



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CAMPUS DIADEMA



MAYARA FERNANDES GONÇALVES

Ansiedade e depressão na população jovem: Tratamentos, eventos  
adversos e atuação farmacêutica.

DIADEMA

2019

MAYARA FERNANDES GONÇALVES

Ansiedade e depressão na população jovem: Tratamentos, eventos  
adversos e atuação farmacêutica.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como exigência parcial para obtenção do  
título de Bacharel em Farmácia, ao Instituto  
de Ciência Ambientais, Químicas e  
Farmacêuticas da Universidade Federal de  
São Paulo – Campus Diadema.

Orientador: Profa. Dra. Helena Onishi Ferraz

DIADEMA

2019

GONÇALVES F., MAYARA

**Ansiedade e depressão na população jovem:** Tratamentos e seus eventos adversos

/ Mayara Fernandes Gonçalves

Diadema, 2019.

xx f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia)

Universidade Federal de São Paulo - Campus Diadema, 2019.

Orientador: Profa. Dra. Helena Onishi Ferraz

1. Ansiedade; depressão; população jovem; adolescência; ansiolíticos; antidepressivos; eventos adversos. I. Ansiedade e depressão na população jovem: Tratamentos, eventos adversos e atuação farmacêutica.

CDD.616.852

MAYARA FERNANDES GONÇALVES

Ansiedade e depressão na população jovem: Tratamentos, eventos  
adversos e atuação farmacêutica.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia, ao Instituto de Ciência Ambientais, Químicas e Farmacêuticas da Universidade Federal de São Paulo – Campus Diadema.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Helena Onishi Ferraz – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

---

Mestra Palloma Mendes Conceição – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

---

Prof. Dr. Fernando Luiz Affonso Fonseca – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

## **Agradecimentos**

Primeiramente agradeço a Deus por me acompanhar em todos os momentos e ter me capacitado para realização deste trabalho.

Agradeço a minha família por todo apoio em cada etapa da minha graduação. Tanto nos momentos bons como nos momentos ruins nunca me deixaram desistir.

Agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Helena Onishi Ferraz por toda paciência, ajuda e dedicação na concretização deste trabalho.

Agradeço todos familiares e amigos que direta ou indiretamente me ajudaram na realização deste trabalho.

**A diferença entre o impossível e o possível reside na determinação de um homem.**

Tommy Lasorda

## RESUMO

A adolescência é um período vulnerável à instalação de sintomas depressivos e de ansiedade, por ser uma fase de reorganização emocional. A ansiedade é caracterizada como uma emoção ou estado de humor negativo caracterizada por apreensão e preocupação antecipada quanto ao futuro que produz alterações em níveis distintos nos indivíduos. Enquanto que a depressão é um transtorno psiquiátrico que pode levar o indivíduo experimentar cinco ou mais sintomas depressivos em um período mínimo de duas semanas que impactam diretamente no seu funcionamento cotidiano de forma a causar prejuízos às suas relações interpessoais e de trabalho. Os pacientes com depressão são tratados com antidepressivos como inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS), os tricíclicos (ADT) e os inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN). De forma geral, os casos de ansiedade que necessitam de tratamento medicamentoso recebem a mesma abordagem podendo ter pequenas variações segundo os diferentes quadros clínicos apresentados. Tais classes medicamentosas, bem como outros tratamentos podem ocasionar eventos adversos, a depender das características do indivíduo. Desta forma o presente trabalho avaliou a ansiedade e depressão na população jovem, bem como o tratamento destas condições, possíveis eventos adversos que estes possam causar e a importância da atuação do profissional farmacêutico como agente de saúde.

**Palavras-chave:** Ansiedade; depressão; população jovem; adolescência; ansiolíticos; antidepressivos; eventos adversos.

## ABSTRACT

Adolescence is a period vulnerable to the onset of depressive symptoms and anxiety because it is a phase of emotional reorganization. Anxiety is characterized as an emotion or negative mood characterized by apprehension and anticipated concern about the future that produces changes at distinct levels in individuals. While depression is a psychiatric disorder that can lead the individual to experience five or more depressive symptoms in a minimum of two weeks that directly impact on their daily functioning in a way that causes damage to their interpersonal and working relationships. Patients with depression are treated with antidepressants as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), tricyclics (ADTs) and serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs). In general, the cases of anxiety that need medical treatment, receive the same approach, and may have small variations according to the different clinical pictures presented. Such drug classes as well as other treatments may cause adverse events, depending on the characteristics of the individual. In this way the present work intends to evaluate the anxiety and depression in the young population, as well as the treatment of these conditions, possible adverse events that these can cause and pharmaceutical actuation as health agent.

**Keywords: Anxiety; depression; teen population; adolescence; anxiolytics drugs; antidepressants drugs; adverse events.**



## INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Prevalência de ansiedade por região e gênero .....	16
Figura 2 - Prevalência de depressão por região e gênero .....	19

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação dos antidepressivos pela seletividade do receptor e sítio de ação.....	27
Quadro 2 – Antidepressivos da nova geração comparados com o placebo.....	29

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVO.....	13
3 METODOLOGIA .....	14
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	15
4.1 População jovem .....	15
4.2 Ansiedade .....	16
4.3 Ansiedade na população jovem .....	18
4.4 Depressão .....	18
4.5 Depressão na população jovem .....	20
4.6 Tratamentos da ansiedade e depressão .....	21
4.6.1 Tratamento da Ansiedade .....	21
4.6.2 Tratamento da Depressão .....	23
4.7 Eventos adversos nos tratamentos de ansiedade e depressão .....	25
4.7.1. Antidepressivos de nova geração comparados com o placebo .....	27
4.7.1.1 Paroxetina .....	28
4.7.1.2 Fluoxetina .....	28
4.7.1.3 Sertralina .....	29
4.7.1.4 Citalopram .....	29
4.7.1.5 Escitalopram .....	29
4.7.1.6 Venlafaxina.....	29
4.7.1.7 Mirtazapina.....	29
4.8 Tratamentos alternativos para depressão e ansiedade.....	30
4.9 A atuação farmacêutica a um portador de ansiedade e/ou depressão .....	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	34
6 BIBLIOGRAFIA.....	35

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase da vida do ser humano onde ocorrem várias transformações. O enfrentamento de eventos estressores pode gerar uma instabilidade emocional no indivíduo que pode se manifestar em qualquer fase do desenvolvimento humano (OLIVEIRA-MONTEIRO, 2012 APUD GROLLI; WAGNER; DALBOSCO, 2017, p.89).

Assim, a adolescência é um período vulnerável à instalação de sintomas depressivos e de ansiedade, por ser uma fase de reorganização emocional, além disso, a população com idade entre 20 e 29 anos mostrou-se mais propensa a apresentar os sintomas: ansiedade (66%), ficar em casa (52,6%) e falta de disposição (44,5%) (GARBER; WEERSING, 2010; DAVIM et al., 2012; THAPAR et al., 2012 APUD GROLLI; WAGNER; DALBOSCO, 2017, p.90).

A ansiedade é um sentimento caracterizado por apreensão e preocupação antecipada quanto ao futuro que produz alterações em níveis distintos em cada um dos indivíduos que são acometidos por este transtorno. Devido as grandes mudanças que estão ocorrendo na sociedade atualmente o indivíduo tem que se manter adaptado para lidar com as demandas cotidianas e por conta disso a isso o nível de ansiedade tem aumentado significativamente na população em geral (FILHO; SILVA, 2013, p1).

