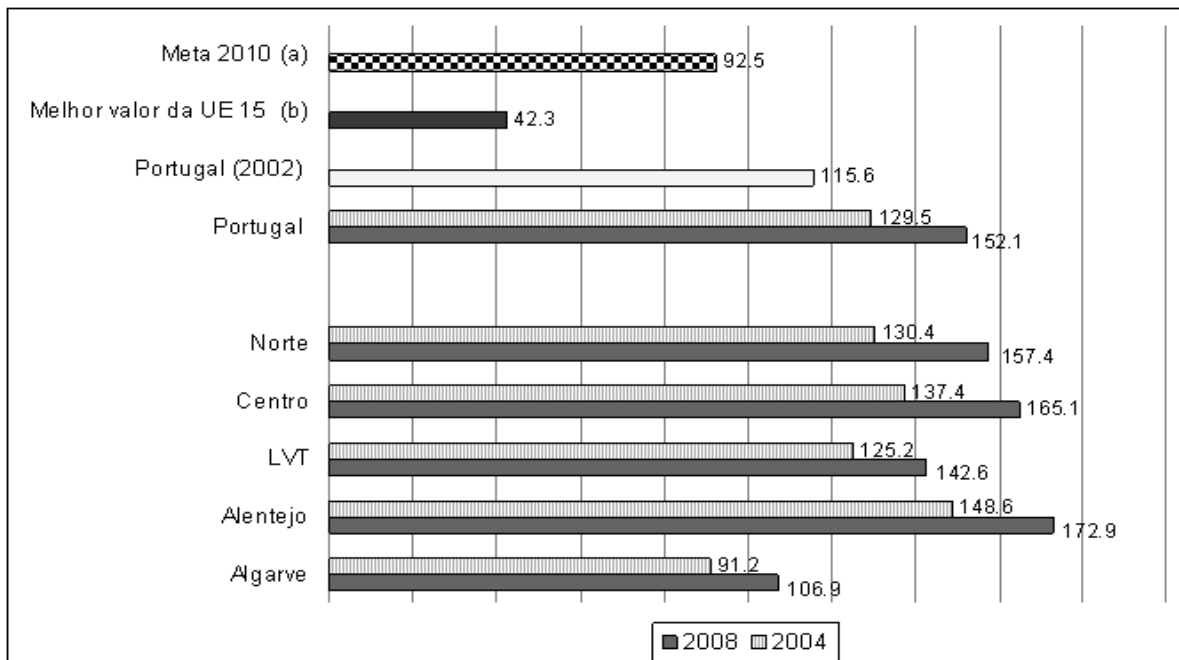
Por outro lado, segundo os mesmos dados publicados pelo INFARMED, em todas as regiões de Portugal Continental houve um aumento do consumo de antidepressivos, no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, em ambulatório.

### Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa



**Figura 4 -Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório em Portugal (DDD/1000 habitantes/dia) (adaptado de Indicador e metas do PNS)**

Conforme se pode constatar na Figura 5, na Região Norte e Centro registaram-se os aumentos relativos mais acentuados (20,7% e 20,1%, respectivamente) e na zona de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) os mais ténues (13,9%). A região do Alentejo continua a ser aquela onde existe maior consumo a nível de antidepressivos.



**Figura 5-Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório por região em Portugal (Dose Diária Definida/1000 habitantes/dia) (adaptado do Indicador e metas do PNS)**



## 5.2 - Consumo ao nível Europeu

A OMS adoptou uma determinada unidade como medida de consumo dos produtos farmacêuticos, designada de dose diária definida ou DDD. Todavia, a compilação e publicação dos dados através da DDD para aferir da evolução do consumo de psicofármacos em toda a Europa, na década de 90, encontrava-se numa fase inicial. Outros dados estavam, como estão, ainda, disponíveis a partir de organizações comerciais que monitorizam a indústria farmacêutica, nomeadamente a partir da organização principal, a IMS Health. A medida utilizada pela IMS Health para avaliar as tendências de evolução é a unidade de dosagem padrão ou UP, que não é directamente convertível em DDD. Porém, a partir do UP é possível ter uma ideia da evolução do consumo de antidepressivos ao longo dos últimos anos (Rose, 2007). De uma maneira geral, se avaliarmos os dados da década de 1990 sobre a prescrição de medicamentos psiquiátricos, para além dos psicoestimulantes, os antidepressivos foram o grupo, dentro dos psicofármacos, cujo consumo aumentou mais rapidamente, tendo aumentado, praticamente, para o dobro, entre os anos de 1990 e 2000.

Tabela 4- Consumo de psicofármacos de 1990 a 2000 em UP por 1000 habitantes (adaptado de Rose, 2007)

	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Tranquilizantes	20,599	20,758	20,393	21,484	21,630	22,282
Antidepressivos	9,321	10,569	11,683	14,358	16,201	17,686
Sedativos e Hipnóticos	14,468	15,003	15,014	15,852	16,037	15,425
Antipsicóticos	6,817	7,505	7,481	7,925	8,008	8,266
Psicoestimulantes	33	41	50	100	172	310
<b>Total</b>	<b>51,238</b>	<b>53,876</b>	<b>54,621</b>	<b>59,720</b>	<b>62,048</b>	<b>63,969</b>

Esse aumento deveu-se, em boa parte, ao aparecimento dos antidepressivos SSRIs, cuja prescrição aumentou substancialmente entre os anos de 1990 e 2000.

## Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa

**Tabela 5 - Consumo de antidepressivos SSRI e Não SSRI em UP por 1000 habitantes (adaptado de Rose, 2007)**

	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Antidepressivos IMAO e ATCs	8,831	9,588	9,950	11,218	11,467	10,634
Antidepressivos SSRI	531	1,013	1,752	3,147	4,741	7,070
<b>Antidepressivos -Total</b>	<b>9,321</b>	<b>10,569</b>	<b>11,683</b>	<b>14,358</b>	<b>16,201</b>	<b>17,686</b>

Entre 1992 e 2002, conforme se pode constatar na tabela 6, a França e a Bélgica, até 2002, foram os países com maior consumo de antidepressivos em toda a Europa, enquanto que a Itália, Grécia e Holanda se apresentam como os de menor consumo.

**Tabela 6 - Consumo de antidepressivos em UP por 1000 habitantes (adaptado de Rose, 2007)**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Áustria	8,179	9,037	9,425	10,160	11,334	12,568	14,863	16,584	17,460	18,639
Alemanha	10,708	12,401	15,064	17,266	17,544	19,205	18,739	17,932	17,523	17,438
Bélgica	14,277	15,106	16,495	17,860	19,221	20,931	22,683	24,199	25,178	26,691
Dinamarca*										
Espanha**	6,922	7,737	8,775	9,922	11,036	12,267	13,909	15,379	16,902	18,673
Finlândia	10,544	11,820	13,092	14,255	14,825	15,672	17,084	18,295	19,471	20,759
França	20,098	20,375	20,659	20,306	21,144	22,121	22,680	23,856	25,954	26,893
Grécia ***	5,206	5,086	5,014	5,781	5,922	6,638	7,671	8,433	9,751	11,656
Holanda								3,901	15,983	16,754
Irlanda***	9,729	10,672	11,599	12,590	13,442	14,255	15,570	17,938	19,625	20,906
Itália	6,727	6,718	6,875	7,058	7,200	7,249	7,838	8,733	10,589	11,155
Luxemburgo***	8,921	9,307	10,420	11,932	12,876	14,917	16,113	16,220	16,817	17,786
Portugal***	10,254	11,743	12,825	14,119	15,120	16,140	17,186	10,018	20,903	22,659
Reino Unido	12,705	13,444	15,446	17,242	18,915	20,247	21,415	22,234	24,167	25,623
Suécia*										

\*- Sem dados disponíveis

\*\*- Sem dados hospitalares disponíveis em Espanha até 1999 e sem dados disponíveis na Holanda até 2000

\*\*\*- Apenas disponíveis dados de painel de retalho

## Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa

Apesar do aumento generalizado do consumo de antidepressivos em todos os países, deve-se sublinhar que onde se verificou um crescimento mais acentuado foi em Portugal, Espanha e Reino Unido.

Em termos de antidepressivos SSRIs, conforme se pode verificar na tabela 7, todos os países tiveram um aumento exponencial no consumo destes medicamentos.

**Tabela 7- Consumo de antidepressivos SSRI em UP por 1000 habitantes (adaptado de Rose, 2007)**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Áustria	1,107	1,716	2,445	3,152	4,206	5,195	6,294	7,201	7,935	8,774
Alemanha	199	271	350	454	672	916	1,147	1,439	1,840	2,351
Bélgica	2,459	3,766	5,014	6,212	7,177	7,679	8,738	9,747	10,468	11,473
Dinamarca*										
Espanha**	1,423	2,209	3,115	3,933	4,918	5,912	7,253	8,492	9,615	10,923
Finlândia	1,764	2,704	4,136	5,272	5,890	6,545	7,500	8,432	9,317	10,207
França	3,048	3,655	4,579	5,455	6,489	7,669	8,472	9,148	10,425	11,024
Grécia ***	306	526	785	1,198	1,394	1,870	2,576	3,370	4,491	5,717
Holanda								1,874	7,818	8,339
Irlanda***	765	1,352	1,964	2,628	3,364	4,174	5,283	6,807	7,704	8,450
Itália	861	890	1,147	1,295	1,487	1,645	2,434	3,381	5,013	5,792
Luxemburgo***	1,022	1,836	2,768	3,925	4,587	5,431	6,800	7,144	7,589	8,397
Portugal***	901	1,923	2,669	3,279	3,890	4,653	6,028	7,507	8,918	10,384
Reino Unido	1,502	2,110	3,016	4,137	5,199	6,007	6,972	8,054	9,322	10,169
Suécia*										

\*- Sem dados disponíveis

\*\* - Sem dados hospitalares disponíveis da Espanha até 1999 e sem dados disponíveis da Holanda até 2000

\*\*\* - Apenas disponíveis dados de painel de retalho

De relevar que, na Europa, o país em que se verificou o crescimento mais acentuado foi Portugal, sendo a Alemanha o país de crescimento mais ténue.

## Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa

Em relação aos antidepressivos convencionais (ATCs e IMAOs) pode-se verificar que apesar de haver um ligeiro aumento do seu consumo, este tem vindo a estabilizar nos últimos anos.

