

Marta Daniela da Silva Coelho

**Acompanhamento Psicológico e Consumo de
Antidepressivos em contexto dos Cuidados de
Saúde Primários**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde realizada sob a
orientação do Professor Doutor Miguel Ricou



Departamento de Psicologia e Educação

Novembro, 2014

“Criar um paradigma novo não é como destruir um celeiro velho e erguer um arranha-céus no seu lugar. É como subir uma montanha e à medida que a subimos ganhamos vistas mais alargadas (...) e, o ponto donde partimos ainda pode ser visto mas aparece cada vez mais pequeno e passa a ser uma parte mínima da visão mais alargada que ganhamos no processo de escala (...)”

Einstein & Infed (1938)

Agradecimentos

A todos os que se cruzaram comigo e fizeram parte desta longa caminhada, contribuindo para me transformar no ser que sou hoje, um profundo obrigada. São muitas experiências que guardo deste percurso, sem a qual não seria possível evoluir e crescer.

Àqueles que guiaram os meus passos através do conhecimento e da partilha do saber, em particular ao meu orientador Professor Doutor Miguel Ricou, pela sua orientação, paciência, reflexões conjuntas e encorajamento ao longo de todo este percurso, um muito obrigada. Agradecer também ao Dr^o. Luís Azevedo pela ajuda preciosa em termos estatísticos, várias reflexões, troca de conhecimentos, ensinou-me muito e acima de tudo, despertou em mim uma outra visão sobre o programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Ao ACeS Porto Ocidental, em particular à Dr^a Maria José Ribas, Dr^a Antonieta Teixeira, Dr^a Justina Silva e Dr^o. Abílio Malheiro que permitiram a realização desta investigação e auxiliaram na recolha de dados nos Centros de Saúde. Agradecer a todos os utentes dos Centros de Saúde que aceitaram participar neste projeto de investigação.

Aos que constroem comigo, todos os dias, os caminhos por onde sigo, aos meus pais pelo apoio, ensinamentos, encorajamento e amor ao longo dos anos. Ao meu irmão Tiago, pela amizade profunda e amor que nos une, pela paciência e pelos incentivos e palavras sábias que me transmitiu. À Liliana também agradeço, pelo ânimo, força e confiança em mim e no meu trabalho. À minha restante família, particularmente prima Vânia e madrinha Benilde, pelas palavras e por terem sempre acreditado em mim e nas minhas capacidades. Ao Ricardo pelas palavras de incentivo e conselhos, pela paciência, por ouvir os meus desabafos, as tristezas e alegrias e por estar incondicionalmente do meu lado.

Um particular agradecimento à Dr^a Paula, que considero uma amiga e que me apoiou sempre, foram longas as conversas e trocas de ideias, sou grata por me ter cruzado consigo. Aos meus amigos, em especial à Rita, à Joana, à Daniela, à Vanessa, à Carla, à Ydacira e à Olga, por toda a ajuda e apoio precioso para poder construir este percurso.

Foram muitas as batalhas ao longo desta caminhada, mas com determinação, persistência e também com o vosso apoio eu consegui.

Um sincero obrigada a todos vocês!

Resumo

Este trabalho foca-se na temática do acompanhamento psicológico nos cuidados de saúde primários. Pretende-se compreender se existirão relações entre o uso de antidepressivos e o acompanhamento psicológico em contexto dos cuidados de saúde primários. É uma temática muito atual e alvo de inúmeras discussões por parte da comunidade científica, dado o elevado consumo de antidepressivos e o impacto das perturbações depressivas na vida dos indivíduos. Para tal foi recolhida uma amostra de 405 participantes, num Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), medicados com antidepressivos e/ou que beneficiam de acompanhamento psicológico. Foram encontradas dados que podem indicar a existência de relações entre o acompanhamento psicológico e o consumo de antidepressivos na investigação efetuada.

Palavras-chave: acompanhamento psicológico, antidepressivos, cuidados de saúde primários.

Abstract

This paper is focused on the theme of psychological counseling in the primary health care. The aim is to understand if there is a connection in antidepressant usage and psychological counseling in the context of primary health care. It's a very present theme and the target of many debates in the scientific community, given the elevated consumption of antidepressants and the impact of depressive disorders in the individual's lives. As such, a sample of 405 participants was collected, in a group of health center facilities, who were medicated with antidepressants and/or benefited from psychological counseling. Data was found that could indicate the existence of a connection between psychological counseling and the consumption of antidepressants in this investigation.

Keywords: psychological counseling, antidepressants, primary health care

Lista de abreviaturas e siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
APA - American Psychological Association
CGD - Carga Global da Doença
CSP - Cuidados de Saúde Primários
CS – Cuidados de Saúde; Centro de Saúde
DGS - Direção Geral da Saúde
DGCSP - Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários
DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
HADS – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
ICC – Intervenção Cognitivo-Comportamental
INFARMED - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
MGF – Medicina Geral e Familiar
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPSS – Statistical Package for Social Sciences
SRER - Sistema de Registo de Entidades Reguladas
USF – Unidade de Saúde Familiar
WHO - World Health Organization

Índice

Introdução.....	11
Capítulo I - Enquadramento Teórico	13
1.1 Os cuidados de saúde primários	13
1.1.1 Evolução dos serviços de saúde em Portugal	15
1.1.2 Educação para a saúde.....	18
1.2 Psicologia da Saúde	21
1.2.1 Acompanhamento psicológico nos cuidados de saúde primários	23
1.2.1.1 Dimensão clínica da intervenção do psicólogo	24
1.3 Perturbações depressivas	27
1.3.1 Prevalência das perturbações depressivas	29
1.3.2 Intervenção psicofarmacológica nas perturbações depressivas.....	31
1.3.3 Consumo de antidepressivos	33
1.4 Custo/benefício da intervenção psicológica nos cuidados de saúde primários	36
Capítulo II - Estudo Empírico	40
2.1 Metodologia.....	40
2.1.1 Objetivos e hipóteses de estudo.....	40
2.1.2 Caracterização da amostra.....	40
2.1.3 Instrumentos	43
2.1.4 Procedimentos	44
Capítulo III - Resultados	46
3.1 O teste-reteste	47
3.2 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)	48
3.3 Questionário de informação sociodemográfica, acompanhamento psicológico e padrões de consumo de antidepressivos	48
Capítulo IV - Discussão dos resultados.....	68
Limitações do estudo.....	79

