

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

THAMARA DE OLIVEIRA MATOS

AVALIAÇÃO DO IMPACTO CLÍNICO DO CUIDADO INTERPROFISSIONAL AOS
PORTADORES DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE ATENDIDOS EM UM
AMBULATÓRIO DE CUIDADO FARMACÊUTICO NO NORDESTE DO BRASIL

CURITIBA

2023

THAMARA DE OLIVEIRA MATOS

AVALIAÇÃO DO IMPACTO CLÍNICO DO CUIDADO INTERPROFISSIONAL AOS
PORTADORES DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE ATENDIDOS EM UM
AMBULATÓRIO DE CUIDADO FARMACÊUTICO NO NORDESTE DO BRASIL

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dra. Ana Carolina Melchioris

Coorientador: Prof. Dra. Walleri Christini Torelli Reis

CURITIBA

2023

Matos, Thamara de Oliveira

Avaliação do impacto clínico do cuidado interprofissional aos portadores de depressão e ansiedade atendidos em um ambulatório de cuidado farmacêutico no nordeste do Brasil [recurso eletrônico] / Thamara de Oliveira Matos – Curitiba, 2023.

1 recurso online: PDF.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Profa. Dra. Ana Carolina Melchioris

Coorientador: Profa. Dra. Walleri Christini Torelli Reis

1. Tecnologia farmacêutica. 2. Saúde mental. 3. Consulta remota. 4. Equipe de assistência ao paciente. I. Melchioris, Ana Carolina. II. Reis, Walleri Christini Torelli. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 615.19

FOLHA DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA - 42001013102P6

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **THAMARA DE OLIVEIRA MATOS** intitulada: **AVALIAÇÃO DO IMPACTO CLÍNICO DO CUIDADO INTERPROFISSIONAL AOS PORTADORES DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE CUIDADO FARMACÊUTICO NO NORDESTE DO BRASIL**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 17 de Março de 2023.

Assinatura Eletrônica
24/03/2023 11:19:53.0
WALLERI CHRISTINI TORELLI REIS
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
22/03/2023 15:19:21.0
ASTRID WIENS SOUZA
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
23/03/2023 13:54:26.0
THAIS TELES DE SOUZA
Avaliador Externo (null)

Assinatura Eletrônica
05/04/2023 00:38:36.0
DIVALDO PEREIRA DE LYRA JUNIOR
Avaliador Externo (null)

AGRADECIMENTOS

Gratidão é uma palavra simples, porém com muito peso e significado. Ao longo desses quase dois anos tive ajuda de muita gente e e uma página não expressão toda a minha gratidão. Agradecer a Deus pelo dom da vida e por estar viva após um período tão turbulento no mundo é um exercício diário e aos meus pais pelo incentivo de sempre. Ao meu companheiro de vida e de todas as minhas batalhas Rafael, por estar comigo em todos os momentos, seja abdicando de seus afazeres para que eu pudesse cuidar dos meus até o consolo nos dias muito difíceis, amo você e sem dúvida que o título é nosso, assim como quase tudo que conquistamos juntos. As minhas amigas de trabalho Aurizinha, Mazé e Camila por segurarem a barra enquanto eu fazia as aulas, reuniões e trabalhos, Camilinha em especial, pois até minha corretora foi e sem dúvida foi de uma ajuda ímpar. Vanessa pela amizade e puxões de orelha em momentos de baixa estima, obrigada por tudo meninas! Aos alunos que contribuíram com as coletas, organização e conhecimentos tecnológicos (rsrs). A minha chefe, co-orientadora e amiga Walleri Reis, que incentivou desde o início e ajudou a levar o trabalho para frente, o retrato da sua luta está expressa em cada dado dessa dissertação, obrigada mesmo. A minha orientadora Ana Carolina pela disponibilidade de sempre, ensinamentos, cobranças pontuais e por aceitar esse desafio de orientar uma desconhecida a distância e tornar tudo leve e muito cheio de aprendizado, sem dúvida a senhora foi uma das melhores descobertas desse programa de pós-graduação. Ao programa de pós-graduação em assistência farmacêutica e a todos os professores pelo esforço, compreensão e vontade de nos fazer aprender da melhor forma possível e trazer além de ensinamentos, muito obrigada a todos.

"Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda." (Paulo Freire).

RESUMO

Transtornos mentais são consideradas síndromes que alteram função cerebral e psíquica do indivíduo. O farmacêutico pode contribuir para a melhoria da saúde, bem como auxiliar no melhor uso dos seus medicamentos, e pode fazer parte de equipe de cuidados. Estudos demonstram que o trabalho interprofissional promove melhoria nos desfechos clínicos do paciente e melhora a qualidade do serviço. Nesse contexto, o presente trabalho visa avaliar o impacto clínico do cuidado interprofissional em pacientes com diagnóstico de ansiedade e depressão atendidos em um ambulatório de cuidado farmacêutico. Foi realizado um estudo longitudinal, exploratório e quantitativo, no ambulatório de cuidado farmacêutico, de uma farmácia universitária, na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), na cidade de João Pessoa-PB. Os pacientes foram avaliados por meio de teleconsulta farmacêutica e teleinterconsulta. Foram incluídos pacientes admitidos de agosto de 2019 a julho de 2022, que tivessem 3 consultas realizadas e diagnóstico de depressão e ansiedade. Os dados coletados foram: principais diagnósticos, os sociodemográficos, hábitos de vida, intervenções farmacêuticas e as pontuações nas escalas validadas para o rastreamento e o acompanhamento da depressão e ansiedade, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) e Beck Anxiety Inventory (BAI), respectivamente. Foram retirados do prontuário e formulários eletrônicos. As pontuações foram coletadas no primeiro atendimento e após a segunda, terceira e quarta consultas. Os dados foram analisados pelo software JAMOVI. Um total de 153 pacientes foram incluídos, 102 mulheres (66,7%), 51 homens (33,3%), a média de idade foi de 28 anos, os diagnósticos mais prevalentes: ansiedade (66%) e depressão (12,4%). A maioria chegou ao ambulatório já em uso de algum medicamento (60,1%) e não tinham comorbidades (75,8%). Brancos (49%) eram maioria, assim como os solteiros (74,2%), desempregados (20,2%), os que tinham renda de até um salário (62%) e possuíam ensino superior incompleto (40,5%). Quanto aos hábitos de vida, a maioria referiu não beber (88,3%), fumar (66%) e nem fazer exercícios físicos (66%), além disso viviam em João Pessoa (53,6%). A resposta ao tratamento da depressão e ansiedade foi avaliada por meio das escalas de avaliação PHQ-9 e BAI, respectivamente. Para a depressão foi observada redução, significativa estatisticamente, nas pontuações a partir da segunda aplicação, que saiu de 17 (13, 22) para 10 (7, 16) e para a ansiedade essa redução foi de 31 (20, 39) para 17 (7, 28), a média de consultas realizadas foi de 5,0 por paciente. Acerca das intervenções farmacêuticas predominou as que foram relacionadas a dose ou duração do tratamento e as relacionadas a educação em saúde que era padrão nos atendimentos. Em relação ao perfil de uso dos medicamentos, verificou-se que a principal classe de medicamento utilizada foi a dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), em conformidade com os estudos que os colocam como primeira opção de tratamento para depressão e ansiedade. Outrossim, houve redução significativa do uso de benzodiazepínicos durante o processo de cuidado. Desta forma, a partir da análise da resposta ao tratamento é possível inferir que a aplicação do Cuidado interprofissional, forneceu uma melhora do quadro clínico dos pacientes.

Palavras-chave: Interprofissionalidade; saúde mental; teleinterconsulta; cuidado farmacêutico.

ABSTRACT

Mental disorders are considered syndromes that alter the brain and psychic function of the individual. The pharmacist can contribute to health improvement as well as assist in the best use of their medicines, and can be part of care team. Studies show that interprofessional work promotes improvement in the patient's clinical outcomes and improves the quality of service. In this context, the present work aims to evaluate the clinical impact of interprofessional care in patients diagnosed with anxiety and depression treated in a pharmaceutical care outpatient clinic. A longitudinal, exploratory and quantitative study was conducted at the Pharmaceutical Care Outpatient Clinic, a University Pharmacy, at the Federal University of Paraíba (UFPB), in the city of João Pessoa-PB. The patients were evaluated by pharmaceutical and teleinterconsultal teleconsultation. Patients admitted from August 2019 to July 2022 were included, who had 3 consultations and diagnosed depression and anxiety. The data collected were: main diagnoses, sociodemographic, lifestyle habits, pharmaceutical interventions and scales in validated scales for screening and monitoring of depression and anxiety, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and Beck Anxiety Inventory (BAI), respectively. Were removed from the medical records and electronic forms. The scores were collected in the first service and after the second, third and fourth consultations. The data were analyzed by Jamovi software. A total of 153 patients were included, 102 women (66.7%), 51 men (33.3%), the average age was 28 years, the most prevalent diagnoses: anxiety (66%) and depression (12, 4%). Most arrived at the outpatient clinic already using some medicine (60.1%) and had no comorbidities (75.8%). Whites (49%) were majority, as were single (74.2%), unemployed (20.2%), those who had income up to one salary (62%) and had incomplete higher education (40.5%) . As for living habits, most said not to drink (88.3%), smoke (66%) or exercise (66%), and lived in João Pessoa (53.6%). The response to the treatment of depression and anxiety was evaluated through the PHQ-9 and BAI assessment scales, respectively. For depression, there was a statistically significant reduction in the scores from the second application, which went from 17 (13, 22) to 10 (7, 16) and for anxiety this reduction was 31 (20, 39) to 17 (7, 28), the average consultations performed was 5.0 per patient. About pharmaceutical interventions predominated those related to the dose or duration of treatment and those related to health education that was standard in care. Regarding the drug use profile, it was found that the main class of drug used was that of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), in accordance with studies that place them as the first treatment option for depression and anxiety. Moreover, there was a significant reduction in the use of benzodiazepic during the care process. Thus, from the analysis of the response to treatment it is possible to infer that the application of interprofessional care, provided an improvement in the clinical picture of patients.

Keywords: Interpressionality; mental health; teleinterconsultal; Pharmaceutical care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fases do atendimento interprofissional.....	44
Figura 2. Fluxograma da seleção dos pacientes	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Perfil de uso dos medicamentos	58
Gráfico 2. Distribuição da frequência das intervenções farmacêuticas.....	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Critérios de diagnóstico do transtorno depressivo conforme o DSM-V.	19
Quadro 2. Principais antidepressivos utilizados, doses terapêuticas e efeitos adversos.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Tipos de transtorno de ansiedade.....	21
Tabela 2. Desistência e motivações	53
Tabela 3. Dados sociodemográficos e clínicos.....	54
Tabela 4. Dados clínicos.....	56
Tabela 5. Outros dados clínicos.....	57
Tabela 6. Distribuição das frequências das Intervenções Farmacêuticas	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BZD	Benzodiazepínico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFR	Conselho Federal de Farmácia
CID	Classificação Internacional das Doenças
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DP	Desvio Padrão
ESF	Equipe e Saúde da Família
IF	Intervenção Farmacêutica
ISRS	Inibidor seletivo de recaptção de serotonina
GBD	Global Burden of Disease
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PHQ	Patient Health Questionnaire
SNRI	Inibidor Seletivo da receptação de serotonina e noradrenalina
SUS	Sistema Único de Saúde
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TAS	Transtorno de Ansiedade Social
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TP	Transtorno do Pânico
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.2 OBJETIVOS	14
1.2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.3 JUSTIFICATIVA	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 TRANSTORNOS MENTAIS	17
2.1.1 Depressão	18
2.1.2 Ansiedade	21
2.2. TRIAGEM.....	23
2.3 TRATAMENTO.....	25
2.4. FARMÁCIA CLÍNICA E CUIDADO FARMACÊUTICO	30
2.5 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DIRECIONADOS AO PACIENTE, À FAMÍLIA E À COMUNIDADE.....	33
2.6 CUIDADO FARMACÊUTICO NA SAÚDE MENTAL	35
2.7 INTERPROFISSIONALIDADE, PRÁTICAS COLABORATIVAS E O PAPEL DO FARMACÊUTICO.....	37
2.8 TELEFARMÁCIA E TELESÁUDE.....	40
3. METODOLOGIA.....	42
3.1. LOCAL DO ESTUDO	42
3.2 POPULAÇÃO ELEGÍVEL E AMOSTRAGEM.....	43
3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão	43
3.3. FASES DA EXECUÇÃO DO ESTUDO	43
3.3.1 Serviço de cuidado farmacêutico e interprofissional.....	43
3.3.2. Teleconsultas e telemonitoramentos.....	47
3.3.2.1 Adaptação do processo de atendimento em virtude da pandemia de Covid – 19	47
3.3.2.2 Teleconsultas	47
3.3.2.2.1 Teleconsulta farmacêutica	48
3.3.2.2.2 Consultas presenciais.....	49
3.3.2.2.3 Questionários utilizados	49
3.3.2.2.4 Teleinterconsulta	50
3.4. ASPECTOS ÉTICOS	52

3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	52
4. RESULTADOS	53
4.1. SELEÇÃO DOS PACIENTES.....	53
4.2 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS	54
5. DISCUSSÃO	61
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS	69
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE -9 (PHQ-9).....	103
ANEXO 2 – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK.....	104
ANEXO 3 – PRONTUÁRIO ELETRÔNICO - CLINICARX.....	105
ANEXO IV – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	106
ANEXO V – QUESTIONÁRIO DADOS SOCIOECONÔMICOS E CLÍNICOS.....	107
APÊNDICE 1– ESCALAS DE AVALIAÇÃO: PHQ-9. ADAPTAÇÃO GOOGLE FORMS.....	108
APÊNDICE 2 – ESCALAS DE AVALIAÇÃO: BAI. ADAPTAÇÃO GOOGLE FORMS.....	109

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. Ela implica muito mais que a ausência de doenças mentais, sendo parte integrante da saúde e bem-estar (WHO, 2021). Transtornos mentais são considerados síndromes que alteram a função psíquica do indivíduo, na qual o sistema nervoso central é acometido provocando perturbações clinicamente significativas, que costumam causar sofrimento ao portador, podendo levar a incapacidade e limitações (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2013).

Dados da WHO (2022) mostram que os transtornos mentais com maiores prevalências são ansiedade e depressão, com taxas de 31% e 28,9%, respectivamente, sendo que a situação é pior nos países de renda média e baixa, entre os quais se inclui o Brasil, devido a fatores como o baixo nível educacional e socioeconômico, más condições de trabalho dos profissionais e uso inadequado dos recursos, muitas vezes direcionados a serviços que não têm evidência de bons resultados em saúde (KESSLER et al, 2009; SARAIVA et al, 2020; WHO, 2022).

Estima-se que no mundo, mais de 70% das pessoas que têm alguma condição de saúde mental não recebem tratamento e as que recebem, os fazem de maneira tardia, podendo demorar até 10 anos após o início dos sintomas, o que resulta em sofrimento evitável, incapacidade e perdas econômicas (DAVIS et al., 2020; HENDERSON et al., 2013; KESSLER et al, 2009; SARAIVA et al, 2020; WHO, 2013).

A participação do farmacêutico no cuidado a esses transtornos é essencial, devido a sua perícia em medicamentos e capacidade de promover o seu uso racional, que se apresenta como um dos principais problemas relacionados a esse grupo. Ele é um profissional que possui um grande respaldo histórico no país e possui a missão de contribuir para a melhoria da saúde, bem como auxiliar os pacientes a fazer um bom uso dos seus medicamentos. Nesse contexto, o farmacêutico pode contribuir para o cuidado à saúde de diversas maneiras, entre elas, através da realização dos serviços clínicos providos por farmacêuticos (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2014^a; INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION; OMS, 2011).

Nesses serviços, esse profissional assume um papel central no que tange à saúde dos pacientes, interagindo direta ou indiretamente com outros profissionais de saúde visando melhorias em desfechos clínicos, humanísticos e econômicos (BENRIMOJ et al., 2010).

O farmacêutico, por meio desses serviços, também chamados de serviços cognitivos (CORRER, 2013), tem por objetivo otimizar a farmacoterapia, por meio de uma relação entre paciente, farmacêutico e/ou outros profissionais da área da saúde, trabalhando com interprofissionalidade e prática colaborativa para aprimorar os desfechos clínicos (CARDOSO, 2018).

Um dos objetivos das práticas colaborativas é o desenvolvimento de relações de trabalho mais próximas entre prestadores de cuidados primários e provedores especializados, bem como um atendimento humanizado e efetivo para o usuário. Tais práticas se baseiam em abordagem multi ou interprofissional, com planos de cuidado estruturados acompanhamento do paciente, família e comunidade (COVENTRY et al, 2014; GUNN et al, 2006; SARAIVA et al, 2020).

Revisões sistemáticas indicam que esse modelo de cuidado tem se mostrado mais eficaz do que o cuidado padrão para depressão e ansiedade e mais custo-efetivo. Além disso, tem demonstrado bons resultados em termos de detecção de casos, oferta de tratamento, resultados clínicos e a satisfação dos pacientes (ARCHER et al, 2012; COVENTRY et al, 2014; KELLY et al, 2011; RICHARDS et al, 2016; SARAIVA et al, 2020). No entanto, esses estudos foram realizados em ambientes controlados e em países de alta renda e não se tem muitos dados em países de renda média e baixa, sendo necessário realizar mais pesquisas para comprovar esses dados (SARAIVA et al, 2020).

A prestação de serviços de saúde ainda sofre por escassez de profissionais, o que muitas vezes implica no não atendimento das necessidades dos pacientes, principalmente os que vivem em áreas mais remotas. Para ajudar a melhorar esse acesso, a tecnologia, por meio do tele-saúde emerge como alternativa para locais longínquos e com poucos profissionais. Em 2022 o CFF publicou a resolução nº 727/22 que regulamentou a telefarmácia em todos os níveis de atenção à saúde. Entre os serviços regulamentados estão a teleconsulta farmacêutica e a teleinterconsulta, assim como em outros serviços clínicos, providos por farmacêuticos (CFF, 2022).

Em novembro de 2018, o trabalho interprofissional voltado à saúde mental foi implantado no ambulatório de Cuidado Farmacêutico da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), por meio do projeto de extensão, permitindo que os alunos e profissionais

desenvolvessem competências em cuidado farmacêutico, além de prover benefícios diretos a comunidade. Desde então foram rastreados e acompanhados pacientes, por meio de consultas farmacêuticas e interprofissionais. Devido a pandemia, a forma de atendimento principal (presencial) foi modificada e o processo de trabalho foi adaptado para ao modelo de consultas remotas, até o término da vigência dessa.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o impacto clínico do cuidado interprofissional, entre médico e farmacêutico, em pacientes com escores compatíveis com o diagnóstico de depressão e/ou ansiedade por meio das escalas psicométricas padronizadas.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto clínico do cuidado farmacêutico e interprofissional em pacientes acompanhados pelo ambulatório de cuidado interprofissional da UFPB, com diagnóstico de depressão e/ou ansiedade.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes acompanhados no cuidado farmacêutico;
- b) Realizar o rastreamento de pacientes para depressão e ansiedade, por meio de escalas padronizadas;
- c) Caracterizar o perfil clínico dos pacientes atendidos;
- d) Avaliar o perfil farmacoterapêutico desses pacientes;
- e) Descrever as intervenções realizadas no processo de cuidado;
- f) Avaliar o impacto clínico do cuidado interprofissional por meio dos scores obtidos nas escalas de avaliação.

1.3 JUSTIFICATIVA

A saúde mental da população necessita de uma atenção especial devido a ascensão dos transtornos mentais na atualidade. O Brasil é um dos países com maiores percentuais de ansiedade e depressão do mundo, atingindo todas as faixas etárias e gêneros. Nesse país, mesmo após anos de discussões sobre os serviços providos por farmacêuticos, e todo o material disponibilizado pelo Conselho Federal de Farmácia sobre esses serviços (CFF, 2016), ainda há poucas ações divulgadas sobre as eles na área da saúde mental.

A participação do farmacêutico no cuidado a esses transtornos é essencial, devido a sua perícia em medicamentos e capacidade de promover o seu uso racional, que se apresenta como um dos principais problemas relacionados à população. Uma importante modalidade de tratamento no manejo de muitas doenças mentais são os medicamentos, e os farmacêuticos estão, portanto, bem-posicionados para melhorar os serviços de saúde mental, com potencial para reduzir os problemas associados aos transtornos mentais e promover o uso racional de psicotrópicos.

Além disso, possuem conhecimento sobre o tratamento utilizado para esses problemas de saúde e tem habilidades que podem ajudar no processo de adesão ao tratamento, a reduzir a polifarmácia, além de fornecer aconselhamento aos portadores dessas doenças acerca do processo fisiopatológico delas e dos medicamentos utilizados, principalmente em relação as reações adversas que eles podem apresentar e a importância da adesão a esse tratamento (AKOUR et al., 2022; RICHARDSON et al., 2014; RUBIO-VALERA et al., 2011; RUBIO-VALERA et al., 2014). Esse profissional pode ainda fazer o rastreamento, por meio de questionários padronizados, tanto da depressão quanto da ansiedade (ALDERMAN et al., 1997; CAMPBELL et al., 2011; DOLDER et al., 2008; DOREVITCHET et al., 1996; GOAD et al., 1990; MARINO et al., 2010; MORTON et al., 1995; STANISLAV et al., 1994; SUEHS et al., 2011; STONER et al., 2000; VED et al., 2007; VIRANI et al., 2003).

O farmacêutico, por meio dos serviços clínicos, tem por objetivo otimizar a farmacoterapia dos pacientes, através de uma relação entre paciente, farmacêutico e/ou outros profissionais da área da saúde, trabalhando com interprofissionalidade e prática colaborativa com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado e consequentemente os desfechos clínicos dos pacientes.

A prática colaborativa estimula a conversa entre os profissionais da saúde, melhorando a tomada de decisões e qualificando o serviço onde é executada. Ela é considerada um meio de melhorar não só a prestação de cuidados em saúde mental como também para aprimorar a relação entre os profissionais envolvidos no processo de cuidado (ARAÚJO, 2017; ARTHUR & RUSSELL-MAYHEW, 2010; HEATH et al., 2013; GREIDANUS et al., 2019).

A prática colaborativa em saúde mental está sendo considerada como a melhor prática na atenção primária, hospitais e agências governamentais. Ela pode incluir entre os prestadores de cuidados de saúde primários, uma variedade de profissões, como enfermeiros, assistentes sociais, médicos de família, psicólogos, psiquiatras, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais. Esses profissionais trabalham em conjunto com os pacientes, as famílias e outros apoios sociais para promover a saúde mental e fornecer serviços coordenados (HEATH et al., 2013; GREIDANUS et al., 2019).

Os farmacêuticos têm muitas funções dentro dessas equipes, no entanto, essas funções variam de acordo com o local e o tipo de equipe. Alguns estudos demonstraram modelos de colaboração, como a feita entre a atenção primária e secundária, manejo colaborativo da terapia medicamentosa (MCTM), e a conferência de casos (DAVIS, et al., 2020; RUBIO-VALERA, et al., 2014; RIGBY, 2010). Os farmacêuticos têm potencial para agregar valor as equipes multi e interprofissionais de cuidado a saúde mental, ao passo que podem contribuir detectando, resolvendo ou prevenindo problemas relacionados a medicamentos, ajudando a garantir o uso seguro e eficaz desses, reforçando a prevenção primária e a promoção da saúde.

Dessa forma, dentro desse contexto a principal hipótese do estudo foi realizar o acompanhamento dos pacientes, por meio de teleconsultas farmacêuticas e teleinterconsultas para avaliar o impacto clínico do cuidado interprofissional, entre médico e farmacêutico, em pacientes com escore compatíveis e diagnóstico confirmado (através de consulta) de depressão e/ou ansiedade.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TRANSTORNOS MENTAIS

Transtornos mentais são considerados síndromes que alteram função psíquica do indivíduo. Na qual, o sistema nervoso central é acometido provocando perturbações clinicamente significativas, que costumam causar sofrimento ao portador, podendo levar a incapacidade. Geralmente são caracterizados por uma sintomatologia que culmina em funcionamento cerebral inadequado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2013).

Dentro desses transtornos, os Transtornos Mentais Comuns (TMC), têm como sintomas característicos a depressão não psicótica, a ansiedade e sintomas somatoformes, que são os sintomas físicos relacionados a fatores psicológicos, que necessariamente preenchem os critérios da Classificação internacional de doenças (CID-10) ou do Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM-V). Entre os seus principais sintomas estão a insônia, a fadiga, o esquecimento, a irritabilidade, a dificuldade de concentração, além de queixas somáticas e sentimento de inutilidade (GOLDBERG, 1992; SOARES et al., 2020).

A OMS inclui entre os transtornos mais comuns na população a esquizofrenia e outras psicoses, demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento, incluindo o autismo, depressão maior, transtorno afetivo bipolar. Além desses, a ansiedade generalizada, o transtorno do pânico e devido ao uso de substâncias psicoativas (álcool e drogas) também são reportados por outros autores (OMS, 2021; FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE FARMACÊUTICOS, 2015; FERNANDES, 2021).

Em relação aos fatores causais das doenças mentais, pouco é conhecido. No entanto, vários fatores podem tornar as pessoas mais vulneráveis a esses distúrbios, entre eles estão os sociais, psicológicos, biológicos e genéticos. Sua ocorrência pode estar associada também a condições de trabalho estressantes, urbanização, discriminação racial ou exclusão social (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE FARMACÊUTICOS, 2015; CHEN, 2019).

Na última década houve um aumento no número de pessoas acometidas com transtornos mentais, em especial, depressão e ansiedade (FERNANDES et al, 2021; FYNES-CLINTON, 2012; DE SOUZA'S, 2017). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem chamando a atenção para o crescente aumento na prevalência desses transtornos. Estima-se que cerca de 450 milhões de pessoas em todo o

mundo sofrem de transtornos mentais ou neurobiológicos, o que corresponde a quatro das dez principais causas de incapacidade (OMS, 2001; QUADROS et al., 2020).

Além disso, os dados da OPAS/OMS indicam crescimento dessas doenças e estima-se ainda que em 2020 eles poderão atingir 15% de toda a população adulta do mundo. O Brasil, de acordo com uma pesquisa realizada pela OMS tem uma das maiores prevalências desses transtornos, sendo o líder da prevalência de transtornos de ansiedade no mundo e o quinto em diagnósticos de depressão (FERNANDES et al., 2021; DE SOUZA'S, 2017).

2.1.1 Depressão

Os transtornos psiquiátricos são responsáveis por cerca de 22,8% da carga de doenças mentais no mundo. A depressão é um dos principais transtornos e o número de pessoas afetadas aumentou substancialmente desde 1990, em grande parte impulsionado pelo crescimento e envelhecimento da população (CIPRIANE et al., 2018; GILBODY et al., 2015; GBD et al., 2016).

A OMS define a depressão como um transtorno mental comum, caracterizado pela presença de sinais e sintomas como a tristeza persistente ou perda de interesse ou prazer acompanhada por distúrbios do sono ou apetite, sentimento de culpa ou baixa autoestima, sentimentos de cansaço, falta de concentração, dificuldade em tomar decisões, agitação ou inquietação física, falar ou mover-se mais lentamente do que o normal, além de desesperança e pensamentos ou atos suicidas, juntamente com alterações somáticas e cognitivas (OMS, 2017; BATTLE, 2013; ZHAO et al. 2018; CHEN, 2019).