**Tabela 8 – Consumo de antidepressivos convencionais em UP por 1000 habitantes (adaptado de Rose, 2007)**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Áustria	7,701	7,322	6,981	7,008	7,128	7,373	8,568	9,383	9,525	9,865
Alemanha	10,509	12,131	14,714	16,811	16,872	18,289	17,592	16,493	15,528	15,869
Bélgica	11,818	11,339	11,481	11,648	12,044	13,252	13,945	14,452	14,711	15,218
Dinamarca*										
Espanha**	5,499	5,528	5,660	5,990	6,118	6,355	6,656	6,887	7,288	7,750
Finlândia	8,780	9,116	8,957	8,983	8,935	9,127	9,584	9,864	10,154	10,552
França	17,050	16,720	16,080	14,852	14,655	14,452	14,208	14,708	15,528	15,869
Grécia ***	4,900	4,560	4,229	4,583	4,529	4,768	5,095	5,063	5,260	5,939
Holanda								2,027	8,165	8,415
Irlanda***	8,964	9,320	9,636	9,962	10,077	10,081	10,287	11,131	11,920	12,456
Itália	5,866	5,827	5,728	5,763	5,713	5,603	5,403	5,392	5,576	5,363
Luxemburgo***	7,899	7,471	7,652	8,007	8,288	9,486	9,313	9,076	9,228	9,389
Portugal***	9,353	9,820	10,156	10,840	11,231	11,486	11,158	11,511	11,986	12,274
Reino Unido	11,203	11,334	12,430	13,106	13,716	14,240	14,443	14,180	14,846	15,454
Suécia*										

\*- Sem dados disponíveis

\*\*- Sem dados hospitalares disponíveis da Espanha até 1999 e sem dados disponíveis da Holanda até 2000

\*\*\*- Apenas disponíveis dados de painel de retalho

Desde 2002 que o consumo de antidepressivos, a nível Europeu, tem continuado a aumentar, de forma generalizada. Como se pode constatar pela Figura 6, a Islândia é o país que possui maior consumo de antidepressivos, enquanto a Eslováquia e a Hungria são os de menor consumo. Através do mesmo gráfico, é possível constatar que os países nórdicos e da península ibérica manifestam as maiores subidas no consumo de antidepressivos, enquanto em países como a Hungria, França, Luxemburgo e Holanda, o aumento do consumo foi mais reduzido que o do resto da Europa.

## Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa

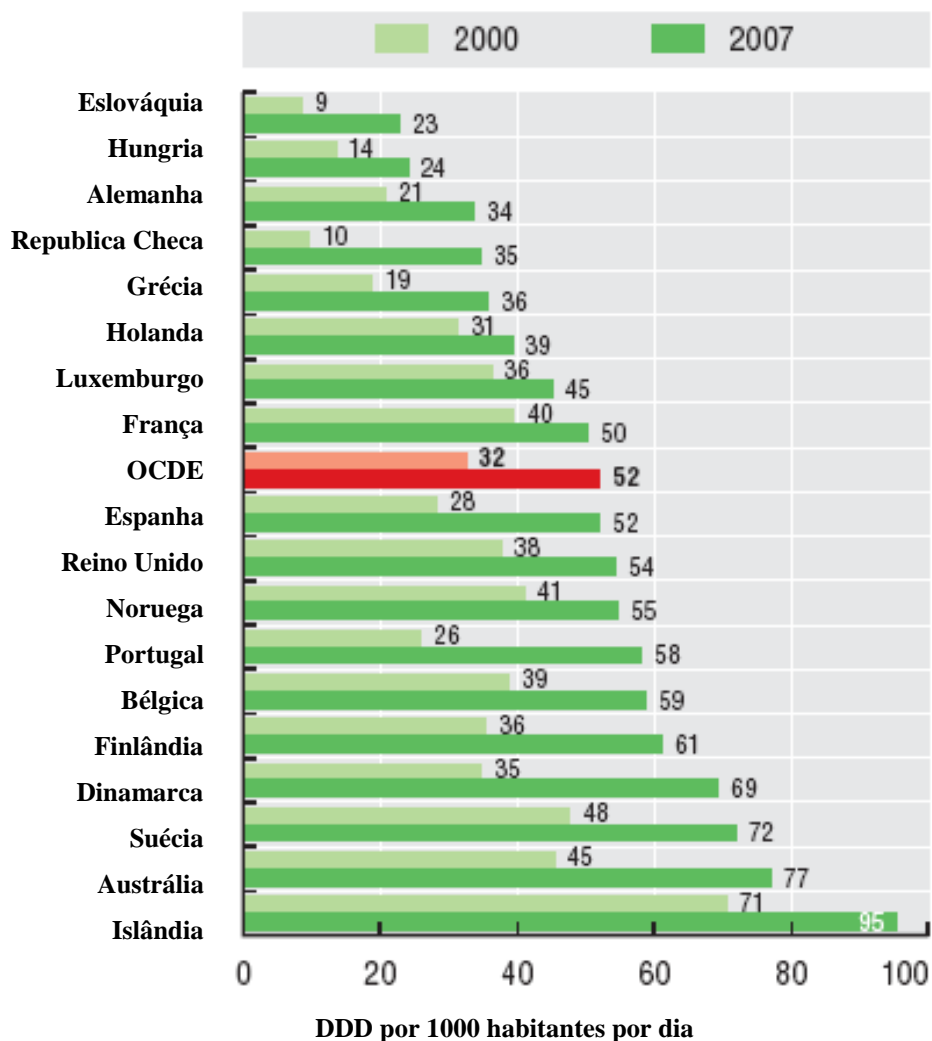


Figura 6 - Consumo de antidepressivos em DDD por 1000 habitantes por dia (adaptado de OECD, 2009)

No último inquérito (Eurobarómetro) sobre saúde mental efectuado, em 2010, nos 27 países da UE (que inquiriu 26.800 pessoas, 1.032 das quais portuguesas), um em cada sete dos cidadãos portugueses entrevistados admitiu que usou antidepressivos nos últimos 12 meses, mais do dobro da média europeia. Os medicamentos foram utilizados, sobretudo, para tratamento de depressões e de problemas de ansiedade (Special Eurobarometer 345, 2010).