Considerações Finais	80
Referências Bibliográficas.....	82
ANEXOS	96
ANEXO I - Autorização da Comissão de Ética para a Saúde - Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.....	97
ANEXO II - Consentimento informado, livre e esclarecido para participação na investigação	102
ANEXO III - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)	104
ANEXO IV - Questionário de Informação Sociodemográfica.....	108

Índice de tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo	42
Tabela 2 - Análise teste-reteste.....	47
Tabela 3 - Distribuição dos níveis de ansiedade e depressão	48
Tabela 4 - Afluência dos participantes ao centro de saúde.....	49
Tabela 5 - Distribuição dos participantes com baixa médica	49
Tabela 6 - Distribuição dos participantes relativamente ao consumo de antidepressivos e ao acompanhamento psicológico.....	50
Tabela 7 - Associação entre a baixa médica e o consumo de antidepressivos	50
Tabela 8 - Associação entre o acompanhamento psicológico e o consumo de antidepressivos	51
Tabela 9 - Forma inicial de intervenção nos cuidados de saúde primários	51
Tabela 10 - Duração do consumo de antidepressivos.....	52
Tabela 11 - Distribuição da quantidade do consumo de antidepressivos no presente....	52
Tabela 12 - Duração do acompanhamento psicológico.....	53
Tabela 13 – Frequência do acompanhamento psicológico	53
Tabela 14 - Periodicidade do acompanhamento psicológico	54
Tabela 15 - Avaliação dos participantes sobre os benefícios do acompanhamento psicológico.....	54
Tabela 16 - Motivos dos participantes para procurem ajuda clínica	55
Tabela 17 - Associação entre o acompanhamento psicológico e o consumo de antidepressivos na atualidade	55
Tabela 18 - Associação entre o acompanhamento psicológico e a quantidade de consumo de antidepressivos	56
Tabela 19 – Associação do acompanhamento psicológico com a variação da quantidade do consumo de antidepressivos na atualidade	57
Tabela 20 - Fatores de risco para o consumo de antidepressivos	58
Tabela 21 - Associação entre a faixa etária e o estado civil dos participantes	60
Tabela 22 – Associação entre a faixa etária e a situação profissional dos participantes	60
Tabela 23 - Associação do consumo de antidepressivos com a situação profissional ...	61
Tabela 24 - Associação entre o consumo de antidepressivos e o nível de escolaridade	61
Tabela 25 - Associação do consumo de antidepressivos na atualidade com o acompanhamento psicológico passado e presente.....	62

Tabela 26 - Associação das escalas de depressão e ansiedade com histórico de acompanhamento psicológico.....	63
Tabela 27 - Associação das escalas de depressão e ansiedade com acompanhamento psicológico passado e presente	64
Tabela 28 - Sintomatologia ansiosa e depressiva dos participantes	65

Introdução

O universo humano é um universo em constante inter-relação, o indivíduo é um ser social, influenciado por acontecimentos históricos, económicos, políticos e pelos seus desejos e frustrações, encontrando-se o seu crescimento relacionado com as relações estabelecidas (Romero & Pereira-Silva, 2011). Associado a este aspeto, tem-se verificado que períodos de crise económica precipitam problemas de saúde mental das populações (Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts & McKee, 2011).

A este nível, verifica-se uma crescente preocupação da sociedade sobre os cuidados de saúde, não só pelo aumento da esperança média de vida, mas também pela saúde ser uma condição preciosa, verificando-se, por isso, a necessidade de investigações e o desenvolvimento de técnicas de intervenção eficazes para aqueles que procuram atendimento psicológico (Dias, 2009).

Deste modo, este trabalho de investigação surge no âmbito do projeto de dissertação do mestrado em psicologia clínica e da saúde, com o tema o acompanhamento psicológico e o consumo de antidepressivos no contexto dos cuidados de saúde primários. Trata-se de uma temática de particular interesse a nível pessoal e profissional.

O acompanhamento psicológico e o consumo de antidepressivos no nosso país e a nível europeu é um dos temas que tem suscitado maior preocupação científica, dado o crescimento exponencial deste tipo de medicação nos últimos anos (Pires, 2004; Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 2010), alertando assim, para a necessidade de um aumento do conhecimento e intervenções a este nível.

Adicionalmente, numa sociedade onde os recursos são cada vez mais escassos, há um interesse em estabelecer relações/correlações entre a intervenção psicológica e o uso destes psicofármacos, permitindo desenvolver evidências científicas sobre o custo-efetividade das intervenções psicológicas na diminuição de custos em saúde no tratamento da perturbação depressiva (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011).

Pretende-se também explorar a papel único que os psicólogos clínicos e da saúde mantêm, na sociedade, fazendo alusão à sua importância no contexto dos cuidados de saúde primários. Não esquecendo que a sua intervenção deve ter em linha de conta o contexto onde os indivíduos estão inseridos (Ismael, 2005). Este profissional deve auxiliar utentes a lidarem com os seus problemas, somatizações, psicopatias, sentimentos e dimensões da sua vida (Abreu, 2006), ou seja, os indivíduos são

auxiliados a adaptarem-se às adversidades e aos problemas da sua vida, criar soluções, tentando ultrapassá-los (Harrison, Geddes & Sharpe, 2006). O campo de atuação destes profissionais de saúde vem-se ampliando para além das fronteiras tradicionais relacionadas com a saúde mental, sendo cada vez mais requisitados para o desenvolvimento e implementação de programas de intervenção preventivas e/ou terapêuticas direcionadas para o aumento da frequência de comportamentos saudáveis.