De acordo com o relatório de integração de saúde mental aos cuidados primários da OMS (2020), existem milhões de pessoas no mundo com algum tipo de perturbação mental. Segundo esta organização, no ano de 2019, cerca de 280 milhões de pessoas no mundo sofrem de desordens depressivas (CONSTANTINI, 2021; WHO, 2018, WHO, 2022). No Brasil, estudos regionais feitos nas comunidades mostram uma prevalência de perturbações mentais de 22%, e que a depressão afeta 11,5 milhões de pessoas (5,8% da população) (GONÇALVES et al., 2018; OMS, 2017; OMS, 2020).

O diagnóstico desse transtorno é feito por meio da escuta atenta às queixas do paciente e da busca ativa por sinais e sintomas que possam estar sendo negligenciados ou não verbalizados, levando em consideração que se trata de um fenômeno dimensional e multifacetado. Dessa forma, esse diagnóstico depende da avaliação das manifestações clínicas, do curso da doença, exame físico, entre outros parâmetros. Os critérios diagnósticos explícitos

são importantes para definir pacientes com maior probabilidade de se beneficiarem da terapia antidepressiva (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; CHEN, 2019).

O diagnóstico é feito em pacientes com história de pelo menos um episódio depressivo maior e sem história de mania ou hipomania. Além disso, o episódio depressivo não pode ter sido causado por substâncias, medicamentos ou condições médicas concomitantes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; UPTODATE, 2022).

Nesse sentido, as classificações diagnósticas (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde [CID-10] e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM-5]) estabelecem categorias nosológicas de acordo com parâmetros clínicos como a duração, a persistência, a abrangência, a perturbação do funcionamento psicológico e fisiológico e a desproporção em relação a um fator desencadeante (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; DRIOT et al., 2017).

O Manual Estatístico de Diagnóstico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, Quinta Edição (DSM-5), sugere o diagnóstico dos transtornos depressivos de acordo com a presença de pelo menos cinco ou mais dos nove critérios de diagnósticos, pelo período de pelo menos duas semanas, e que represente uma mudança em relação ao funcionamento anterior, traz ainda que pelo menos um dos sintomas tem que ser (1) humor deprimido e (2) perda de interesse ou prazer de fazer as coisas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Os critérios estão listados no quadro abaixo:

Quadro 1. Critérios de diagnóstico do transtorno depressivo conforme o DSM-V (continua)

Presença de pelo menos cinco entre os nove critérios.
Sintomas devem persistir por pelo menos duas semanas e um deles deve ser obrigatoriamente humor deprimido ou perda de interesse/prazer.

Quadro 1. Critérios de diagnóstico do transtorno depressivo conforme o DSM-V (continuação)

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Nota:** Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Fonte: American Psychiatric Association (2014)

A psiquiatria / psicologia usa o diagnóstico de depressão como uma importante ferramenta e estabelece que ele deve vir acompanhado da compreensão dos fatores de risco, protetivos e outras variáveis associada a essa doença, pois elas serão determinantes no processo de busca de informações a fim de ter intervenções mais eficazes (BAPTISTA, 2018; HAWTON, COMABELLA, HAW, & SAUNDERS, 2013; KENDLER, ZACHAR, & CRAVER, 2011).

Essa forma de classificação permite ainda que um indivíduo possua sintomas distinto de outro também diagnosticado como tendo um transtorno depressivo, o que favorece a possibilidade de haver perfis diferentes de sintomas, pois vários dos sintomas podem ocorrer com ausência ou presença da condição e/ou variação da frequência, intensidade e duração dessa

condição, como por exemplo, a insônia ou hipersonia, o retardo ou agitação psicomotora, a perda ou ganho de peso (BAPTISTA, 2018).

2.1.2 Ansiedade

O ser humano tem muitas reações emocionais, e entre elas estão a ansiedade e o medo, que são reações normais a situações ameaçadoras. Entretanto, em pacientes com transtornos de ansiedade, essas reações ficam desproporcionais e perturbam a vida diária, não permitindo muitas vezes a execução das atividades rotineiras desses indivíduos. De acordo com DeSouza et al (2013) ansiedade pode ser conceituada como uma condição orientada para o futuro, que se caracteriza por (1) apreensão relativa à percepção de não poder controlar ou prever eventos potencialmente adversos; (2) sintomas corporais de tensão física; e (3) desvio do foco de atenção para esses eventos potencialmente aversivos ou às respostas afetivas desencadeadas por eles. Entretanto, nos casos em que o indivíduo apresente ansiedade e/ou medo aumentados e de forma desproporcional à situação vivenciada ou em situações nas quais eles não são adaptativos, ou que se mantenham de modo persistente que leve a prejuízos no funcionamento desses indivíduos, caracteriza os Transtornos de Ansiedade (TA) (BARLOW & DURAND, 2008; DESOUSA et al., 2013; CRASKE e COLS., 2009).

Os TA estão entre os transtornos psiquiátricos mais comuns com uma prevalência ao longo da vida de mais de 20%, incluindo diagnósticos de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno do Pânico (TP) e fobias (fobia social, agorafobia e fobia específica) conforme a tabela 1 abaixo. (KESSLER et al., 2005; KESSLER et al., 2012; GBD et al., 2017; GARAKANI et al., 2020; MANGOLINI et al., 2019; MEIER et al., 2019).

Tabela 1. Tipos de transtorno de ansiedade (continua)

Tipo de transtorno	Descrição do quadro clínico
Transtorno do pânico	Crises recorrentes de ansiedade intensa, sem um fator desencadeante. O temor de ter novos ataques de pânico leva o indivíduo a mudar seu comportamento e evitar situações que possam servir de gatilho.
Agorafobia sem pânico	Medo em determinadas situações como utilizar o transporte público, estar em espaços abertos, estar fora de casa sozinho, ficar em uma fila ou estar em locais lotados. Situações essas causam uma ansiedade desproporcional no indivíduo

Tabela 1. Tipos de transtorno de ansiedade (conclusão).

Ansiedade de separação no Adulto.	Medo sobre a possibilidade de perder ou se separar de alguma figura de importância afetiva. Esse temor torna-se prejudicial ao desenvolvimento, deixando o indivíduo dependente.
Transtorno de Ansiedade Generalizada.	Preocupação persistente e excessiva em várias atividades, de forma que o indivíduo tem dificuldade de controlá-la.
Fobia social	Receio ou medo de interações sociais ou outras situações que envolvem a possibilidade de ser examinado e avaliado pelos outros. Nesse transtorno muitas vezes se evita o contato.
Fobia específica	Medo e sentimentos que levam a evitar um objeto ou situação, de forma desproporcional ao risco que realmente eles representam.

Fonte: A autora (2022)

De acordo a OMS (2022), existem cerca de 301 milhões de pessoas no mundo que sofrem de transtornos de ansiedade. No Brasil, segundo Mangolini et al (2019), a prevalência da ansiedade na população brasileira é alta, dados retirados de estudos realizados, como o que avaliou a violência em São Paulo e no Rio de Janeiro, mostraram valores de 12,4% dessa prevalência, enquanto que no ELSA essa taxa variou de 9,9% a 10,2%, ambos os estudos apontaram também que a ansiedade apresentou comorbidade com transtornos depressivos com números de 24,9% para o estudo de violência e 2,9% a 6,6% com o ELSA (BLAY et al., 2018; KEMP et al., 2015; MANGOLINI et al., 2019)

Os transtornos de ansiedade (está) apresentam uma alta carga de comorbidade e são considerados uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo, que pode levar a faltas ao trabalho e à escola e tem uma carga de custos maior do que outros transtornos mentais devido à sua maior prevalência. Em comparação com outras doenças físicas e mentais nos últimos 25 anos, os transtornos de ansiedade se mantiveram estáveis, variando entre a 17a. e 18a. posição nos países de alta renda. Os transtornos de ansiedade apresentam baixos índices de remissão espontânea e tendência a cronicidade espessa ou capacidade de desdobramento em outros transtornos psiquiátricos, quando não tratados (DESOUZA et al., 2013). O TA ocupa o sexto lugar entre todos os transtornos mentais e somáticos em termos de “anos vividos com

incapacidade” (YLDs) e “anos de vida ajustados por incapacidade” (DALYs) (ALOHA et al., 2011; ALONSO et al., 2004; BAXTER et al., 2010; GARAKANI et al., 2020; MEIER et al., 2019; SMIT et al., 2006).

Dessa forma, quanto mais breve a avaliação e diagnóstico e conseqüentemente tratada essa desordem, melhor tende a ser o prognóstico e menores os prejuízos aos pacientes acometidos. Tendo em vista, que esse diagnóstico precoce permite a esses indivíduos o conhecimento acerca do curso da doença, prevalência e possibilidades de tratamentos, farmacológicos e não farmacológicos, entre outras questões (DESOUSA et al., 2013).

2.2. TRIAGEM

Em virtude da importância da triagem e conseqüentemente de um diagnóstico precoce dos transtornos psiquiátricos, com vistas a obter melhoria no prognóstico dessas doenças, é importante que clínicos e acadêmicos e/ou demais profissionais envolvidos tenham instrumentos que possa auxiliar tanto na triagem, quanto na avaliação e acompanhamento de sinais e sintomas desses transtornos. Instrumentos validados fornecem um aparato padronizado e seguro a fim de obter indicadores para a avaliação de um construto, traço latente ou processo mental subjacente, garantindo dessa forma a obtenção de dados confiáveis e consistentes (DESOUSA et al., 2013; PRIMI, 2010).

Os instrumentos utilizados no TA têm como alguns objetivos o rastreamento e podem ser usados também avaliação adequada dos sintomas, para fins diagnóstico, seleção de participantes de pesquisa, conceituação de caso, embasamento da escolha de um plano terapêutico e monitorização de resultado do tratamento. Eles são essenciais no cuidado com o paciente, pois podem gerar informações para a escolha e implementação de tratamento. Sendo assim, são de suma importância as propriedades psicométricas do instrumento utilizado, normas apropriadas de uso e evidência de real utilidade clínica (JOHNCO et al., 2015; TISOT, 2020).

Exemplos de instrumentos utilizados nessa avaliação é a Goldberg Anxiety e Depression Scale (GADS), que enfatiza a avaliação dos sintomas somáticos de ansiedade dando mais atenção a esses sintomas que aos psíquicos, no entanto, as propriedades psicométricas dessa escala são limitadas (FIRTS et al., 2017; MOLDE et al., 2017). Outro instrumento utilizado é o Beck Anxiety Inventory (BAI), um questionário do tipo autorrelatado, composto por 21 itens, e que foi desenhado para medir a gravidade da ansiedade e distinguir a ansiedade

da depressão. É uma ferramenta simples e com boas evidências sobre as suas propriedades psicométricas (BECK et al., 1988; MURPHY and HELMICK, 2012; TISOTT, 2020)

Além da ansiedade, a depressão também possui escalas que ajudam no rastreamento, avaliação e acompanhamento do quadro. As ferramentas variam em sua abordagem para avaliar os sintomas físicos e ajudam a identificar pacientes não diagnosticados com depressão, o que pode encurtar o período entre o início da doença e o primeiro tratamento. A triagem pode ser benéfica para descobrir pacientes com risco de suicídio entre aqueles com triagem positiva (CHEN, 2019; O'CONNOR et al., 2016; THOM, 2019).

Algumas escalas de autoavaliação podem ser usadas como ferramentas de triagem e também para avaliar a gravidade dos sintomas clínicos para o transtorno depressivo. Entre os instrumentos que podem ser usados estão o Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9), Escala de Autoavaliação de Depressão (SDS), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário Rápido de Sintomatologia Depressiva (QIDS-SR), Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS), Escala de Depressão Geriátrica, entre outros (WARNICK et al., 2021; CHEN, 2019; BECK et al., 1961; RUSH et al., 2003; ZUITHOFF et al., 2010; ZUNG et al., 1965). Em particular, o PHQ-9 é a ferramenta preferida usada na maioria dos cuidados primários e também foi identificado como a ferramenta de triagem mais confiável para depressão, pois se trata de uma abordagem que inclui sintomas somáticos de depressão (PATEL et al., 2019; COSTANTINI et al., 2021; EL-DEN et al., 2018; LEVIS et al., 2019; THOM, 2019).

Trata-se de uma escala multifuncional para avaliar os sintomas depressivos nos últimos 14 dias (KROENKE et al., 2001). CHIBANDA et al (2016) relataram que sua sensibilidade foi de 85% (IC 95%: 78-90%) e especificidade de 69% (IC 95%: 59-77%) na identificação de quadros depressivos e transtornos de ansiedade (CHIBANDA et al., 2016). De acordo com Levis et al., 2019, o escore de corte padrão no momento da triagem para identificar uma possível depressão maior é de 10 ou mais, pontuação essa que foi estabelecida no primeiro estudo sobre o PHQ-9 (KROENKE et al., 2001; KROENKE et al., 2002; SPITZER et al., 1999; WITTKAMPF et al., 2007; GILBODY et al., 2007; LEVIS et al., 2019).

Ele é composto por 9 questões que se baseiam nos nove critérios do DSM-IV para transtorno depressivo maior e explora os sintomas vividos pelos pacientes durante as duas semanas imediatamente anteriores a avaliação. A pontuação para cada item dessa ferramenta varia de 0 (que os sintomas não incomodaram nenhuma vez), a 1 (incomodaram vários dias), 2 (mais da metade dos dias) e 3 (quase todos os dias). Ele também fornece um diagnóstico

preliminar de transtorno depressivo maior usando um diagnóstico baseado em algoritmo (≥ 5 itens, incluindo itens 1 e/ou 2, são classificados ≥ 2), resultando na pontuação total para o questionário de 10 ou mais (DAJPRATHAM et al., 2020).

O PHQ-9 como uma ferramenta de triagem para o diagnóstico de depressão, usa um algoritmo baseado na soma das pontuações. As pontuações desse questionário variam de 0 a 27. A soma permite a determinação de diferentes graus de depressão e também ajudam na avaliação de resposta ao tratamento (DAJPRATHAM et al., 2020; KROENKE et al., 2001; PATEL et al., 2019).

2.3 TRATAMENTO

As estratégias de tratamento da depressão e ansiedade incluem terapia farmacológicas e não farmacológicas. A primeira refere-se principalmente aos medicamentos, que são a base do tratamento para quadros de depressão moderados a graves, enquanto a última conta principalmente com psicoterapia e exercício físico que são alternativas para casos de depressão leve (HIERONYMUS et al., 2016; CHEN, 2019). Os objetivos do tratamento são o controle dos sintomas, além do alcance da remissão clínica, redução a taxa de incapacidade, prevenção da recaída, melhora da função social e promoção da qualidade de vida (CHEN, 2019).

Agrupados em várias classes de medicamentos, com diferentes mecanismos de ação, os antidepressivos são tratamentos amplamente utilizados para o transtorno depressivo maior e de ansiedade, e estão disponíveis em todo o mundo (CIPRIANI et al., 2018; GARANKINI et al., 2020). Diretrizes de vários países recomendam como primeira linha de tratamento da depressão e ansiedade as seguintes classes de medicamento: Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (SNRI).

Além desses, a Bupropiona e a Mirtazapina são voltadas, principalmente, para os transtornos depressivos, sendo essa última usada devido aos seus efeitos positivos no sono e apetite e por possuir menos efeitos colaterais sexuais, porém tem poucos estudos voltados para a ansiedade. A Bupropiona, que age inibindo a recaptação de dopamina e noradrenalina, além da eficácia para transtornos depressivos é também utilizada para tratar Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH) e cessação tabágica (TRIVEDI et al., 2001; GARAKINI et al., 2020). Na ansiedade é utilizada como adjuvante para minimizar os efeitos sexuais causados pelos antidepressivos, mas há poucos estudos para monoterapia no tratamento da ansiedade para que

possam apoiar o seu uso (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2009; BANDELOW et al., 2015; BAYES and PARKER, 2018; GARAKINI et al., 2020).

Entre os ISRS, estudos sugerem um melhor perfil de eficácia, aceitabilidade e custo-efetividade para Escitalopram e Sertralina, enquanto que outro estudo mostrou maior tamanho de efeito para escitalopram e duloxetine (CIPRIANI, 2009; HE et al., 2019; GARAKINI, 2020; RAMSBERG et al., 2012). Devido ao perfil de efeitos colaterais desfavoráveis, como ganho de peso, boca seca, sedação, hesitação ou retenção urinária, arritmias e risco de mortalidade com overdose, os antidepressivos tricíclicos apesar de terem eficácia comparada ao ISRS são menos prescritos e não estão na primeira linha de tratamento para depressão e ansiedade (ARROLL et al., 2009; BAKKER et al., 2002; CIPRIANI, 2009; DRIOT et al., 2017; GARAKINI, 2020; LAM et al., 2009; NICE, 2009).

Os inibidores da monoamina oxidase (IMAOs) são medicamentos antidepressivos mais antigos, usados como uma opção de terceira linha de tratamento devido aos efeitos colaterais e das restrições alimentares. Agências de regulação sanitária como a Food Drug Administration (FDA), não os aprovaram para os transtornos de ansiedade, mas eles podem ser utilizados em pacientes com transtorno de ansiedade social (TAS) que não respondem aos ISRS (CURTISS et al., 2017; GARAKINI et al., 2020).

Outra linha de tratamento mais voltada para a ansiedade são os agonistas parciais de 5-HT_{1A} classificados sob as azapironas, que tem como representante a buspirona. Seu uso na ansiedade, normalmente, é como tratamento adjuvante com ISRS ou SNRI principalmente para Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) (CHESSICK et al., 2006; GARAKINI et al., 2020). Uma revisão da Cochrane de buspirona para TAG descobriu que era superior ao placebo, mas teve um tamanho de efeito menor no TAG em comparação com benzodiazepínicos e outros antidepressivos (CHESSICK et al., 2006; GARAKINI et al., 2020). Ela é geralmente administrada de duas a três vezes ao dia e tem um início de ação gradual entre 10 dias a 4 semanas. Os efeitos adversos relacionados ao seu uso incluem náusea, tontura e dor de cabeça (RISSARDO et al., 2020; GARAKINI et al., 2020).

Uma classe de medicamentos largamente utilizada e estão entre os mais prescritos no mundo para o tratamento da ansiedade são os benzodiazepínicos. Os críticos ao uso desses medicamentos, como primeira linha de tratamento, não os indicam devido ao risco potencial de desenvolver tolerância, dependência, abuso ou uso indevido, além da preocupação com quedas nos idosos (MOORE et al., 2015; GARAKINI et al., 2020). Apesar de não serem considerados como tratamento inicial, nem como monoterapia, eles podem ser usados a curto prazo de forma

permanente ou conforme necessário para transtorno do pânico (TP), TAG e TAS em conjunto com ISRS e SNRI, principalmente no início do tratamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2009; GARAKINI et al., 2020; NICE, 2013; NICE, 2011).

Do ponto de vista da tolerância, os antidepressivos costumam ser bem tolerados, com efeitos adversos normalmente administráveis ou de curta duração, como náusea, dor de cabeça, boca seca, diarreia ou constipação. Um dos efeitos mais duradouros e problemáticos dos ISRS e SNRI é a disfunção sexual, porém pode ser controlado com tratamentos adjuvantes. Existe a possibilidade ainda de os pacientes desenvolverem nervosismo ou ansiedade induzidos por esses medicamentos, potencialmente devido ao aumento inicial de serotonina, embora esses sintomas possam ser atenuados por meio de uma titulação mais lenta ou com uso adjuvante de benzodiazepínicos (GARAKINI, 2020; SINCLAIR et al., 2009).

As reações adversas a medicamentos podem ser um fator para a não adesão ou a descontinuação do tratamento com antidepressivos. Com isso, a maioria das diretrizes estabelece a necessidade de informar aos pacientes acerca dessas reações, principalmente em relação a sua leveza e caráter transitório. Entre os sintomas que podem acontecer e que os pacientes devem ser alertados estão: o risco aumentado de ansiedade, agitação e ideação suicida no início do tratamento, especialmente entre os menores de 30 anos. Além desses sintomas essas diretrizes insistem para a pesquisa de disfunção sexual, particularmente comum com os ISRS e SNRI, devido ao seu caráter incapacitante e por ser uma reação que pode levar a descontinuidade do tratamento (DRIOT et al., 2017; NICE, 2009).

Em relação a duração do tratamento, as diretrizes estabelecem ainda que elas podem variar, mas que o tratamento deve ser continuado por pelo menos seis meses após a remissão, e que podem durar de um a dois anos ou até mais (DRIOT et al., 2017; GARAKINI, 2020; MINISTRY OF HEALTH MALÁSIA, 2007). Os medicamentos que fazem parte dessas diretrizes estão listados no quadro 2.

Quadro 2. Principais antidepressivos utilizados, doses terapêuticas e efeitos adversos (continua)

Classe	Nome	Dosagem usual	Potencial de efeitos adversos
Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)	Fluoxetina	10-80 mg	Sonolência (fluvoxamina e paroxetina), insônia, agitação, hipotensão ortostática (paroxetina), prolongamento do intervalo QT (citalopram, escitalopram), toxicidade gastrointestinal (sertralina), ganho de peso (paroxetina), disfunção sexual.
	Sertralina	50-200 mg	
	Paroxetina	20-60 mg	
	Citalopram	10-40 mg	

Quadro 2. Principais antidepressivos utilizados, doses terapêuticas e efeitos adversos (continuação)

	Escitalopram	5–30 mg	
	Fluvoxamina	50-300 mg	
Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (SNRI)	Desvenlafaxina	50-100 mg	Sonolência (milnaciprano e venlafaxina), insônia, agitação, hipotensão ortostática (levomilnaciprano), prolongamento do intervalo QT (venlafaxina), toxicidade gastrointestinal, ganho de peso (venlafaxina, duloxetina), disfunção sexual (venlafaxina).
	Venlafaxina	75-375 mg	
	Duloxetina	30–120 mg	
	Levomilnaciprano	20-120 mg	
Agentes atípicos	Agomelatina	25-50 mg	Sonolência (mirtazapina), agitação, toxicidade gastrointestinal, ganho de peso (mirtazapina)
	Bupropiona	100-450 mg	
	Mirtazapina	15-45 mg	
Moduladores da serotonina	Trazodona	100-600 mg	Sonolência (trazodona), hipotensão ortostática (trazodona), toxicidade gastrointestinal, disfunção sexual (vilazodona).
	Nefazodona	50-600 mg	
	Vortioxetina	5-20 mg	
Tricíclicos e tetracíclicos	Amitriptilina	10-300 mg	Efeitos anticolinérgicos (sedação, boca seca, constipação), sonolência, hipotensão ortostática, prolongamento do intervalo QT (imipramina), ganho de peso (amitriptilina, clomipramina), disfunção sexual (amitriptilina, clomipramina, imipramina).
	Clomipramina	25-300 mg	
	Imiprimina	10-300 mg	
	Maprotilina	25-255 mg	
	Nortriptilina	10-150 mg	

Quadro 2. Principais antidepressivos utilizados, doses terapêuticas e efeitos adversos (conclusão)

Inibidores da monoamina oxidase (MAO)	Isocarboxazida	10-60 mg	Efeitos anticolinérgicos (sedação, boca seca, constipação), sonolência, hipotensão ortostática, prolongamento do intervalo QT (fenelzina), disfunção sexual.
	Fenelzina	15-90 mg	
	Tranilcipromina	10-60 mg	
Bloqueador dos autorreceptores da serotonina (5HT1A)	Buspirona	10-60 mg	Dor de cabeça, nervosismo, excitação (mais comuns) e, em menor grau, sonolência e insônia.

Apesar de não existir protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no sistema único de saúde (CONITEC) corrobora com dados internacionais sobre o fato que o tratamento da depressão depende da gravidade da doença e outros fatores envolvidos, e que as classes utilizadas como primeira linha são essas já supracitadas (CIPRIANI et al, 2018; CONITEC, 2021; GABRIEL et al, 2020; NICE).

Bayes and Parker (2018) referem em seu estudo que essas diretrizes diferem um pouco em relação ao tratamento de segunda linha. A diretriz dos veteranos dos EUA aconselha o uso de outra monoterapia como segunda linha, enquanto a OMS recomenda mudar de classe. Já as diretrizes do Canadá, da Associação Americana de Psiquiatria e o sistema de saúde britânico colocam os antidepressivos tricíclicos como segunda linha de tratamento (APA, CANMAT-Pharm, TMAP, RANZCP, NICE, BMJ, BAP, 2009, 2010; Bayes e Parker, 2019).

Em relação aos tratamentos não farmacológicos, a psicoterapia faz parte da estratégia de tratamento de primeira linha para a distúrbios depressivos. De acordo com alguns estudos diversas abordagens psicoterapêuticas se mostraram igualmente eficazes para casos de transtornos depressivos leves e moderados (MEISTER et al., 2018; THOM et al., 2019).

Uma metanálise mostrou que a psicoterapia, principalmente nas técnicas de Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e a Psicoterapia Interpessoal (IP), em conjunto com medicamentos antidepressivos se mostrou altamente eficaz no tratamento da depressão grave quando comparado a monoterapia de ambos (MEISTER et al., 2018).

Entre as terapias não farmacológicas, a atividade física, tem se mostrado boas alternativas no tratamento de transtornos mentais em geral e também para a depressão. Alguns estudos mostram que essa prática ajuda os pacientes na evolução do seu tratamento, no entanto,

não foram encontrados estudos de alta qualidade que tenha mostrado resultados significativos. Os estudos mostram também que nem todos os pacientes se beneficiam desta prática, e um estudo específico mostrou que apenas 40% dos pacientes se beneficiaram da prática de atividade física sem a combinação dessa com outras terapias (DUNN et al., 2005; KROGH et al., 2016; SUCH et al., 2016; REPPLE et al., 2021).

2.4. FARMÁCIA CLÍNICA E CUIDADO FARMACÊUTICO

Originado da década de 60, o termo Farmácia Clínica, veio para atender a necessidade de denominar os serviços clínicos desempenhados por farmacêuticos hospitalares para otimizar a farmacoterapia e garantir a segurança do paciente (PEREIRA e FREITAS, 2008). Por meio dessa prática, o farmacêutico, que antes era considerado apenas gestor, passou então a explorar seu potencial clínico, voltando-se para o conhecimento da farmacoterapia e busca da prevenção e resolução dos danos ocasionados por medicamentos em conjunto com a equipe de saúde (HEPLER e STRAND, 1990; PEREIRA e FREITAS, 2008; CFF, 2016; CORRER e OTUKI, 2013).

O Colégio Americano de Farmácia Clínica define a Farmácia clínica como uma especialidade científica que incorpora a aplicação, por meio dos farmacêuticos, dos princípios científicos da farmacologia, toxicologia, farmacocinética e terapêutica para o cuidado dos pacientes. De acordo com essa definição, a farmácia clínica pode ser considerada como sinônimo de serviços cognitivos (HEPLER, 2004; CIPOLLI et al., 1998).