No Eurobarómetro, a seguir a Portugal, no uso de antidepressivos, surgem a Lituânia (11%), Malta e França (ambos com 10%). Os menores consumidores deste tipo de medicamentos são os alemães e os gregos.

## Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa

Este novo indicador parece confirmar os resultados do primeiro inquérito epidemiológico efectuado a nível nacional, que surpreendeu os próprios investigadores: Portugal é o país da Europa com a maior prevalência de doenças mentais na população – 23% sofreu de uma doença psiquiátrica no último ano e quase metade (43%) já teve uma destas perturbações durante a vida (Special Eurobarometer 345, 2010).

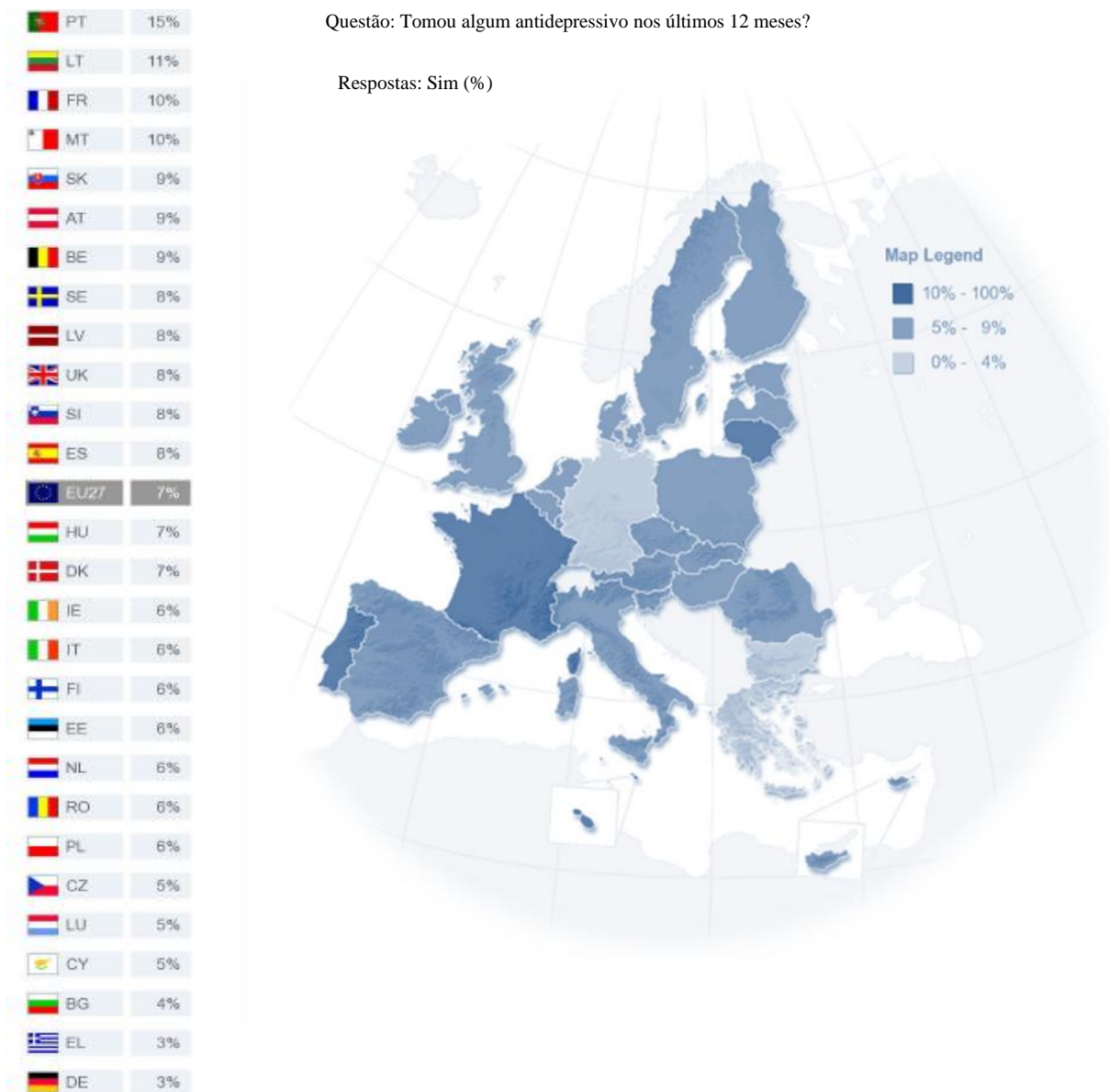
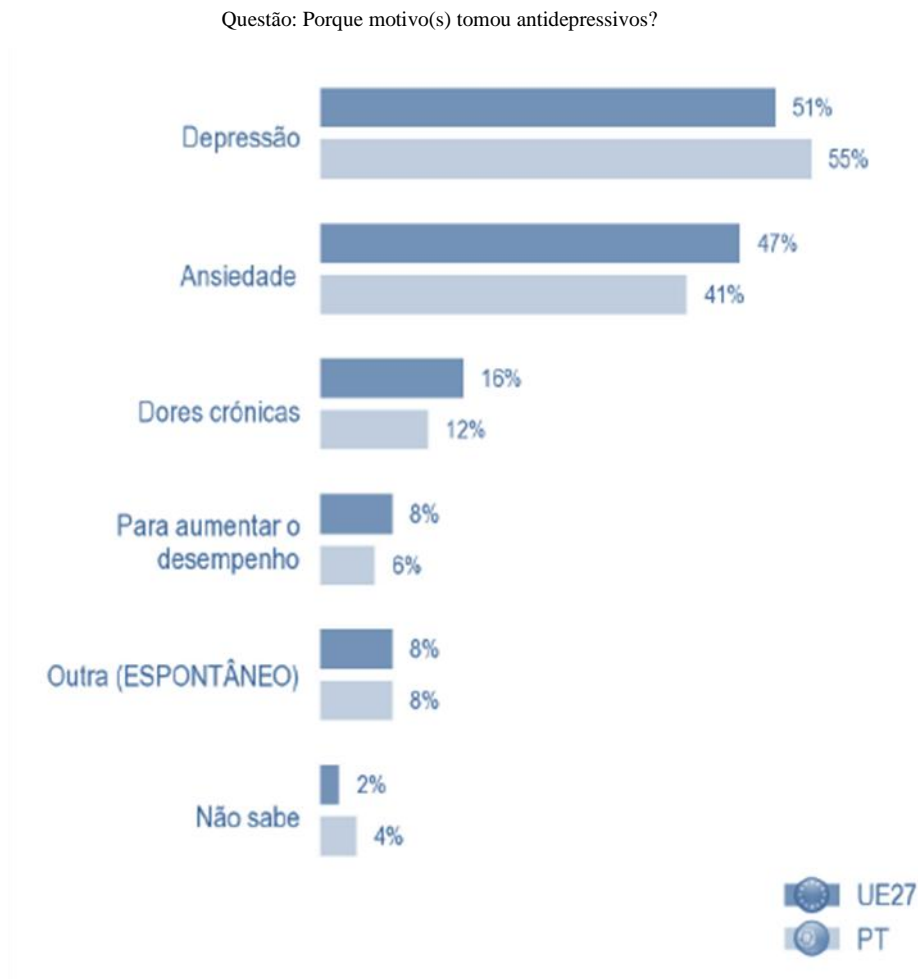