A depressão também pode afetar a população em geral devido as demandas cotidianas da sociedade atual. Para que um indivíduo seja diagnosticado com depressão deve apresentar cinco ou mais sintomas depressivos, sendo que um dos sintomas deverá ser perda de interesse ou humor deprimido, em um período mínimo de duas semanas, que impactará diretamente no seu funcionamento cotidiano causando prejuízos às suas relações interpessoais ou de trabalho (CASTILLO, 2000, p.22). Os principais sintomas depressivos são: humor deprimido (em casos de crianças e adolescentes pode ocorrer o humor irritável), diminuição do interesse ou prazer em realizar atividades cotidianas, perda ou ganho de peso, diminuição ou aumento de apetite, insônia ou hipersônia, agitação, fadiga, capacidade reduzida de concentração, ansiedade e ideação suicida (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM-IV), p.161).

De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão será a doença mais comum do mundo em 2030 e irá acometer mais de 450 milhões de pessoas.

De acordo com Luis Rojas, médico psiquiatra, as estatísticas mundiais mostram que atualmente 1 em cada 5 crianças apresenta problemas de saúde mental, e nos últimos quinze anos houve um aumento de 43% no diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), 37% na depressão adolescente e um crescimento de 200% na taxa de suicídio em crianças de 10 a 14 anos (MARCOS, 2019).

Tais números podem estar relacionados à nova forma de vida destas crianças e adolescentes em que os próprios pais estão digitalmente distraídos, indulgentes e permissivos deixando-os “governarem o mundo” e conseqüentemente estão sujeitos a sofrerem os efeitos de um sono inadequado, nutrição desequilibrada e sedentarismo. Há uma estimulação sem fim com o uso das tecnologias, além da gratificação instantânea e ausência de momentos chatos, cresce uma geração que não consegue lidar com as frustrações (MARCOS, 2019).

Diante desse cenário, este trabalho visa discutir sobre estas duas doenças, visto a importância de uma atenção maior para esta população jovem adulta, propensa a apresentar sintomas ansiosos e depressivos, uma vez que passam por mudanças cotidianas e enfrentam diversos fatores de estresse e de ansiedade. Este estudo ainda, procurou investigar os tratamentos destas condições e possíveis eventos adversos ocasionados por estes, as alternativas de tratamento estabelecidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a importância da atuação do profissional farmacêutico como agente de saúde.

## **2 OBJETIVO**

O objetivo principal do trabalho foi realizar uma revisão sobre ansiedade e depressão na população jovem, bem como o tratamento destas condições, possíveis eventos adversos que estes podem causar e a importância da atuação do profissional farmacêutico como agente de saúde.

### **3 METODOLOGIA**

Foi realizada uma revisão bibliográfica, tendo as bases de dados Lilacs, Pubmed e Google Acadêmico. Os critérios de inclusão foram: artigos em português, inglês e espanhol, com conteúdo relevante publicados no período de 2001 a 2019. Dentre os critérios de exclusão foram adotados trabalhos em diferentes idiomas, fora do período estipulado, ou que não tiveram relação com o tema. As seguintes palavras-chave foram utilizadas, em português e inglês: #ansiedade; #depressão; #populaçãojovem; #adolescência; #ansiolíticos; #antidepressivos; #eventosadversos; #farmacêutico.

## 4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 4.1 População jovem

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que a adolescência tem início aos 10 anos e segue até os 19 anos de idade e é um período marcado por várias mudanças físicas, cognitivas e psicossociais (BRASIL, 1990).

Não há uma definição absoluta de adolescência. Esta fase pode ser caracterizada como um período de transição entre a infância e a idade adulta em que ocorrem diversas transformações biológicas, psicológicas, sociais e familiares. Durante esta transição, o indivíduo se depara com incertezas e desafios por conta das mudanças que experimentam, podendo resultar em alterações psicoafetivas (JOHNSON; CROSNOE; ELDER, 2011 apud GROLLI; WAGNER; DALBOSCO, 2017, p.88).

Do ponto de vista biológico, o adolescente irá vivenciar muitas alterações em níveis hormonais por conta do processo de maturação sexual. Neurologicamente, ocorrerão mudanças nas estruturas neuronais envolvidas com as emoções, o julgamento e o autocontrole, levando-o a conduzir tais informações de forma diferente do adulto. No âmbito psicossocial, o adolescente passa por circunstâncias relacionadas à formação de sua identidade (GROLLI; WAGNER; DALBOSCO, 2017, p.89).

Desta forma, no início da adolescência, alterações no humor são comuns e tendem a normalizar. A instabilidade emocional, também pode manifestar-se em outras fases que demandam o enfrentamento de eventos estressantes. Entretanto, entender o comportamento do adolescente como instável e exagerado pode dificultar o possível diagnóstico de transtorno mental e impedir o tratamento. (OLIVEIRA-MONTEIRO et al., 2012).

Os indivíduos estão propensos a experimentar emoções desagradáveis e momentos de inquietações, favorecendo a variação do humor e mudanças expressivas de conduta, resultando em episódios depressivos transitórios, com sentimentos de tristeza, solidão, incompreensão e atitudes de resistência. Desta forma, por ser um período de reorganização emocional, a adolescência se torna uma fase vulnerável à instalação de sintomas depressivos e de ansiedade (JOHNSON; CROSNOE; ELDER, 2011 apud GROLLI; WAGNER; DALBOSCO, 2017, p.88).



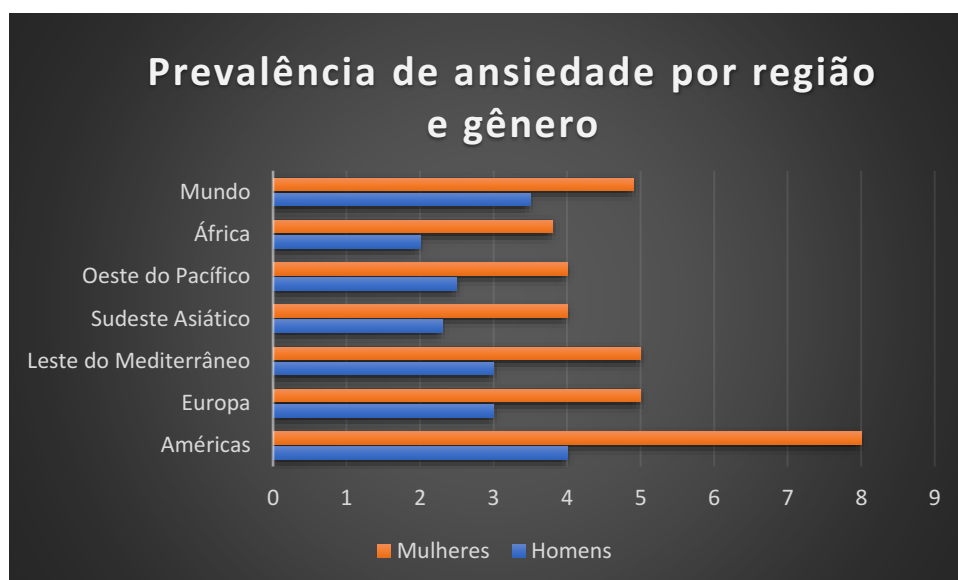
## 4.2 Ansiedade

A ansiedade é um sentimento caracterizado por apreensão e preocupação antecipada quanto ao futuro que produz alterações em níveis distintos nos indivíduos. Os sintomas característicos da ansiedade são: frequência cardíaca aumentada, sudorese, tremores e desmaio; sintomas afetivos como impaciência, frustração, nervosismo e irritabilidade; sintomas cognitivos como falta de concentração, hipervigilância para ameaça, memória deficiente, distorções cognitivas e medo (FILHO; SILVA, 2013, p1).