De forma mais ampla, esse conceito refere-se a “área da farmácia, voltada à ciência e à prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças”, sendo assim, portanto contempla os princípios da atenção farmacêutica (CFF, 2016; ACCP, 2008; PEREIRA e FREITAS, 2008). O novo conceito adotado pelo Conselho Federal de Farmácia, expande a ideia primária de “uma série de atividades de um grupo profissional” para uma área de atuação profissional, contribuindo dessa forma para aplicação dessa definição em outros ambientes de cuidado, e no desenvolvimento de novos conhecimentos (CFF, 2016).

Já o termo *Pharmaceutical Care* surgiu no final da década de 80, com o intuito de suprir a necessidade de conceituação das atividades clínicas desenvolvidas por farmacêuticos junto ao paciente, no ambiente ambulatorial, para garantir uma farmacoterapia racional e melhorar os desfechos em saúde como um todo. Posteriormente, Hepler & Strand (1990) conceituaram

Pharmaceutical Care como: “a provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de obter resultados definidos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes” (AL-QUTEIMAT et al., 2014; HEPLER e STRAND, 1990).

A filosofia do *Pharmaceutical Care* inclui vários elementos, que englobam a afirmação de uma necessidade social, o enfoque centrado no paciente e o desenvolvimento e a manutenção de uma relação terapêutica com o paciente, além da descrição das responsabilidades concretas do profissional (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2000). Essa prática baseia-se na relação entre o paciente e o profissional prestador de cuidados em saúde que aceitam a responsabilidade de prestar cuidados aos pacientes. E envolve a participação ativa tanto do paciente quanto do profissional de saúde na terapia medicamentosa (AL-QUTEIMAT et al., 2014).

O cuidado farmacêutico envolve três funções principais, que são: a identificação, a resolução e a prevenção de problemas potenciais e reais relacionados aos medicamentos (AL-QUTEIMAT et al., 2014). A proposição filosófica inicial é que a responsabilidade essencial do farmacêutico nesta prática é garantir que toda a terapia medicamentosa do paciente seja apropriadamente indicada para tratar seus problemas de saúde, que os medicamentos que ele utiliza sejam os mais efetivos disponíveis e os mais seguros possíveis e que o paciente esteja disposto e seja capaz de utilizá-los conforme o recomendado (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2004).

O termo “Atenção Farmacêutica” (Pharmaceutical Care) foi introduzido no Brasil com diferentes significados. É utilizado para definir vários serviços clínicos, como também para referir-se a um único serviço – o acompanhamento farmacoterapêutico (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2014a). Há, também, quem o utilize para expressar um novo modelo de prática profissional ou uma nova filosofia de prática (MARACLE, OLIVEIRA e BRUMMEL, 2012; AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY, 2008).

Ocorreu avanços importantes nos últimos anos no Brasil, em referência as resoluções que envolvem os profissionais farmacêuticos, destacando-se a publicação das resoluções do Conselho Federal de Farmácia nº 585 de agosto de 2013, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências, e a nº 586 de agosto de 2013, que regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências (BRASIL, 2013a, b).

Alguns autores denominam o cuidado farmacêutico como um modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos direcionados ao paciente, à família e à comunidade. A opção por esta denominação para a descrição deste modelo de prática deveu-se

à similaridade com outras profissões da saúde (cuidados de enfermagem, cuidado fisioterápico e cuidado nutricional), bem como devido ao significado da própria palavra (VALE e PAGLIUCA, 2011). Michaelis (2014) descreve cuidado como: “pensado, meditado, refletido (...), bem trabalhado, bem feito, apurado, (...), interesse, zelo, desvelo, diligência, solicitude, atenção (...), conta, incumbência, responsabilidade.

No que se refere ao processo de cuidado ao paciente, esse é baseado no método clínico do médico Laurence Weed, que aprimorou o método para resolução de problemas e o sistema de registro em prontuário conhecido como SOAP (dados subjetivos, objetivos, avaliação e plano). Esse sistema de registro definiu a ação do profissional em quatro dimensões: coleta de dados, identificação de problemas, definição de um plano de cuidado, e seguimento do paciente para avaliação dos resultados (WEED, 1968; CFF, 2016; BRASIL, 2014a, b).

O processo de cuidado ao paciente é uma abordagem sistemática aplicável aos diferentes serviços de cuidado farmacêutico nos diferentes pontos de atenção à saúde. Esse processo envolve as fases de coleta e organização dos dados, identificação de problemas relacionados a farmacoterapia, elaboração de plano de cuidado em conjunto com o paciente e seguimento individual desses. Nesse contexto, o farmacêutico pode contribuir para o cuidado à saúde de diversas maneiras, entre elas:

- a) estar disponível para os pacientes;
- b) realizar o rastreamento em saúde;
- c) desenvolver ações para a promoção da saúde e prevenção de doenças;
- d) contribuir para a efetividade dos medicamentos;
- e) prevenir o dano associado ao uso de medicamentos;
- f) fazer uso responsável dos limitados recursos de saúde;
- g) promover segurança do paciente.

O cuidado prestado pelo farmacêutico se materializa para o paciente e para a sociedade na provisão de serviços farmacêuticos clínicos, que são serviços onde farmacêuticos utilizam suas competências clínicas (conhecimentos, habilidades e atitudes) a fim de melhorar o processo de uso dos medicamentos e/ou os resultados da farmacoterapia (CFF, 2016). Eles podem contar com a interação com o paciente ou outros profissionais da saúde sempre que necessário.

O Conselho Federal de Farmácia, em 2016, dividiu os serviços clínicos prestados pelo farmacêutico em nove, sendo que cada um deles devem ser ofertados de acordo com as necessidades de saúde dos pacientes. Esses serviços são: rastreamento em saúde; educação em

saúde; dispensação; manejo de problema de saúde autolimitado; monitorização terapêutica de medicamentos; conciliação de medicamentos; revisão da farmacoterapia; gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico (CFF, 2016).

Uma revisão sistemática, incluindo estudos que avaliaram o impacto do cuidado farmacêutico na saúde mental, no período de 1972-2003, demonstrou que a inclusão desse profissional esteve associada a melhora na qualidade das prescrições, satisfação do paciente e promoção de educação a pacientes e profissionais de saúde (FINLEY, 2003).

2.5 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DIRECIONADOS AO PACIENTE, À FAMÍLIA E À COMUNIDADE

A atuação do farmacêutico no cuidado direto ao paciente, à família e à comunidade, a fim de reduzir a morbimortalidade relacionada ao uso dos medicamentos, promover a saúde e prevenir a doença e outras condições, é um desafio para o sistema de saúde brasileiro (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a, 2013f, 2013g). Experiências internacionais em países como Canadá, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Espanha, Portugal, Holanda, Suíça, Estados Unidos da América que incentivaram a ampliação da atuação clínica do farmacêutico como estratégia para a obtenção dos melhores resultados com os tratamentos e outras tecnologias em saúde obtiveram efeitos positivos (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2008; UNITED KINGDOM, 2005, 2014; MARTÍNEZ et al., 2014; INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011).

O cuidado que este profissional presta ao paciente e à sociedade é materializado na prestação de serviços clínicos farmacêuticos. Estão incluídos entre os serviços providos por estes: o acompanhamento farmacoterapêutico, a conciliação de medicamentos e a revisão da farmacoterapia, e se caracterizam pela expertise do farmacêutico em identificar, prevenir e resolver problemas relacionados à farmacoterapia (BRASIL, 2013d, f). O farmacêutico compartilha ainda com os demais profissionais da saúde outros serviços tais como o rastreamento e a educação em saúde (BRASIL, 2014d; BRASIL, 2013d; BRASIL, 2010c; OMS, 1993).

Os serviços prestados pelo farmacêutico a fim de atender às necessidades de saúde do paciente, da família e da comunidade, incluem: rastreamento em saúde, educação em saúde, dispensação, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico e monitorização terapêutica de medicamentos (BRASIL, 2013d).

O rastreamento em saúde possibilita a identificação provável de doença ou condição de saúde, por meio da aplicação de testes, realização de exames ou outros procedimentos que possam ser feitos rapidamente, e subsequentemente esse paciente deve ser orientado e encaminhado a outro profissional ou serviço de saúde para o diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2013d).

No campo da farmácia, a educação em saúde consiste em estratégias educativas a orientação farmacêutica e ao aconselhamento farmacêutico a fim de desenvolver nos pacientes e cuidadores a responsabilidade do cuidado efetivo da sua própria saúde (BRASIL, 2013d).

A dispensação é considerada uma atividade privativa do farmacêutico (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2001; BRASIL, 1998; BRASIL, 1981), que tem como objetivo propiciar o acesso e o uso adequado dos medicamentos. Este serviço deve ter seu processo de trabalho e orientação ressignificados no Brasil, de forma que possibilite a exploração de todas as suas potencialidades enquanto serviço clínico.

A Conciliação medicamentosa é um serviço que tem por finalidade prevenir erros de medicação associados a discrepâncias não intencionais da prescrição, como duplicidades ou omissões de medicamentos, quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por diferentes serviços de saúde (KITTS, REEVE e TSUL, 2014; GUPTA e AGARWAL, 2013). Apesar de o termo reconciliação ainda ser muito utilizado como sinônimo de conciliação, optou-se por não o utilizar, a fim de evitar dubiedade de interpretação, devido a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n° 13/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Produtos Tradicionais Fitoterápicos, o termo é utilizado em outro contexto e com outro significado (BRASIL, 2013l).

Com relação à revisão da farmacoterapia, trata-se de um serviço pelo qual o farmacêutico analisa de forma estruturada os medicamentos em uso pelo paciente, a fim de resolver problemas relacionados à prescrição, utilização, monitorização, resultados terapêuticos, entre outros. Alguns dos problemas que podem ser identificados são: reações adversas, baixa adesão, erros de dosagem, interações medicamentosas, necessidade de monitorização ou de terapia adicional, bem como oportunidades de redução no custo do tratamento (CLYNE, BLENKINSOPP e SEAL, 2008).

Já o acompanhamento farmacoterapêutico é um serviço farmacêutico provido durante vários encontros com o paciente. No processo de cuidado, são identificados problemas relacionados a medicamentos e resultados negativos relacionados à farmacoterapia. No processo de acompanhamento são analisadas as suas causas e são feitas intervenções

documentadas, no sentido de resolvê-los ou preveni-los. A principal diferença deste serviço em relação aos demais consiste na elaboração conjunta de um plano de cuidado com o paciente e na perspectiva da continuidade do cuidado provido pelo farmacêutico (PSA, 2011b; UNITED KINGDOM, 2005; OPAS, 2002).

A monitorização terapêutica de medicamentos requer uma abordagem combinada, abrangendo técnicas e análises farmacêuticas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas. Ao executar esse serviço é possível fazer a individualização das doses dos medicamentos, porém ele não é restrito a uma simples mensuração da concentração plasmática do fármaco. Esse serviço pode ser útil na identificação de problemas relacionados à farmacoterapia e na própria adesão do paciente. Ao interpretar os resultados dos níveis plasmáticos, alguns fatores devem ser considerados, tais como: o tempo de amostragem em relação à dose, o histórico de dosagem, a resposta do paciente e os alvos clínicos desejados. Esta informação pode ser usada para identificar o regime terapêutico mais apropriado a fim de alcançar a resposta ótima, com a menor toxicidade possível (BIRKETT, 1997; TOUW et al., 2005).

2.6 CUIDADO FARMACÊUTICO NA SAÚDE MENTAL

O papel do farmacêutico na área da saúde tem evoluído e tem sido cada vez mais reconhecido, indo além dos serviços de dispensação e gerenciamento, incluindo os serviços de farmácia clínica. Entre os serviços que podem ser desenvolvidos por esses profissionais estão: a educação em saúde de pacientes e cuidadores, o monitoramento de reações adversas e interações medicamentosas, o rastreamento de doenças, acompanhamento e a revisão da farmacoterapia (AYORINDE et al., 2013; CASTELINO et al., 2010; PANDE et al., 2013; RICHARDSON et al., 2014; TAN et al., 2013). Esses serviços vêm abrangendo uma variedade de áreas e demonstraram melhorar a qualidade de vida do paciente e são extremamente úteis na área de saúde mental (PICKARD et al., 2006; RICHARDSON et al., 2014).

O termo “farmácia psiquiátrica” utilizado em países como Estados Unidos e Reino Unido é uma especialidade reconhecida na qual os farmacêuticos prestam assistência farmacêutica a pacientes com algum tipo de transtorno mental (ABOUSHEISHAA et al., 2022; STONER et al., 2010; CMHP, 2022). Nesse contexto, alguns estudos têm demonstrado resultados positivos da prática de atenção farmacêutica psiquiátrica sobre os desfechos clínicos, humanísticos e econômicos dos pacientes (ABOUSHEISHAA et al., 2022; RICHARDSON et al., 2014).

Levando em conta esse fator, e devido à complexidade dos problemas que envolvem os pacientes com algum transtorno mental, e que muitas vezes esses transtornos são subdiagnosticados e subtratados, o que pode limitar a capacidade dos pacientes na busca dos serviços adequados e contribuir ainda mais para o agravamento do quadro, são necessárias estratégias de cuidados e os farmacêuticos têm um papel importante nesse processo e podem ajudar ao facilitar o acesso aos serviços de cuidado e contribuir para melhorar a gestão da saúde mental, por meio de conhecimento e habilidades inerentes a sua prática (AKOUR et al., 2022; CRUMP et al., 2011; OLFSON et al., 2015; RUBIO-VALERA et al., 2014; SILVA et al., 2018; THORNICROFT et al., 2017) .

E considerando que, comparado a outros profissionais, os farmacêuticos estão posicionados estrategicamente e são facilmente acessíveis para fornecer apoio e experiência, eles podem melhorar o nível e a qualidade do cuidado em saúde mental (AKOUR et al., 2022; COE et al., 2019; HERBERT et al., 2018; TSUYUKI et al., 2018).

Além disso, possuem conhecimento sobre o tratamento utilizado para esses problemas de saúde e tem habilidades que podem ajudar no processo de adesão ao tratamento, a reduzir a polifarmácia, além de fornecer aconselhamento aos portadores dessas doenças acerca do processo fisiopatológico delas e dos medicamentos utilizados, principalmente em relação as reações adversas que eles podem apresentar e a importância da adesão a esse tratamento (AKOUR et al., 2022; RICHARDSON et al., 2014; RUBIO-VALERA et al., 2011; RUBIO-VALERA et al., 2014).

Richardson et al (2014) em seu artigo de revisão traz que a maioria dos estudos coloca como função dos farmacêuticos na saúde mental: a execução da revisão dos prontuários de medicamentos, a avaliação da qualidade da prescrição e a conciliação medicamentosa. Além dessas funções esse profissional pode ainda fazer o rastreamento, por meio de questionários padronizados, tanto da depressão quanto da ansiedade (ALDERMAN et al., 1997; CAMPBELL et al., 2011; DOLDER et al., 2008; DOREVITCHET et al., 1996; GOAD et al., 1990; MARINO et al., 2010; MORTON et al., 1995; STANISLAV et al., 1994; SUEHS et al., 2011; STONER et al., 2000; VED et al., 2007; VIRANI et al., 2003).

Outros autores trazem outras intervenções que podem ser feitas por esses profissionais, que incluem: o acompanhamento do uso dos medicamentos, as recomendações de tratamento, a educação em saúde, a gestão dos medicamentos e a orientação para os prescritores. Essas intervenções podem ter impacto em diferentes aspectos do tratamento, como por exemplo, a adesão à terapia, a redução e a reavaliação dos medicamentos em uso, o que pode levar a

redução dos custos do tratamento (FINLEY et al., 2003; SILVA et al., 2018). Um dos estudos dessa revisão mostrou benefício direto da atuação desses profissionais, com os resultados demonstrados por meio da redução da pontuação das escalas de avaliação (RICHARDSON et al., 2014).

2.7 INTERPROFISSIONALIDADE, PRÁTICAS COLABORATIVAS E O PAPEL DO FARMACÊUTICO

A interprofissionalidade é uma área ascendente, descrita como o trabalho em conjunto de duas ou mais profissões utilizando conhecimentos específicos para promover uma melhor atenção a saúde (FEGADOLLI, 2016). Ela reorienta o cuidado ao paciente, de forma que todos os profissionais envolvidos no atendimento do mesmo utilizem suas perícias, porém consigam ampliar seus conhecimentos compreendendo a visão de seus colegas (ALVARENGA, 2013).

O termo "prática colaborativa" se refere a vários profissionais de saúde, de diferentes experiências profissionais, trabalhando em conjunto com os pacientes, as famílias, os cuidadores e as comunidades, para oferecer a mais alta qualidade de cuidado (OMS, 2011, p. 7; GREIDANUS et al., 2019). Ela estimula a conversa entre os profissionais da saúde, melhorando a tomada de decisões e qualificando o serviço em que a prática é executada. É considerada um meio de melhorar não só a prestação de cuidados em saúde mental, mas serve também como suporte para os profissionais de saúde que melhoram a relação de confiança uns com outros, e para melhorar o acesso geral aos cuidados de saúde mental (ARAÚJO, 2017; ARTHUR & RUSSELL-MAYHEW, 2010; HEATH et al., 2013; GREIDANUS et al., 2019).

Craven e Bland (2006) definem o cuidado colaborativo como uma prática em que “envolve provedores de diferentes especialidades, disciplinas ou setores trabalhando juntos para oferecerem serviços complementares e de apoio mútuo, para com isso garantir que os indivíduos recebam o serviço mais adequado, do fornecedor mais apropriado e no local mais adequado e o mais breve possível e com o mínimo de obstáculos” (CRAVEN et al., 2006; WINTERS et al., 2015).

Rossen, Bartlett e Herric (2008) ressaltam a necessidade de criar as equipes interdisciplinares para a prestação de cuidado a pessoas com doenças mentais, seja aguda ou crônica, embora reconheçam que existem muitos entraves (ROSSEN et al., 2008; WINTERS et al., 2015). O modelo de cuidado integrativo é desenhado para promover a iniciação e a adesão ao tratamento baseado em evidências e estratégias de autocuidado. Alguns autores afirmam que ele é eficaz contra doenças como depressão, ansiedade e transtorno afetivo bipolar

(BADAMGARAV et al., 2003; BAUER et al., 2006; FORTNEY et al., 2015; OSLIN et al., 2014; SIMON et al., 2006).

Jackson -Trinche et al (2020) trata o cuidado colaborativo como uma forma de atenção integrada, no caso da saúde mental, ele define esse cuidado como uma colaboração em que a equipe é composta por profissionais da atenção primária, gestores de saúde e consultores psiquiátricos com o enfoque, que estabelece entre outras coisas, o tratamento baseado em evidências científicas e com o estabelecimento de metas centradas nos pacientes e mudanças na terapêutica em caso de não apresentação ou falha na resposta apresentada (AIMS CENTER, 2022; JACKSON – TRINCHE et al., 2020; KATON et al., 1995, 2004; UNUTZER et al., 2013).

A prática colaborativa em saúde mental está sendo considerada como a melhor prática na atenção primária, hospitais e agências governamentais. Ela pode incluir entre os prestadores de cuidados de saúde primários, uma variedade de profissões, como enfermeiros, assistentes sociais, médicos de família, psicólogos, psiquiatras, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais. Esses profissionais trabalham em conjunto com os pacientes, as famílias e outros apoios sociais para promover a saúde mental e fornecer serviços coordenados (HEATH et al., 2013; GREIDANUS et al., 2019).

Os farmacêuticos têm muitas funções dentro dessas equipes, no entanto, essas funções variam de acordo com o local e o tipo de equipe. Alguns estudos demonstraram modelos de colaboração, como a feita entre a atenção primária e secundária, manejo colaborativo da terapia medicamentosa (MCTM), e a conferência de casos (DAVIS, et al., 2020; RUBIO-VALERA, et al., 2014; RIGBY, 2010).

Na atuação entre os setores primários e secundários, o farmacêutico atua como um elo de ligação com outros profissionais de saúde, entre esses dois componentes, especialmente entre cuidados especializados e o primário (DAVIS et al., 2020; SNYDER et al., 2017).

O MCTM é um acordo formal entre médicos e farmacêuticos, em que o farmacêutico assume a responsabilidade pelo manejo da terapia do paciente. Esse acordo tem como principais objetivos otimizar o uso de medicamentos, reduzir problemas relacionados ao uso dos medicamentos, além de reduzir os custos gerais de saúde e melhorar os resultados em saúde do público-alvo. E pode incluir a seleção e ajuste de regimes terapêuticos, monitoramento de reações adversas, solicitação de testes laboratoriais, e outras atividades (BINGHAM et al., 2021; DAVIS et al., 2020; SNYDER et al., 2017).

Entre os serviços abrangidos por essa prática estão: a revisão abrangente sobre os medicamentos utilizados e treinamentos sobre a doença desempenhando um papel integral na avaliação da compreensão do paciente sobre suas condições de saúde e regimes terapêuticos por meio do contato regular e acessível, além da vigilância e segurança sobre os medicamentos e serviços de prevenção de problemas e melhora do bem-estar (BINGHAM et al., 2021; INAMDAR et al., 2013; TAYLOR et al., 2018). A conferência de caso, é uma reunião para discutir pacientes específicos, com cuidados complexos e necessitar de 2 ou mais cuidados em saúde (DAVIS et al., 2020 SNYDER et al., 2017).

Atualmente, os farmacêuticos revisam os medicamentos e hábitos de vida dos pacientes, além de avaliar os sinais vitais, fazer a triagem de reações adversas a medicamentos (RAM), identificar as barreiras à adesão a terapia medicamentosa, fornecer educação ao paciente e aos cuidadores, realizar o acompanhamento dos pacientes em ambientes clínicos e por telefone, otimizar os regimes terapêuticos e agendar consultas de acompanhamento quando julgar necessário (BELL et al., 2007; CARTER et al., 2009; DAVIS et al., 2020).

Além disso, esses profissionais podem contribuir detectando, resolvendo ou prevenindo problemas da farmacoterapia, ajudando a garantir o uso seguro e eficaz desses, reforçando a prevenção primária e a promoção da saúde. Podem ainda atuar tanto em ambientes primários, como em especializados (REILLY et al., 2014).

2.8 TELEFARMÁCIA E TELESÁUDE

A prestação de serviços de saúde ainda sofre por escassez de profissionais, o que muitas vezes implica no não atendimento das necessidades dos pacientes, principalmente aqueles que vivem em áreas mais remotas. Para ajudar a melhorar esse acesso, a tecnologia, por meio do telesaúde / telemedicina permite que locais de mais difícil acesso e com poucos profissionais, tenham acesso a esses serviços, e que consequentemente os profissionais cheguem a esses pacientes, e que também possam fazer parte de equipes colaborativas de cuidado interprofissional com outros prestadores de serviço (MARTIN et al., 2011; SCHLITZ et al., 2013; TAYLOR et al., 2018; TETUAN et al., 2019; YOUNG et al., 2015).

Entre os profissionais citados no estudo de Tetuan et al (2019) estão os farmacêuticos, que por meio dessas tecnologias inovadoras, podem expandir as suas funções e atuar em conjunto com esses profissionais para melhorar ainda mais o serviço prestado e oferecer suporte

aos pacientes que necessitam (Martin et al., 2011; NIZNIK et al., 2018; SCHLITZ et al., 2013; TAYLOR et al., 2018; TETUAN et al., 2019; YOUNG et al., 2015).

Em 2022 o Conselho Federal de Farmácia publicou a resolução 727/22 que regulamentou a telefarmácia em todos os níveis de atenção à saúde. Essa resolução traz como conceito dessa nova modalidade de atendimento, como o exercício da Farmácia Clínica mediado por Tecnologia da Informação e de Comunicação (TIC), de forma remota, em tempo real (síncrona) ou assíncrona, para fins de promoção, proteção, monitoramento, recuperação da saúde, prevenção de doenças e de outros problemas de saúde, bem como para a resolução de problemas da farmacoterapia, para o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde (CFF, 2022).

Entre os serviços regulamentados estão os de teleconsulta farmacêutica e teleinterconsulta. Assim como em outros serviços clínicos providos por farmacêuticos, compete a telefarmácia prover serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade, de forma coletiva ou individual. Além disso, uma das finalidades da teleconsulta farmacêutica é a promoção, proteção e recuperação da saúde, a prevenção de doenças e de outras condições clínicas, bem como a resolução de problemas da farmacoterapia, o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde (CFF, 2022).

Neste estudo um dos objetivos é alcançar pacientes que em situações normais não tem acesso ao serviço de acompanhamento do farmacêutico, além de possibilitar uma atenção integral, tendo em vista que esse profissional pode fazer parte das equipes multiprofissionais por meio dessa tecnologia (KANE-GILLS and RINCON, 2019; MEIDI et al., 2008). O meio mais utilizado neste estudo foi o telefônico, considerada a mais responsiva, mas também a vídeo conferência, numa frequência menor que a anterior (AMKREUTZ et al., 2018; KANE-GILL S and RINCON, 2019).

Uma das maiores vantagens da telemedicina em ambientes ambulatoriais é oferecer maior acessibilidade aos pacientes em relação aos profissionais de saúde e ao processo de cuidado sem que os mesmos necessitem vir pessoalmente ao consultório, eliminando dessa forma a problemas de restrição que esses possuam. Existem alguns exemplos de serviços farmacêuticos clínicos prestados por meio de tecnologia de telemedicina na literatura, como o monitoramento de pacientes (entrevistas e parâmetros clínicos) por vídeo conferência, fazendo monitoramentos que permitiram otimizar os resultados farmacoterapêuticos e a redução de eventos adversos relacionado ao uso de medicamentos (KANE-GILL S and RINCON, 2019; NIZNIK et al., 2018; SINGH et al., 2015).

Entre as especialidades da medicina que podem atuar por meio dessa via está a saúde mental (FORTNEY et al., 2013, 2007; PYNE et al., 2010). De acordo com Fortney et al (2013), o atendimento colaborativo utilizando a telemedicina na saúde mental, consiste num atendimento em que há uma colaboração entre os prestadores de cuidados primários no local do atendimento, a partir de uma localização centralizada, usando telefones, videoconferência e registros de saúde.

Sangar et al (2021) traz como subconjunto da telemedicina na área da saúde mental, a telepsiquiatria, e a define como uma prática que envolve o fornecimento da avaliação e do tratamento de condições psiquiátricas. Ele enfatiza ainda que é uma das aplicações mais antigas dessa prática, e que essa inovação demonstrou melhorar o acesso aos cuidados, além de facilitar o início e o envolvimento do paciente com o seu tratamento, que normalmente traz resultados clínicos equivalentes quando comparado ao atendimento presencial (CHAKRABARTI, 2015; SHORE, 2018).

3. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo longitudinal, prospectivo, do tipo exploratório e quantitativo, para avaliar o impacto clínico do acompanhamento interprofissional na saúde mental dos pacientes acompanhados pelo ambulatório de cuidado farmacêutico da UFPB. O período do estudo foi de março de 2021 a julho de 2022.