A par da preocupação com o consumo de antidepressivos surge também a perturbação depressiva, que representa uma das patologias mais comuns da era moderna, sendo responsável pela privação de dias de trabalho, deterioração das relações familiares e perda de anos de vida saudáveis, uma vez que afeta a vida do indivíduo em termos emocionais, intelectuais e sociais (Pires, 2004; Wilkinson, Moore & Moore, 2005). Deste modo, é necessário reintegrar o indivíduo na sociedade através de modelos e estratégias psicológicas (Macedo & Dimenstein, 2009).

Neste trabalho, num primeiro momento é apresentado o enquadramento teórico sobre o estudo. De seguida, é descrito todo o processo metodológico desenvolvido, incluindo: os objetivos, os métodos de pesquisa, os resultados e a sua discussão. Por fim, a conclusão com a reflexão final sobre os principais resultados e limitações do estudo, com propostas de futuras investigações.

Visto que os objetivos primordiais são: caracterizar os padrões de consumos de antidepressivos e o recurso ao acompanhamento psicológico ao nível dos cuidados de saúde primários, é necessário compreender se quem beneficia de acompanhamento psicológico vai recorrer ao consumo de antidepressivos. Espera-se assim contribuir para um maior conhecimento sobre o acompanhamento psicológico associado ao consumo de antidepressivos.

Capítulo I - Enquadramento Teórico

1.1 Os cuidados de saúde primários

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) funcionam como *gate keeper*, ou seja, primeiro nível de cuidados de saúde disponível à comunidade pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). Mais especificamente, consiste na primeira etapa de um processo contínuo de assistência à saúde, que visa solucionar os problemas e necessidades do foro clínico dos utentes (Donaldson, Yordy, Lohr & Vanselow, 1996; Starfield, 2002)

Estes cuidados devem ser apoiados em métodos e tecnologias práticas bem fundamentadas cientificamente e aceites socialmente (Entidade Reguladora da Saúde, 2009). Com efeito, constitui uma dimensão importante do sistema de saúde, tendo por base nomeadamente, desenvolver o processo de triagem com a função de identificar e encaminhar respetivamente os casos que necessitam de um atendimento mais especializado. Assim, os médicos especializados em Medicina Geral e Familiar (MGF) têm juntamente às suas responsabilidades clínicas, o papel central de promover o acesso aos cuidados de saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

Os CSP oferecem serviços de saúde integrados e acessíveis (Boerma, Rico & Saltman, 2010). Estes cuidados são essenciais nos sistemas de saúde (Grande, 2000) e visam promover a justiça social e equidade (Valaitis *et al.*, 2012). A evolução dos CSP parece ser notória com a criação de instituições destinadas a prestar estes cuidados, de acordo com os dados do Sistema de Registo de Entidades Reguladas (SRER), em Portugal no ano de 2008, existiam 3582 instituições com prestação de CSP (com a especialidade de MGF), 60% de natureza pública, 38% de natureza privada e 3% de natureza social (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

Ao falar-se de saúde deve refletir-se sobre o seu significado, assim o conceito de saúde define-se num “*estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou doença*” (Organização Mundial de Saúde, OMS, 1986). Por outras palavras, o estado global de equilíbrio físico e psíquico ocorre do bom funcionamento conjunto entre a componente biológica, psicológica e social, que consequentemente reflete-se no bem-estar¹ (Fischer e Tarquinio, 2010). Portanto, trata-

¹ Ao longo do trabalho será utilizado o termo bem-estar para referir-se ao bem-estar físico e psicológico, Esta opção deve-se ao facto de não existir um sem o outro. Há a influência das dimensões bio, psico, social, espiritual e ecológica no equilíbrio homeostático do organismo. A saúde e doença são constantemente influenciadas por estas dimensões (Silva & Muller, 2007).

se de uma variedade de interações entre os fatores psicológicos, biológicos e sociais, que se influenciam mutuamente e que são afetados por vários aspetos e situações ao longo da vida (Mental Health Network, 2012).

Assim, torna-se necessário haver um fortalecimento e melhoria dos sistemas de saúde, sendo necessário existir integração entre as intervenções, nomeadamente dos CSP com o restante sistema de saúde (Frenk, 2009).

Decorriam os anos de 1978 e 1986 quando foram realizadas reuniões e eventos coordenados pela OMS, com o intuito de debater aspetos relacionados com a saúde e seus cuidados. Daí surgiram dois documentos que se tornaram fulcrais na reorientação dos serviços de saúde e no novo padrão de saúde pública: a declaração de Alma-Ata (1978) e a Carta de Ottawa (1986) (Andrade & Simon, 2009).

Na Conferência Internacional em Alma-Ata (1978) foi expressa a necessidade de promover a saúde em toda a comunidade mundial, sendo definidos os CSP como: cuidados principais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, que estão ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Esta declaração revelou-se um marco importante, assumindo-se o acesso à saúde como um direito humano fundamental e priorizou-se a aproximação dos serviços de saúde com as necessidades da população (Andrade & Simon, 2009).

Por sua vez, a Carta de Ottawa (1986) apresentou um conceito positivo de saúde, definindo como pré-requisitos: a paz, a educação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e igualdade.

Em suma, os CSP são de extrema importância, pois constituem a primeira linha de recurso para a população na resposta às necessidades das famílias, quando estas manifestam alguma situação de mal-estar/doença físico e/ou psicológico. A tríade aspeto biológico, psicológico e social encontram-se em constante relação, contribuindo para o estado de saúde e/ou doença dos indivíduos. Tornam-se num fator de equidade, onde se pretende que haja uma gestão de recursos. Neste contexto, os médicos de família desempenham um importante papel, o de avaliar as necessidades dos utentes que os procuram, encaminhando se necessário para outro serviço ou profissional.

1.1.1 Evolução dos serviços de saúde em Portugal

Ao longo dos anos têm-se verificado modificações e evoluções no que diz respeito à saúde e aos sistemas de saúde. Nos finais do século XIX estes cuidados estavam a cargo de monges, religiosos e feiticeiros (Ferreira, 1990).