Figura 7 - Consumo de antidepressivos nos últimos 12 meses na União Europeia (adaptado de Special Eurobarometer 345, 2010)

## Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa

Dos 15% dos inquiridos portugueses que tomaram um antidepressivo nos últimos 12 meses, as principais razões invocadas para o terem feito foram a depressão (55%) e a ansiedade (41%), sendo que estes valores percentuais se encontram dentro da média da Europa.



**Figura 8 - Razões para o consumo de antidepressivos em Portugal e na União Europeia (adaptado de Special Eurobarometer 345, 2010)**

## **Capítulo VI - Discussão**

Embora os padrões de prescrição de antidepressivos variem, consideravelmente, na Europa, tem havido um aumento constante da sua prescrição em quase todos os países, sendo que a justificação para esse aumento tem vindo, actualmente, a ser objecto de intensa discussão.

A explicação aparentemente mais simples para o aumento notável na prescrição de antidepressivos durante estes anos, será a de que a depressão se tem vindo a tornar uma doença mais comum do que anteriormente se pensava. Como já referido, segundo o relatório de 2001 da OMS, a depressão afecta aproximadamente, 340 milhões de pessoas em todo o mundo, facto justificado por factores sociais, designadamente, população envelhecida, pobreza, desemprego, e outros factores semelhantes que provoquem ansiedade, prevendo que (World Health Organization, 2001):

“Até 2020, se persistirem as tendências da transição demográfica e epidemiológica, a carga da depressão subirá a 5,7% da carga total de doenças, tornando-se a segunda maior causa de AVAI perdidos. Em todo o mundo, só a doença isquémica cardíaca a suplantará em AVAI perdidos, em ambos os géneros. Nas regiões desenvolvidas, a depressão é que terá, então, mais peso na carga de doenças.”

(Organização Mundial da Saúde 2001: 66)

Assim, segundo alguns cientistas, a crise económica mundial e as medidas de austeridade que vêm sendo impostas pelos governos, podem ter, também, um papel relevante no aumento de casos de depressão e, conseqüentemente, do consumo excessivo de medicamentos antidepressivos.

Porém, a maioria dos cientistas que tem estudado o aumento dos casos depressivos e seu tratamento, consideram que, apesar de haver convincentes evidências epidemiológicas de que factores como condições precárias de habitação e de trabalho, pobreza, desemprego e de



stress, estão associadas ao aumento da depressão, estes, por si só, não parecem suficientes para explicar o aumento súbito no consumo de antidepressivos (Rose, 2007).

Outra explicação para o aumento desse consumo terá a ver com o facto de, actualmente, existirem novos medicamentos mais potentes e eficazes do que anteriormente. Efectivamente, com o surgimento dos antidepressivos SSRI, verificou-se um aumento exponencial na prescrição desta classe de antidepressivos, o que determinou que o consumo destes medicamentos tivesse, igualmente, aumentado (Bauer et al., 2008).