3.1. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Farmácia Escola da UFPB, que está situada no Campus Universitário I, no bairro Castelo Branco, Município de João Pessoa-PB, e é vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A farmácia conta com um ambulatório de cuidado interprofissional em saúde mental, que tem formato porta aberta e faz o rastreamento de doenças como depressão, ansiedade, transtornos mistos, Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), esquizofrenia, entre outros. Esse ambulatório conta com 03 consultórios farmacêuticos para os atendimentos. Os pacientes podem vir por meio de encaminhamento de outros profissionais, indicação de outros pacientes ou por demanda espontânea.

3.2 POPULAÇÃO ELEGÍVEL E AMOSTRAGEM

A população elegível para esse estudo foram os pacientes que já faziam parte desse ambulatório, com diagnóstico de depressão e ansiedade, e os que tenham sido admitidos até julho de 2022, e que no decorrer do período analisado tenha realizado ao menos 04 consultas.

O procedimento de amostragem, neste caso, caracteriza-se como amostragem por demanda espontânea.

3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo todos os pacientes admitidos, a partir de agosto de 2019 até o mês de julho de 2022, com diagnóstico de Depressão (CID 10 – F32) e Ansiedade (CID 10 – F41) e que tiverem pelo menos três consultas seguidas realizadas no período do estudo.

Serão excluídos os pacientes que não tiverem pelo menos 3 avaliações por meio das respostas das escalas aplicadas ao longo do acompanhamento, ou que desistiram do tratamento e os que saíram do serviço independente da motivação.

3.3. FASES DA EXECUÇÃO DO ESTUDO

3.3.1 Serviço de cuidado farmacêutico e interprofissional

O modelo do serviço que mais se adequa ao estudo realizado foi o do MCTM. Nesse modelo há um acordo de colaboração entre médico e farmacêutico em que o farmacêutico assume a responsabilidade pelo manejo da terapia do paciente. Entre os serviços executados estavam a: seleção e ajuste de regimes terapêuticos, monitoramento de reações adversas e solicitação de testes laboratoriais (BINGHAM et al., 2021; DAVIS et al., 2020; SNYDER et al., 2017).

Os serviços ambulatoriais de Cuidado Farmacêutico foram operacionalizados de acordo com as seguintes etapas:

- I. Revisão de prontuários (quando disponíveis dados em prontuário do paciente): para elencar pacientes que necessitavam de atendimento e que já tivessem diagnóstico de depressão e ansiedade para retornar ao acompanhamento;
- II. Triagem dos pacientes (para identificação dos pacientes com maior necessidade do serviço naquele momento), por meio do rastreamento dos problemas de saúde mental (depressão e ansiedade) utilizando questionários padronizados;
- III. Agendamento de consultas, primeira consulta, a teleconsulta farmacêutica (coleta e organização dos dados do paciente, identificação de problemas relacionados a farmacoterapia e elaboração de um plano de cuidados em conjunto com o paciente) realizada pelos farmacêuticos em conjunto com os extensionistas;

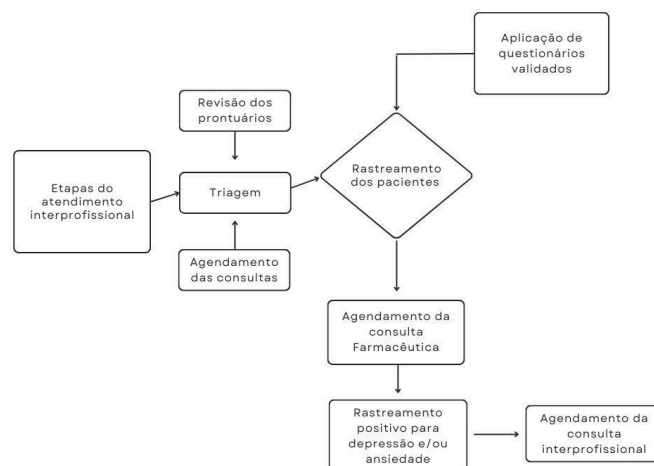
IV. Teleinterconsulta, realizada com a presença do médico colaborador do serviço e das farmacêuticas integrantes do ambulatório;

V. Consultas de retorno (quando necessárias), feitas primeiramente com o farmacêutico e se esse profissional avaliasse como necessário marcava posteriormente a teleinterconsulta, a fim de resolver e prevenir os problemas identificados, buscar resultados terapêuticos ótimos e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (BRASIL, 2014a,b; SOUZA, 2017).

A marcação de consultas foi realizada, normalmente, na semana anterior ao atendimento, por meio de prontuário eletrônico, ClínicaRX, sendo reforçado o agendamento no dia anterior à consulta, porém a depender do quadro que o paciente apresentasse esse prazo de marcação era encurtado. Durante a marcação das consultas, os pacientes foram esclarecidos sobre o propósito do serviço e sobre as atividades a serem realizadas durante a consulta farmacêutica e a teleinterconsulta.

Foi solicitado, ainda, que os pacientes informassem todos os medicamentos (prescritos e não prescritos), chás e suplementos que possuíssem em casa, e documentos referentes à sua saúde, como resultados de exames, diagnósticos médicos, prescrições, entre outros.

Figura 1. Fases do atendimento interprofissional



Fonte: A autora (2022)

Na primeira consulta foi realizada a anamnese farmacêutica, com a coleta e organização de informações referentes ao perfil do paciente, hábitos de vida, história clínica e medicamentosa. A partir da análise de informações relevantes, como a presença de diagnóstico prévio de algum transtorno mental, como também os problemas relacionados a farmacoterapia (problemas no processo de uso de medicamentos e nos resultados terapêuticos) elaborou-se os planos de cuidados voltados para a prevenção e resolução dos problemas identificados. Uma vez identificada a necessidade de uma teleinterconsulta esta era marcada logo após a teleconsulta farmacêutica, agendada no prontuário eletrônico, e o paciente avisado no dia anterior a fim de confirmar a sua participação.

Em relação aos dados clínicos e socioeconômicos: a raça, idade, sexo, estado civil, escolaridade, origem, renda, profissão, se vive sozinho ou não, presença de alguma comorbidade foram coletados por meio de questionário aplicado utilizando a plataforma Google Forms, além de diagnóstico prévio de algum transtorno mental. Além disso, o mesmo questionário abordou acerca do uso de algum medicamento, e qual em caso de resposta afirmativa, sobre os hábitos de vida como o fumo, bebida alcoólica, a prática de atividade física e a frequência dessa. Nesse questionário eram feitas perguntas de múltipla escolha e eram dadas as alternativas para o paciente marcar nos casos da origem, raça, sexo, escolaridade, profissão, renda, co-morbidades e para as demais variáveis se sim ou não, conforme anexo V.

No que diz respeito aos resultados terapêuticos, foram avaliados os seguintes parâmetros:

- a) principais diagnósticos dos transtornos mentais realizados;
- b) alteração nas escalas de depressão e ansiedade, por meio da mudança nas pontuações, mediante aplicação delas em períodos pré-determinados, a saber:
 - estadiamento basal, no momento que o paciente foi incorporado ao serviço, para fins de rastreamento e avaliação da necessidade de acompanhamento;
 - 04 semanas após o início do tratamento para avaliar resposta (redução de sinais / sintomas em 50%) e avaliação da necessidade de alteração na dose, ou mudança de tratamento, bem como algum problema de tolerância;
 - 03 meses após o início do tratamento para avaliar remissão, em pacientes com depressão, e/ou redução sintomático importante nos casos de ansiedade;
 - 06 meses a 12 meses após o início do tratamento, com avaliação para possível desmame de tratamento;
- c) medicamentos prescritos ao longo do acompanhamento;

- d) uso ou não de benzodiazepínicos;
- e) desistências (motivadas ou não);
- f) o número médio de consultas realizadas, entre avaliações farmacêuticas e interprofissionais.

Em seguida, foi elaborado um plano de cuidados para cada paciente, considerando as intervenções necessárias para resolver os problemas da farmacoterapia, prevenir novos possíveis problemas e alcançar as metas e objetivos terapêuticos estabelecidos. O plano foi pactuado com o paciente, seu cuidador e os outros profissionais envolvidos.

Durante todo o acompanhamento farmacoterapêutico foi avaliada a evolução do paciente a fim de observar se as metas do plano de cuidados estavam sendo atingidas, monitorar os resultados das intervenções realizadas e observar se novos problemas surgiam e se outras intervenções eram necessárias.

Nas teleconsultas de retorno, farmacêutica ou interprofissional, avaliou-se a tolerância, de 10 a 15 dias após o início do tratamento farmacológico, a resposta após pelo menos 04 semanas de uso, que é redução dos sintomas basais em 50% ou mais, mas menos que o limite para a remissão, e a remissão que é a resolução da depressão, que pode ser quantificada por uma redução da pontuação de escalas padronizadas (HAMILTON, 1960; MONTGOMERY, 1979). Além disso, se observou também a evolução do paciente, complementando as informações do seu perfil, história clínica e história de medicação, investigou-se novos problemas relacionados a farmacoterapia e um novo plano de cuidados era elaborado, se necessário. Todas as etapas do serviço ambulatorial de cuidados farmacêuticos foram registradas em um prontuário farmacêutico eletrônico específico para cada paciente.

3.3.2. Teleconsultas e telemonitoramentos

3.3.2.1 Adaptação do processo de atendimento em virtude da pandemia de Covid – 19

Devido a pandemia de COVID-19 todo o processo de atendimento foi modificado para o atendimento em remoto. Os questionários utilizados para a triagem e o acompanhamento dos pacientes foram adaptados em sua versão original para a plataforma Googleforms gratuita, e um link foi gerado para compartilhamento, e as farmacêuticas do serviço controlavam o acesso a essas respostas, bem como a sua interpretação, essa adaptação pode ser vista no anexo VI.

As evoluções foram realizadas em prontuário digital, adquirido por meio de doação ao ambulatório, após cadastro prévio desses pacientes, sendo divididas em evolução oriunda de

anamnese farmacêutica e de avaliação interprofissional, as consultas eram marcadas na agenda deste mesmo sistema. As consultas continuaram semanais, no entanto, sob a modalidade remoto, por meio de plataformas digitais validadas e marcada de acordo com a necessidade dos pacientes e a demanda do serviço. A duração média é de 15 a 30 minutos e as prescrições eram enviadas pelo telefone celular, para as receitas brancas, e buscar na farmácia para as azuis e amarelas.

Em casos excepcionais foram realizadas consultas presenciais com todos os cuidados exigidos pela emergência de saúde pública vigente.

3.3.2.2 Teleconsultas

As consultas, tanto farmacêuticas como as interprofissionais, passaram a ser por meio de chamada de vídeo, através de plataformas digitais devidamente padronizadas (Goolge meet ®, Zoom ®, Whatsapp®), essa modalidade passou a vingar a partir do mês de maio do ano de 2020 e permaneceu até o final do período do estudo. Telemonitoramento também foi realizado. O registro das consultas ocorreu em prontuário eletrônico e seguiu a rigor as premissas éticas e de segurança de dados. Essas teleconsultas foram realizadas de acordo com a periodicidade das avaliações ou de acordo com a necessidade do paciente. Elas contaram com a participação do profissional farmacêutico, profissional médico e os discentes do ambulatório de cuidado farmacêutico da UFPB, diretamente do conforto e segurança do seu lar, visando garantir a preservação de sua saúde em tempos de enfrentamento da pandemia.

Assim como no presencial, as teleconsultas farmacêuticas foram realizadas conforme a necessidade dos pacientes e do serviço, e as teleinterconsultas eram realizadas de uma a duas vezes por semana, de forma ordinária, e outras vezes em caso excepcionais.

3.3.2.2.1 Teleconsulta farmacêutica

As teleconsultas farmacêuticas, foram caracterizadas por atendimentos síncronos por meio de chamada de vídeo, realizadas por meio de plataformas digitais (Goolge meet ®, Zoom ®, WhatsApp®), pelas farmacêuticas do ambulatório, acompanhada ou não dos extensionistas, com o objetivo de acompanhar os pacientes que fazem parte do ambulatório ou para receber os

novos pacientes. No processo de atendimento feito pelo ambulatório as teleconsultas farmacêuticas foram sempre as primeiras consultas a serem realizadas.

Elas foram executadas nas seguintes etapas: triagem dos pacientes por meio de consulta ao sistema de pacientes atendidos previamente pela farmácia escola ou pacientes que procuraram o serviço do ambulatório por meio da rede social vinculada ao ambulatório (@cuidadofarmacêuticoufpb), ou contato direto com o telefone da farmácia, discentes ou responsáveis.

A marcação das teleconsultas foi feita após o atendimento prévio, em que foi enviado os questionários padronizados e autoaplicáveis (apêndice 1 e 2) para avaliação objetivas de sinais e sintomas característicos da depressão e ansiedade, assim como o rastreamento dessas doenças por meio desses mesmos instrumentos. O paciente marcado recebia a confirmação da teleconsulta por meio de ligações ou por aplicativo de mensagem na semana do atendimento.

Na teleconsulta farmacêutica foram organizadas as informações do paciente, referentes ao seu perfil, história clínica e farmacoterapêutica. A partir disso foi feita a análise de informações relevantes, identificação de problemas da farmacoterapia (problemas no processo de uso de medicamentos e nos resultados terapêuticos), determinação do plano de cuidados, realização de ações educativas e intervenções voltadas para a prevenção e resolução dos problemas da farmacoterapia.

Nessa consulta foi solicitado ao paciente que informasse todas as medicações (prescritas ou não prescritas) que estivesse usando, com dosagem e posologia, além de medicações homeopáticas e fitoterápicas. Também foi requerido a eles, diagnósticos prévios, prescrições e resultados de exame, caso o paciente já tenha sido acompanhado por outro serviço, entre outros dados que fosse necessário e o paciente dispusesse.

Em seguida, foi elaborado um plano de cuidados para cada paciente, considerando as intervenções necessárias para resolver os problemas da farmacoterapia, prevenir novos problemas e alcançar as metas e objetivos terapêuticos estabelecidos, os parâmetros avaliados foram os mesmos observados nas consultas presenciais.

3.3.2.2.2 Consultas presenciais

As consultas presenciais foram feitas nos consultórios farmacêuticos da Farmácia Escola da UFPB, por meio de demanda espontânea e/ou encaminhamentos de outros serviços. Elas só foram feitas em casos excepcionais devido a conjuntura pandêmica que estava vigente em todo o período do estudo.

3.3.2.2.3 Questionários utilizados

O PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), constitui-se de nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV). (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). O instrumento caracteriza-se por rápida aplicabilidade, que tem importância para obtenção de dados epidemiológicos. Em vista disso, conhecer as especificidades dos testes, analisando sua capacidade em reconhecer os indivíduos com risco de apresentar depressão, é necessária para sua utilização adequada. (SANTOS, 2013).

O PHQ-9 é utilizado para avaliar sintomas de depressão numa escala de zero a três pontos, identificando a gravidade crescentes dos sintomas do paciente. Os níveis com escores de 0 a 4 são classificados como depressão mínima, de 5 a 9, como depressão leve, de 10 a 14, como depressão moderada e de 15 a 19 como depressão moderadamente grave e, 20 a 27 como depressão grave. Devido a sua característica de rápida aplicabilidade, sensibilidade e especificidade em rastrear e fazer o diagnóstico da depressão, esse questionário foi o escolhido para a realização do estudo (CONITEC, 2022; UPTODATE, 2021)

O Inventário de Ansiedade de BECK (BAI), consiste em uma escala desenvolvida por Aaron Beck, dispondo de um questionário com 21 questões e tem por finalidade estimar sintomas característicos de ansiedade. O BAI foi desenvolvido pela necessidade de um instrumento que distinguisse de forma confiável a ansiedade da depressão (LACERDA et al., 2017). Essa escala vai de zero a três pontos, identificando gravidade crescentes dos sintomas do paciente. Os níveis com escores de 0 a 7 são classificados como ansiedade mínima, de 8 a 15, como ansiedade leve, de 16 a 25, como ansiedade moderada e de 31 a 63 como ansiedade grave (TAVARES, SCHEFFER & ALMEIDA, 2012).

O impacto clínico do cuidado interprofissional, tendo o farmacêutico como gestor do caso, na depressão e ansiedade, foi avaliado por meio dos instrumentos PHQ-9 e BAI,

respectivamente. Esses questionários são utilizados na triagem e na observação de resposta ao tratamento da depressão (KROENKE et al., 2010; LOWE et al., 2004; LOWE et al., 2004; LOWE et al., 2006; MALPASS et al., 2010) e da ansiedade, assim como é feito em outros estudos que avaliam esse transtorno (BECK, 1993; TOKER et al., 2020).

3.3.2.2.4 Teleinterconsulta

A teleinterconsulta é definida pela RDC 727/22, como a consulta farmacêutica com a participação de farmacêuticos ou entre farmacêuticos e outros profissionais da saúde, com ou sem a presença do paciente ou seu responsável legal, para troca de informações e opiniões, avaliação de um caso clínico e seleção da melhor conduta com o propósito de otimizar resultados em saúde, prevenir doenças e outras condições clínicas e promover saúde (CFF, 2022).

Ela foi realizada a partir da triagem e encaminhamento da teleconsulta farmacêutica, caso o paciente apresentasse anamnese predisponente a doenças e escores nos instrumentos de inventário ansiedade de BECK compatíveis com ansiedade de moderada a grave, ou no questionário PHQ-9 com escores compatíveis com depressão de moderada a grave. Os pacientes foram atendidos por um médico da saúde e da família colaborador vinculado ao projeto de extensão base da farmácia escola, acompanhado pelo aluno e a farmacêutica orientadora responsáveis pelo paciente.

Trata-se de uma teleconsulta colaborativa, em que o médico avaliou o diagnóstico e prognóstico do paciente e o farmacêutico auxiliou diretamente na escolha terapêutica. O passo seguinte foi a avaliação da farmacoterapia, para fins de avaliação da tolerância de dez a quinze dias. Após um mês de tratamento preconizado, era realizada nova avaliação aplicando os instrumentos padronizados, além da anamnese do paciente para avaliação da resposta ao tratamento. Após 3 meses fez-se nova avaliação, com aplicação dos instrumentos, para verificação da remissão. O paciente continuou em telemonitoramento mensal, para avaliação do tratamento, trabalhando sempre a adesão e a educação em saúde. Após 06 meses foi realizada a consulta de avaliação da remissão e após 12 meses, além da avaliação do quadro viu-se também a possibilidade de desmame, caso fosse demonstrado interesse por parte do paciente.

3.3.2.2.5 Telemonitoramento

De acordo com a RDC 727/22 do CFF, o telemonitoramento ou televigilância, é realizado sob a indicação, coordenação, orientação e supervisão de farmacêutico, para o monitoramento ou vigilância remotos de parâmetros de saúde ou doença, por meio de avaliação clínica ou aquisição de imagens, sinais e dados de equipamentos, dispositivos agregados ou implantáveis nos pacientes e inclui a coleta de dados clínicos, sua transmissão, processamento e manejo, sem a presença física do paciente (CFF, 2022).

No estudo em questão os dados foram coletados por meio de um formulário do Google Forms, utilizando o prontuário físico disponibilizado pelos cadernos de atenção farmacêutica do CFF como modelo, para a parte sociodemográfica, diagnósticos e de hábitos de vida, complementando com os que víamos ser relevantes para a pesquisa. E n o que se refere a avaliação do impacto clínico, utilizamos os dados das escalas de avaliação aplicadas também utilizando a mesma plataforma e nos períodos recomendados pelos estudos.

Deve ser realizado por indicação e justificativa do farmacêutico responsável pelo paciente, com garantia de segurança e confidencialidade, no recebimento, transmissão, processamento e manejo de dados. Todos os dados obtidos durante o telemonitoramento, incluindo avaliação clínica e intervenções realizadas pelos profissionais envolvidos, devem ser adequadamente registrados no prontuário do paciente (CFF, 2022).

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho segue as diretrizes éticas para estudos em seres humanos e foi aprovado no comitê de ética da Universidade Federal da Paraíba/ PB através do CAAE 97906118.3.0000.5188, conforme parecer do anexo IV. Os pacientes assinavam o TCLE ao participar das consultas autorizando o uso dos dados informados, após serem convidados a participar da pesquisa durante a consulta farmacêutica.

3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram coletados a partir do prontuário eletrônico dos pacientes atendidos no ambulatório de cuidado farmacêutico e dos formulários do Googleforms contendo as escalas de avaliação e os dados clínicos e socioeconômicos. Os dados foram coletados e armazenados em um banco de dados em uma planilha do Excel 2003.

As variáveis contínuas de interesse do estudo foram avaliadas por meio do teste de Shapiro – Wilk para verificar a normalidade dos dados e definir as medidas de tendência central e dispersão (GHASEMI and ZAHEDIASL, 2012). Uma análise descritiva foi realizada com a distribuição de frequências, medianas e intervalos interquartis das características sociodemográficas e dos dados de impacto clínico, esse último em intervalos diferentes, quatro semanas, três meses e seis meses a 12 meses após o início do acompanhamento.

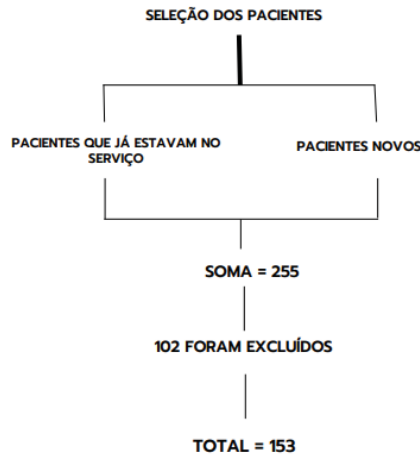
Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste de qui-quadrado para a avaliação da significância estatística ao nível de 5%. Esse teste avalia a associação ou não entre duas variáveis, mas sem produzir estimativa de efeito ou intervalo de confiança (PANDIS, 2016). Para variáveis contínuas foi utilizado o teste de Wilcoxon pareado também ao nível de significância de 5%, após períodos de avaliação pré-determinados e já citados anteriormente. O programa estatístico utilizado será o Jamovi versão 2.2.5.

4. RESULTADOS

4.1. SELEÇÃO DOS PACIENTES

A alocação dos pacientes foi feita de forma não probabilística, por conveniência, e contemplou pacientes que já faziam parte do ambulatório, desde agosto de 2019, período pré e pós - pandemia, e que foram admitidos até julho de 2022. O total de pacientes na amostra foi de 255, porém os que preencheram os critérios de inclusão foram 153, como pode ser visto na figura 02 (fluxograma).

Figura 2. Fluxograma da seleção dos pacientes



Fonte: A autora (2022)

Os pacientes que foram excluídos da amostra, o foram por não preencherem os critérios de inclusão, ou por terem desistido do acompanhamento. O principal motivo alegado pelos mesmos para essa desistência foi a ida para outro serviço em virtude da pandemia de Covid - 19, com 42,2%, seguido da desistência por descontinuação do tratamento, conforme a tabela 02 abaixo.

Tabela 2. Desistência e motivações

Desistências		
Motivação	n (%)	Total
Ida para outro serviço	43 (42,2%)	102 (100%)
Desistência do tratamento	33 (32,4%)	
Outros	26 (25,5%)	

Fonte: A autora (2022)

4.2 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Em relação aos dados socioeconômicos, pode-se verificar uma maior predominância do sexo feminino, que representou 66,7% da amostra, como mostra a Tabela 3, ao passo que a mediana da idade foi de 28. A raça declarada em maior quantidade foi a branca (49%), o estado civil solteiro (74,5%), a maioria também tinha ensino superior incompleto (40,5%), a origem da maior parte foi de João Pessoa (53,6%). A renda da maioria dos pacientes era de até 01 salário-mínimo (62%), a profissão estudante (24,8%), assim como não apresentavam nenhuma comorbidade (75,8%), faziam uso de algum medicamento antes de chegar no ambulatório (60,1%) e não viviam sozinhos (87,6%). Em relação aos hábitos de vida, quando perguntados sobre o consumo de bebida, fumo e atividade física, a maioria dos participantes do estudo não fumavam (88,3%) e nem consumiam bebida alcoólica (66%) e não praticavam atividade física (66%).

Tabela 3. Dados sociodemográficos e clínicos (continua)

Variáveis		Total	Valor – p
Sexo	N (%)	153 (100%)	<0,001
- Masculino	51 (33,3%)		
- Feminino	102 (66,7%)		
Idade (anos)	28 (24, 36)		<0,001
Raça		153 (100%)	0,829
- Branco	75 (49,0%)		
- Pardos	56 (36,6%)		
- Negros	22 (14,3%)		

		153 (100%)	0,558
Estado civil			
- Solteiro (a)	114 (74,5%)		
- Casado (a)	29 (18,9%)		
- Divorciado	05 (3,2%)		
- Viúvo	05 (3,2%)		
		153 (100%)	0,468
Renda			
- Até 1 Salário-mínimo	95 (62,0%)		
- De 02 a 03 salários	47 (30,7%)		
- De 04 a 05 salários	08 (5,22%)		
- Mais de 05 Salários	03 (1,90%)		
Escolaridade		153 (100%)	0,084
- Ensino Fundamental	9 (5,9%)		
- Ensino médio	30 (16,9%)		
- Ensino superior incompleto	67 (40,5%)		
- Ensino superior completo	52 (33,9%)		
			0,006
Profissão			
- Desempregado	31 (20,2%)	153 (100%)	
- Estudante	38 (24,8%)		
- Funcionário público	19 (12,4%)		
- Funcionário privado	29 (18,9%)		
- Autônomo	23 (15,0%)		
- Outros	13 (8,40%)		
		153 (100%)	0,701
Origem			
- João Pessoa	82 (53,6%)		
- Outro local da PB	38 (24,8%)		
- Outros estados	33 (21,5%)		
		153 (100%)	
Diagnósticos			
- Ansiedade	101 (66%)		
- Depressão	19 (12,4%)		
- TAB	15 (9,8%)		
- Transtorno Misto	13 (8,5%)		
- Outros	05 (3,3%)		
		153 (100%)	0,895
Co-morbidades			
- Nenhuma	116 (75,8%)		
- Hipertensão	17 (11,1%)		
- Diabetes	01 (0,6%)		
- Outros	19 (12,3%)		
Uso de medicamentos		153 (100%)	0,815
- Sim	92 (60,1%)		
- Não	61 (39,9%)		

Tabela 3. Dados sociodemográficos e clínicos (conclusão)

Bebida		153 (100%)	0,230
- Sim	53 (34%)		
- Não	100 (66%)		
Atividade Física		153 (100%)	0,546
- Sim	52 (34%)		
- Não	101 (66%)		
Mora sozinho		153 (100%)	0,862
- Sim	19 (12,4%)		
- Não	134 (88,3%)		

Fonte: A autora (2022)

Para as variáveis categóricas foi feito o teste de qui-quadrado que demonstrou não haver diferença estatística significativa e um valor $p > 0,005$ para maioria dessas variáveis, com exceção da escolaridade e da profissão, como pode ser visto na tabela 3.

Os dados clínicos avaliados durante o estudo foram o período que esses pacientes entraram se foi antes ou após a vigência da pandemia, e foi visto que a maioria da amostra entrou durante essa emergência de saúde (77,1%). Além disso, foi verificado também a média da quantidade de atendimentos efetuada por paciente no ambulatório foi de 5 (3, 9)), e a quantidade média de medicamentos utilizadas foi de 2 (1, 2).