Devidos as grandes mudanças que estão ocorrendo na sociedade atualmente o indivíduo tem que se manter adaptado para lidar com as demandas cotidianas gerando um aumento significativo do nível de ansiedade na população em geral (FILHO; SILVA, 2013, p1).

Os transtornos de ansiedade são mais comuns no sexo feminino, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. Isso pode ser ocasionado por maiores fatores de estresse entre as mulheres devido ao papel que geram na sociedade. Outro fator que pode ser apontado como uma possível causa da ansiedade é o aumento da taxa de violência sexual e doméstica que as mulheres estão sujeitas (Figura 1) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013 apud REGIS, 2016, p.93).

Figura 1 - Prevalência de ansiedade por região e gênero



**Fonte:** Adaptado de OMS (Organização Mundial da Saúde), 2013.

Os transtornos de ansiedade apresentam etiologia multifatorial, havendo a etiologia genética, neurobiológica, psicológica e ambiental (FILHO; SILVA, 2013, p1).

Sobre os fatores genéticos, não é conhecido que apenas um gene seja o causador da ansiedade e sim que vários genes podem se somar e determinar uma pré-disposição para que o indivíduo desenvolva a patologia (SADOCK; SADOCK, 2010 apud FILHO; SILVA; 2013, p.2).

Há aspectos dentre os fatores neurobiológicos, como neuroanatômicos, neuroquímicos e neuroendócrinos que podem impactar nos quadros de ansiedade. Neuroanatomicamente podem ocorrer alterações nas regiões do cérebro responsáveis por regular emoções e medo, principalmente: amígdala (condicionamento e resposta ao medo), hipocampo (processamento do contexto) e córtex pré-frontal (modulação do medo e suas respostas de extinção). No aspecto neuroquímico, os neurotransmissores ácido gama-aminobutírico (GABA), noradrenalina e serotonina irão exercer atividade no sistema límbico (MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011 apud FILHO; SILVA; 2013, p.9). No aspecto neuroendócrino podem ocorrer alterações no funcionamento e ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal que possui uma função importante na resposta normal e fisiológica ao estresse (SADOCK; SADOCK, 2010 apud FILHO; SILVA; 2013, p.2).

Existem vários tipos de transtornos de ansiedade, porém o mais frequentemente encontrado na prática clínica é o Transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Esse transtorno pode ser entendido inicialmente como algo simples, porém deve ser avaliado com cautela, pois é uma doença crônica e está relacionada há uma alta morbidade e com altos custos individuais e sociais (ANDREATINI; BOERNGEN-LACERDA; ZORZETTO FILHO; 2001, p. 233-242). A principal diferença entre o transtorno de ansiedade generalizada e a ansiedade não patológica é que a preocupação gerada pelo transtorno é excessiva e irá interferir na rotina social do indivíduo. Já a preocupação gerada pela ansiedade não generalizada, é menos proeminente e pode ser adiada quando surgem questões mais importantes. Além disso, quando associadas ao TAG as preocupações são mais intensas, duram um período maior e na maioria das vezes não precisam de uma situação precipitante para que se desenvolvam (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM-IV), p.223).

### **4.3 Ansiedade na população jovem**

Para que o adolescente desenvolva a ansiedade há alguns fatores de risco. Dentre os fatores psicológicos, dois modelos prevalecem a partir de pontos cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos. No primeiro, adolescentes ansiosos irão entender que situações ambíguas podem se tornar uma ameaça e tendem a evita-lás. Os aspectos psicodinâmicos são provenientes da existência de um conflito inconsciente onde o adolescente tende a desenvolver mecanismos de defesa para conviver com esse conflito. Ambos os modelos teriam início ainda na infância, onde a criança começa a apresentar as primeiras cognições disfuncionais e também desenvolver problemas de vínculos afetivos (ASSUMPÇÃO; KUCZYNSKI, 2003 apud FILHO; SILVA; 2013, p.2).

Como fatores ambientais, há situações psicossociais e estressantes que os adolescentes vivenciam durante sua trajetória, como problemas em relacionamentos, casos de doenças, violências e abusos, uso/abstinência de drogas, entre outros (COATES; BEZNOS; FRANÇOSO; 2003 apud FILHO; SILVA; 2013, p.2).

O principal fator de risco para ansiedade na infância e adolescência são os transtornos ansiosos e/ou depressivos em familiares, onde a convivência com o familiar que já apresenta o sintoma acaba levando o adolescente a desenvolver também. A inibição do comportamento verificada na infância aumenta a prevalência de transtornos ansiosos em adolescentes, onde uma criança mais introspectiva poderá ser um adolescente ansioso (POLANCZYK; LAMBERTE, 2012 apud FILHO; SILVA; 2013, p.2).

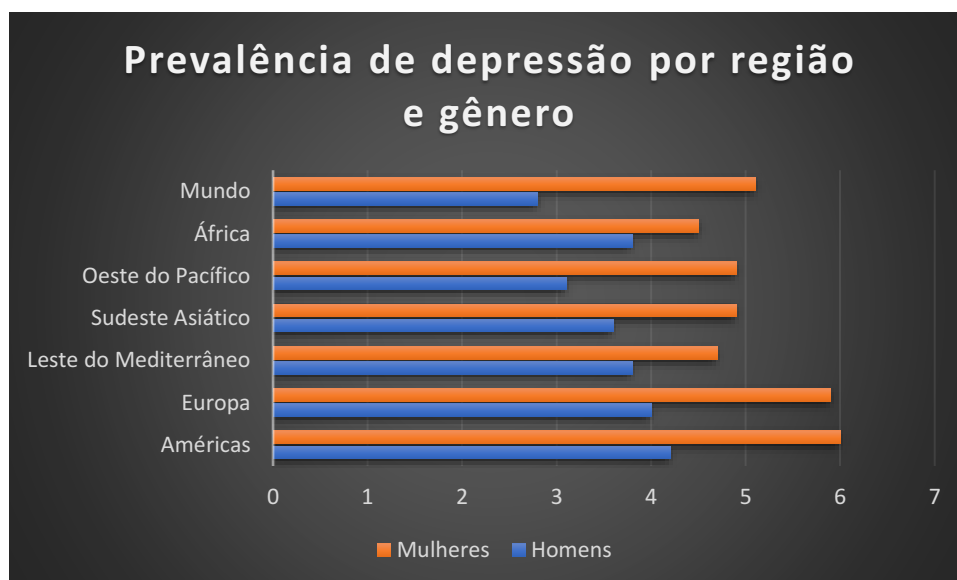
### **4.4 Depressão**

Para que um indivíduo seja diagnosticado com depressão deve apresentar cinco ou mais sintomas depressivos, sendo que um dos sintomas deve ser perda de interesse ou humor deprimido, em um período mínimo de duas semanas que impactam diretamente no seu funcionamento cotidiano causando prejuízos às suas relações interpessoais ou de trabalho (CASTILLO, 2000, p.22). Embora o período mínimo seja duas semanas, os sintomas tendem a durar um período maior. Os principais sintomas depressivos são: humor deprimido (em casos de crianças e adolescentes pode ocorrer o humor irritável), diminuição do interesse ou prazer em realizar atividades cotidianas, perda ou ganho de peso, diminuição ou aumento de apetite, insônia ou hipersônia,

agitação, fadiga, capacidade reduzida de concentração, ansiedade e ideação suicida (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM-IV), p.161).