Decorria o ano de 1899 quando o Dr. Ricardo Jorge deu início à organização dos serviços de saúde pública com o Decreto de 28 de dezembro e o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de dezembro de 1901, tendo entrado em vigor no ano de 1903. A prestação de cuidados de saúde era de caráter particular, sendo o Estado responsável unicamente pela assistência aos pobres (Ministério da Saúde, 2014).

Nos últimos 50 anos, em Portugal, tem-se verificado uma perspetiva evolutiva do sistema de saúde. A partir do ano de 1945 o Estado começou a assumir um papel mais ativo na prestação de cuidados de saúde. Decorria o período entre 1968 e 1974 quando foram criados os “Centros de Saúde de Primeira Geração”, dos quais faziam parte vários estabelecimentos públicos com preocupações preventivas e interventivas de saúde pública, incluindo atividades de vacinação, zelo pela saúde familiar, escolar e ambiental (Branco & Ramos, 2001). Verifica-se um interesse pela prática de cuidados de saúde mais organizada, tendo em conta as prioridades estabelecidas, como a organização por grupos etários e a satisfação de necessidades imediatas, entre as quais a realização do máximo número de consultas, bem como de visitas domiciliárias e de tratamentos de enfermagem (Biscaia, 2006).

No período entre 1974 e 1984, os cuidados de saúde passaram a ser um direito de todos os cidadãos, corporizado no surgimento do SNS, assente nos objetivos de universalidade, de generalidade e de gratuitidade. Deste modo, surgem os “Centros de Saúde de Segunda Geração”, que incluíam a promoção de saúde, com cuidados preventivos e curativos. Formam-se assim, os centros de saúde integrados e organizados por serviços e grupos profissionais (Biscaia, 2006).

Posteriormente, entre 1985 e 1994 foi prestada maior atenção à gestão dos serviços, na tentativa de separar o setor público do privado. Adicionalmente surgem também departamentos de clínica geral nas faculdades de medicina, no sentido de tornar cada vez mais científica e eficiente a prestação deste tipo de cuidados (Biscaia, 2006).

Em 1999, através da publicação do *Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de maio*, surgem os “Centros de Saúde de Terceira Geração”, configurados com uma nova

organização para aos centros de saúde em Portugal, atribuindo-lhes um funcionamento integrado e autónomo ao nível técnico, administrativo e financeiro. Estes centros de saúde foram ainda, organizados por pequenos grupos de equipas multiprofissionais, visando proporcionar uma maior proximidade e acessibilidade aos cidadãos (Direção Geral da Saúde, 2000).

Mais recentemente, entre 2002 e 2005 realizou-se a revisão e respetiva reformulação da legislação até então em vigor, dando origem a uma nova legislação sobre a gestão hospitalar (Biscaia, 2006). Em 2002, criam-se Hospitais assentes em Sociedade Anónimas (SA), procurando maior autonomia de gestão, responsabilidade e eficácia; a criação do Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC), sendo ainda introduzidos os genéricos. (Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), 2009). Também no decorrer deste período foi aprovado o *Decreto-Lei n.º 27/2002* sobre a reorganização dos CSP, que não chegou a ser implementado.

No ano de 2005 ocorre uma reforma dos CSP, com a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF) e de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), e também agrupamentos hospitalares, a requalificação das urgências e o desenho de uma rede de cuidados continuados (OPSS, 2009). No final deste ano, os CSP tinham como objetivos: melhorar a acessibilidade; melhorar a qualidade e a continuidade de cuidados; aumentar a satisfação de profissionais e utentes; e melhorar a eficiência dos serviços. As reformas realizadas no sistema de saúde contribuíram essencialmente, na obtenção de melhores cuidados, promovendo a saúde e a satisfação da população, a partir de uma boa utilização dos recursos (financeiros, humanos, equipamento e informação), garantindo assim, a eficiência e contenção de custos no sistema de saúde (Santos *et al.* 2007).

Já no ano de 2008, o título do Relatório Mundial de Saúde – (“Cuidados de Saúde Primários mais do que nunca”) refere explicitamente a necessidade de investimento a este nível, o que catalisou desde logo, o estudo e a definição de estratégias para melhorar os sistemas de saúde. Este relatório propõe reformas que retratam uma ligação entre os valores dos CSP, as expectativas dos cidadãos e o desempenho da saúde nos diferentes contextos - cada ser humano vive os seus problemas de saúde de forma diferente e no seu contexto em particular (Starfield, Shi & Macinko, 2005). No mesmo período surge o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, emergindo a necessidade de desenvolver-se linhas reorientadoras no sistema de

saúde em Portugal, que defende que os investimentos nesta área devem contemplar um atendimento de qualidade ao cidadão, em tempo útil (melhoria do acesso), com efetividade, humanidade e custos sustentáveis ao longo do tempo (Entidade Reguladora da Saúde, 2009), o que acaba por fazer ressaltar ainda mais a importância dos CSP.

Por sua vez, o PNS de 2011-2016 redireciona os seus objetivos, tendo como os quatro principais objetivos: (i) obter ganhos em saúde, através da identificação de prioridades e disponibilidade de recursos a vários níveis, tendo em conta o custo-efetividade das intervenções; promover contextos favoráveis à saúde, ao longo de todo o ciclo vital, através da promoção, proteção e manutenção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação dos utentes, possibilitando uma visão completa das necessidades e oportunidades de intervenção (WHO, 2001); (iii) reforçar o suporte social e económico, baseando-se no argumento que a saúde corresponde a um bem individual e social, cuja existência de mecanismos de proteção da doença mostram-se decisivos para a coesão, justiça e segurança social; e por fim, (iv) reforçar a participação de Portugal na saúde global, devendo os sistemas de saúde tornarem-se mais rápidos e capazes perante o surgimento de novas doenças e patologias. Em simultâneo, deve partilhar-se a inovação e articular-se internacionalmente, reforçando o desenvolvimento solidário de outros sistemas e integrar avanços internacionais (PNS, 2011-2016).

Assim, os cuidados de saúde primários são unidades integradas, polivalentes, que promovem a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, e que se dirige ao indivíduo, à família e à comunidade. Pretende-se, deste modo, privilegiar a relação entre os profissionais de saúde e os utentes e prestar os cuidados essenciais (Despacho Normativo n.º 97/83 de 22/04, art. 2.º).