Com relação a avaliação da resposta ao tratamento, utilizou-se os valores obtidos das escalas validadas, PHQ-9 e BAI, para depressão e na ansiedade, respectivamente. Ao aplicar os critérios de inclusão, fizeram parte da amostra os pacientes que tinham no mínimo 3 respostas em cada uma das escalas ao longo dos atendimentos. Foi verificado que a mediana do PHQ-9 reduziu de 17,0 (13, 22) para 10,0 (10, 16) já na segunda consulta, um mês após a introdução do tratamento, ao passo que a escala do BAI foi observada uma redução de 31,0 (31, 39) para 17,0 (17, 28) também após esse mesmo período. Os valores obtidos após a quarta consulta também demonstraram redução nessas escalas, 7,0 (4, 10) e 9 (4, 16) para depressão e ansiedade, respectivamente. As reduções dessas médias para as duas escalas tiveram valores estatisticamente significativos ao compararmos a primeira com a segunda e posteriormente com a terceira e quartas consultas, conforme pode ser visto na tabela 04 abaixo.

Tabela 4. Dados clínicos

Variáveis	PHQ-9 1º consulta	PHQ-9 2º consulta	PHQ-9 3º consulta	PHQ-9 4º consulta	Valor p
	17 (13, 22)	10 (7,0 – 16,0)	9,0 (5,0 – 14,0)	7,0 (4,0 – 10,0)	<0,001
	BAI 1º consulta	BAI 2º consulta	BAI 3º consulta	BAI 4º consulta	
	31,0 (20,0 – 39,0)	17,0 (17,0 – 28,0)	13,0 (6,0 – 23,0)	8,5 (4,0 – 16,0)	<0,001

Fonte: A autora (2022)

Outro parâmetro avaliado foi a média e uso de medicamentos, o uso de benzodiazepínicos, bem como o desmame deles ao longo do tratamento. Foi verificado que a quantidade média de medicamentos utilizadas foi de 2,0 (1, 2) ao longo do período de acompanhamento farmacoterapêutico. Ao comparar o uso de benzodiazepínicos na primeira e última consulta foi constatada uma redução de 60% no uso desses medicamentos, de forma estatisticamente significativa. Além dessas variáveis também foi avaliado o número médio de atendimentos realizados durante o acompanhamento e o período de chegada desses pacientes, se antes ou depois de decretada a pandemia de COVID-19, os resultados mostraram uma média de 5 atendimentos por paciente, que foi usado como parâmetro de adesão em relação ao serviço e ao tratamento, e que a maioria do grupo entrou no serviço após o início da pandemia (77,1%), conforme tabela 05 abaixo.

Tabela 5. Outros dados clínicos (continuação)

Variável	N (%)	Valor p
Quantidade de medicamentos usados	2 (1, 2)	< 0,001
Quantidade de atendimentos	5 (3, 9)	< 0,001
Período de chegada:		< 0,001
Pré – pandemia	35 (22,9%)	
Pós – pandemia	118 (77,1%)	

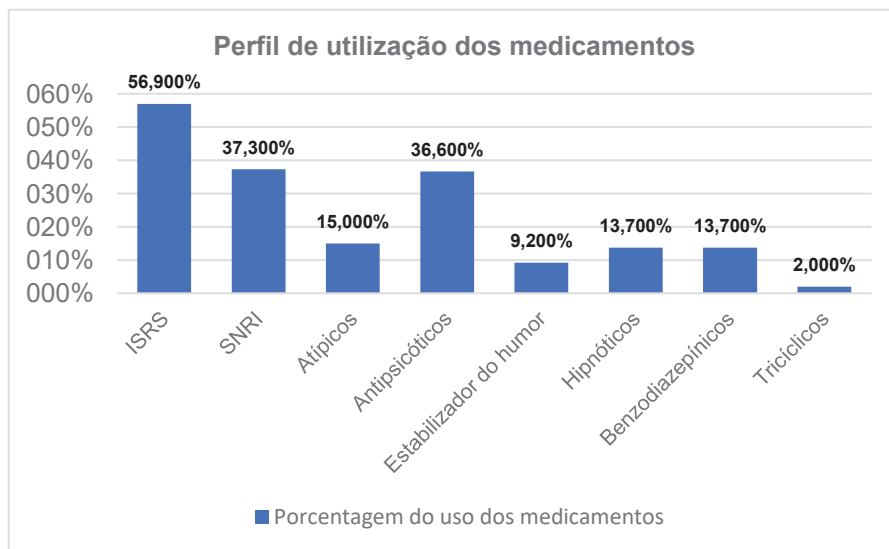
Tabela 5. Outros dados clínicos (conclusão)

Uso de benzodiazepínicos		< 0,001
1º consulta	25 (100%)	
Última consulta	10 (40%)	

Fonte: A autora (2022)

Ainda do ponto de vista clínico foi avaliado o perfil de uso dos medicamentos pelos pacientes acompanhados nesse período. Pode ser verificado que entre as classes de medicamentos mais utilizadas estavam os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) (59,6%), seguido dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Norepinefrina e Serotonina (SNRI) (37,3%), além dos antipsicóticos de segunda geração (36,6%) a antidepressivos atípicos, conforme mostra o gráfico 1.

Gráfico 1. Perfil de utilização de medicamentos



Fonte: A autora (2022)

As principais intervenções farmacêuticas realizadas foi outra variável clínica avaliada. A classificação dessas intervenções foi baseada em um estudo feito por Fernandes (2020). Ela classificou as intervenções em: sobre a quantidade de medicamentos, subdividida em alteração da frequência e/ou duração do tratamento, sobre a estratégia farmacológica, que abordou adição

de um medicamento que o paciente não utilizava, retirada de um que utilizava e substituição por outro, e sobre a educação do paciente, que em instruções sobre a correta utilização dos medicamentos, reforço da importância da adesão e acerca das mudanças dos hábitos, conforme tabela 6 abaixo.

Tabela 6. Distribuição das frequências das Intervenções Farmacêuticas

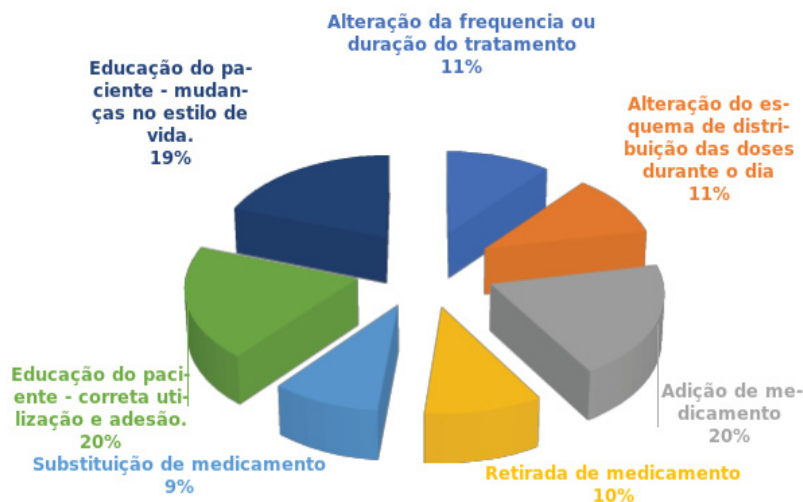
INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS - definição	%	N
Intervir sobre a quantidade de medicamentos.		
Alteração do esquema de distribuição de doses durante o dia	55,1%	86
Alteração da frequência e/ou duração do tratamento.	54,5%	85
Intervir sobre a estratégia farmacológica.		
Adição de um medicamento que um paciente não utiliza.	100%	156
Retirada da administração de um medicamento que um paciente utilizava.	51,3%	80
Substituição de um medicamento por outro de composição, forma farmacêutica ou via de administração diferentes.	47,4%	74
Intervir sobre a educação do paciente.		
Educação em instruções e precauções para a correta utilização e administração dos medicamentos.	100%	156
Reforço da importância da adesão do paciente ao tratamento.	100%	156
Educação do paciente sobre as mudanças no estilo de vida, que favoreçam a realização de objetivos terapêuticos.	99,4%	155
TOTAL	100%	948

Fonte: Adaptação de Fernandes (2020).

Entre os dados encontrados ($n= 948$) na tabela 6, prevaleceu a alteração da frequência ou duração do tratamento (55,1%), que normalmente se referiam a mudança de horários da tomada de medicamentos ou junção da dose desses numa mesma tomada. As do ponto de vista farmacológico, predominou as de adição de medicamentos (100%), na amostra analisada todos os pacientes precisaram fazer uso dessa ferramenta, e fizeram a retirada (51,3%) de algum medicamento sem necessariamente fazer a substituição do mesmo (47,4%). Já do ponto de vista da educação em saúde, as intervenções eram feitas em todos os encontros, tendo em vista que a adesão ao tratamento é um problema no que diz respeito a saúde mental, e não só em relação a medicamentos, mas também para mudança em hábitos de vida, levando em consideração que podem afetar tanto ao transtorno como também otimizar o tratamento.

A distribuição da frequência dessas intervenções está exposta no gráfico 2 corroborando com os dados anteriores demonstrando que as ações da educação em saúde junto com as do ponto de vista farmacológico foram prevalentes perante as demais intervenções.

Gráfico 2. Distribuição da frequência das intervenções farmacêuticas



Fonte: A autora (2022)

5. DISCUSSÃO

Esse estudo apresentou como principais características a prevalência do sexo feminino, renda de até um salário-mínimo, amostra composta majoritariamente por estudantes e desempregados. O diagnóstico predominante foi de ansiedade, os pacientes usavam poucos medicamentos e um número alto de consultas por pacientes e as intervenções farmacêuticas relacionadas a educação em saúde foram as que mais se sobressaíram. Foi visto ainda acerca das principais razões da desistência dos pacientes e a ida para outro serviço foi o dado mais preponderou e que houve melhora clínica com redução nas pontuações das escalas de avaliação.

Os dados da avaliação do impacto clínico, mostram uma redução significativa nas pontuações nas escalas de avaliação PHQ-9 e BAI ao longo do processo de cuidado. Os escores das duas escalas foram avaliadas na triagem, após um mês de tratamento e a cada avaliação após esse tempo. Em relação aos dados dessas escalas, foi observada redução nas pontuações em mais de 07 pontos, de maneira significativa, já na segunda aplicação, após 04 semanas do início do acompanhamento, ocasião em que era realizada a segunda consulta. Esses resultados eram confirmados na anamnese, demonstrando que a prática do cuidado melhora os resultados terapêuticos e condições clínicas, tanto para depressão quanto para ansiedade. Porém, apesar dessa correlação positiva entre as intervenções farmacêuticas e interprofissionais na melhora clínica encontrada, os estudos que têm resultados semelhantes apresentam muita variabilidade metodológica, com grupos controles heterogêneos, e a falta de ensaios clínicos randomizados dificultam a validade interna e externa desses estudos (CUMMINGS, CAPORINO & KENDALL, 2014; HERBERT & WINKLER, 2018; HO et al., 2016).

No processo de seleção dos pacientes pôde ser observado um alto número de desistências, que teve como principais motivações a ida para outros serviços, seguido de descontinuação do tratamento. A primeira razão teve como principal fonte de motivação a pandemia de Covid-19 e a dificuldade em acessar os serviços que essa conjuntura criou, e a segunda pode ter como uma das razões a autoestima em relação as doenças mentais que estão associadas a uma pior adesão ao tratamento (CINCULOVA et al., 2017; KAMARADOVA et al., 2016). Ainda em virtude dessa emergência de saúde pública foi necessária a adaptação do serviço de presencial para atendimento remoto devido as recomendações dos órgãos sanitários (OPAS, 2020).

O perfil do uso de benzodiazepínicos pelos pacientes acompanhados neste estudo, na entrada no serviço e na última consulta feita, assim como a quantidade média de medicamentos utilizados, as principais classes prescritas e o número médio de atendimentos por indivíduo. No que diz respeito ao uso de benzodiazepínicos, no ambulatório em que o estudo foi desenvolvido, há um uso restrito desses medicamentos e a maioria dos pacientes que faziam uso já vieram de outros serviços, e o desmame era incentivado ao longo do acompanhamento. Entre os pacientes que faziam uso desses medicamentos foi verificada uma redução acentuada dessa utilização, de maneira significativa, evidenciando que o processo da retirada supervisionada foi bem-sucedido.

Essa classe de medicamentos é utilizada no tratamento dos transtornos de ansiedade e tem um bom perfil de uso, principalmente no controle inicial de sintomas e em momentos de crise, porém podem trazer uma série de danos aos pacientes como a dependência física, que pode se manifestar como tolerância (efeito diminuído ao longo do tempo), abstinência, sedação, efeitos amnésicos, velocidade psicomotora prejudicada e aumento de acidentes, por isso não é recomendada como tratamento de primeira linha e sim por um período de tempo limitado em pacientes com algumas particularidades, com uma tendência suicida ou contra-indicação aos antidepressivos ou intolerância ao tratamento padrão. Podem ainda ser utilizados em associação aos antidepressivos antes do início da eficácia desses ou para tratar insônia (BANDELOW et al., 2014; BALON and STARCEVIC, 2020; BERNEY et al., 2008; CHANG et al., 2013; GODDARD et al., 2001; KIM, 2020; MARCUS; OLFSON, 2010; OTTO et al., 1993; RICKELS et al., 1982; SCHWEIZER et al., 1998). Esses dados indicam que o serviço de acompanhamento segue as diretrizes de tratamento para os principais transtornos abordados.

Já em relação ao perfil de uso de medicamentos, mesmo sabendo que as doenças mentais requerem tratamento não farmacológico e farmacológico, a taxa de utilização de antidepressivos é alta. No entanto, a quantidade média de medicamentos utilizados foi de 2 medicamentos por paciente, evidenciando que apesar do necessário o uso dessa ferramenta, cabe ao farmacêutico, por meio da prática de cuidados, se preocupar com o uso racional desses, permitindo aos pacientes receber os medicamentos adequados as suas necessidades, nas doses adequadas, com indicação e tempo necessários e ao menor custo possível (OMS, 2002).

Ao analisar as prescrições verificou-se que estas estão de acordo com as melhores evidências, tendo em vista que as classes mais prescritas foram as dos ISRS, seguida dos ISRNS, que são as primeiras escolhas de tratamento sugeridas pela maioria dos protocolos e

alguns estudos da área (HOCKENBERRY et al., 2019; MARCUS e OLFSON, 2010; SPIJKER e NOLEN, 2010).

Ainda dentro desse perfil, foi observado um número considerável de prescrições de antipsicóticos de segunda geração, que foi a terceira classe mais prescrita. Esse fenômeno pode ser explicado devido ao fato desses medicamentos poderem ser aplicados para os casos de transtorno depressivo maior e depressão resistente ao tratamento, em combinação com outros antidepressivos, especialmente a quetiapina e o aripripazol, em que a combinação mostrou melhores chances de remissão, e também por conta dos efeitos sedativos, importante auxiliar no tratamento da insônia, além do uso para conter impulsos e a ideação suicida (CANMAT, 2016; CANTU et al., 2021; CUIJPERS et al., 2006; KIM, 2020; KRISHNAN et al., 2004; ISMAIL et al., 2014; 2016; IONESCU et al., 2016; NELSON e PAPAKOSTAS, 2009; PAPAKOSTAS et al., 2007; PINQUART et al., 2006; SPIELMANS et al., 2013; THASE et al., 2012; TRIVEDI et al., 2008).

As intervenções farmacêuticas foram realizadas em toda a amostra em consonância com o estudo DeSouza (2017) e Fernandes (2020). Entre as intervenções realizadas, as que mais prevaleceram estavam relacionadas a educação em saúde direcionadas ao uso racional e correto dos medicamentos, adesão a farmacoterapia e mudanças de hábitos de vida. Entre as orientações sugeridas ao longo dos atendimentos estavam a procura por terapia psicológica, a prática de atividade física e mudanças de hábitos alimentares.

O profissional farmacêutico é um dos mais acessíveis, por conta da sua localização estratégica nos serviços de saúde, na provisão de aconselhamento e orientações sobre o uso racional e correto de medicamentos, em especial os psicotrópicos, e da importância da adesão ao tratamento (DESPLENTER, SIMOENS & LAEKEMAN, 2007; FERNANDES, 2020; WOLF et al., 2015; KAMUSHEVA et al., 2020; YLA-RAUTIO, SISSALO & LEIKOLA, 2020). Além disso, assim como no estudo de Fernandes (2020) as dificuldades socioeconômicas muitas vezes inviabilizam a esses pacientes aderirem as intervenções sugeridas, como por exemplo, a adesão a terapia psicológica e a adição de alguns medicamentos. A adição de medicamentos ter tido uma prevalência alta pode ser explicada pelo tipo de serviço executado pelo ambulatório em que o estudo é desenvolvido, pois tratando-se de um serviço interprofissional, as sugestões sobre esse tema eram acatadas após a discussão das mesmas com o médico parceiro e o paciente.

Pacientes com transtorno mental têm alguns problemas relacionados a falta de conhecimento acerca da doença e da complexidade do regime terapêutico. A falta de apoio dos

familiares, as experiências anteriores e medos dos efeitos colaterais, a crença de que o medicamento é ineficaz bem como a dificuldade de acesso e de lembrar de tomá-los são fatores determinantes para a baixa adesão (VEDANA et al., 2013; HIGASHI et al., 2013; VEDANA & MIANO, 2014; BORBA et al., 2018). Essa baixa adesão aos medicamentos psicotrópicos representa um grande problema de saúde (BURTON et al., 2007; ERESHEFSKY et al., 2010; SERNA et al., 2010; HUNG et al., 2011), e apresentam um dos maiores índices de não adesão (BULLOCH & PATTEN, 2010).

A prevalência do sexo feminino nesse estudo está em consonância com outros estudos da área da saúde mental, como o da Global Burden of Disease (GBD) 2019, que avalia o impacto e o peso que essas doenças causam nos indivíduos acometidos, além de outros estudos de prevalência dos transtornos mentais (ADEWUYA et al., 2018; GBD, 2019; MIRZAEI et al., 2019). Bandelow et al., (2015) traz que em relação a ansiedade, esse grupo é atingido em aproximadamente o dobro em relação aos homens. A OMS mostra uma diferença menor entre os sexos, porém as mulheres ainda sofrem mais com esses transtornos (WHO, 2022).

O estudo de Bezerra et al (2021) aponta algumas das possíveis causas para esse dado dentro de contextos sociais, econômicos e do trabalho. Entre essas causas estão as desvantagens vividas por esse grupo da população, devido a dupla ou muitas vezes tripla jornada de trabalho, em que conciliam atividades laborais e domésticas, o que faz com que muitas dessas mulheres abram mão do seu autocuidado em nome do cuidado familiar, que pode levar a frustrações, ansiedade e outros transtornos (BEZERRA et al., 2021; SOUZA et al., 2017).

Além disso, esse grupo é mais propenso as diferenças nas taxas de emprego, educação e salário que preditores importantes desses transtornos (ALMEIDA FILHO et al., 2004; BHUI, 2018; ALIZE J. FERRARI et al., 2013; HOWARD et al., 2017; KUEHNER, 2017; LORET DE MOLA et al., 2020; SCHUCH et al., 2014). Por outro lado, esse grupo também possui mais facilidade em identificar os sintomas e pedir ajuda, fato que não costuma ser comum com o sexo masculino, o que pode ajudar a explicar a alta prevalência desses transtornos nessa parcela da população.

No que diz respeito a idade, é importante pesquisar o contexto em que estão inseridos esses indivíduos. O estudo encontrou uma média de 28 anos entre os participantes, ou seja, adultos jovens, valor esse que é esperado, tendo em vista que o local de desenvolvimento foi uma farmácia universitária, localizada dentro de uma universidade federal, tendo como boa parte dos participantes estudantes da graduação, pós-graduação e funcionários da instituição. Esse número está em consonância com os dados do relatório mundial da saúde mental da OMS

(2022) cuja prevalência dessas doenças são maiores em adultos com 20 anos ou mais, com um estudo feito com trabalhadores em Santa Catarina em que a média de idade foi na faixa de 30 anos e outro feito em estudantes universitários na Eslováquia que a média dos participantes foi de 25,5 (JOAQUIM et al., 2018; HAJDUK et al., 2019; WHO, 2022).

A raça também foi avaliada por meio de autodeclaração em formulário respondido na triagem. A que predominou foi a branca seguida dos pardos. Um estudo realizado no Brasil encontrou dados diferentes, ao mostrar uma prevalência maior para os não brancos no desenvolvimento das desordens mentais (SMOLEN E ARAÚJO, 2017). A maior parte dos problemas de saúde mental no mundo sofre influência dos determinantes políticos e socioeconômicos. Entre os fatores que podem interferir no risco e na prevalência desses transtornos estão a pobreza, a desigualdade, nível educacional, ocupação, renda e estilo de vida (ILGÜN G, 2022).

No estudo foi observado que a maior parte da amostra tinha uma renda de até 01 salário-mínimo, o que corrobora os outros estudos que mostram uma relação entre a desigualdade de renda e os transtornos mentais, principalmente na depressão (HASHMI et al., 2021; ILGÜN G, 2022; PATEL et al., 2018). Além disso, o estudo mostrou ainda que estudantes e desempregados eram os tipos de ocupações mais prevalentes, pesquisas mostram que o desemprego é um fator que aumenta as chances de um indivíduo desenvolver um transtorno mental (HASHMI et al., 2021).

No tocante a escolaridade e o estado civil, os resultados, mostraram que preponderou ensino superior incompleto e não casados. Tendo em vista que, o local do estudo é uma universidade, a prevalência ser maior entre indivíduos com ensino superior incompleto e completo é esperada. Estudos epidemiológicos feitos na Austrália e na Índia, mostram que os pacientes com níveis mais baixos eram os grupos com mais portadores de transtornos mentais. Entretanto, esse mesmo estudo também mostra que entre bacharéis e pós-graduandos o número de acometidos por estas doenças também são altos (HASHMI et al., 2021; SAGAR et al., 2017). Em relação ao estado civil, uma pesquisa realizada na Índia, que sugere que o aumento dos transtornos nesse grupo pode ser devido a estressores sociais e eventos de vida ocorrerem com mais frequência nos solteiros se comparado aos casados (SAGAR et al., 2017).

Ao avaliar a origem desses pacientes, foi observado que mais da metade eram de João Pessoa, local do estudo, mas devido ao fato dos atendimentos terem sido realizados na modalidade de teleatendimento, devido a pandemia, uma parte considerável da amostra era de outras cidades do estado da Paraíba e de outros estados da federação. Com relação ao tempo

em que esses pacientes deram entrada no ambulatório, a maior parte da amostra foi composta por doentes que entraram após a decretação da pandemia de Covid-19 no Brasil. Pesquisas mostram que os transtornos mentais aumentaram após esse período, incluída nestas estão uma pesquisa feita com adultos no sul do Brasil (COVID-19 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS, 2021; FETER et al., 2021; KESSLER et al., 2021).

Já com os diagnósticos, o estudo encontrou como transtorno prevalente a ansiedade, o que é visto na maioria dos estudos que abordam este tema. Em dois estudos, um feito no sul da Ásia e outro na Índia, foi encontrado que a ansiedade tinha uma prevalência maior que a depressão na população em geral, corroborando o estudo em questão (HOSSAIN et al., 2020; GANGULI, 2000 ; JAYASANKAR et al., 2022; MIRZA e JENKINS, 2004 ; NEWMAN, 2013 THAPA et al., 2018) assim como outro feito na Noruega que também encontrou esse dado (GUSTAVSON et al., 2018). Ao passo que, na maioria dos estudos, esses dados são invertidos, ou seja, síndromes e sintomas são mais prevalentes (ADEWUYA et al., 2021; ZUBERI et al., 2021). Um estudo feito no Brasil que utilizou dados de uma coorte de nascimento, mostrou que o transtorno de ansiedade era o mais prevalente (Gomes et al., 2019).

Os hábitos de vida também foram avaliados e encontrou-se que mais da metade dos pacientes não faziam nenhuma atividade física. Estudos mostram uma associação entre a inatividade física e uma maior prevalência de transtornos mentais como depressão e ansiedade, assim como a menor prevalência desses transtornos em praticantes de atividade física de forma rotineira (DENCHE-ZAMORANO et al., 2022; DENCHE-ZAMORANO, 2022; GALÁN-ARROYO et al., 2022).

Em relação a bebida alcoólica e a prevalência desses transtornos, na amostra analisada a maioria referiu não fazer consumo de álcool, o que é visto como algo positivo devido ao fato de alguns estudos associarem o consumo excessivo de álcool ao aumento da chance de desenvolvimento de doenças como depressão e ansiedade (Bellos et al., 2013; Bellos et al., 2016). Outro hábito avaliado foi o de fumar, e foi visto que a maioria da amostra não fazia uso da nicotina mesmo acometidos por transtornos mentais e corrobora o estudo de Farinha et al (2013), que não encontrou diferença na prevalência de depressão e ansiedade ao comparar não fumantes, fumantes e ex-fumantes.

Foi observado também, no momento da triagem, que os pacientes já faziam uso de algum medicamento antes de entrar no ambulatório, prescritos e por conta própria, apesar de a maioria relatar não apresentar nenhuma comorbidade e que também não vivia sozinho, fato que pode ocorrer devido a composição da amostra que são de estudantes universitários e tendem a

ter menos doenças crônicas e a morarem com outras pessoas, seja familiar ou amigos. Ao contrário do que estabelece alguns estudos, não houve associação entre doenças crônicas, como diabetes tipo 2 e hipertensão arterial e as desordens mentais e que morar sozinho é um fator que favorece o aumento das chances de desenvolver morbidades psiquiátricas (BAGHDADI et al., 2022; CHEN et al., 2022; HAMRAH et al., 2022; POGOSOVA et al., 2018; SCHIMTZ et al., 2018).

O estudo apresentou algumas limitações, entre elas está o tempo, pois o acompanhamento tinha que igual ou superior a 6 meses, devido ao tempo mínimo de tratamento, e levando em consideração que se trata de uma doença crônica. Entre as limitações relevantes desse estudo estão a exclusão dos pacientes em virtude do não retorno as consultas marcadas, no tempo determinado para a coleta de dados, assim como a falta de retorno no momento do contato após o início do tratamento, o que deixou a amostra relativamente pequena, o fato de não ter um grupo comparativo, controle, que faz com que o estudo gere uma hipótese e não possa comprovar a eficácia da intervenção e o tipo e a forma da aplicação dos questionários para obtenção dos dados, pois eles eram do tipo autodeclaração e eram preenchidos de forma remota.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado interprofissional mostrou-se uma ferramenta importante no processo de cuidado em saúde mental, tendo em vista ser um fator que permite a otimização do tratamento desses pacientes, pois esses são acompanhados de perto e numa frequência que varia de acordo com as suas necessidades e a demanda do serviço. Nesse estudo, essa prática clínica farmacêutica em saúde mental mostrou a sua eficácia ao ajudar na melhora dos desfechos clínicos avaliados. A maioria dos dados encontrados estão de acordo com a literatura científica existente sobre esse tema, em que mostra a prevalência dos mesmos grupos, seja de gênero ou classe social, como também em relação a raça e situação ocupacional, o que permite o planejamento de ações preventivas e de rastreamento voltadas a esse público.