Em todo o mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 20% dos adolescentes têm a depressão. Ao considerarmos todas as faixas etárias, são 121 milhões de pessoas deprimidas no planeta ou cerca de 2% de todas as pessoas que existem na Terra. Ainda segundo a OMS, 9,5% das mulheres e 5,8% dos homens são ou serão vítimas da doença em algum momento da vida (Figura 2) e a depressão será a doença mais comum do mundo em 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013 apud REGIS, 2016, p.93).

Figura 2 - Prevalência de depressão por região e gênero



**Fonte:** Adaptado de OMS (Organização Mundial da Saúde), 2013.

De acordo com o Manual Estatístico para Doenças Mentais (DSM-IV) os fatores de risco para desenvolvimento da depressão são: temperamentais, ambientais, genéticos e fisiológicos e modificadores de curso. Os fatores temperamentais estão relacionados a afetividade negativa, onde o indivíduo que possui essa característica tem uma probabilidade maior de desenvolver a depressão em resposta a situações estressantes da vida. Os fatores ambientais irão incluir os eventos estressantes presenciados pelo indivíduo, principalmente durante a infância. Os fatores genéticos podem estar relacionados com casos de mutismo seletivo (transtorno psicológico em que o indivíduo se recusa a falar em determinadas situações, porém em outras consegue falar normalmente) onde há uma sobreposição significativa com os fatores genéticos da

TAG. Já os fatores fisiológicos estão relacionados a convivência com parentes de primeiro grau que possuem algum transtorno depressivo, onde pode acarretar no aumento do neuroticismo (variáveis de funcionamento negativo da personalidade) na formação da personalidade do indivíduo. Os modificadores de curso são decorrentes do desenvolvimento de algum outro transtorno que aumente o risco de ocorrer depressão, como por exemplo, os transtornos de ansiedade e o transtorno de personalidade de Borderline (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM-IV), p.166).

#### **4.5 Depressão na população jovem**

Nos adolescentes, os sintomas mais comuns são queda do rendimento escolar, mudanças bruscas de humor, irritabilidade, falta de energia, tristeza e perda de interesse pelas atividades cotidianas. Tais sintomas são confundidos facilmente com comportamentos típicos adolescentes o que irá dificultar o diagnóstico (SAÚDE ABRIL, 2018).

A adolescência é uma etapa de grandes transformações no corpo e na mente do indivíduo. Nos últimos anos, tem havido crescente reconhecimento do impacto da depressão em adolescentes e jovens adultos. Segundo a Associação Brasileira de Psicanálise, cerca de 10% dos adolescentes brasileiros sofrem dessa doença (SAÚDE ABRIL, 2018).

Costumam ocorrer altas taxas de comorbidade nos quadros depressivos da adolescência, sendo os mais frequentes os transtornos de ansiedade (30 a 80%), a distímia (33%), o abuso de substâncias (20 a 30%), o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (50%) e os transtornos de conduta (10 a 80%), e estes últimos podem persistir após cessar o episódio depressivo (BAHLS, 2002, p.4). A distímia é uma forma de depressão crônica com sintomas mais brandos e menos intensos que os outros transtornos depressivos. Os pacientes portadores deste tipo de transtorno depressivo geralmente são sarcásticos, nihilistas, queixosos e na maioria das vezes resistentes às intervenções terapêuticas o que torna o tratamento dificultado (SPANEMBERG; JURUENA; 2004, p. 300-311).

A depressão não tratada pode levar ao suicídio. E as taxas entre crianças e adolescentes têm subido significativamente, sendo que de 2000 a 2015, as mortes por este motivo aumentaram 65% dos 10 aos 14 anos e 45% dos 15 aos 19 anos – mais do

que a alta de 40% na média da população em geral. Os possíveis estímulos para o surgimento da depressão na adolescência podem estar associados à distúrbios hormonais, emoções excessivas, pressão escolar e traumas (SAÚDE ABRIL, 2018).

## **4.6 Tratamentos da ansiedade e depressão**

### **4.6.1 Tratamento da Ansiedade**

A perturbação causada pela ansiedade deve ser diagnosticada quando interfere na rotina do adolescente e da família. É importante avaliar o impacto que pode haver na aprendizagem e na frequência escolar do adolescente e suas relações com as outras pessoas. O tratamento deve ser planejado envolvendo o adolescente, a família, a escola e por vezes os amigos (GELENBERG, 2000 apud VERSIANI, 2008, p.8).

Os casos de ansiedade que precisam de terapia farmacológica serão tratados da mesma maneira que os casos de depressão, podendo ocorrer variações mínimas de acordo com o quadro clínico do paciente. Para a utilização de psicofármacos deve-se sempre recorrer ao auxílio de um psiquiatra (ASSUMPÇÃO; KUCZYNSKI, 2003 apud FILHO; SILVA; 2013, p.2).

Conforme prática clínica, a escolha da medicação envolve fatores como: analisar o histórico médico do paciente para verificar se ele ou algum familiar já utilizaram a medicação e se houve algum problema durante o uso, verificar o perfil dos efeitos colaterais e a tolerabilidade do paciente em relação a isso para que influencie minimamente na rotina dele, a disponibilidade do tratamento e relação custo benefício (ASSUMPÇÃO; KUCZYNSKI, 2003 apud FILHO; SILVA; 2013, p.2).

Os ansiolíticos e os antidepressivos são as classes de medicamentos mais estudadas e utilizadas para tratamento de transtornos de ansiedade na adolescência (GELENBERG, 2000 apud VERSIANI, 2008, p.8).

Os medicamentos ansiolíticos apresentam a propriedade de atuar sobre a ansiedade e tensão e podem ser denominados também com tranquilizantes por acalmarem a pessoa estressada e tensa. Os ansiolíticos mais comuns são substâncias chamadas benzodiazepínicos e como exemplo de medicamentos mais conhecidos no mercado são Valium®, Librium®, Lexotam®, Dormonid®, Diazepam®, Bromazepam®, Clobazam® entre os mais de 100 à base dessas substâncias no Brasil (CENTRO BRASILEIRO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2019; COLTRI, 2019).

As células nervosas do SNC possuem receptores GABA que são complexos de proteínas responsáveis pela inibição das atividades das células neuronais. Os benzodiazepínicos irão agir se ligando a esses receptores aumentando a atividade inibitória do mesmo, pois aumentam a abertura de desses canais e geram uma hiperpolarização destes neurônios. Com isso, eles irão estimular os sintomas relacionados ao relaxamento e diminuir os sintomas de ansiedade (COLTRI, 2019).

Devido à ocorrência de efeitos colaterais (principalmente desinibição comportamental, sedação e déficits cognitivos), possível uso abusivo e dependência que podem ocorrer durante o tratamento com benzodiazepínicos, seu uso deve ser por um período curto e com acompanhamento médico. Como gera uma tolerância rápida as doses de benzodiazepínicos devem ser aumentadas progressivamente, podendo ocasionar intoxicações (ARANA; ROSENBAUM, 2006 apud FILHO; SILVA, 2013, p.9).

Antipsicóticos, betabloqueadores, anticonvulsivantes e anti-histamínicos são opções, cujo uso é preconizado como potencializadores e coadjuvantes. Os potencializadores são utilizados quando se tem a necessidade de adicionar um segundo fármaco não antidepressivo ao antidepressivo utilizado para que o mesmo atinja o seu efeito (SANTOS, Milena Antunes et al. p. 232-242, 2006).