Ao longo do tempo têm-se observado o benefício da reorganização dos sistemas de saúde, através da criação dos CSP. Atualmente verifica-se a existência de uma política ao nível dos CSP destinada a todos os cidadãos, baseada no princípio da qualidade do atendimento e da sustentabilidade do sistema, em prol do bem comum.

1.1.2 Educação para a saúde

A educação para a saúde pode ser definida como qualquer atividade planificada que promova a aprendizagem relacionada com a saúde ou a doença (Bennett & Murphy, 1999).

Um dos paradigmas das sociedades atuais é o respeito pela dignidade do indivíduo, centrada na promoção da autonomia individual. Essa autonomia apenas pode ser exercida a partir de escolhas conscientes, para as quais a informação adequada é uma dimensão muito importante. Importa promover a educação para a saúde, sendo os CSP um contexto privilegiado nesse sentido, pela relação próxima que é possível construir (Ricou, 2014a). Deste modo, será mais facilmente promovida uma saúde mental positiva, correspondendo a um estado de bem-estar em que o indivíduo utiliza as suas capacidades para responder às tensões normais da vida (WHO, 2001).

A este nível os CSP apresentam-se como um contexto facilitador da educação para a saúde, por corresponderem aos espaços mais adequados para desenvolver/trabalhar temas relacionados com a promoção de cuidados de saúde, tanto pela acessibilidade que dispõem junto da população, bem como por serem o primeiro serviço que o utente procura para resolução dos seus problemas clínicos (Relatório Mundial de Saúde, 2008). Adicionalmente apresentam também, um modelo de intervenção mais centrado no indivíduo, ou seja, a relação entre a figura clínica e o utente é de maior proximidade, possibilitando assim, um aumento dos níveis de confiança entre os prestadores de cuidados clínicos e os utentes (Relatório Mundial de Saúde, 2008), o que resultará numa maior efetividade das intervenções (Ricou, 2014a), nomeadamente, na educação para a saúde.

Conforme referido na literatura, a perceção do utente face ao seu médico de família, vendo como pessoa em quem pode confiar pode garantir uma intervenção mais efetiva junto dos utentes (Entidade Reguladora da Saúde, 2009). A relação clínico-utente deve assim, desenvolver-se num ambiente apropriado, preservando o princípio da privacidade, da dignidade e da confidencialidade (World Health Report, 2000). Estes são alguns dos princípios chave que caracterizam o trabalho dos psicólogos, sendo o grande instrumento de trabalho destes profissionais (Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), 2011). Deste modo, os psicólogos poderão aqui encontrar um local de intervenção que poderá contribuir para a construção de uma relação de maior confiança, afinal, o grande instrumento de trabalho destes profissionais (Ricou, 2014b). Não será

por acaso, que a Ordem dos Psicólogos Portugueses defende a ideia da criação da figura do psicólogo de família, contextualizado, evidentemente, nos CSP. Compete a estes profissionais reconhecer e responder a uma diversidade de questões (Relatório Mundial Saúde, 2008), desde crenças, estilos de vida, valores dos clientes e conhecerem os ambientes em que estão inseridos, bem como reunirem todas as competências e ferramentas necessárias para apoiarem, intervirem e referenciarem com eficácia, nesta primeira linha de intervenção, no sentido de aperfeiçoarem os resultados ao nível da saúde (OMS, 2008).

A abordagem de problemas de saúde é geralmente complexa, visto que deve ter um carácter holístico que considere aspetos físicos, emocionais e sociais, bem como o presente, passado e o futuro de cada um e ainda as distintas realidades do contexto em que vive cada indivíduo (Giacomozzi, 2012). De tal modo que deve haver uma relação de colaboração, ensino de competências de autogestão, definição de metas e entrevista motivacional entre os profissionais de saúde e o cliente² (Mental Health Network, 2012).

Segundo Starfield (2002), as práticas desenvolvidas em saúde, ao longo dos anos, são muito importantes na análise das necessidades e no acompanhamento longitudinal da população, no que remete para a prevenção, promoção, manutenção e melhoria da saúde. Tem-se verificado que a prevenção em saúde, mais concretamente a melhoria da qualidade de vida em todas as faixas etárias torna-se cada vez mais valorizada, particularmente no século XXI. A par disto, encontra-se a melhoria dos cuidados de saúde e da alimentação, que têm proporcionado um razoável aumento na esperança média de vida (Nunes, 2008).

Nos dias de hoje as mudanças ocorridas na sociedade moderna são consideradas marcantes, frenéticas e, muitas vezes demasiado rápidas para permitirem ao ser humano uma assimilação do seu significado, contribuindo para o surgimento de diversas patologias relacionadas com o stress, ansiedade e depressão (Lipp, 2001).

² Na psicologia é mais frequente utilizar cliente em vez de doente, ainda que não seja opinião consensual. Ao longo do trabalho será utilizado o termo cliente sempre que se refira à pessoa objeto de trabalho do psicólogo. Esta opção deve-se ao facto de que nem todos os indivíduos que recorrem à Psicologia estarão doentes (Ricou, 2014a). Assim, e ainda que o termo cliente possa estar associado à noção de uma mera contratualização de serviços, sendo o termo utilizado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) no seu código deontológico, entendeu-se fazer a mesma opção.

De acordo com um estudo realizado pela Mental Health Network (2012), estima-se que indivíduos com problemas de saúde de ordem física poderão a longo prazo desenvolver perturbações emocionais, tais como, depressão (20%) e ansiedade e depressão (37%).

Neste sentido deve haver uma maior sensibilização da população, incidindo nas questões sobre fatores de risco, sintomatologia indicativa de problemas físicos e/ou psicológicos, para possibilitar intervenções em estados precoces da doença e/ou disfuncionalidade (Escoval, Matos & Ribeiro, 2010). É fundamental haver uma triagem atempada, bem como o acompanhamento e supervisão na atenção primária à saúde, uma vez que poderá evitar problemas mais graves num futuro próximo (Boerma, Rico & Saltman, 2010). A OPP (2011) afirma que a mudança para um estilo de vida mais saudável e a adesão à terapêutica são fatores decisivos para a melhoria da qualidade de vida e para uma recuperação bem-sucedida.