Ainda dentro do ponto de vista clínico, foi observada melhora clínica dos pacientes já no início do acompanhamento, principalmente no que se refere a redução dos sintomas dos transtornos avaliados. No que se refere ao perfil farmacoterapêutico, houve redução uso de benzodiazepínicos e do número de medicamentos de forma geral, o que corrobora a necessidade e importância do farmacêutico nessas equipes para o acompanhamento desses pacientes. No entanto, mais estudos são necessários a fim de demonstrar o impacto desse cuidado na vida dos pacientes e da sua rede de cuidado, de preferência utilizando um grupo controle como comparador da intervenção estudada a fim de melhorar a validação externa desses resultados.

Outro fato evidenciado é que algumas intervenções farmacêuticas, seja do ponto de vista farmacológico e/ ou não farmacológico, muitas vezes barraram em questões sociais e problemas de acesso para sua concretização, e as relacionadas a educação em saúde foram as mais predominantes, justamente devido ao fato de estar entre as funções desse profissional no processo do atendimento.

Em relação as características dos pacientes que fizeram parte da amostra, a maior parte eram mulheres, jovens, estudantes, que vinham de João Pessoa, tinham renda baixa e escolaridade alta, que pode ser o fato que levou a uma alta adesão dos pacientes que ficaram no serviço durante o acompanhamento, evidenciado pelo número de comparecimento as consultas ser alto e o diagnóstico prevalente como visto na maioria dos estudos relacionados ao tema foi de ansiedade.

REFERÊNCIAS

ABOUSHEISHAA AA, SULAIMAN AH, HURI HZ, KAMIS SFB, HAMIDI H, ANG WC, ZAINAL ZAB, SHAMSUDDIN N, GUAN NC. **Psychiatric pharmaceutical care service across Malaysian hospitals: results from a cross-sectional study.** BMC Health Serv Res. Mar 9;22(1):321, 2022 . doi: 10.1186/s12913-022-07681-4. PMID: 35264175; PMCID: PMC8905759.

ADEWUYA AO, ATILOLA O, OLA BA, COKER OA, ZACHARIAH MP, OLUGBILE O, FASAWA A, IDRIS O. **Current prevalence, comorbidity and associated factors for symptoms of depression and generalised anxiety in the Lagos State Mental Health Survey (LSMHS).** Compr Psychiatry, Nigeria Feb;81:60-65, 2018 .doi: 10.1016/j.comppsy.2017.11.010. Epub 2017 Nov 28. PMID: 29268153.

AHOLA K, VIRTANEN M, HONKONEN T, ISOMETSÄ E, AROMAA A, LÖNNQVIST J. **Transtornos mentais comuns e incapacidade laboral subsequente: um estudo de saúde de base populacional 2000.** J Afeto Distúrbio. 134:365-72, 2011. doi: 10.1016/j.jad.2011.05.028.

AIMS CENTER. **Advancing Integrated Mental Health Solutions.** Available at: <http://aims.uw.edu/>. Acessado em abr de 2022.

AKOUR A, HALLOUSH S, NUSAIR MB, BARAKAT M, ABDULLA F, AL MOMANI M. **Gaps in pharmaceutical care for patients with mental health issues: A cross-sectional study.** Int J Clin Pharm. Apr 1, 2022. doi: 10.1007/s11096-022-01391-x. Epub ahead of print. PMID: 35364752.

ALMEIDA-FILHO, N., LESSA, I., MAGALHÃES, L., ARAÚJO, M.J., AQUINO, E., JAMES, S.A., KAWACHI, I., MAGALHAES, L., ARAUJO, M.J., AQUINO, E., JAMES, S.A., KAWACHI, I., 2004. **Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class.** Soc. Sci. Med. 59, 1339–1353, 2003.11.037. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed>.

AL-QUTEIMAT OM, AMER AM. **Evidence-based pharmaceutical care: The next chapter in pharmacy practice.** Saudi Pharm J. 24(4):447-51, Jul. 2016. doi: 10.1016/j.jsps.2014.07.010. Epub 2014 Aug 4. PMID: 27330375; PMCID: PMC4908053.

ALONSO J, ANGERMEYER MC, BERNERT S, BRUFFAERTS R, BRUGHA TS, BRYSON H, et al. **Incapacidade e impacto na qualidade de vida dos transtornos mentais**

na Europa: resultados do projeto European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Acta Psychiatr Scand Supl* . (2004): 38-46, 2004. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00329.

ALDERMAN CP. **A prospective analysis of clinical pharmacy interventions on an acute psychiatric inpatient unit.** *J Clin Pharm Ther*. 22(1):27–31, 1997.

ALVARENGA, J. P. O., et al. **Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde:** vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. *Rev Enferm UFPE*, v. 7, n. 10, p. 5944-51, 2013.

AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY. **The definition of clinical pharmacy.** *Pharmacotherapy*, v.28, n.6, p.816–817, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).** 5th ed, VA: American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder.** Washington, DC (2009).

AMKREUTZ J, LENSSEN R, MARZ G, et al. **Medication safety in a German telemedicine centre:** implementation of a telepharmaceutical expert consultation in addition to existing tele-intensive care unit services. *J Telemed Telecare*. 2018. <https://doi.org/10.1177/1357633X18799796>.

ARAÚJO, T. A. M. et al. **Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar:** o olhar de residentes e preceptores. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, p. 601-613, 2017.

ARROLL B, ELLEY CR, FISHMAN T, GOODYEAR-SMITH FA, KENEALY T, BLASHKI G, KERSE N, MACGILLIVRAY S. **Antidepressants versus placebo for depression in primary care.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD007954. DOI: 10.1002/14651858.CD007954. Accessed 24 February 2022.

ARCHER J, BOWER P, GILBODY S, et al. **Collaborative care for depression and anxiety problems.** *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:CD006525.

ARTHUR, N., & RUSSELL-MAYHEW, S. **Preparing counsellors for interprofessional collaboration through supervision and lateral mentoring.** Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 44 (3), 258, 2010.

AYORINDE AA, PORTEOUS T, SHARMA P. **Screening for major diseases in community pharmacies:** a systematic review. Int J Pharm Pract. Epub 20 May, 2013.

BADAMGARAV E, WEINGARTEN SR, HENNING JM, et al. **Effectiveness of disease management programs in depression:** a systematic review. Am J Psychiatry. 160(12):2080-2090, 2003.

BAGHDADI LR, ALHASSAN MK, ALOTAIBI FH, ALSELAIM KB, ALZHRANI AA, ALMUSAEED FF. **Anxiety, Depression, and Common Chronic Diseases, and Their Association With Social Determinants in Saudi Primary Care.** J Prim Care Community Health. 12:21501327211054987. Jan-Dec, 2021. doi: 10.1177/21501327211054987. PMID: 34814776; PMCID: PMC8673869.

BAKKER A, VAN BALKOM A, SPINHOVEN P. **SSRIs vs TCAs no tratamento do transtorno do pânico:** uma meta-análise. Acta Psiquiatra Scand. 106:163-7, 2002. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.02255.

BALON R, STARCEVIC V. **Role of Benzodiazepines in Anxiety Disorders.** Adv Exp Med Biol. 1191:367-388, 2020. doi: 10.1007/978-981-32-9705-0_20. PMID: 32002938.

BANDELOW B, REITT M, RÖVER C, MICHAELIS S, GÖRLICH Y, WEDEKIND D. **Eficácia dos tratamentos para transtornos de ansiedade:** uma meta-análise. Int Clin Psychopharmacol. 30:183-92, 2015. doi: 10.1097/YIC.0000000000000078.

BANDELOW B, LICHTER T, RUDOLF S, WILTINK J, BEUTEL ME. **The diagnosis of and treatment recommendations for anxiety disorders.** Deutsch Arztebl Int. 111(27-28):473-80, 2014. Epub 2014/08/21

BAPTISTA, MAKILIM NUNES. **Avaliando "depressões":** dos critérios diagnósticos às escalas psicométricas. Aval. psicol., Itatiba, v. 17, n. 3, p. 301-310, 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S167704712018000300004&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 02 fev. 2022. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1703.14265.03>.

BARLOW, D. H., & DURAND, V. M. **Psicopatologia: Uma abordagem integrada** (4ª ed.). Cengage Learning, São Paulo. 2008.

BAUER MS, MCBRIDE L, WILLIFORD WO, et al; **Cooperative Studies Program 430 Study Team. Collaborative care for bipolar disorder, II: impact on clinical outcome, function, and costs. Psychiatr Serv. 57(7):937-945, 2006.**

BAXTER AJ, VOS T, SCOTT KM, FERRARI AJ, WHITEFORD HA. **A carga global de transtornos de ansiedade em 2010.** Psychol Med. 44:2363–74, 2014.

BECK AT, EPSTEIN N, BROWN G, STEER RA. **An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties.** J Consult Clin Psychol. Dec;56 (6):893-7, 1988. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893. PMID: 3204199.

BECK AT, STEER RA. **Beck depression inventory manual.** Guildford Press, New York, 1993.

BENRIMOJ, C. S. et al. **A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services.** Ars Pharmaceutica, Granada, v. 51, n. 2, p. 69-87, 2010.

BELL JS, ROSEN A, ASLANI P, WHITEHEAD P, CHEN TF. **Developing the role of pharmacists as members of community mental health teams: perspectives of pharmacists and mental health professionals.** Res Social Adm Pharm. 3(4):392 e 409, 2007.

BELLOS S, SKAPINAKIS P, RAI D, ZITKO P, ARAYA R, LEWIS G, LIONIS C, MAVREAS V. **Cross-cultural patterns of the association between varying levels of alcohol consumption and the common mental disorders of depression and anxiety: secondary analysis of the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care.** Drug Alcohol Depend. Dec 15;133(3):825-31, 2013. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.08.030. Epub 2013 Sep 14. PMID: 24156883.

BELLOS S, SKAPINAKIS P, RAI D, ZITKO P, ARAYA R, LEWIS G, LIONIS C, MAVREAS V. **Longitudinal association between different levels of alcohol consumption and a new onset of depression and generalized anxiety disorder: Results from an international study in primary care.** Psychiatry Res. 30;243:30-4, Sep 2016. doi: 10.1016/j.psychres.2016.05.049. Epub 2016 Jun 15. PMID: 27344590.

BERNEY P, HALPERIN D, TANGO R, DAENIKER-DAYER I, SCHULZ P. **A major change of prescribing pattern in absence of adequate evidence: benzodiazepines versus newer antidepressants in anxiety disorders.** *Psychopharmacol Bull.* 41(3):39–4, 2008.

BINGHAM JM, STANISLAW J, WARHOLAK T, SCOVIS N, AXON DR, TURGEON J, MARUPURU S. **Assessment of Glycosylated Hemoglobin Outcomes Following an Enhanced Medication Therapy Management Service via Telehealth.** *Int J Environ Res Public Health.* 18;18 (12):6560, Jun 2021. doi: 10.3390/ijerph18126560. PMID: 34207164; PMCID: PMC8296452.

BIRKETT, D. J. **Pharmacokinetics made easy: therapeutic drug monitoring.** *Australian Prescriber*, [S.l.], v. 20, p. 9-11, 1997.

BHUI, K. **Gender, power and mental illness.** *Br. J. Psychiatry.* 212, 191–192, 2018. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.30>.

BLAY SL, FILLENBAUM GG, MELLO MF, QUINTANA MI, MARI JJ, BRESSAN RA, ANDREOLI SB. **12-month prevalence and concomitants of DSM-IV depression and anxiety disorders in two violence-prone cities in Brazil.** *J Affect Disord.* 232:204-11, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.023>.

BORBA, L.O., MAFTUM, M.A., VAYEGO, S.A., MANTOVANI, M.F., FELIX, J.V.C., KALINKE, L.P. **Adherence of mental therapy for mental disorder patients to drug health treatment.** *Revista de Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, e 03341, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017006603341>.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº. 585, de 29 de agosto de 2013, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p.186-188, 25 set. 2013a.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº. 586, de 29 de agosto de 2013, que regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p.136-138, 26 set. 2013b.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no exercício da saúde estética e da responsabilidade técnica por estabelecimentos que executam atividades afins. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p.180-1, 24 mai. 2013a.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Nota Técnica: Perguntas e respostas referentes às **Resoluções do CFF nº 585 e nº 586**, de 29 de agosto de 2013. Brasília: CFF, 2013f.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Carta aberta sobre prescrição farmacêutica**. Brasília: CFF, 2013g.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº. 585, de 29 de agosto de 2013, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 186-8, 25 set. 2013d.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. **Súmula nº 331**. Contrato de prestação de serviços – legalidade. 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária**: Rastreamento. Brasília: MS, 2010c.

BRASIL. Decreto-Lei nº 85.878, de 07 de abril de 1981. Estabelece normas para execução da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 09 abr. 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da política nacional de medicamentos. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 215, 10 nov. 1998.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 477, de 28 de maio de 2008. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito das plantas medicinais e fitoterápicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 113-7, 02 jun. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12)

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº. 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das boas práticas de farmácia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 abr. 2001.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. **Súmula nº 331**. Contrato de prestação de serviços – legalidade. 2014d.

BULLOCH, A.G.; PATTEN, S.B. **Non-adherence with psychotropic medications in the general population**. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol. v. 45, p.47–56, 2010.

BURTON W.N.; CHEN, C.Y.; CONTI, D.J.; SCHULTZ, A.B.; EDINGTON, D.W. **The association of antidepressant medication adherence with employee disability absences**. Am. J. Manag. Care, v.13, p. 105–112, 2007.

CAMPBELL AR, NELSON LA, ELLIOTT E, HIEBER R, SOMMI RW. **Analysis of cost avoidance from pharmacy students' clinical interventions at a psychiatric hospital**. Article 8. Am J Pharm Educ. 75(1), 2011.

CANADIAN NETWORK FOR MOOD AND ANXIETY TREATMENTS (CANMAT) 2016. **Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder**. The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie. Vol. 61(9) 504-505, 2016.

CANTÙ F, CIAPPOLINO V, ENRICO P, MOLTRASIO C, DELVECCHIO G, BRAMBILLA P. **Augmentation with Atypical Antipsychotics for Treatment-Resistant Depression**. J Affect Disord. 1;280(Pt A):45-53, Feb 2021. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.006. Epub 2020 Nov 5. PMID: 33202337.

CARDOSO, G. M. P., et. al., **Collaborative practices in emergency services in Health: the interprofessionalism of the “Permanecer SUS” Program**, Health Department of the State of Bahia, Brazil. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, s. 2, p. 1697-1704, 2018.

CARTER BL, ARDERY G, DAWSON JD, et al. **Physician and pharmacist collaboration to improve blood pressure control**. Arch Intern Med; 169(21):1996 e 2002, 2009.

CASTELINO RL, BAJOREK BV, CHEN TF. **Retrospective evaluation of home medicines review by pharmacists in older Australian patients using the medication appropriateness index**. Ann Pharmacother. 44(12):1922–9, 2010.

CHAKRABARTI S. **Utilidade da telepsiquiatria: uma avaliação crítica das abordagens baseadas em videoconferência.** *Psiquiatria Mundial J.* 5 (3):286–304, 2015. doi: 10.5498/wjp.v5.i3.28.

CHANG, C. M. et al. **Psychotropic drugs and risk of motor vehicle accidents: A population-based case-control study.** *British Journal of Clinical Pharmacology*, v. 75, n. 4, p. 1125–1133, 2013.

CHEN J, HU S. **Individualized Treatment Strategy for Depressive Disorder.** *Adv Exp Med Biol.* 1180:219-232, 2019. doi: 10.1007/978-981-32-9271-0_12. PMID: 31784966.

CHEN TY, GENG JH, CHEN SC, LEE JI. **Living alone is associated with a higher prevalence of psychiatric morbidity in a population-based cross-sectional study.** *Front Public Health.* 17;10:1054615, Nov, 2022.

CHESSICK CA, ALLEN MH, THASE M, BATISTA MIRALHA DA CUNHA AB, KAPCZINSKI FF, DE LIMA MS, et al. **Azapirones for generalized anxiety disorder.** *Cochrane Database Syst Rev.* (2006) 2006:CD006115. doi: 10.1002/14651858.CD006111.

CHIBANDA D, VERHEY R, GIBSON LJ, MUNETSI E, MACHANDO D, RUSAKANIKO S, MUNJOMA R, ARAYA R, WEISS HA, ABAS M. **Validation of screening tools for depression and anxiety disorders in a primary care population with high HIV prevalence in Zimbabwe.** *J Affect Disord:* 198:50–55, 2016.

CINCULOVA A, PRASKO J, KAMARADOVA D, OCISKOVA M, LATALOVA K, VRBOVA K, KUBINEK R, MAINEROVA B, GRAMBAL A, TICHACKOVA A. **Adherence, self-stigma and discontinuation of pharmacotherapy in patients with anxiety disorders: cross-sectional study.** *Neuro Endocrinol Lett.* Dec;38(6):429-426, 2017. PMID: 29298284.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C.. **Cuidados farmacêuticos prática,** McGraw-Hill, New York, 1998.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Una nueva práctica profesional.** In: *El ejercicio de la atención farmacéutica.* Madri: McGraw-Hill – Interamericana; p. 19. 2000.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. **Pharmaceutical Care Practice: The clinician's guide.** 2. ed. McGraw-Hill, New York. 2004.

CIPRIANI A.; FURUKAWA TA.; SALANTI G, GEDDES JR, HIGGINS JP, CHURCHILL R, WATANABE N, NAKAGAWA A, OMORI IM, MCGUIRE H, TANSELLA M, BARBUI C. **Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis.** Lancet. Feb 28;373(9665):746-58, 2009. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60046-5. PMID: 19185342.

CIPRIANI A, FURUKAWA TA, SALANTI G, CHAIMANI A, ATKINSON LZ, OGAWA Y, LEUCHT S, RUHE HG, TURNER EH, HIGGINS JPT, EGGER M, TAKESHIMA N, HAYASAKA Y, IMAI H, SHINOHARA K, TAJIKA A, IOANNIDIS JPA, GEDDES JR. **Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis.** Lancet.:7;391(10128):1357-1366, Apr ,2018. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32802-7. Epub 2018 Feb 21. PMID: 29477251; PMCID: PMC5889788.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression: **The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)**. Leicester (UK): British Psychological Society; 2010. PMID: 22132433

CLYNE, W.; BLENKINSOPP, A.; SEAL, R. A. **Guide to medication review.** 2. ed. London: National Prescribing Centre, 39 p, 2008.

COE AB, BOSTWICK JR, CHOE HM, et al. **Percepções de profissionais de farmacêuticos que fornecem suporte de medicamentos para saúde mental em residências médicas centradas no paciente.** J Am Pharm Assoc. 59:555–9, 2019.

COLLEGE OF MENTAL HEALTH PHARMACY, disponível em <https://www.cmhp.org.uk/about-us/>, acesso em nov. de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução CFF nº 596, de 21 de fevereiro de 2014. **Diário Oficial da União:** Seção 1, Brasília, DF, p. 99, 25 de março de 2014.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (BRASIL). Resolução nº. 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** Seção 1, Brasília, DF, p. 186-188, 25 set. 2013f.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (BRASIL). Resolução nº. 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Seção 1, Brasília, DF, p. 136-138, 26 set. 2013g.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual / **Conselho Federal de Farmácia**, Brasília, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (BRASIL). Resolução nº 727, de 30 de junho de 2022. Dispõe sobre a regulamentação da Telefarmácia. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 179, 30 jun. 2022.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Artmed 454 p, Porto Alegre, 2013.

COSTANTINI L, PASQUARELLA C, ODONE A, COLUCCI ME, COSTANZA A, SERAFINI G, AGUGLIA A, BELVEDERI MURRI M, BRAKOULIAS V, AMORE M, GHAEMI SN, AMERIO A. **Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review**. J Affect Disord. 15; 279:473-483, Jan, 2021. doi: 10.1016/j.jad.2020.09.131. Epub 2020 Oct 6. PMID: 33126078.

COVENTRY PA, HUDSON JL, KONTOPANTELLIS E, et al. **Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials**. PLoS One; 9:e108114, 2014.

COVID-19 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS. **Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic**. Lancet. 6;398(10312):1700-1712, Nov., 2021 doi: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7. Epub 2021 Oct 8. PMID: 34634250; PMCID: PMC8500697.

CRASKE, MG, RAUCH, SL, URSANO, R., PRENOVEAU, J., PINE, DS, & ZINBARG, RE . **O que é um transtorno de ansiedade?** *Depressão e Ansiedade*, 26 (12), 1066-1085, 2009.

CUIJPERS P, VAN STRATEN A, SMIT F. **Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials**. Int J Geriatr Psychiatry. 21:1139-1149, 2006.

CUMMINGS, C.M., CAPORINO, N.E., KENDALL, P.C. **Comorbidity of Anxiety and Depression in Children and Adolescents: 20 Years After**. Psychological Bulletin Journal, v. 40, p. 816–845, 2014. <http://doi:10.1037/a0034733> 47.

CURTISS J, ANDREWS L, DAVIS M, SMITS J, HOFMANN SG. **A meta-analysis of pharmacotherapy for social anxiety disorder: an examination of efficacy, moderators, and mediators.** *Expert Opin Pharmacother.* 18:243–51, 2017. doi: 10.1080/14656566.2017.1285907.

CRUMP K, BOO G, LIEW FS, et al. **New Zealand community pharmacists' views of their roles in meeting medicine-related needs for people with mental illness.** *Res Soc Adm Pharm.* 7:122–133, 2011.

DAJPRATHAM P, PUKRITTAYAKAMEE P, ATSARIYASING W, WANNARIT K, BOONHONG J, PONGPIRUL K. **The validity and reliability of the PHQ-9 in screening for post-stroke depression.** *BMC Psychiatry.* 9;20(1):291, Jun, 2020. doi: 10.1186/s12888-020-02699-6. PMID: 32517743; PMCID: PMC7285729.

DAVIS B.; QIAN J.; NGORSURACHES S.; JEMINIWA R.; GARZA KB. **The clinical impact of pharmacist services on mental health collaborative teams: A systematic review.** *J Am Pharm Assoc (2003):* 60(5S):S44-S53, Sep-Oct, 2020. doi: 10.1016/j.japh.2020.05.006. Epub 2020 Jun 27. PMID: 32600986; PMCID: PMC7529835.

DENCHE-ZAMORANO Á, FRANCO-GARCÍA JM, CARLOS-VIVAS J, MENDOZA-MUÑOZ M, PEREIRA-PAYO D, PASTOR-CISNEROS R, MERELLANO-NAVARRO E, ADSUAR JC. **Increased Risks of Mental Disorders: Youth with Inactive Physical Activity.** *Healthcare (Basel).* 26;10(2):237, Jan, 2022. doi: 10.3390/healthcare10020237. PMID: 35206852; PMCID: PMC8872491.

DENCHE-ZAMORANO Á, MENDOZA-MUÑOZ M, CARLOS-VIVAS J, MUÑOZ-BERMEJO L, ROJO-RAMOS J, PASTOR-CISNEROS R, GIAKONI-RAMÍREZ F, GODOY-CUMILLAF A, BARRIOS-FERNANDEZ S. **A Cross-Sectional Study on Self-Perceived Health and Physical Activity Level in the Spanish Population.** *Int J Environ Res Public Health;* 19(9):5656, May 6, 2022. doi: 10.3390/ijerph19095656. PMID: 35565051; PMCID: PMC9104406.

DE SOUSA, D. A., MORENO, A. L., GAUER, G., MANFRO, G. G., & KOLLER, S. H. Avaliação. **Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira.** *Psicológica,* 12(3), pp. 397-410 3, 2013.

DE SOUZA IM, DE SOUZA JPM. **Brasil: líder mundial em taxas de ansiedade e depressão.** *Braz J Psiquiatria.* 39(4):384, 2017.

DESPLINTER, F., SIMOENS, S., LAEKEMAN, G. **The impact of informing psychiatric patients about their medication: A systematic review.** International Journal of Clinical Pharmacy, v. 28 (6), pp.329-341, 2007.

DOLDER C, SZYMANSKI B, WOOTON T, MCKINSEY J. **Pharmacist interventions in an inpatient geriatric psychiatry unit.** Am J Health Syst Pharm, 65(19):1795–6, 2008.

DOREVITCH A, PERL E. **The impact of clinical pharmacy intervention in a psychiatric inpatient hospital.** J Clin Pharm Ther. 21:45–8, 1996.

DRIOT D, BISMUTH M, MAUREL A, SOULIE-ALBOUY J, BIREBENT J, OUSTRIC S, DUPOUY J. **Management of first depression or generalized anxiety disorder episode in adults in primary care: A systematic metareview.** Presse Med.;46(12 Pt 1):1124-1138, Dec. 2017.doi: 10.1016/j.lpm.2017.10.010. Epub 2017 Nov 15. PMID: 29150233.

DUNN AL,TRIVEDI MH, KAMPERT JB, CLARKCG,CHAMBLISSHO. **Exercise treatment for depression: efficacy and dose response.** Am J Prev Med: 28(1):1–8, 2005.

EL-DEN, S., CHEN, T.F., GAN, Y.L., WONG, E., O'REILLY, C.L. **The psychometric properties of depression screening tools in primary healthcare settings: A systematic review.** Journal of affective disorders: 225, 503-522, 2018.

ERESHEFSKY, L.; SARAGOUSI, D.; DESPIEGEL, N.; HANSEN, K.; FRANCOIS, C.;MAMAN, K. **The 6-month persistence on SSRIs and associated economic burden.** Journal Medical Economic, v.13, p. 527–536, 2010.

FARINHA H, RAPOSO DE ALMEIDA J, ALEIXO AR, OLIVEIRA H, XAVIER F, SANTOS AI. **Relação do tabagismo com ansiedade e depressão nos cuidados de saúde primários** [Relationship between smoking and anxiety and depression in primary care]. Acta Med Port. 26(5):523-30, Sep-Oct, 2013. Portuguese. Epub 2013 Oct 31. PMID: 24192091.

FEGADOLLI, C. et al . **Farmacêuticos integrando equipes de cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS): uma reflexão coletiva na cidade de São Paulo.** Interface (Botucatu), v. 20, n. 59, p. 1093-1098, dez. 2016.

FERNANDES, Sheilla Alessandra Ferreira. **Acompanhamento Farmacoterapêutico de pacientes com depressão e/ou transtornos de ansiedade em centro de atenção psicossocial: do ensaio clínico à implantação do serviço.** Orientador: Dr^a. Marta Maria de

França Fonteles. 2020. 204 f. **Tese de Doutorado** (Doutorado em Ciências Farmacêuticas), Universidade Federal do Ceará, 2020.

FERNANDES, Sheilla Alessandra Ferreira et al. **Compreendendo a prestação de um serviço clínico em saúde mental e o papel do farmacêutico: uma análise qualitativa**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 25, e200788, 2021. Disponível em <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000100278&lng=en&nrm=iso>. acesso em 31 de março de 2022. Epub 08 de novembro de 2021. <https://doi.org/10.1590/interface.200788>.

FERRARI, ALIZE J., CHARLSON, F.J., NORMAN, R.E., PATTEN, S.B., FREEDMAN, G., MURRAY, C.J.L., VOS, T., WHITEFORD, H.A. **Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010**. PLoS Med 10, 2013.