A prescrição deve ser a mais simples possível evitando-se a polimedicação, que pode prejudicar o tratamento, principalmente se tratando de adolescentes. O ideal é que se atinja a dosagem máxima de um fármaco para posteriormente, se necessário, adicionar outros. Durante o tratamento com esses medicamentos é sempre importante realizar o acompanhamento através de exames laboratoriais para avaliar a função hepática e renal do paciente (POLANCZYK; LAMBERTE, 2012 apud FILHO; SILVA, 2013, p.9).

Em se tratando de transtornos ansiosos na adolescência, os fármacos antidepressivos são os de primeira escolha, sendo a ação destes medicamentos esperada a médio e longo prazo, podendo, inclusive, produzir discreta piora sintomática inicial. Dentre os antidepressivos, os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS), os tricíclicos (ADT) e os inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN) são os mais utilizados (ASSUMPÇÃO; KUCZYNSKI, 2003 apud FILHO; SILVA, 2013, p.9).

Os ISRS, cujos exemplos de insumos farmacêuticos ativos são fluoxetina, citalopram, escitalopram, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, apresentam diversas

evidências de eficácia terapêutica, seguros, mesmo em altas doses, tendo como efeitos colaterais principais: náuseas, hiporexia, cefaleia e sonolência ou agitação. O ideal é que a introdução do medicamento e o aumento das doses sejam realizados de forma gradual para que a ocorrência desses efeitos colaterais sejam mínimos. O mesmo deve ocorrer para os casos de descontinuação do uso do medicamento, evitando-se assim, a síndrome de retirada, com sintomas de tontura, náuseas, cefaleias, transtornos sensoriais, retorno da ansiedade, agressividade, como principais. O uso desses medicamentos deve ser feito sempre com orientação e vigilância, pois pode ocorrer o aumento do risco de comportamentos suicidas (POLANCZYK; LAMBERTE, 2012 apud FILHO; SILVA, 2013, p.9).

A venlafaxina é um fármaco da classe dos IRSNs tão eficaz quanto os fármacos da classe ISRSs devido ao seu perfil de efeitos colaterais de uso e de descontinuação semelhantes aos ISRSs. Junto com os ISRSs estão como primeira linha terapêutica, embora em menor número de estudos do que esses (ARANA; ROSENBAUM, 2006 apud FILHO; SILVA, 2013, p.9).

É importante ressaltar que o primeiro estudo randomizado, duplo cego, placebo-controlado, sobre o tratamento do transtorno de ansiedade generalizada definido de acordo com o sistema de classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais DSM-IV foi realizado com a venlafaxina XR. Três doses de venlafaxina XR, 75, 150 e 225 mg/dia foram superiores ao placebo quanto à eficácia em um período de tratamento de seis meses. Os três níveis de doses foram comparavelmente eficazes e todos superiores ao placebo (GELENBERG, 2000 apud VERSIANI, 2008, p.8).

#### **4.6.2 Tratamento da Depressão**

O tratamento tem como finalidade a resolução dos sintomas depressivos e melhora do funcionamento intra e interpessoal, escolar, familiar e social do adolescente (HETRICK et al., 2012, p.7).

No geral, há relativamente poucos estudos de longo prazo sobre transtornos depressivos em adolescentes. Apesar do que se sabe sobre sua prevalência e impactos, há relativamente pouca evidência de tratamentos eficazes ou o seu impacto no prognóstico. Antidepressivos de última geração, especialmente os inibidores seletivos



da recaptação da serotonina (ISRSs), apresentados no item sobre ansiedade, têm sido cada vez mais utilizados nas últimas décadas (HETRICK et al., 2012, p.7).

Os ISRSs causam uma inibição inicial da recaptação da serotonina (5-hidroxitriptina, ou 5-HT). Os efeitos clínicos demoram algumas semanas para se tornarem evidentes. Isso sugere que os efeitos *downstream* (transcrição de genes no sentido oposto) de inibição da recaptação na expressão gênica e regulação do receptor são os principais responsáveis pelos efeitos clínicos da ISRSs. Os ISRSs também afetam outros neurotransmissores, incluindo noradrenalina e dopamina. Há preocupações sobre o aumento do risco de suicídio ocasionado ISRSs, estudos evidenciaram um aumento consistente e moderado do risco de suicídio para aqueles que tomam ISRSs em comparação com placebo (HEALY, 1997 apud HETRICK et al., 2012, p.8).

Além dos ISRSs, outras classes de antidepressivos estão sendo utilizadas: inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSNs), inibidores da recaptação de norepinefrina (IRN), inibidores da recaptação de dopamina norepinefrina (IRDNs), desinibidores de dopamina e norepinefrina (DDNs) e antidepressivos tetracíclicos (ADTs). ISRSs são por vezes referidos como "segundo geração de antidepressivos" e essas novas classes adicionais são às vezes chamadas de antidepressivos de "terceira geração". Uma terceira geração de antidepressivos tem como alvo os sistemas de noradrenalina e dopamina em maior grau do que os ISRSs, embora a maioria tenham também um efeito sobre o sistema serotoninérgico (HEALY, 1997 apud HETRICK SE et al., 2012, p.8).

Os antidepressivos tricíclicos são conhecidos como antidepressivos de primeira geração e seu mecanismo de ação consiste em reduzir a recaptação de serotonina, noradrenalina e em alguns casos de dopamina. Sendo assim, eles irão prolongar o tempo de permanência desses neurotransmissores na fenda sináptica. Por serem inespecíficos, podem ainda agir em receptores colinérgicos, muscarínicos e histaminérgicos bloqueando os mesmos e causando vários efeitos adversos. Por este motivo essa classe de medicamento é utilizada na maioria das vezes apenas em casos de depressão grave (REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE, 2012).

Os antidepressivos tricíclicos (ADTs) não se apresentaram eficazes no tratamento farmacológico para transtorno de depressão em jovens. (HETRICK et al., 2012, p.7).

Os antidepressivos tricíclicos mais conhecidos no mercado são Amytril®, Tryptanol®, Ludiomil® e Nortriptilina® (BALLONE; ORTOLANI, 2008).

#### **4.7 Eventos adversos nos tratamentos de ansiedade e depressão**

A tolerabilidade melhorada dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) é atribuível à sua seletividade e à ausência de interação com outros receptores, como os histamínicos, colinérgicos, dopaminérgicos e noradrenérgicos. Os receptores de serotonina compreendem pelo menos sete classes, que são ainda divididas pelo nível do subreceptor. Esses receptores possuem uma variedade de funções não relacionadas ao humor, incluindo o sono, o apetite e a função sexual, além de sintomas como dor, náusea, depressão e ansiedade. Ao aumentar a inibição da recaptação da serotonina, mais do neurotransmissor fica disponível na fenda sináptica para interagir com qualquer um desses receptores ou subtipos de receptores. Sendo assim, ao aumentar a dose irá aumentar a quantidade de serotonina disponível e ela irá agir junto a outros receptores serotoninérgicos que não estão relacionados ao humor, ocasionando efeitos adversos relacionados aos próprios efeitos serotoninérgicos. Como exemplo, a ocorrência de náuseas, que é um dos efeitos colaterais comuns da terapia com ISRS e é provavelmente resultante da estimulação dos receptores 5-HT<sub>3</sub> (FERGUSON, 2001).