Grilo e Pedro (2005) realçam o contributo das variáveis psicológicas, considerando-as imprescindíveis para o entendimento e explicação dos comportamentos de saúde e das reações à doença. Do ponto de vista de Taylor (1999), a promoção da saúde, abordada pela vertente psicológica, envolve o desenvolvimento de intervenções que auxiliem os utentes a alterarem hábitos de saúde prejudiciais e a praticarem comportamentos saudáveis.

O conceito de promoção de saúde visa o desenvolvimento de comportamentos e estilos de vida que ascendam ao expoente máximo de saúde que o indivíduo pode alcançar (Shori, 2013).

Huppert (2009) analisa esta questão e relata que o bem-estar psicológico integra não só as emoções positivas (felicidade e contentamento), mas também emoções como a confiança, afeto, em contraponto com as emoções negativas, tais como, tristeza e descontentamento. Quanto à intervenção mais adequada, de um ponto de vista psicológico, esta abarca o desenvolvimento do potencial do cliente, promovendo o controlo sobre a própria vida, ajudando-a a definir objetivos e a experienciar relacionamentos positivos (Benelli, 2009).

O bem-estar psicológico encontra-se, assim, relacionado com o desenvolvimento de um pensamento flexível e criativo e a promoção de um comportamento pró-social; paralelamente pretende-se promover uma boa saúde física, através da motivação para ações e atitudes positivas do indivíduo (Ryff *et al.*, 2006; Huppert, 2009).

Nos últimos anos, a investigação tem demonstrado que o estilo de vida e o comportamento dos indivíduos podem ter bastante impacto no desenvolvimento de doenças (Almeida & Malagris, 2011). Aliás, muitos dos comportamentos que proporcionam a promoção e manutenção da saúde são desenvolvidos no decorrer da infância e da adolescência (hábitos alimentares, prática de exercício) (Almeida & Malagris, 2011). Os psicólogos são profissionais especializados no estudo do comportamento, pelo que se encontram numa posição privilegiada para desenvolver e implementar programas para aumentar a frequência de comportamentos saudáveis (Becerra-Apontes, Durán-González & Hernández-Rincón, 1995; Miyazaki, Domingos & Caballo, 2001).

É de realçar que os CSP assumem atualmente elevada relevância no que remete para a melhoria do nível de saúde dos indivíduos, pelo que se torna premente apostar não só no tratamento como essencialmente na intervenção precoce, no sentido de assegurar a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Estes serviços devem continuar a ser alvo de atenção cuidada, privilegiando a atuação dos psicólogos neste contexto (Escoval, Matos & Ribeiro, 2010).

Em suma, a educação para a saúde visa a orientação para o utente, considerando-a como um todo (aspetos físicos, psicológicos e sociais). É essencial haver uma prevenção, promoção, manutenção e melhoria da saúde, da mesma forma que os vários profissionais de saúde que seguem o utente devem trabalhar de modo coordenado. Este é o “protagonista” do processo, uma vez que, a sua motivação e predisposição tem um peso fulcral para todo o processo de intervenção. Nesta linha, importa salientar a importância da abordagem psicológica uma vez que a educação para a saúde tem-se concentrado cada vez mais na mudança do comportamento individual ou nos fatores intrapessoais como as atitudes e as crenças julgados como determinantes do comportamento, com o intuito de promover uma melhoria ou restabelecer o estado de saúde do utente (Bennett & Murphy, 1999).

1.2 Psicologia da Saúde

A Psicologia da Saúde foi oficialmente criada em 1979 pela American Psychological Association, sendo mais tarde, em 1985, definidas as suas orientações primordiais (Fischer & Tarquinio, 2010). Estas, de uma forma genérica,

passam por contribuir para a intervenção junto dos processos de doença, nomeadamente ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, através da promoção dos conhecimentos do utente no que se refere às causas das doenças, bem como os elementos que promovem a saúde. Para tal, o psicólogo estuda as variáveis psicológicas, sociais, emocionais e cognitivas que fazem parte dos comportamentos de saúde e de doença (Miyazaki, Domingos & Caballo, 2001).

A consulta psicológica corresponde a um contacto frente a frente mantido entre o psicólogo e o cliente, provocando neste último uma modificação construtiva de atitudes (Rogers, 1974).

Nos últimos anos têm-se intensificado os diálogos entre a psicologia e a saúde. Reúnem-se esforços para a consolidação da profissão com a realidade e com uma conceção ampliada da atuação do psicólogo (Santeiro, 2012). A psicologia é uma ciência que deve alcançar a comunidade no seu todo. Os psicólogos devem ter em atenção não só o referencial teórico, mas também as práticas de intervenção, que lhes permitem ampliar a compreensão para uma atuação mais responsabilizada (Romero & Pereira-Silva, 2011).

Os conhecimentos obtidos através do estudo dos processos psicológicos relacionados com a saúde evidenciaram a importância e o papel do stress nos problemas de saúde e permitiram avaliar vários fatores de risco associados ao stress. Os acontecimentos vividos pelos indivíduos como stressantes têm claros efeitos negativos sobre a saúde (Fischer & Tarquinio, 2010), o que se afigura como um exemplo claro do que acabou de ser afirmado.

Importa fazer ainda alusão às doenças crónicas, verificando-se que são cada vez mais frequentes no campo da saúde. Aqui o psicólogo tem o papel de motivar estes indivíduos para o tratamento e intervir com eles o mais precocemente possível, para fornecer alguma qualidade de vida e melhoria aos seus dias (Guerra & Lima, 2005).