FETER N, CAPUTO EL, DORING IR, LEITE JS, CASSURIAGA J, REICHERT FF, DA SILVA MC, COOMBES JS, ROMBALDI AJ. **Sharp increase in depression and anxiety among Brazilian adults during the COVID-19 pandemic: findings from the PAMPA cohort**. Public Health: 190:101-107, Jan, 2021.

FINLEY P, RENS H, PONT J, et al. **Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomised controlled trial**. Pharmacotherapy. 23(9);1175–1185, 2003.

FYNES-CLINTON J. **Desafiando o mito de uma “epidemia” de transtornos mentais comuns: tendências na prevalência global de ansiedade e depressão entre 1990 e 2010**. Depress Anxiety. 31:506-16, 2012.

FIRST, M. B., WILLIAMS, J. B. W., KARG, R. S., SPITZER, R. L. **Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5**. (Eds.) Artmed. Porto Alegre, 2017.

FORTNEY JC, PYNE JM, KIMBRELL TA, HUDSON TJ, ROBINSON DE, SCHNEIDER R, MOORE WM, CUSTER PJ, GRUBBS KM, SCHNURR PP. **Telemedicine-based collaborative care for posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial**. JAMA Psychiatry. 72(1):58-67, Jan, 2015.

FORTNEY JC, PYNE JM, EDLUND MJ, WILLIAMS DK, ROBINSON DE, MITTAL D, HENDERSON KL: **A randomized trial of telemedicine-based collaborative care for depression**. J Gen Intern Med. 22:1086–1093, 2007.

GABRIEL FC, DE MELO DO, FRÁGUAS R, LEITE-SANTOS NC, MANTOVANI DA SILVA RA, RIBEIRO E. **Pharmacological treatment of depression: A systematic review comparing clinical practice guideline recommendations.** PLoS ONE. 2020 Apr 1;15(4).

GALÁN-ARROYO C, PEREIRA-PAYO D, ROJO-RAMOS J, HERNÁNDEZ-MOCHOLÍ MA, MERELLANO-NAVARRO E, PÉREZ-GÓMEZ J, DENCHE-ZAMORANO Á, ADSUAR JC. **Physical Activity and Prevalence of Depression and Antidepressants in the Spanish Population.** Healthcare (Basel). 12;10(2):363, Feb, 2022. doi: 10.3390/healthcare10020363. PMID: 35206977; PMCID: PMC8871793.

GANGULI, HC . **Descobertas epidemiológicas sobre a prevalência de transtornos mentais na Índia.** Indian J. Psychiatry, 42 , pp . 14 – 20, 2000.

GARAKANI A, MURROUGH JW, FREIRE RC, THOM RP, LARKIN K, BUONO FD, IOSIFESCU DV. **Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options.** Front Psychiatry. 23;11:595584, Dec, 2020. doi: 10.3389/fpsyt.2020.595584. PMID: 33424664; PMCID: PMC7786299.

GBD 2013 DALYS AND HALE COLLABORATORS, MURRAY CJ, BARBER RM, et al. **Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition.** Lancet. 386: 2145–91, 2015.

GBD 2015 DALYS AND HALE COLLABORATORS. **Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015.** Lancet 388: 1603–58, 2016.

GBD 2016 DALYS AND HALE COLLABORATORS. **Global, regional, and national disability adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.** Lancet. 390(10100):1260-344, 2017. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32130-X.

GHASEMI A, ZAHEDIASL S. **Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians.** Int. J. Endocrinol. Metab. 10(2), 486–489 (2012).

GIBERSON S, YODER S, LEE MP. **Improving Patient and Health System Outcomes through Advanced Pharmacy Practice: a Report to the US Surgeon General.** Rockville, MD: U.S. Public Health Service; 2011.

GILBODY S, RICHARDS D, BREALEY S, HEWITT C. **Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis.** J Gen Intern Med. 22:1596-602, 2007. doi:10.1007/s11606-007-0333-y PMID:17874169.

GOAD JD, EZELL JR. **Drug-use evaluation programs for psychotropic medications.** Am J Hosp Pharm. 47(1):132-6, 1990.

GODDARD AW, BROUETTE T, ALMAI A, JETTY P, WOODS SW, CHARNEY D. **Early coadministration of clonazepam with sertraline for panic disorder.** Arch Gen Psychiatry. 58(7):681-6, 2001. Epub 2001/07/31.

GOLDBERG D, Huxley P. **Common Mental Disorders, a Bio-Social Model.** London: Routledge, 1992: 68

GOMES AP, SOARES ALG, KIELING C, ROHDE LA, GONÇALVES H. **Mental disorders and suicide risk in emerging adulthood: the 1993 Pelotas birth cohort.** Rev Saude Publica. 21;53:96, Oct, 2019. doi: 10.11606/s1518 8787.20190530012356.

GONÇALVES AMC, TEIXEIRA MTB, GAMA JRA, LOPES CS, SILVA GA, GAMARRA CJ, DUQUE KCD, MARIA MLSM. **Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família.** J Bras Psiquiatr. 67(2):101-9, 2018. DOI: 10.1590/0047-2085000000192.

GREIDANUS E, WARREN C, GREGORY E, HARRIS UMETSUBO Y: **Collaborative practice in counselling: a scoping review,** Journal of Interprofessional Care, 2019. DOI: 10.1080/13561820.2019.1637334.

GUNN J, DIGGENS J, HEGARTY K, et al. **A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care.** BMC Health Serv Res. 6:88, 2006.

GUPTA, M.; Agarwal, M. **Understanding medication errors in the elderly.** The New Zealand medical journal, Wellington, v. 126, n. 1385, p. 62-70, 2013.

GUSTAVSON K, KNUDSEN AK, NESVÅG R, KNUDSEN GP, VOLLSET SE, REICHBORN-KJENNERUD T. **Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study.** BMC Psychiatry. 12;18(1):65, Mar, 2018. doi: 10.1186/s12888-018-1647-5. PMID: 29530018; PMCID: PMC5848432.

HAJDUK M, HERETIK A JR, VASECKOVA B, FORGACOVA L, PECENAK J. **Prevalence and correlations of depression and anxiety among Slovak college students.** Bratisl Lek Listy.120(9):695-698, 2019. doi: 10.4149/BLL_2019_117.

HAMRAH MS, HAMRAH MH, ISHII H, SUZUKI S, HAMRAH MH, HAMRAH AE, DAHI AE, TAKESHITA K, YISIREYILI M, HAMRAH MH, FOTOUHI A, SAKAMOTO J, MUROHARA T. **Anxiety and Depression among Hypertensive Outpatients in Afghanistan: A Cross-Sectional Study in Andkhoy City.** Int J Hypertens. 1;2018:8560835, Aug, 2018. doi: 10.1155/2018/8560835. PMID: 30155287; PMCID: PMC6093076.

HASHMI R, ALAM K, GOW J, MARCH S. **Prevalence of Mental Disorders by Socioeconomic Status in Australia: A Cross-Sectional Epidemiological Study.** Am J Health Promot. 35(4):533-542, May; 2021. doi: 10.1177/0890117120968656. Epub 2020 Oct 28. PMID: 33111532.

HEATH, B., WISE ROMERO, P., & REYNOLDS, K. **A review and proposed standard framework for levels of integrated healthcare.** Retrieved from SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions website, 2013. https://www.integration.samhsa.gov/integrated-care-models/A_Standard_Framework_for_Levels_of_Integrated_Healthcare.pdf

HERBERT C, WINKLER H. **Impacto de uma clínica gerenciada por farmacêutico clínico na integração de saúde mental de cuidados primários em um sistema de saúde de Assuntos de Veteranos.** Ment Health Clin: 8:105–9, 2018.

HE H, XIANG Y, GAO F, BAI L, GAO F, FAN Y, et al. . **Comparative efficacy and acceptability of first-line drugs for the acute treatment of generalized anxiety disorder in adults: A network meta-analysis.** J Psychiatr Res. 118:21-30, Nov; 2019. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.08.009. Epub 2019 Aug 16. PMID: 31473564.

HENDERSON C, EVANS-LACKO S, THORNICROFT G. **Mental illness stigma, help seeking, and public health programs.** Am J Public Health. 103(5): 777 e 780, 2013.

HEPLER, C., D.; STRAND, L. M. **Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica.** Am J Hosp Pharm, v. 47, p.533-43, 1990.

HEPLER CD. **Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy.** *Pharmacotherapy*; 24(11):1491-8, Nov, 2004. doi: 10.1592/phco.24.16.1491.50950. PMID: 15537552.

HIERONYMUS F, EMILSSON JF, NILSSON S, ERIKSSON E. **Consistent superiority of selective serotonin reuptake inhibitors over placebo in reducing depressed mood in patients with major depression.** *Mol Psychiatry* 21:523–530, 2016.

HIGASHI, K., MEDIC, G., LITTLEWOOD, K.J., DIEZ, T., GRANSTRÖM, O., DE HERT, M. **Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review.** *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, v. 3, p. 200–218, 2013. [http:// dx.doi.org/10.1177/2045125312474019](http://dx.doi.org/10.1177/2045125312474019)

HOCKENBERRY JM, JOSKI P, YARBROUGH C, DRUSS BG. **Trends in Treatment and Spending for Patients Receiving Outpatient Treatment of Depression in the United States, 1998-2015.** *JAMA Psychiatry*. 1;76(8):810-817, Aug ,2019. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0633. Erratum in: *JAMA Psychiatry*. 2019 May 29;; PMID: 31017627; PMCID: PMC6487900.

HO, S.C., CHONG, H.Y., CHAIYAKUNAPRUK, N., TANGIISURAN, B., JACOB, S.A. **Clinical and economic impact of non-adherence to antidepressants in major depressive disorder: A systematic review.** *Journal of Affective Disorders*, v. 193, p. 1-10, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.029>

HOSSAIN MM, PUROHIT N, SULTANA A, MA P, MCKYER ELJ, AHMED HU. **Prevalence of mental disorders in South Asia: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses.** *Asian J Psychiatr*: 51:102041, Jun, 2020. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102041. Epub 2020 Apr 8. PMID: 32315966.

HOWARD, L.M., EHRLICH, A.M., GAMLEN, F., ORAM, S. **Gender-neutral mental health research is sex and gender biased.** *The Lancet Psychiatry*, 2017. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30209-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30209-7).

HUNG, C.I.; WANG, S.J.; LIU, C.Y.; HSU, S.C.; YANG, C.H. **Comorbidities and factors related to discontinuation of pharmacotherapy among outpatients with major depressive disorder.** *Comprehensive Psychiatry*, v.52, p.370–377, 2011.

INAMDAR, S.; KULKARNI, R.; KARAJGI, S.; MANVI, F.; GANACHARI, M.; MAHENDRA, B. **Medication Adherence in Diabetes Mellitus: An Overview on Pharmacist Role.** *Am. J. Adv. Drug Deliv*, 1, 238–250, 2013.

ILGÜN G. **What are the socioeconomic determinants of mental disorders?** *Perspect Psychiatr Care*: 58(4):2881-2887, Oct, 2022. doi: 10.1111/ppc.13136.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. **Evidence of primary care pharmacists' impact on health.** 2008. Disponível em: Acesso em: 26 nov. 2021. IONESCU DF, SHELTON RC, BAER L, MEADE KH, SWEE MB, FAVA M, et al. Ziprasidone augmentation for anxious depression. *Int Clin Psychopharmacol*: 31(6):341–6, 2016.

ISMAIL Z, MALICK A, SMITH EE, et al. **Depression versus dementia: is this construct still relevant?** *Neurodegener Dis Manag*. 4:119-126, 2014.

JACKSON-TRICHE ME, UNÜTZER J, WELLS KB. **Achieving Mental Health Equity: Collaborative Care.** *Psychiatr Clin North Am*; 43(3):501-510, Sep, 2020. doi: 10.1016/j.psc.2020.05.008. Epub 2020 Jul 1. PMID: 32773077.

JAYASANKAR P, MANJUNATHA N, RAO GN, GURURAJ G, VARGHESE M, BENEGAL V; NMHS INDIA NATIONAL COLLABORATOR GROUP. **Epidemiology of common mental disorders: Results from "National Mental Health Survey" of India, 2016.** *Indian J Psychiatry*. 64(1):13-19, Jan-Feb, 2022. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_865_21. Epub 2022 Jan 21. PMID: 35400745; PMCID: PMC8992756.

JOAQUIM AC, LOPES M, STANGHERLIN L, CASTRO K, CERETTA LB, LONGEN WC, FERRAZ F, PERRY IDS. **Mental health in underground coal miners.** *Arch Environ Occup Health*. 73(6):334-343, 2018. doi: 10.1080/19338244.2017.1411329. Epub 2017 Dec 26. PMID: 29279016.

JOHNCO, C., KNIGHT, A., TADIC, D., WUTHRICH, V.M. **Psychometric properties of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and its short-form (GAI-SF) in a clinical and non-clinical sample of older adults.** *International Psychogeriatrics*, 27, 1089-1097, 2015.. doi:10.1017/S1041610214001586.

KAMARADOVA D, LATALOVA K, PRASKO J, KUBINEK R, VRBOVA K, MAINEROVA B, CINCULOVA A, OCISKOVA M, HOLUBOVA M, SMOLDASOVA J, TICHACKOVA A. **Connection between self-stigma, adherence to treatment, and**

discontinuation of medication. Patient Prefer Adherence. 22;10:1289-98, Jul, 2016. doi: 10.2147/PPA.S99136. PMID: 27524884; PMCID: PMC4966500.

KAMUSHEVA, M., IGNATOVA, D., GOLDA, A., SKOWRON, A. **The potential role of the pharmacist in supporting patients with depression- a literature-based point of view.** Integrated Pharmacy Research and Practice, v.9, p. 49-63, 2020.

KANE-GILL SL, RINCON F. **Expansion of Telemedicine Services:** Telepharmacy, Telestroke, Teledialysis, Tele-Emergency Medicine. Crit Care Clin;35(3):519-533, Jul, 2019. doi: 10.1016/j.ccc.2019.02.007. Epub 2019 Apr 7. PMID: 31076051.

KATON W, VON KORFF M, LIN E, et al. **Collaborative management to achieve treatment guidelines:** impact on depression in primary care. JAMA; 273(13): 1026–31, 1995.

KATON WJ, VON KORFF M, LIN EH, et al. **The Pathways Study:** a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. Arch Gen Psychiatry; 61(10):1042–9, 2004.

KATON WJ, LIN EH, VON KORFF M, et al. **Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses.** N Engl J Med: 363(27):2611–20, 2010.

KELLY BJ, PERKINS DA, FULLER JD, et al. **Shared care in mental illness:** a rapid review to inform implementation. Int J Ment Health Syst: 5:31, 2011.

KEMP AH, BRUNONI AR, NUNES MA, SANTOS IS, GOULART AC, RIBEIRO AL, et al. **The association between mood and anxiety disorders, and coronary heart disease in Brazil:** a cross-sectional analysis on the Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). Front Psychol. ;6:187, 2015. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00187.

KESSLER RC, CHIU WT, DEMLER O, MERIKANGAS KR, WALTERS EE. **Prevalência, gravidade e comorbidade de transtornos DSM-IV de 12 meses na replicação do National Comorbidity Survey.** Arch Gen Psiquiatria: 62:617-27, 2005. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617.

KESSLER RC, AGUILAR- GAXIOLA S, ALONSO J, et al. **The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys.** *Epidemiol Psichiatr Soc*: 18:23–33, 2009.

KESSLER RC, AVENEVOLI S, COSTELLO EJ, GEORGIADIS K, GREEN JG, GRUBER MJ, et al. **Prevalência, persistência e correlatos sociodemográficos de transtornos do DSM-IV no National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement.** *Arch Gen Psiquiatria*: 69:372–80, 2012.

KESSLER, RC, CHIU WT, HWANG IH, PUAC-POLANCO V, SAMPSON NA, ZIOBROWSKI HN, ZASLAVSKY AM. **Changes in Prevalence of Mental Illness Among US Adults During Compared with Before the COVID-19 Pandemic.** *Psychiatr Clin North Am*. 45(1):1-28, Mar, 2022. doi: 10.1016/j.psc.2021.11.013. Epub 2021 Nov 12. PMID: 35219431; PMCID: PMC8585610.

KIM, YK. **Anxiety disorders.** 1. ed. *Advances in experimental medicine and biology.* Springer. 2020. <https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0>

KITTS, N. K.; REEVE, A. R.; TSUL, L. **Care transitions in elderly heart failure patients: current practices and the pharmacist's role.** *The Consultant pharmacist: the journal of the American Society of Consultant Pharmacists, Arlington*, v. 29, n. 3 p. 179-190, 2014.

KRISHNAN KR, TAYLOR WD, MCQUOID DR, et al. **Clinical characteristics of magnetic resonance imaging-defined subcortical ischemic depression.** *Biol Psychiatry*. 55:390-397, 2004.

KROENKE K, SPITZER RL, WILLIAMS JB. **The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure.** *J Gen Intern Med*: 16:606-13, 2001. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x pmid:11556941.

KROENKE K, SPITZER RL. **The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure.** *Psychiatr Ann*: 32:1-7, 2002. doi:10.3928/0048-5713-20020901-06.

KROENKE K, SPITZER RL, WILLIAMS JB, LÖWE B. **The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review.** *Gen Hosp Psychiatry*. 32(4):345-59, Jul-Aug, 2010. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006. Epub 2010 May 7. PMID: 20633738.

KROGH J, HJORTHØJ C, SPEYER H, GLUUD C, NORDENTOFT M. **Exercise for patients with major depression: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis.** *BMJ Open* 7(9):e14820, 2017. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014820>.

KUEHNER, C. **Why is depression more common among women than among men?** *The Lancet Psychiatry* 4, 146–158, 2017. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2).

LEVIS B, BENEDETTI A, THOMBS BD. **Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis.** *BMJ* ; 365. 2019. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.11476>.

LORET DE MOLA C, CARPENA MX, GONÇALVES H, QUEVEDO LA, PINHEIRO R, DOS SANTOS MOTTA JV, HORTA B. **How sex differences in schooling and income contribute to sex differences in depression, anxiety and common mental disorders: The mental health sex-gap in a birth cohort from Brazil.** *J Affect Disord.* 1;274:977-985, Sep, 2020. doi: 10.1016/j.jad.2020.05.033. Epub 2020 May 26. PMID: 32664042.

LOWE B, UNUTZER J, CALLAHAN CM, PERKINS AJ, KROENKE K. **Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9.** *Med Care:* 42:1194–201, 2004.

LOWE B, KROENKE K, HERZOG W, GRAFE K. **Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9).** *J Affect Disord:* 81:61–6, 2004.

LOWE B, SCHENKEL I, CARNEY-DOEBBELING C, GOBEL C. **Responsiveness of the PHQ-9 to psychopharmacological depression treatment.** *Psychosomatics:* 47:62–7, 2006.

MALPASS A, SHAW A, KESSLER D, SHARP D. **Concordance between PHQ-9 scores and patients' experiences of depression: a mixed methods study.** *Br J Gen Pract:* 60(575):e231-8, Jun, 2010. doi: 10.3399/bjgp10X502119. PMID: 20529486; PMCID: PMC2880764.

MANGOLINI VI, ANDRADE LH, WANG YP. **Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura / Epidemiology of anxiety disorders in Brazilian regions: a literature review.** *Rev Med, São Paulo,* 98(6):415-22, nov.-dez, 2019.

MARACLE, H. L.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; BRUMMEL, A. **Primary Care Providers' experiences with Pharmaceutical Care-based Medication Therapy Management Services INNOVATIONS in pharmacy Primary Care Providers' experiences with Pharmaceutical Care-based Medication Therapy Management Services.** *Inov Pharm. INNOVATIONS*, v. 33, n. 1, 2012.

MARCUS, S. C.; OLFSO, M. **National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007.** *Archives of General Psychiatry*, v. 67, n. 12, p. 1265–1273, 2010.

MARINO J, CABALLERO J, LLOSENT M, HINKES R. **Differences in pharmacy interventions at a psychiatric hospital:** comparison of staff pharmacists, pharmacy faculty, and student pharmacists. *Hosp Pharm.* 45(4):314–9, 2010.

MARTIN MY, KIM Y, KRATT P, et al. **Medication adherence among rural, low-income hypertensive adults:** a randomized trial of a multimedia community-based intervention. *Am J Health Promot.* 25(6):372-78, 2011.

MARTÍNEZ, F. M. et al. **Informe 2011-2014, Medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en mayores polimedicados, en la farmacia comunitaria española.** Madrid. Consejo General De Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014.

MEIDL TM, WOLLER TW, IGLAR AM, et al. **Implementation of pharmacy services in a telemedicine intensive care unit.** *Am J Health Syst Pharm:* 65:1464–9, 2008.

MEIER SM, DECKERT J. **Genetics of Anxiety Disorders.** *Curr Psychiatry Rep.* 2;21(3):16, Mar, 2019. doi: 10.1007/s11920-019-1002-7. PMID: 30826936.

MEISTER R, JANSEN A, BERGER M, BAUMEISTER H, BSCHOR T, HARFST T, HAUZINGER M, KRISTON L, KÜHNER C, SCHAUENBURG H, SCHORR SG, SCHNEIDER F, HÄRTER M. **Psychotherapie depressiver Störungen:** Verfahren, Evidenz und Perspektiven [Psychotherapy of depressive disorders : Procedures, evidence and perspectives]. *Nervenarzt:* 89(3):241-251, Mar, 2018. German. doi: 10.1007/s00115-018-0484-6. PMID: 29383414.

MENTAL HEALTH ATLAS 2020. Geneva. World Health Organization; 2021.

MINISTRY OF HEALTH, MALAYSIA. **Management of Major Depressive Disorder:** Clinical Practice. Guidelines; 2007.

MIRZA I., JENKINS R. **Fatores de risco, prevalência e tratamento de ansiedade e transtornos depressivos no Paquistão: revisão sistemática** Br. Med. J. 328 , pp . 794 - 79, 2004,10.1136/bmj.328.7443.794

MIRZAEI M, YASINI ARDEKANI SM, MIRZAEI M, DEHGHANI A. **Prevalence of Depression, Anxiety and Stress among Adult Population: Results of Yazd Health Study.** Iran J Psychiatry. 14(2):137-146, Apr, 2019. PMID: 31440295; PMCID: PMC6702282.

MOLDE, H., et al. **A Bifactor and item response analysis of the geriatric anxiety inventory.** International Psychogeriatrics, 29, 1647-1656, 2017. doi:10.1017/S1041610217001004.

MOORE N, PARIENTE A, BÉGAUD B. **Why are benzodiazepines not yet controlled substances? JAMA Psychiatry: 72:110–1, 2015.** doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2190.

MORTON WA, MENDENHALL AR, WINDSOR PG, LYDIARD B. **Clinical psychopharmacy consultations: acceptance of recommendations on an adult inpatient psychiatric unit.** Hosp Pharm: 30(9): 786–90, 1995.

MURPHY, L.; HELMICK, C. G. **The impact of osteoarthritis in the United States: a population-health perspective.** American Journal of Nursing, 112, 13– 19, 2012. doi:10.1097/01.NAJ.0000412646.80054.21.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Generalised Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults: Management.** Available online at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment.** Available online at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>.

NELSON JC, PAPAKOSTAS GI. **Atypical antipsychotic augmentation in major depressive disorder: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials.** Am J Psychiatry: 166(9):980–91, 2009.

NEWMAN MS. **Revisão de estudos de saúde mental em Bangladesh, com foco na depressão.** Int. J. Ment. Saúde, 42, pp . 48 - 77, 2013. 10.2753/IMH0020-7411420403.

NIZNIK JD, HE H, KANE-GILL SL. **Impact of clinical pharmacist services delivered via telemedicine in the outpatient or ambulatory care setting:** A systematic review. *Res Social Adm Pharm.* 14(8):707-717, Aug, 2018. doi: 10.1016/j.sapharm.2017.10.011. Epub 2017 Oct 28. PMID: 29100941.

O'CONNOR E, ROSSOM RC, HENNINGER M, GROOM HC, BURDA BU, HENDERSON JT, BIGLER KD, WHITLOCK EP. **Screening for depression in adults:** an updated systematic evidence review for the U.S. preventive services task force, Rockville, MD, 2016.

OLFSON M, GERHARD T, HUANG C, CRYSTAL S, STROUP TS. **Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States.** *JAMA Psychiatry.*;72(12):1172-81, Dec, 2015. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1737. PMID: 26509694.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Reorganização e Expansão Progressiva dos Serviços de Saúde para Resposta à Pandemia de COVID – 19.** Versão 1.0, Brasília, DF, Março, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, **Comprehensive mental health action plan 2013-2030.** Geneva, 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde mental:** nova concepção, nova esperança [Internet]. OMS, Geneva, 2001 [cited 2017 Jun 25]. Available from: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Promoción del uso racional de medicamentos:** componentes centrales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. OMS, Ginebra (SUI), 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El papel del farmacéutico en la atención a la salud:** declaración de Tokio. OMS, Ginebra, 1993.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Directrices conjuntas FIP/ OMS sobre buenas prácticas en Farmácia:** estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. Hyderabad: FIP/OMS, 2011. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE.

Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. <Acessado em 10 de junho de 2021>.

OSLIN DW, LYNCH KG, MAISTO SA, et al. **A randomized clinical trial of alcohol care management delivered in Department of Veterans Affairs primary care clinics versus specialty addiction treatment.** J Gen Intern Med. 29(1):162-16, 2014.

OTTO MW, POLLACK MH, SACHS GS, REITER SR, MELTZER-BRODY S, ROSENBAUM JF. **Discontinuation of benzodiazepine treatment:** efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. Am J Psychiatry.150(10):1485–90, 1993. Epub 1993/10/01.

OVERVIEW | Depression in adults: recognition and management | Guidance | NICE

PANDE S, HILLER JE, NKANSAH N, BERO L. **The effect of pharmacist-provided non-dispensing services on patient outcomes, health service utilisation and costs in low- and middle-income countries.** Cochrane Database Syst Rev. 2013.

PANDIS N. **The chi-square test.** Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2016 Nov;150(5):898-899. doi: 10.1016/j.ajodo.2016.08.009. PMID: 27871717.

PAPAKOSTAS GI, SHELTON RC, SMITH J, FAVA M. **Augmentation of antidepressants with atypical antipsychotic medications for treatment-resistant major depressive disorder:** a meta-analysis. J Clin Psychiatry: 68(6):826–31, 2007.

PATEL JS, OH Y, RAND KL, WU W, CYDERS MA, KROENKE K, STEWART JC. **Measurement invariance of the patient health questionnaire-9 (PHQ-9) depression screener in U.S. adults across sex, race/ethnicity, and education level: NHANES 2005-2016.** Depress Anxiety. 36(9):813-823, Sep; 2019. doi: 10.1002/da.22940. Epub 2019 Jul 29. PMID: 31356710; PMCID: PMC6736700.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. **A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil.** Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences. vol. 44, n. 4, out./dez., 2008.

PICKARD AS, HUNG S-Y. **An update on evidence of clinical pharmacy services' impact on health-related quality of life.** Ann Pharmacother.;40(9), 2006.