No caso da fluoxetina, em particular, seu efeito colateral de provocar reações cutâneas que não estão relacionadas à dose e, aparentemente, são idiossincráticas. Existem algumas diferenças nos perfis de efeitos adversos dos ISRS disponíveis. Distúrbios gastrintestinais são efeitos colaterais mais frequentemente relatados (FERGUSON, 2001).

Verifica-se que o citalopram é indicado como o melhor ISRS tolerado pelos pacientes, seguidos por fluoxetina, sertralina e paroxetina (NELSON, 1997 apud FERGUSON; 2001, p.24). No Quadro 1 é possível identificar os principais eventos adversos ocasionados por antidepressivos devido à seletividade do receptor e sítio de ação.

Quadro 1 - Classificação dos antidepressivos pela seletividade do receptor e sítio de ação

Classe do antidepressivo	Fármacos da Classe	Receptor mediado	Outro receptor	Receptor mediado
		<b>Ação farmacológica</b>	<b>Sítio afetados</b>	<b>Eventos adversos</b>
<b>Antidepressivos tricíclicos</b>	Amitriptilina, clomipramina, nortriptilina	Inibidor de recaptura de serotonina, norepinefrina e dopamina, dependendo da composição	Adrenérgico, colinérgico e histamínico	Boca seca, tontura, visão turva, constipação, sedação, hipotensão, taquicardia
<b>Inibidor seletivo de recaptura de serotonina</b>	Citalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina	Inibidor seletivo de recaptura de serotonina	Menor, mas clinicamente significativa, dependendo da composição	Náusea, distúrbios de sono, disfunção sexual, alteração de apetite, dor de cabeça, boca seca
<b>Inibidor de recaptura de serotonina e norepinefrina</b>	Venlafaxina	Inibidor de recaptura de serotonina e norepinefrina	Dopaminérgico	Todos os eventos adversos de SSRI, hipotensão e taquicardia

Fonte: NELSON, 1997 apud FERGUSON; 2001, p.24.

Os ansiolíticos, apresentados no item 4.6.1, como outras drogas usadas em psiquiatria, podem causar muitos eventos adversos. Muitos sistemas fisiológicos podem ser afetados, mas, como a principal ação das drogas ansiolíticas está no sistema nervoso central (SNC), esse sistema é muito mais variável. Todas as drogas ansiolíticas têm o potencial de produzir eventos adversos nas funções cerebrais superiores, embora o efeito observado também seja influenciado por fatores psicológicos e sociais. O efeito mais comum é o *oversedation*, uma sedação excessiva, que é um problema sério para muito jovens, pois irá interferir na concentração e influenciar negativamente os estudos e também para idosos que poderão apresentar um maior risco de acidentes por conta do sono excessivo. Pode se tornar um problema grave para quem dirige veículos motorizados e um perigo ao trabalhar em situações perigosas (EDWARDS, 1981, p. 498).

Medicamentos ansiolíticos, especialmente barbitúricos, podem causar fraqueza, tremor, tontura, vertigem, nistagmo (movimento involuntário dos olhos), disartria (alterações da fala) e ataxia (comprometimento da função motora), especialmente

quando administrado em grandes doses. Assim como outras drogas psicotrópicas, os medicamentos ansiolíticos podem causar dor de cabeça, parestesia, neuropatia periférica, hipotensão postural, boca seca, visão borrada, taquicardia, constipação e reações alérgicas (EDWARDS, 1981, p. 498).

A dependência de drogas ansiolíticas é bem conhecida, mas só recentemente se reconheceu que a dependência de benzodiazepínicos é um problema maior do que se imaginava anteriormente. Como a dependência de benzodiazepínicos ocorre em doses próximas a doses terapêuticas acaba dificultando a percepção de que há algum problema com o uso e a equipe médica só irá perceber no momento da retirada do medicamento quando ocorrer a síndrome de abstinência. Os sintomas mais frequentes desta síndrome são: insônia, irritabilidade, ansiedade, fotossensibilidade, desejo de consumir a substância e em casos mais graves pode ocorrer convulsão (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2013).

#### **4.7.1. Antidepressivos de nova geração comparados com o placebo**

No quadro 2 está apresentado resultados de estudos de comparação entre eventos adversos dos principais antidepressivos da nova geração com seu placebo.

Quadro 2 – Antidepressivos da nova geração comparados com o placebo.

Paroxetina	Dores de cabeça foi um evento comum em ambos os grupos, assim como náuseas e tonturas. Sonolência, insônia e labilidade emocional também foram notadas.
Fluoxetina	Pequeno aumento na ocorrência de dor de cabeça, diarreia, sonolência, insônia, labilidade emocional, mania e hipomania. Dor de cabeça foi a reação mais comum reportada com frequência entre 12 a 9% do grupo que foi tratado com fluoxetina.
Sertralina	Náusea foi um evento adverso comum para os dois grupos. Outros eventos adversos reportados tanto para sertralina quanto para placebo foram diarreia, vômito e insônia.
Citalopram	Dor de cabeça foi um evento comum para ambos grupos. Bem como náusea, diarreia e insônia. Tontura e eventos adversos respiratórios também foram reportados.
Escitalopram	Eventos adversos comuns para os dois grupos foram ocorrência de dor de cabeça, dor abdominal, náusea, diarreia, faringite, rinite e insônia.
Venlafaxina	Houve mais eventos como dor de cabeça e tontura com o grupo experimental ao comparar com o grupo placebo
Mirtazapina	Grupo experimental apresentou significantes alterações metabólicas, como ganho de peso, aumento de apetite e hipertrigliceridemia.

Fonte: Adaptado de HETRICK et al., 2012, p.9.

#### 4.7.1.1 Paroxetina

Nos estudos realizados, não foi demonstrado aumento estatisticamente significativo de eventos adversos ao usar paroxetina comparada com placebo. Dor de cabeça foi um evento comum em ambos os grupos, assim como náuseas e tonturas. Sonolência, insônia e labilidade emocional também foram notadas em ambos os grupos (LENOX, 2008 apud HETRICK et al., 2012, p.8).

#### 4.7.1.2 Fluoxetina

Nos estudos foi constatado um pequeno aumento estatisticamente significativo de eventos adversos no grupo que tomou fluoxetina comparada com placebo, como a ocorrência de dor de cabeça, diarreia, sonolência, insônia, labilidade emocional, mania e

hipomania. Dor de cabeça foi a reação mais comum reportada com frequência e 9 a 12% do grupo que foi tratado com fluoxetina. Os outros eventos adversos foram reportados numa frequência menor do que 3% dos participantes, sendo observada uma similaridade entre os grupos (LENOX, 2008 apud HETRICK et al., 2012, p.8).

#### **4.7.1.3 Sertralina**

Nos estudos foram evidenciados como evento adverso comum para os dois grupos a náusea. Outros eventos adversos reportados tanto para sertralina quanto para placebo foram diarreia, vômito e insônia. Labilidade emocional, mas não mania e nem hipomania, foi reportado como um evento adverso para ambos os grupos (HETRICK et al., 2012, p.9).

#### **4.7.1.4 Citalopram**

Nos estudos foi verificado que dor de cabeça foi um evento comum para ambos os grupos bem como náusea, diarreia e insônia. Tontura e eventos adversos respiratórios também foram reportados para ambos os grupos (HETRICK et al., 2012, p.9).

#### **4.7.1.5 Escitalopram**

Nos estudos foi verificado como evento adverso comum para o grupo escitalopram e placebo a ocorrência de dor de cabeça, dor abdominal, náusea, diarreia, faringite, rinite e insônia (HETRICK et al., 2012, p.9).