Todavia, existem outros estudos que concluem que o aumento do consumo de antidepressivos se deve, em grande parte, ao facto de haver mais pacientes a tomar medicação a longo prazo, sendo este o grupo que consome mais antidepressivos (Moore et al., 2009).

Por outro lado, tem sido apontada como possível causa para o consumo excessivo dos antidepressivos uma prescrição pouco moderada destes, por parte dos próprios médicos, uma vez que grande parte dessas prescrições são feitas por clínicos gerais ou médicos de família que, constatando que o paciente atravessa um período de tristeza, como, aliás, sucede durante a vida de qualquer ser humano, receitam, desde logo, e apenas por esse facto, antidepressivos como tratamento. Contudo, existem outros profissionais de saúde que atribuem este aumento à utilização de antidepressivos noutras situações que não do foro exclusivo da depressão, nomeadamente, em casos de bulimia nervosa, de fibromialgia, de stress pós-traumático e de fobia social (Diário de Notícias, 2009).

## **Capítulo VII - Perspectivas Futuras**

Os recursos dedicados à promoção de boa saúde mental e à prevenção dos episódios depressivos e restantes doenças mentais são bastante limitados. Para resolver este problema, associado ao aumento do consumo de antidepressivos, impõe-se ser realizado um esforço por parte de todos os países da Europa, com vista ao estabelecimento de um plano de acção sobre a promoção da saúde mental e prevenção das suas doenças, aliado ao tratamento e reabilitação destas.

### **7.1 - Portugal**

Em Portugal, no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a promoção da saúde mental e a redução do consumo de antidepressivos têm sido consideradas as principais prioridades. A falta de planeamento e de apoio consistente à melhoria dos serviços de saúde mental levaram a que Portugal se tivesse atrasado, significativamente, neste campo, relativamente a outros países europeus. Os dados existentes, e a análise dos resultados dos estudos efectuados no âmbito do novo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, indiciam que os serviços de saúde mental sofrem de insuficiências graves, no que respeita à acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados prestados. Por isso, o nível modesto de recursos disponíveis para a saúde mental em Portugal é, certamente, um dos factores que tem dificultado em maior medida o desenvolvimento e a melhoria dos serviços neste sector (Ministério da Saúde, 2008).

Ademais, de uma forma geral, existem quatro graves problemas que carecem de resolução, em Portugal, para obtenção de uma melhor saúde mental (Mental Health Briefing Sheets, 2008):

- A reduzida participação dos pacientes e respectivos familiares;
- A escassa produção científica no sector de psiquiatria;
- A limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis;
- A quase total ausência de programas de promoção/prevenção.

## **Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa**

Com efeito, segundo o novo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, Portugal deve (Ministério da Saúde, 2008):

- Assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental, incluindo as que pertencem a grupos vulneráveis;
- Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
- Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;
- Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos dos cidadãos;
- Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, do modo a facilitar o acesso e a diminuir a concentração de serviços.

Apenas mediante o cumprimento dos objectivos deste novo Plano Nacional de Saúde Mental é que Portugal poderá conseguir uma melhor promoção da saúde mental e melhores meios de identificação e reabilitação da depressão, o que determinará uma diminuição no consumo excessivo de antidepressivos. Em complemento da monitorização e avaliação interna, prevê-se uma avaliação externa das novas reformas executadas no País, com a colaboração de OMS, entre 2007 e 2012 (Ministério da Saúde, 2008).

### **7.2 - Europa**

Nos últimos anos, os países europeus têm enfrentado dificuldades diversas no âmbito do trabalho destinado a promover o bem-estar mental das suas populações, designadamente, no que concerne à prevenção de problemas de saúde mental em grupos marginalizados e mais vulneráveis, bem como no tratamento, acompanhamento e recuperação de pessoas com problemas de saúde mental. Uma das principais fontes de redução de produtividade em toda a Europa, reside numa saúde mental sem qualidade da população, o que acarreta elevados custos económicos, sendo, por isso, necessário agir, e não apenas individualmente, mas em

## **Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa**

sociedade, como um todo, especialmente quando uma grande maioria da população continua a ser preconceituosa relativamente a pessoas com problemas de saúde mental, o que, naturalmente, constitui um obstáculo ao progresso da promoção de uma boa saúde mental.

Devido a estes problemas, que vêm afectando toda a Europa, foi elaborado um Plano de Acção na Saúde Mental da Europa, tendo por objectivo principal, ao longo dos próximos 5 a 10 anos, promover o desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e de legislação que fomentem actividades de saúde mental capazes de melhorar o bem-estar de toda a população e de prevenir doenças mentais. As prioridades para a próxima década incidem, essencialmente, sobre (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2005):