Entre os utentes dos CSP são comuns as perturbações mentais, particularmente as depressivas, apesar de nem sempre serem reconhecidas ou adequadamente tratadas (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005). Com efeito, verifica-se que têm aumentado o número de homens e de mulheres com perturbações de natureza emocional nos CSP (Wilkinson, Moore & Moore, 2005). Seria então uma mais-valia a presença de psicólogos no contexto dos CSP, no sentido de promover uma melhor qualidade de vida

e maior acessibilidade aos serviços de saúde mental a estes utentes (Apóstolo, Mendes, Antunes, Rodrigues, Figueiredo & Lopes, 2011).

1.2.1 Acompanhamento psicológico nos cuidados de saúde primários

O acompanhamento psicológico diz respeito às intervenções efetuadas com os clientes, proporcionando-lhes um maior conhecimento sobre si próprios, no sentido de estimular a sua capacidade de lidar com situações difíceis e promover tomadas de decisão (Cormac & Mace, 2008).

De acordo com o Relatório da OPP (2011), 10 a 20% dos indivíduos que se dirigem aos CSP fazem-no por queixas relacionadas com perturbações psicológicas. As intervenções psicológicas ao nível dos cuidados primários requerem uma forma de atuação coordenada, planeada e um trabalho interdisciplinar que permitam reunir ferramentas para auxiliar os clientes (Mental Health Network, 2012). A forma de atuar dos psicólogos deve ter em conta a realidade e as necessidades contextuais/locais (Clemente, Matos, Grejanin, Santos, Quevedo & Massa, 2008), auxiliando os clientes a tomarem consciência de si, do mundo social em que vivem, no sentido de promover a melhoria do bem-estar e a sua manutenção (Wilber, 2007). Nesta perspetiva, a presença dos psicólogos nos CSP assume grande importância, sendo atualmente desejada por muitos técnicos de saúde, nomeadamente MGF, devido à sua intervenção qualificada e sustentada em modelos teóricos que permite adquirir ganhos na saúde, melhoria da qualidade e humanização dos serviços (Trindade & Teixeira, 2000).

Por exemplo, Grenier *et al.*, (2008; Huppert, 2009; Giacomozzi, 2012), defende a presença dos psicólogos nestas instituições, devendo estes estar integrados nas equipas de saúde familiar, podendo contribuir para um alargamento sobre a visão dos indivíduos, das famílias e da comunidade, oferecendo uma atenção à saúde mais especializada, havendo uma agregação dos cuidados em saúde mental à saúde na atenção primária.

A OPP chama a atenção para a importância da figura do psicólogo de família, com prestação de cuidados de saúde orientados para a família. A este respeito, investigações efetuadas por Shapiro *et al.* (2007, citado por Relatório OPP, 2013) mostram que a intervenção psicológica orientada para a família tem efeito positivo no que remete para a utilização dos serviços de saúde, levando a uma diminuição de 50% na procura dos serviços médicos (Hunsley, 2002b). Os psicólogos aplicam os seus

conhecimentos e técnicas na prevenção da doença e na promoção da saúde, através da realização de consultas e participação em projetos de investigação em saúde. São profissionais com um vasto conhecimento, que devem transmitir às equipas de CSP uma linha de compreensão dos aspetos psicológicos intrínsecos à saúde, prestação de cuidados, humanização dos serviços e intervenção comunitária, a fim de auxiliar em processos de tomada de decisão (Trindade, 1999).

A presença dos psicólogos nos CSP são uma mais-valia para o sistema de saúde (Almeida & Malagris, 2011). É fundamental promover um maior nível de intervenção nas perturbações mentais, possibilitando a um maior número de utentes um acesso mais rápido e fácil aos serviços (Relatório Mundial de Saúde, 2008). Sendo os psicólogos profissionais experientes na promoção da mudança de comportamento, podem auxiliar a resolver problemas da sociedade com resultados que poderiam beneficiar a saúde geral da população (Kenkel, Deleon, Mantell & Steep, 2005).

1.2.1.1 Dimensão clínica da intervenção do psicólogo

Pretendeu-se, no capítulo anterior, realçar a importância do papel do psicólogo nos CSP, em função da sua intervenção junto dos clientes que apresentam perturbações decorrentes de processos de doença. Esse tipo de intervenção, se exige a compreensão, por parte do psicólogo, das complexidades relacionadas com a doença, exige igualmente que este tenha competências de intervenção clínica (Joyce-Moniz & Barros, 2004).

Na perspetiva de Freeman *et al.* (2002) os psicólogos estão cada vez mais integrados e respeitados pelo seu trabalho. Todavia, Batista (2012) reconhece que é necessário continuar a trabalhar para um maior reconhecimento da psicologia como atividade essencial e vantajosa para os cidadãos (OPP, 2012).

O campo de atuação do psicólogo é amplo, desde escolas, empresas, clínicas, hospitais, ambulatórios e centros de saúde, entre outros (Bock, Furtado & Teixeira, 2001). Como uma profissão baseada na natureza colaborativa do cliente (Ricou, 2014a), o seu trabalho beneficia quando é o cliente que o procura, sendo fundamental a definição do pedido de intervenção de uma forma clara por parte do cliente. A estruturação do *setting* de intervenção, bem como dos objetivos da mesma, constituem-se por isso como os primeiros passos da intervenção psicológica (Brito, 2008). Contudo, também faz parte do papel do psicólogo identificar necessidades e intervir sobre elas. Deste modo, deve proceder a uma avaliação prévia das necessidades do grupo/clientes

que atende, delinear intervenções apropriadas às distintas faixas do desenvolvimento psicológico da população-alvo e efetuar uma avaliação dos resultados (Trindade, 1999).

Na sua atuação clínica, o psicólogo pode fornecer atendimento a clientes com dificuldades de ajustamento, como por exemplo, na redução da sintomatologia depressiva, ansiosa, do mesmo modo que pode estabelecer estratégias psicoeducativas, dotando-os de estratégias de coping, para gerirem os problemas de saúde, bem como, aprenderem a aliviar o seu sofrimento (Sarafino, 2004; Brito, 2008).