#### **4.7.1.6 Venlafaxina**

Em estudos realizados houveram mais eventos como dor de cabeça e tontura com o grupo experimental ao comparar com o grupo placebo (HETRICK et al., 2012, p.9).

#### **4.7.1.7 Mirtazapina**

Em estudos realizados foi evidenciado que o grupo experimental apresentou significantes alterações metabólicas, como ganho de peso, aumento de apetite e

hipertrigliceridemia. Houveram outros eventos como sonolência, dor de cabeça, fadiga e urticária para ambos os grupos (HETRICK et al, 2012, p.9).

Os estudos concluíram que no geral não houve um aumento significativo da ocorrência de eventos adversos dos antidepressivos de nova geração quando comparados com seus respectivos placebos (HETRICK et al, 2012, p.9).

#### **4.8 Tratamentos alternativos para depressão e ansiedade**

Conforme abordado ao longo deste trabalho, o tratamento mais utilizado no paciente depressivo e com transtornos de ansiedade é a terapêutica farmacológica. Estes resultam em eventos adversos, como sonolência, ganho de peso, náuseas, tontura, taquicardia, constipação, anorexia, entre outros (PEIXOTO, 2008; COSTA, 2010 apud SEZINI; DO COUTTO, 2014, p.40).

Devido a estes eventos muitos pacientes não são aderentes ao tratamento farmacológico, sendo uma possível solução para esse problema um tratamento alternativo ou complementar, como nutrição, homeopatia e fitoterapia que são alternativas de tratamento estabelecidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Em literatura, há estudos que apresentam a relação entre deficiências nutricionais e desordens mentais. As deficiências de ácido graxo, ômega-3, vitaminas do complexo B, minerais e aminoácidos são mais evidentes em pacientes com depressão. Uma dieta rica em ômega-3 é efetiva na diminuição dos sintomas da depressão. Assim, a vantagem do tratamento nutricional é a melhoria da qualidade de vida do paciente com ausência de eventos adversos (LAKHAN, VIEIRA, 2008 apud SEZINI; DO COUTTO, 2014, p.41).

Outro exemplo relacionado com a dieta alimentar é a suplementação de magnésio, visto que este nutriente tem um papel importante no metabolismo energético participando da formação e utilização da adenosina trifosfato (ATP) e na regulação iônica no cérebro. No organismo humano, muitas enzimas são dependentes de magnésio, sendo grande parte delas cerebrais. Quando os neurônios não conseguem gerar energia suficiente para manter suas bombas iônicas funcionando adequadamente, ocorre um desequilíbrio cíclico na liberação de cálcio e glutamato (um aminoácido neurotransmissor excitatório do SNC) pelas células, resultando em danos neuronais e

depressão. Outro fato que exemplifica a importância desse nutriente no SNC é a necessidade de  $Mg^{2+}$  para a ligação do receptor de serotonina (EBY III, EBY, 2010 apud SEZINI; DO COUTTO, 2014, p.47).

Assim como o magnésio, o zinco também é muito importante para a atividade das enzimas no organismo humano, além de estar envolvido na síntese proteica influenciando a divisão e diferenciação celular (AMANI et al., 2010 apud SEZINI; DO COUTTO, 2014, p.47). Este mineral tem influência positiva no fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), que está relacionado à depressão devido a sua capacidade de aumentar a sobrevivência das células do sistema nervoso central (EBY III, EBY, 2010 apud SEZINI; DO COUTTO, 2014, p.48).

Bem como os alimentos, uma alternativa ao uso de ansiolíticos e antidepressivos, é o tratamento com fitoterápicos. A fitoterapia trata-se do uso de plantas medicinais no tratamento e prevenção de doenças, sendo a forma terapêutica mais antiga. Pode-se ser apresentada como substância in natura, manipuladas ou industrializadas. Atualmente, o tratamento fitoterápico tem sido muito utilizado pelos pacientes, pois a maioria das pessoas procura um tratamento que não cause tantos eventos adversos e que seja “natural” (CRF, 2015 apud SANTANA, 2005, p1). A Erva de São João (*Hypericum perforatum* L.) que apresenta grande número de constituintes químicos com propriedades farmacológicas confirmadas, como os ácidos fenólicos, flavonoides, taninos e hipericinas. A hipericina é um metabolito secundário dessa erva que possui efeitos antidepressivos, atuando na inibição da enzima monoamina oxidase (MAO), que é responsável pela degradação de neurotransmissores (SOUZA, 2006 apud FURTADO, 2017, p19).

Outra alternativa ao uso de ansiolíticos são os canabinóides. Estudos realizados em humanos saudáveis comprovam que a eficácia desses compostos no tratamento de ansiedade. Os efeitos do canabidiol (CBD) foram comparado com dois ansiolíticos (Diazepam 10mg e Ipsapirona 5mg) e tantos os ansiolíticos quando o CBD atenuaram os sintomas de ansiedade. Também foi comprovada a eficácia deste composto no tratamento antidepressivo, onde se comparou o efeito do composto com Imipramina e houve atenuação dos sintomas depressivos. Porém faz-se necessário a realização de estudos futuros controlados para confirmar os achados e estabelecer a segurança do composto (CRIPPA; ZUARDI; HALLAK, 2010).

Por fim, como alternativa de tratamento há a homeopatia que utiliza como premissa a totalidade sintomática característica e da individualização medicamentosa na



escolha da sua conduta terapêutica (TEIXEIRA, 1997 apud TEIXEIRA, 2008, p.34). Os medicamentos homeopáticos irão ser utilizados de acordo com os sintomas que o paciente apresenta a fim de se obter a cura da doença através da ação do próprio organismo. São vantajosos quando comparados à terapia farmacológica, pois irão proporcionar uma cura mais suave e duradoura além de serem isentos da ocorrência de eventos adversos e intoxicação. Seu mecanismo de ação é através da estimulação das reações de defesa do organismo em sua totalidade e não apenas da parte envolvida na patologia. Um exemplo de medicamento homeopático utilizado para tratamento da depressão é a *Hypericum perforatum* (SOARES LOPES et al, 2019).

#### **4.9 A atuação farmacêutica a um portador de ansiedade e/ou depressão**

É importante ressaltar que o farmacêutico não é responsável por realizar anamnese, bem como não pode prognosticar ou diagnosticar doenças. No entanto, pelo conhecimento dos sinais e sintomas, a progressão da doença, o tratamento farmacológico e não farmacológico, bem como a possibilidade de realizar um acompanhamento farmacoterapêutico eficiente com a paciente, permite a este profissional, a colaborar com outros membros da equipe de saúde para melhorar a situação desta importante questão de saúde e realizar a assistência farmacêutica a diferentes grupos de pacientes e contribuir favoravelmente para um acompanhamento farmacoterapêutico eficiente, permitindo uma promoção de educação em saúde, resolução dos problemas relacionados a medicamentos (PRMs) e manutenção dos objetivos terapêuticos do paciente (CORRER; OTUKI. Método Clínico de Atenção Farmacêutica, 2011).

O tratamento com antidepressivos não possui uma resposta imediata e a diminuição dos sintomas ocorrerá após duas a quatro semanas do início do tratamento. Além disso, a ocorrência de eventos adversos relacionados ao tratamento é bastante significativa. Com isso, muitos pacientes deixam de aderir o tratamento por acreditarem que o mesmo não está sendo eficaz (OLIVEIRA; FREITAS, 2012).