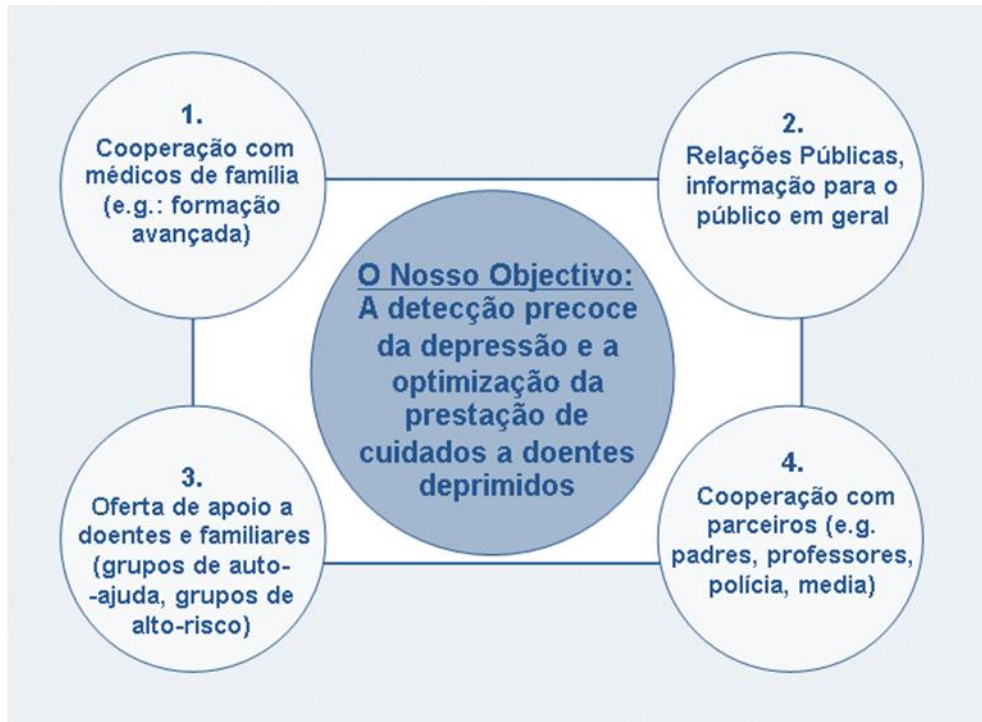
- Consciencializar a população acerca da importância de uma boa saúde mental;
- Incentivar e ajudar as pessoas com doenças mentais e as suas famílias, de modo a que estejam inteiramente dedicadas ao processo de reabilitação;
- Projectar e implementar sistemas de saúde mental eficientes que incluam planos de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, assistência e recuperação;
- Abordar a necessidade de uma força de trabalho competente em todas estas áreas;
- Reconhecer a experiência e o conhecimento dos profissionais da saúde, tornando-os peças importantes para o planeamento e desenvolvimento de uma boa saúde mental.

Para além destas prioridades, os principais objectivos em termos de abordagem da doença depressiva, deverão consistir numa tentativa de diminuição do consumo de antidepressivos e de casos de suicídio que possam estar relacionados com a doença e numa melhor e mais célere identificação da patologia depressiva.

Em 2008 foi criada a Aliança Europeia Contra a Depressão (AECD), organização sem fins lucrativos, constituída por um conjunto de especialistas, que tem como principal objectivo a promoção da saúde pública e a educação, neste campo, da sociedade, com vista a

optimizar os cuidados prestados a pacientes depressivos, bem como prevenir casos de suicídio na Europa.

O projecto de AECD tem, pois, por objectivo abordar os problemas de diagnóstico e as lacunas no tratamento da depressão, estabelecendo "programas de intervenção a 4 níveis para a depressão" em diversas regiões Europeias (European Alliance Against Depression, 2008).



**Figura 9 - A abordagem a 4 níveis da AECD (adaptado de European Alliance Against Depression, 2008)**

Espera-se que a combinação destas abordagens com os sistemas de saúde dos diversos países, no âmbito de uma iniciativa abrangente ao nível europeu, permita determinar uma forma eficiente e económica de combate à depressão.

Pelo exposto, de uma maneira geral, para que ocorra uma optimização no tratamento da depressão, afigura-se ser fundamental um diagnóstico objectivo e correcto, bem como um tratamento adequado. O tratamento apropriado para a depressão deve implicar o uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais, de forma clinicamente significativa e integrada, sendo que deve haver intervenções a nível da sociedade nas áreas da prevenção, tratamento e reabilitação, para melhor compreensão da doença.

## **Capítulo VIII - Conclusão**

No presente estudo, demonstrado ficou que, ao longo dos últimos anos, o consumo de antidepressivos, no continente Europeu, tem subido exponencialmente, sendo Portugal um dos países onde esse crescimento foi mais acentuado.

Apesar de haver várias teorias acerca deste assunto, a principal explicação para este aumento nas últimas décadas reside no facto de a depressão se apresentar como uma doença mais comum do que inicialmente previsto. Por outro lado, o aumento da prescrição de antidepressivos pode dever-se ao aparecimento de novas classes de antidepressivos, nomeadamente os SSRI que, embora não sejam considerados mais eficazes que os antidepressivos convencionais, podem ser administrados apenas uma vez ao dia, têm menos efeitos secundários e menor toxicidade provocada por overdose do que aqueles (Tricíclicos e MAOs). Todavia, não existe, ainda, uma teoria única, consensual, acerca deste aumento.

Assim, para um melhor entendimento da depressão e do fenómeno do aumento do consumo de antidepressivos, a investigação deverá centrar-se, essencialmente, na promoção da saúde pública, na melhor identificação da doença e sua monitorização, bem como numa melhor racionalização do consumo dos antidepressivos. Só assim se poderá conseguir diminuir o enorme prejuízo que esta doença mental provoca em quem dela padece e na sociedade.

## Capítulo IX - Referências Bibliográficas

Baldwin, D. e C, Thompson. (2003). "*The future of antidepressant pharmacotherapy*". World Psychiatry 2(1): 3-8.