PINQUART M, DUBERSTEIN PR, LYNESS JM. **Treatments for laterlife depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy.** Am J Psychiatry. 163:1493-1501, 2006.

POGOSOVA, N.V., BOYTSOV, S.A., OGANOV, R.G., YUFEREVA, Y.M., KOSTYUK, G.P., KURSAKOV, A.A., AUSHEVA, A.K., VYGODIN, V.A. **Clinical-Epidemiological Program of Studying Psychosocial Risk Factors in Cardiological Practice in Patients With Arterial Hypertension and Ischemic Heart Disease: First Results of a Multicenter Study in Russia].** Kard, v.9, p.47-58, 2018.

PRIMI, R. **Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26(SPE), 25-35, 2010.

PYNE JM, FORTNEY JC, TRIPATHI SP, MACIEJEWSKI ML, EDLUND MJ, WILLIAMS DK: **Cost-effectiveness analysis of a rural telemedicinecollaborative care intervention for depression.** Arch Gen Psy-chiatry; 67:812–821, 2010.

QUADROS, LENICE DE CASTRO MUNIZ DE et al. **Common Mental Disorders and Contemporary Factors: 1982 Birth Cohort.** Revista Brasileira de Enfermagem [online]. v. 73, n. 1, 2020. [Acessado 31 Março 2022] , e20180162. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0162>>. Epub 10 Fev 2020. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0162>.

RAMSBERG J, ASSEBURG C, HENRIKSSON M. **Effectiveness and Cost-Effectiveness of Antidepressants in Primary Care: A Multiple Treatment Comparison Meta-Analysis and Cost-Effectiveness Model.** PLOS ONE 7(8): e 42003, 2012. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042003>.

RAYMOND W. LAMSIDNEY H. KENNEDYSOPHIE GRIGORIADISROGER S. MCINTYREROU MEN MILEVRAJAMANNAR RAMASUBBUSAGAR V. PARIKHSCOTT B. PATTENARUN V. RAVINDRAN. **Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults III.** Pharmacotherapy. Journal of Affective Disorders 117: S26–S43, 2009.

REPPLE J, OPEL N. **Sport und körperliche Bewegung bei unipolarer Depression : Prävention, Therapie und neurobiologische Wirkmechanismen [Sport and physical exercise in unipolar depression : Prevention, therapy, and neurobiological mechanisms of action].** Nervenarzt: 92(5):507-514, May , 2021. German. doi: 10.1007/s00115-021-01113-0. Epub 2021 Apr 13. PMID: 33847767.

RICHARDS DA, BOWER P, CHEW- GRAHAM C, et al. **Clinical effectiveness and cost-effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): a cluster randomised controlled trial.** Health Technol Assess, 2016;20:1–192.

RICHARDSON TE; O'REILLY CL; CHEN TF. **A comprehensive review of the impact of clinical pharmacy services on patient outcomes in mental health.** Int J Clin Pharm: 36(2):222-32, Apr, 2014. doi: 10.1007/s11096-013-9900-y. Epub 2013 Dec 4. PMID: 24306436.

RICKELS K. **Benzodiazepines in the treatment of anxiety.** Am J Psychother. :36(3):358–70, 1982. Epub 1982/07/01

RIGBY D. **Collaboration between doctors and pharmacists in the community.** Aust Prescr: 33(6):191e193, 2010.

RISSARDO JP, CAPRARA ALF. **Buspirone-associated movement disorder: a literature review.** Prague Med Rep. 121:5–24, 2020. doi: 10.14712/23362936.2020.

ROSSEN EK, BARTLETT R, HERRICK CA. **Interdisciplinary collaboration: the need to revisit.** Iss Mental Health Nurs: 29:387–96, 2008.

RUBIO-VALERA M, SERRANO-BLANCO A, MAGDALENA-BELIO J, FERNANDEZ A, GARCIA-CAMPAYO J, PUJOL MM, et al. **Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and meta-analysis.** Ann Pharmacother: 45(1):39–48, 2011.

RUBIO-VALERA M, CHEN TF, O'REILLY CL. **Novos papéis para farmacêuticos na atenção à saúde mental comunitária: uma revisão narrativa.** Int J Environ Res Saúde Pública: 11:10967-90, 2014.

RUSH AJ, TRIVEDI MH, IBRAHIM HM, CARMODY TJ, ARNOW B, KLEIN DN, MARKOWITZ JC, NINAN PT, KORNSTEIN S, MANBER R, THASE ME, KOCSIS JH, KELLER MB. **The 16 item quick inventory of depressive symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression.** Biol Psychiatry: 54:573–583, 2003.

SAGAR R, PATTANAYAK RD, CHANDRASEKARAN R, CHAUDHURY PK, DESWAL BS, LENIN SINGH RK, MALHOTRA S, NIZAMIE SH, PANCHAL BN, SUDHAKAR TP, TRIVEDI JK, VARGHESE M, PRASAD J, CHATTERJI S. **Twelve-month prevalence and**

treatment gap for common mental disorders: Findings from a large-scale epidemiological survey in India. *Indian J Psychiatry*: 59(1):46-55, Jan-Mar, 2017. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_333_16. PMID: 28529360; PMCID: PMC5419012.

SARAIVA S, BACHMANN M, ANDRADE M, et al. **Bridging the mental health treatment gap: effects of a collaborative care intervention (matrix support) in the detection and treatment of mental disorders in a Brazilian city.** *Family Medicine and Community Health*: 8:e000263, 2020. doi: 10.1136/fmch-2019-000263.

SERNA, M.C.; CRUZ, I.; REAL, J.; GASCO, E.; GALVAN, L. **Duration and adherence of antidepressant treatment (2003 to 2007) based on prescription database.** *European Psychiatry*: v. 25, p.206–213, 2010.

SCHLITZ NK, KOROUKIAN SM, SINGER ME, LOVE TE, KARIBORIBOON K. **Disparities in access to specialized epilepsy care.** *Epilepsy Res*: 107 (1-2):172- 8 0, 2013.

SCHIMITZ, N., DESCHÊNES, S.S., BURNS, R.J. **Comorbid depressive, anxiety symptoms, and the risk of type 2 diabetes:** Findings from the Lifelines Cohort Study. *Journal Affective Disorders*, v. 238, p.24-31, 2018.

SHORE JH, YELLOWLEES P, CAUDILL R et al. **Melhores Práticas em Saúde Telemental por Videoconferência Abril de 2018.** *Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc*: 24 (11):827-832, 2018. doi: 10.1089/tmj.2018.023.

SCHWEIZER E, RICKELS K, DE MARTINIS N, CASE G, GARCIA-ESPANA F. **The effect of personality on withdrawal severity and taper outcome in benzodiazepine dependent patients.** *Psychol Med*. 28(3):713–20, 1998. Epub 1998/06/17

SIMON GE, LUDMAN EJ, BAUER MS, UNÜTZER J, OPERSKALSKI B. **Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder.** *ArchGen Psychiatry*: 63(5):500-508, 2006.

SINCLAIR LI, CHRISTMAS DM, HOOD SD, POTOKAR JP, ROBERTSON A, ISAAC A, et al. **Síndrome de nervosismo/ansiedade induzida por antidepressivos:** revisão sistemática. *Br J Psiquiatria*. 194:483-90, 2009. doi: 10.1192/bjp.bp.107.048371.

SINGH LG, ACCURSI M, KORCH BLACK K. **Implementation and outcomes of a pharmacist-managed clinical video telehealth anticoagulation clinic.** *Am J Health Syst Pharm*: 1;72(1):70-3, Jan, 2015. doi: 10.2146/ajhp130750. PMID: 25511842.

SMIT F, CUIJPERS P, OOSTENBRINK J, BATELAAN N, DE GRAAF R, BEEKMAN A. **Custos de nove transtornos mentais comuns: implicações para a psiquiatria curativa e preventiva.** J Ment Health Policy Econ: 9:193-200, 2006.

SMOLEN JR, ARAÚJO EM. **Race/skin color and mental health disorders in Brazil: a systematic review of the literature.** Cien Saude Colet.;22(12):4021-4030, Dec, 2017. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-812320172212.19782016. PMID: 29267719.

SNYDER ME, EARL TR, GILCHRIST S, et al. **Collaborative drug therapy management: case studies of three community-based models of care** [published correction appears in Prev Chronic Dis. 2015;12:E114]. Prev Chronic Dis: 12:E39, 2015.

SPIELMANS GI, BERMAN MI, LINARDATOS E, ROSENLICHT NZ, PERRY A, TSAI AC. **Adjunctive atypical antipsychotic treatment for major depressive disorder: a meta-analysis of depression, quality of life, and safety outcomes.** PLoS Med: 10(3):e 1001403, 2013.

SOARES PSM, MEUCCI RD. **Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande.** RS, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 25(8):3087-3095, 2020.

SOUZA, LPS, BARBOSA, BB, SILVA, CSO, SOUZA, AG, FERREIRA, TN E SIQUEIRA, LG. **Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde.** Rpesm: 18:59 66, 2017.doi:10.19131/rpesm.0193.

SPIJKER, J.; NOLEN, W. A. **An algorithm for the pharmacological treatment of depression: Clinical overview.** Acta Psychiatrica Scandinavica, v. 121, n. 3, p. 180–189, 2010.

SPITZER RL, KROENKE K, WILLIAMS JB. **Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study.** Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA: 282:1737 44, 1999. doi:10.1001/jama.282.18.1737 pmid:1056864.

SCHUCH FB, VANCAMPFORT D, RICHARDS J, ROSENBAUM S, WARD PB, STUBBS B. **Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis adjusting for publication bias.** JPsychiatr Res: 77:42–51, 2016.

SILVA SN, LIMA MG, RUAS CM. **Pharmaceutical interventions in mental health: A review of the literature to support evidence-informed policymaking.** Res Social Adm Pharm. 14(10):891-900, Oct; 2018. doi: 10.1016/j.sapharm.2017.11.014. Epub 2017 Nov 26. PMID: 29195731.

STANISLAV SW, BARKER K, CRISMON ML, CHILDS A. **Effect of a clinical psychopharmacy consultation service on patient outcomes.** Am J Hosp Pharm: 51(6):778–81, 1994.

STONER SC, OTT CA, DIPAUOLA BA. **Psychiatric pharmacy residency training.** Am J Pharm Educ: 74(9):163, 2010.

SUEHS BT, MICAN LM, CAMPBELL AH. **Retrospective evaluation of an inpatient psychiatric pharmacist consultation service.** J Am Pharm Assoc: 51(5):599–604, 2011.

STONER SC, WORREL JA, JONES MT, FARRAR CA, RAMLATCHMAN LV. **Pharmacist-designed and -implemented pharmaceutical care plan for antipsychotic-induced movement disorders.** Pharmacotherapy: 20(5):583–8, 2000.

TAN EC, STEWART K, ELLIOTT RA, GEORGE J. **Pharmacist consultations in general practice clinics: the pharmacists in practice study (PIPS).** Res Soc Adm Pharm. 2013 [cited 29 Oct 2013].

TAYLOR AM, BINGHAM J, SCHUSSEL K, et al. **Integrating innovative tele-health solutions into an interprofessional team-delivered chronic care management pilot program.** J Manag Care Spec Pharm. 24(8):813-18, 2018. Available at: <https://www.jmcp.org/doi/10.18553/jmcp.2018.24.8.813>.

TETUAN C, AXON DR, BINGHAM J, BOESEN K, LIPSY R, SCOVIS N, TAYLOR AM, WARHOLAK T, LOTT BE, LEAL S. **Assessing the Effect of a Telepharmacist's Recommendations During an Integrated, Interprofessional Telehealth Appointment and Their Alignment with Quality Measures.** J Manag Care Spec Pharm: 25(12):1334-1339, Dec, 2019. doi: 10.18553/jmcp.2019.25.12.1334. PMID: 31778622.

THAPA DK , VISENTIN D. , KORNHABER R. , CLEARY M. **Prevalência de transtornos mentais entre idosos no nepal: uma revisão sistemática.** Katmandu Univ. Med. J. KUMJ (KUMJ): 16, pp . 181-190, 2018.

THASE ME, DEMYTTENAERE K, EARLEY WR, GUSTAFSSON U, UDD M, ERIKSSON H. **Extended release quetiapine fumarate in major depressive disorder: analysis in patients with anxious depression.** *Depress Anxiety*: 29(7):574–86, 2012.

THOM R, SILBERSWEIG DA, BOLAND RJ. **Major Depressive Disorder in Medical Illness: A Review of Assessment, Prevalence, and Treatment Options.** *Psychosom Med*: 81(3):246-255, Apr, 2019. doi: 10.1097/PSY.0000000000000678. PMID: 30720699.

THORNICROFT G, CHATTERJI S, EVANS-LACKO S, et al. **Subtratamento de pessoas com transtorno depressivo maior em 21 países.** *Br J Psiquiatria*: 210:119–24, 2017.

TISOTT, CAROLINE GEWEHR. **Estudo de Validação Brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica – Versão Abreviada.** Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Dissertação. Porto Alegre, 2020.

TOKER UGURLU T, UGURLU E. **Impacts of Coil Treatment on Anxiety and Depression in Emphysema.** *Can Respir J*:11;2020:4270826, May, 2020. doi: 10.1155/2020/4270826. PMID: 32454914; PMCID: PMC7240628.

TOUW, D. J. et al. **Cost-effectiveness of therapeutic drug monitoring: a systemic review.** *Therapeutic drug monitoring*, Hagerstown, v. 27, n. 1, p. 10-17, 2005.

TRIVEDI MH, RUSH AJ, CARMODY TJ, DONAHUE RM, BOLDEN-WATSON C, HOUSER TL, et al. **A bupropiona SR e a sertralina diferem em seus efeitos sobre a ansiedade em pacientes deprimidos?** *J Clin Psiquiatria*: 62:776-81, 2001. doi: 10.4088/JCP.v62n1005.

TRIVEDI MH, THASE ME, FAVA M, NELSON CJ, YANG H, QI Y, et al. **Adjunctive aripiprazole in major depressive disorder: analysis of efficacy and safety in patients with anxious and atypical features.** *J Clin Psychiatry*: 69(12):1928–36, 2008.

TSUYUKI RT, BEAHM NP, OKADA H et al. **Farmacêuticos como prestadores de cuidados de saúde primários acessíveis: revisão das evidências.** *Pode Pharm J (Ott)*: 151:4–5, 2018.

UNIPOLAR MAJOR DEPRESSION IN ADULTS: CHOOSING INITIAL TREATMENT - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Jul 15]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/unipolarmajor-depression-in-adults-choosing>

initialtreatment?search=depression&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=d efault&display_rank=1.

UNIPOLAR MAJOR DEPRESSION IN ADULTS: choosing initial treatment - uptodate [internet]. [cited 2021 jul 14]. available from: https://www.uptodate.com/contents/unipolarmajor-depression-in-adults-choosing-initialtreatment?search=depression&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=d efault&display_rank=1

UNITED KINGDOM. Department of Health. National Health System. **Choosing health through pharmacy**. A programme for pharmaceutical public health 2005- 2015. London: NHS, 2005. Disponível em: Acesso em: 18 nov. 2014.

UNU'TZER J, HARBIN H, SCHOENBAUM M, et al. **The collaborative care model**: an approach for integrating physical and mental health care in Medicaid health homes. *Services CfMaM*: p. 1–13, 2013.

VALE, EG.; PAGLIUCA, LMF. **Construcción de un concepto de atención de enfermería**: contribución para la enseñanza del grado en enfermería. *Rev Bras Enferm*. v.64, n.1, p.106-13, 2011.

VED P, COUPE T. **Improving prescription quality in an in-patient mental health unit**: three cycles of clinical audit. *Psychiatr Bull*: 31(8):293–4, 2007.

VEDANA, K.G.G., CIRINEU, C.T., ZANETTI, A.C.G., MIASSO, A.I. **Acting for relief**: coping with schizophrenia and nuisances caused by drug treatment. *Ciência e Cuidado em Saúde*, v. 12, p. 365-374, 2013.

VEDANA, K.G.G., MIASSO, A.I. **The meaning of pharmacological treatment for schizophrenic patients**. *Revista Latino Americana Enfermagem*, v.22, p. 670-678, 2014.

VIRANI A, CROWN N. **The impact of a clinical pharmacist on patient and economic outcomes in a child and adolescent mental health unit**. *Can J Hosp Pharm*: 56(3):158–62, 2003.

WARNICK SJ JR, VAN HARRISON R, PARIKH SV, et al. **Unipolar Depression** [Internet]. Ann Arbor (MI): Michigan Medicine University of Michigan; 2021 Feb. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572297/>.

WEED, L.L. **Medical records that guide and teach**. The New England journal of medicine. v. 278, n. 11, p. 593–600, 1968.

WINTERS S, MAGALHAES L, KINSELLA EA. **Interprofessional collaboration in mental health crisis response systems: a scoping review**. Disabil Rehabil: 37(23):2212-24, 2015. doi: 10.3109/09638288.2014.1002576. Epub 2015 Jan 14. PMID: 25586793.

WITTKAMPF KA, NAEIJE L, SCHENE AH, HUYSER J, VAN WEERT HC. **Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review**. Gen Hosp Psychiatry: 29:388-95, 2007. doi:10.1016/j.genhosppsy.2007.06.004 pmid:17888804.

WOLF, C., PAULY, A., MAYR, A., GRÖMER, T., LENZ, B., KORNHUBER, J., FRIEDLAND, K. **Pharmacist-Led Medication Reviews to identify and collaboratively resolve drug-related problems in psychiatric- a controlled, clinical trial**. Plos One, v.10, n.11, e0142011, 2015. doi: 10.1371/journal.pone.0142011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fact Sheet on Depression**. OMS, 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013–2020**. WHO Libr Cat Data: 1–44, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates**. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1> Acesso em: 15/02/2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Mental Health Report: transforming mental health for all**. Geneva. World Health Organization, 2022.

YLÄ-RAUTIO H, SISSALO S, LEIKOLA S. **Drug-related problems and pharmacy interventions in non-prescription medication, with a focus on high-risk over-the-counter medications**. International Journal of Clinical pharmacy, v. 42(2):786-795, 2020. doi: 10.1007/s11096-020-00984-8.

YOUNG HN, KANCHANASUWAN S, COX ED, MORENO MM, HAVICAN NS.
Barriers to medication use in rural underserved patients with asthma. Res Social Adm Pharm:11(6):909-14, 2015.

ZUBERI A, WAQAS A, NAVEED S, HOSSAIN MM, RAHMAN A, SAEED K, FUHR DC.
Prevalence of Mental Disorders in the WHO Eastern Mediterranean Region: a Systematic Review and Meta-Analysis. Front Psychiatry:14; 12:665019, Jul, 2021. doi: 10.3389/fpsyt.2021.665019. PMID: 34335323; PMCID: PMC8316754.

ZUITHOFF NP, VERGOUWE Y, KING M, NAZARETH I, VAN WEZEP MJ, MOONS KG, GEERLINGS MI. **The Patient Health Questionnaire-9 for detection of major depressive disorder in primary care: consequences of current thresholds in a crosssectional study.** BMC Fam Pract: 11:98, 2010.

ZUNG WW, RICHARDS CB, SHORT MJ. **Self-rating depression scale in an outpatient clinic: further validation of the SDS.** Arch Gen Psychiatry: 13:508–515, 1965.

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE -9 (PHQ-9)

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO				
Nome do paciente:				
Data de aplicação do instrumento:				
Possui diagnóstico de depressão? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Sim. Desde quando? _____				
Já encontra-se em tratamento da depressão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Tempo de tratamento: _____				
Tratamento atual para depressão:				
Tratamentos prévios para depressão:				
PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)				
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem. Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume □	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____ = Total Score: _____				
Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas? □				
<input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade	<input type="checkbox"/> Alguma dificuldade	<input type="checkbox"/> Muita dificuldade	<input type="checkbox"/> Extrema dificuldade	

ANEXO 2 – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK.

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK - BAI

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Aseuetado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afoqueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO 3 – PRONTUÁRIO ELETRÔNICO - CLINICARX

The screenshot displays the ClinicarX dashboard for a user named Thamara at Universidade Federal Da Paraíba. The main section is titled "Faturamento por clínica" and shows three key metrics for the last 30 days: a national average of R\$ 1.171,27, the user's clinic revenue of R\$ 40,00, and a 96,58% decrease compared to the national average. Below this is a section for the "AGENDA DO DIA" which is currently empty, with a button to "Ir para agenda". A sidebar on the left contains navigation options like "Tela inicial", "Pacientes", "Atendimento", "Agenda", "Painel", "Documentos", "University", and "Materiais". At the bottom, there is a "Novidades" section and a Windows taskbar notification.

ClinicarX Universidade Federal Da Paraíba ...

Thamara

Faturamento por clínica

Descubra como as clínicas que utilizam Clinicarx estão faturando:

Período: Últimos 30 dias

R\$ 1.171,27 Média de faturamento nacional por clínica Saiba mais →	R\$ 40,00 Faturamento da sua clínica Saiba mais →	↓ -96,58% Seu faturamento em relação à média nacional Saiba mais →
--	--	---

AGENDA DO DIA

Não disponível. Selecione uma clínica

[Ir para agenda](#)

Novidades Ativar o Windows

ANEXO IV – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS A EFETIVIDADE DE UM SERVIÇO AMBULATORIAL DE FARMÁCIA CLÍNICA E QUALIDADE DO PROCESSO DE USO DE MEDICAMENTOS EM DESFECHOS CLÍNICOS, HUMANÍSTICOS E ECONÔMICOS EM SAÚDE DE PACIENTES ATENDIDOS

Pesquisador: Wálteri Christini Torelli Reis

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 97906118.3.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.924.403

Recomendações:

Aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado. Sem lista de pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1216185.pdf	06/09/2018 15:30:18		Aceito
Parecer Anterior	parecerprojetoanterior.pdf	06/09/2018 15:29:42	Wálteri Christini Torelli Reis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	06/09/2018 15:19:59	Wálteri Christini Torelli Reis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	certidao.pdf	06/09/2018 15:19:28	Wálteri Christini Torelli Reis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuencia.pdf	06/09/2018 15:18:57	Wálteri Christini Torelli Reis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	06/09/2018 15:18:38	Wálteri Christini Torelli Reis	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/09/2018 15:17:26	Wálteri Christini Torelli Reis	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 28 de Setembro de 2018

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

ANEXO V – QUESTIONÁRIO DADOS SOCIOECONÔMICOS E CLÍNICOS

190323, 17:14

Dados Socioeconômicos e clínicos

Dados Socioeconômicos e clínicos

Dados Socioeconômicos

*Obrigatório

1. Nome *

2. CPF *

3. Telefone *

4. Data de nascimento *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

5. Idade *

6. Raça/Etnia *

Marcar apenas uma oval.

- Branco
 Caucasiano
 Indio
 Pardo
 Preto
 Outro:

7. Sexo *

Marque todas que se aplicam.

- Masculino
 Feminino

8. Estado Civil *

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro(a)
 Casado(a)
 União Estável
 Outro:

9. Escolaridade *

Marque todas que se aplicam.

- Ensino Fundamental
 Ensino médio
 Ensino superior Incompleto
 Ensino superior completo
 Analfabeto
 Outro:

10. Origem *

Marque todas que se aplicam.

- João Pessoa
 Outra cidade dentro do estado da Paraíba
 Outro estado fora da Paraíba

11. Renda *

Marque todas que se aplicam.

- Até 01 salário mínimo
 De 02 a 03 salários mínimos
 De 04 a 05 salários mínimos
 Mais de 05 salários mínimos

12. Profissão *

Marque todas que se aplicam.

- Funcionário do setor privado
 Funcionário do setor público
 Aposentado
 Desempregado
 Autônomo
 Outro:

13. Alguma das comorbidades abaixo: *

Marque todas que se aplicam.

- Hipertensão (pressão alta)
 Diabetes
 Dislipidemia (colesterol alto)
 Outra doença crônica (escrever abaixo)
 Nenhuma

14. Se respondeu outra doença crônica, escrever qual tem abaixo:

15. Usa algum medicamento? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

16. Se respondeu sim na pergunta anterior escreva quais medicamentos usa.

17. Ingere alguma bebida alcoólica? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

18. Fuma *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

190323, 17:14

Dados Socioeconômicos e clínicos

19. Faz alguma atividade física? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

20. Se respondeu sim na pergunta anterior. Qual a frequência da atividade física?

Marque todas que se aplicam.

- 1 vez por semana
 2 vezes por semana
 3 vezes por semana
 Mais de 3 vezes por semana

21. Mora com quem? *

APÊNDICE 1– ESCALAS DE AVALIAÇÃO: PHQ-9. ADAPTAÇÃO GOOGLE FORMS.

FORMULÁRIO RASTREAMENTO SAÚDE MENTAL

Esse formulário tem como objetivo fazer o rastreamento para Depressão e Ansiedade

*Obrigatório

DADOS GERAIS

Preencha todos os dados abaixo

1. Nome *

2. Endereço *

3. Telefone *

4. DATA DE NASCIMENTO *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

5. CEP *

BRASIL

FORMULÁRIO RASTREAMENTO SAÚDE MENTAL

6. ESTADO *

7. CIDADE *

8. CPF *

9. JÁ POSSUI DIAGNÓSTICO PRÉVIO EM SAÚDE MENTAL? *

Marcar apenas uma oval.

SIM

NÃO

10. Quais *

12. PHQ-9- REALIZE A SOMA DAS PONTUAÇÕES ACIMA: *

13. NOS ÚLTIMOS 15 DIAS, VOCÊ PENSOU EM SUICÍDIO? OU QUE ERA MELHOR ESTAR MORTO? *

Marcar apenas uma oval.

SIM

NÃO

11. PHQ-9 - Abaixo está uma lista de sintomas comuns de Depressão. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante os últimos 15 dias, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nenhuma vez (0)	Vários dias (1)	Mais da metade dos dias (2)	Quase todos os dias (3)
Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas, "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de apetite ou dormindo demais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você mesmo/a sente mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem. Ou o oposto — estar tão agitado/a ou inquieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentir cansado/a ou com pouca energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar em se fazer de alguma maneira ou se matar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÊNDICE 2 – ESCALAS DE AVALIAÇÃO: BAI. ADAPTAÇÃO GOOGLE FORMS.

BAI (INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK)

Abaixo está uma lista de sintomas comuns da ansiedade. Por favor leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a ÚLTIMA SEMANA, incluindo HOJE, colocando um "X" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Absolutamente não (0)	Levemente - Não incomodou muito (1)	Moderadamente - Foi muito desagradável mas pude suportar (2)	Gravemente - Difícilmente pude suportar (3)
Desmaio ou formigamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensação do calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tremores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incapaz de relaxar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medo de que aconteça o pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atorçado ou tonto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palpitação ou aceleração do coração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sem equilíbrio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aterrorizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensação de sufocação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tremores nas mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

190323, 17:51

FORMULÁRIO RASTREAMENTO SAÚDE MENTAL

Medo de morrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assustado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indigestão ou desconforto na abdômen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensação de desmaio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fresta sfoquetado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suar (Não devido ao calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. BAI - Escreva aqui a soma das suas pontuações (some a primeira pergunta com a segunda e assim sucessivamente) *