Neste contexto, o farmacêutico tem um papel fundamental, pois será o profissional que manterá contato direto com o paciente podendo orientar o mesmo sobre o tempo de ação, as possíveis reações adversas que podem ocorrer e proporcionar um tratamento eficaz ao paciente. Além disso, caso durante o acompanhamento

farmacoterapêutico o profissional identifique a necessidade poderá encaminhar o paciente para análise de outros profissionais (OLIVEIRA; FREITAS, 2012).

Também faz parte das atribuições do farmacêutico realizar uma avaliação dos riscos referente as possíveis interações medicamentosas que possam ocorrer em casos de politerapia de maneira a reduzir o aparecimento de eventos indesejados durante o tratamento (GOMES, 2013).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ansiedade e depressão são transtornos psiquiátricos que devem ser tratados com cautela, principalmente em adolescentes devido ao diagnóstico mais difícil, pois os sintomas podem ser confundidos com comportamentos típicos da própria fase que o adolescente está vivendo. A depressão não tratada pode levar ao suicídio e as taxas de suicídio entre jovens e adolescentes vem crescendo alarmantemente.

O tratamento medicamentoso mais indicado para ambas as patologias são os antidepressivos da classe dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs). Essa classe de medicamentos possui ação específica e não interage com outros receptores, o que gera uma maior tolerabilidade, porém mesmo assim ainda pode causar efeitos adversos. O principal exemplo da classe é a fluoxetina.

Devido aos possíveis eventos adversos decorrentes da terapia farmacológica muitos pacientes buscam um tratamento alternativo ou complementar. As alternativas estabelecidas pela PNPIC são fitoterapia, homeopatia e nutrição. Há também alguns estudos sobre o uso de canabíóides para tratamento de ansiedade e depressão, porém ainda é necessário mais estudos para comprovar dados e garantir a segurança no tratamento.

O farmacêutico como agente de saúde tem um papel fundamental no acompanhamento farmacoterapêutico e na assistência farmacêutica, colaborando assim para um tratamento eficaz.

## 6 BIBLIOGRAFIA

BAHLS SC, BAHLS FR. Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*. 2002;6(1).

CASTILLO, Ana Regina GL; RECONDO, Rogéria; ASBAHR, Fernando R; MANFRO, Gisele G. Transtornos de ansiedade. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2000, vol.22, suppl.2, pp.20-23.

CENTRO BRASILEIRO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS – CEBRID. Ansiolíticos ou tranquilizantes. Disponível em [https://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest\\_drogas/ansioliticos.htm](https://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/ansioliticos.htm) Acesso em 13/11/2019.

FERGUSON, James M. SSRI antidepressant medications: adverse effects and tolerability. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, v. 3, n. 1, p. 22, 2001.

FURTADO, ÁGDA LUANY PINHEIRO. "USO DO *Hypericum perforatum* L.(Erva-de-São-João) No Tratamento da Depressão." (2017).

EDWARDS JG. Adverse effects of antianxiety drugs. *Drugs*. 1981 Dec 1;22(6):495-514.

GROLI, VERÔNICA, MARCIA FORTES WAGNER, AND SIMONE NENÊ PORTELA DALBOSCO. "Sintomas depressivos e de ansiedade em adolescentes do ensino médio." *Revista de Psicologia da IMED* 9.1 (2017): 87-103.

HETRICK SE, MCKENZIE JE, COX GR, SIMMONS MB, MERRY SN. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(11).

MARCOS, LUIS ROJAS. Há uma tragédia silenciosa em nossas casas. Puggina. Disponível em <http://www.puggina.org/artigo/outrosAutores/ha-uma-tragedia-silenciosa-em-nossas-casas/14562>. Acesso em 19/mar/2019.

RÉGIS, BIANCA NUNES, RAISSA LUNARA RODRIGUES ARAÚJO, VITÓRIA GUIMARÃES DE SOUZA, NELSON ANTONIO SANTIAGO NETO, NATÁLIA LENZI NODARI, AND NAZARÉ MARIA DE ALBUQUERQUE HAYASIDA.

"Ansiedade, depressão e doença cardiovascular em jovens adultos: uma revisão da literatura." *Saúde e Desenvolvimento Humano* 4, no. 1 (2016): 91-100.

SANTANA, Gabriela S, SILVA, Alexsandro M. O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE. Simpósio de Assistência Farmacêutica – Hospital São Camilo. 2015. 1-3.

SAÚDE ABRIL. Depressão na adolescência é coisa séria. Disponível em <https://saude.abril.com.br/familia/depressao-na-adolescencia-e-coisa-seria/>. Acesso em 24/mar/2019.

SEZINI AM, DO COUTTO GIL CS. Nutrientes e depressão. *Vita et Sanitas*. 2014;8(1):39-57.

SILVA FILHO OC, SILVA MP. Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. 2013.

TEIXEIRA, MARCUS ZULIAN. "Pesquisa clínica em homeopatia: evidências, limitações e projetos." *Pediatria* 30.1 (2008): 27-40.

VERSANI M. Transtornos de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento. Associação Brasileira de Psiquiatria. 2008.

ANDREATINI, Roberto; BOERNGEN-LACERDA, Roseli; ZORZETTO FILHO, Dirceu. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 23, n. 4, p. 233-242, dez. 2001 .

SPANEMBERG, Lucas; JURUENA, Mario Francisco. Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre* , v. 26, n. 3, p. 300-311, Dec. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf> Acesso em 16/nov/2019.

CORRER; OTUKI. Método Clínico de Atenção Farmacêutica, 2011. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistencia-farmaceutica/otuki-metodoclinicoparaatencaofarmaceutica.pdf> Acesso em 16/nov/2019.

COLTRI, Flavia. Entenda a ação dos benzodiazepínicos para tratar a ansiedade, 2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/entenda-a-acao-dos-benzodiazepinicos-para-tratar-a-ansiedade/> Acesso em 16/nov2019.

REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE. Antidepressivos no tratamento de transtorno depressivo maior em adultos, 2012. Disponível em: <http://rebrats.saude.gov.br/institucional/brats?download=90:n-18-antidepressivos-no-transtorno-depressivo-maior-em-adultos> Acesso em 16/nov/2019.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Abuso e dependência de benzodiazepínicos, 2013. Disponível em: [https://diretrizes.amb.org.br/\\_DIRETRIZES/abuso\\_e\\_dependencia\\_de\\_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/abuso_e_dependencia_de_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf) Acesso em 16/nov/2019.

CRIPPA, José Alexandre S.; ZUARDI, Antonio Waldo; HALLAK, Jaime E. C.. Uso terapêutico dos canabinoides em psiquiatria. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 32, supl. 1, p. 556-566, May 2010.

American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores.

Soares Lopes, J., de Souza, W. G., de Souza Rodrigues, A., Gretzler, V. da S., de Santana Junior, E. J., Dervil Appratto Cardoso Júnior, C., & da Silva Nunes, J. (2019). TERAPIA ALTERNATIVA PARA TRATAMENTO DA DEPRESSÃO: MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS. Revista Científica Da Faculdade De Educação E Meio Ambiente, 10(1), 123-130.

Oliveira, F.R.A.M; Freitas, R. M. Atenção Farmacêutica a um portador de depressão. Revista Eletrônica de Farmácia, v. IX, 2012.

Gomes, EF. Importância da Assistência e da atenção farmacêutica aplicada a pacientes com transtornos mentais. Disponível em:< <http://www.catolica-es.edu.br/fotos/files/>, 2013.