Bauer, M. et al. (2008). "*Prescribing patterns of antidepressants in Europe: results from the Factors Influencing Depression Endpoints Research (FINDER) study*". Euro Psychiatry 23(1): 66-73

Bostwick, J.M. (2010). "*A Generalist's Guide to Treating Patients with Depression with an emphasis on using side effects to tailor antidepressant therapy*". 85(6): 538-550

Ciechanowski, P. e Katon, W. (2010). "*Initial Treatment of depression in adults.*" UpToDate

Consumer Reports Health Best Buy Drugs. (2010). disponível em: <http://www.consumerreports.org/health/best-buy-drugs/antidepressants.htm> [Consultado em 27 de Agosto de 2010]

Crockett, J. et al. (2006). "*Patient outcomes following an intervention involving community pharmacists in the management of depression*". Aust J Rural Health 14(6): 263-269.

Diário de Notícias (2009) disponível em: [http://dn.sapo.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=1393970](http://dn.sapo.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1393970) [Consultado em 18 de Agosto de 2010)

European Alliance Against Depression disponível em: <http://www.eaad.net/> [Consultado em 15 de Outubro de 2010]

Fancher, T. L. and R. L. Kravitz (2010). "*In the clinic. Depression*". Ann Intern Med 152(9): ITC51-15; quiz ITC55-16.

## Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa

Gelder, M., Mayou, R., Cowen, P. (2006). "*Tratado de psiquiatria*". Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.

Guimarães, S., Moura, D. e Soares da Silva, P. (2006). "*Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas*". Porto Editora.

Hirsch, M. e Birnbaum, R.J. (2010) "*Antidepressant medication in adults: SSRIs and SNRIs*". UpToDate

Indicadores e metas do PNS (2010) disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pdf/acessibilidade-ao-medicamento/> [Consultado em 17 de Julho de 2010].

Jané-Llopis, E. e Anderson, P. (2005). "*Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe*". Nijmegen: Radboud University Nijmegen

Joseph Bryer (2006) disponível em: [http://josephbryer.com/mechanism\\_of\\_action\\_of\\_antidepressive.htm](http://josephbryer.com/mechanism_of_action_of_antidepressive.htm) [Consultado em 2 de Outubro de 2010]

Kahn, T.M. (2009). "*Quality use of antidepressants: how pharmacists can play their part*". International Journal of Medicine and Medical Sciences 20

Krishnan, R. (2010) "*Prognosis of Depression*". UpToDate.

Lee, S. et al. (2010). "*Depression research: where are we now?*". Mol Brain 3: 8

Mental Health Briefing Sheets. (2008) disponível em: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/portugal.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/portugal.pdf)

Ministério da Saúde. (2008). "*Plano Nacional de Saúde Mental 2007/2011- Resumo Executivo*". 1: 2-10



## Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa

Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento. (2002). "*Evolução do Consumo de Antidepressivos em Portugal Continental de 1995 a 2001: Impacto das medidas reguladoras*". Observatorio do Medicamento e dos Produtos de Saúde.

Moore, M. et al. (2009). "*Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database*". BMJ 339: b3999.

Moreno, R. A. et al. (1999). "*Psicofarmacologia de antidepressivos*". Revista Brasileira de Psiquiatria 21: 24-40.

OECD.(2009). "*Health at Glance 2009- OECD indicators*". Paris

Paulin, L.F.R.S. et al. (2008). "*Síndrome de descontinuação dos antidepressivos*". Revista Brasileira de Medicina 65(10): 326-330.

Policy Brief. (2008). "*Mental Health in OECD countries*" disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/6/48/41686440.pdf> [Consultado em 20 de Agosto de 2010]

Portal de Saúde – Depressão (2006) disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm>

Rose,N. (2007). "*Psychopharmaceuticals in Europe*". In: Knapp,M. McDaid,D. Mossialos,E. Thornicroft,G. (2007). "*Mental Health Policy and Practice across Europe- The future direction of mental health care*". Open University Press European Observatory on Health Systems and Policies series, pp. 146-87

Serrano, C.L. e Lobo,A.O. (2004). "*El incremento en la prescripción de antidepressivos. Una panacea demasiado cara?*". Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria 90: 83-96

## Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa

Scheerder, G. et al. (2008). "*Pharmacists' role in depression care: a survey of attitudes, current practices, and barriers*". *Psychiatr Serv* 59(10): 1155-1160.

Serretti, A. et al. (2010). "*Antidepressants in healthy subjects: what are the psychotropic/psychological effects?*". *Eur Neuropsychopharmacol* 20(7): 433-453.

Special Eurobarometer 345. (2010). "*Mental Health*". Belgium. European Commission.

Souza, F. G. M. (1999). "*Tratamento da depressão*". *Revista Brasileira de Psiquiatria* 21: 18-23.

Teixeira, J.M. (2007). "*Consensos Psiquiátricos para Clínicos Gerais*". Lisboa. Vale e Vale Editora.

World Health Organization (2010) disponível em:  
[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html)  
[Consultado em 20 de Setembro de 2010]

World Health Organization (2001) "*The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*". Geneva. World Health Organization

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2005). "*Mental health action plan for Europe : facing the challenges, building solutions : First WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland 12-15 January 2005*". Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. Regional Office for Europe. and Health Evidence Network for Europe. (2005). "*What are the most effective diagnostic and therapeutic strategies for the management of depression in specialist care?*". Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.