Além da relevância da relação terapêutica estabelecida e da motivação do cliente para o processo de mudança, o psicólogo deve procurar obter informações de várias áreas da vida do cliente pois os problemas não devem ser dissociados do contexto em que os clientes estão inseridos (Giacomozzi, 2012). Assim, será possível orientar o seu cliente na resolução de problemas (Bitondi, Ribeiro & Sétem, 2012), ou seja, considerar metas a longo prazo e objetivos direcionados para o momento atual, identificando, avaliando e modificando crenças e pensamentos disfuncionais (Greenberger & Padesky, 1999).

Na sua prática, o psicólogo tem na relação com o cliente a sua principal ferramenta de atuação (Plante, 2005). Deve escutar os problemas do cliente e ajudá-lo a organizar os seus pensamentos e sentimentos, inculcando diferentes formas de os encarar (Wilkinson, Moore & Moore, 2005). A capacidade de compreender verdadeiramente o que lhe é relatado facilita o entendimento do mundo aos olhos do outro (Simonetti, 2006). A sua eficácia encontra-se relacionada com as qualidades humanas de cordialidade, atenção, compreensão e aceitação por parte do terapeuta, bem como do facto de dar ao cliente a oportunidade para falar livremente (Wilkinson, Moore & Moore, 2005). À escuta ativa é atribuída um carácter refinado, um estado permanente de atenção, um alerta e interesse pelo que é referido, que permite compreender os indivíduos, os seus problemas/trajetórias de vida relatados e expressos através de sentimentos, emoções, desejos e conflitos (Lima & Nunes, 2006). O processo clínico de cada cliente vai sendo reformulado ao longo das sessões, uma vez que há dados novos, retrocessos e evoluções no decorrer da terapia (Turkat, 1985).

Importa ainda considerar, nesta perspectiva, o facto do carácter da relação estabelecida ser assimétrica, a importância da definição do *setting* terapêutico, bem como os aspetos relacionados com a confidencialidade e a privacidade (Plante, 2005).

É importante que na sua prática o psicólogo desenvolva um conjunto de competências, pois, existem variáveis na relação psicólogo-cliente que influenciam os resultados, tais como a empatia, a sensibilidade, a cumplicidade, entre outros (Freitas, 2008).

É de salientar que não há verdades absolutas sobre o cliente, mas sim a formulação de uma hipótese do seu funcionamento, servindo como suporte da intervenção ao longo das sessões. O terapeuta deve discutir as suas hipóteses com o cliente, podendo este validá-las ou não (Turkat, 1985). Assim, procura-se compreender o funcionamento do indivíduo como um todo, englobando tanto o momento atual, como a história do seu desenvolvimento. Há ainda que ter em consideração a relação entre os aspetos psicológicos, biológicos e sociais, assim como o contexto onde o indivíduo se insere (Batista, Capitão & Scortegagna, 2005).

Pretende-se que ocorra uma melhoria significativa e duradoura na saúde mental da população, tendo em atenção o seu bem-estar psicológico, físico e social. Para tal é necessário fazer uso de competências terapêuticas do profissional, nomeadamente no que diz respeito à intervenção psicológica centrada no cliente (Cormac & Mace, 2008).

Em síntese, em contexto dos CSP é essencial realizar o diagnóstico das possíveis perturbações mentais existentes, não esquecendo as perturbações não medicamente explicadas (Eduards, Stem, Clarke & Ivbijaro, 2010). A integração da saúde mental nos cuidados primários possui benefícios, a população tem acesso aos cuidados de saúde mental que necessita, esta integração aumenta a probabilidade de resultados positivos, tanto para problemas de saúde mental como para problemas de saúde física (Relatório Mundial de Saúde, 2008). Assim, é essencial ajudar os clientes a lidarem com as dimensões psicológicas das doenças, promoção de comportamentos saudáveis, adaptação a incapacidades e dimensões psicológicas das doenças, sendo importante haver mudança de comportamentos neste tipo de situações.

1.3 Perturbações depressivas

A perturbação depressiva corresponde a um conjunto de reações psicofisiológicas, perante acontecimentos reais ou imaginários, nos quais o indivíduo se sente literalmente submerso (Matos, 2007). A tristeza, o desânimo, o sentimento de inutilidade, a solidão, o poder sentirem-se abandonadas, fazem parte deste complexo padrão de respostas (Pires, 2004). Trata-se de uma perturbação do humor, em que há uma alteração persistente do humor que pode provocar défice nas atividades diárias. O humor considerado normal (eutimia) apresenta-se claramente diminuído (depressão) (Harrison, Geddes & Sharpe, 2006).

De acordo com (Canty & Fovarge, 2005; Vallejo-Nágera, 2006) o começo tende a ser lento, marcado por vários dias ou semanas de mal-estar geral e apatia. O indivíduo pode exprimir queixas hipocondríacas (fica muito apreensiva e preocupada com a sua saúde), às quais presta cada vez maior importância. Ao mesmo tempo entristece, podendo apresentar episódios de choro fácil até quando está sozinho, estando normalmente os sintomas intensificados da parte da manhã, embora estes acontecimentos variem de indivíduo para indivíduo.

A presença de sintomas depressivos passa a ser enquadrada no âmbito do episódio depressivo major, recorrendo à nomenclatura do DSM-5 (2013) quando interfere significativamente na vida do indivíduo em várias áreas, como na atividade profissional, no rendimento intelectual, e nas relações interpessoais (DSM-5, 2013).

O perfil típico do indivíduo deprimido passa pela apresentação de uma expressão triste, um olhar angustiado ou perdido no vazio, com choro constante e de difícil controlo, com gestos lentos e aspeto abatido (Vallejo-Nágera, 2006). Os indivíduos com esta perturbação organizam, por norma, as experiências vividas de modo inflexível e absolutista, originando equívocos na interpretação do desempenho pessoal e julgamento de acontecimento ao redor (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008). Nesse sentido são frequentemente pessimistas, em relação ao mundo e a si próprias, nomeadamente, em relação às suas possibilidades de melhorar. É frequente o isolamento social, o desinteresse pelos objetos exteriores e a falta de entusiasmo pela vida (Cordeiro, 2002; Canty & Fovarge, 2005).

A perturbação depressiva é menosprezada por muitos, desconhecida por outros e sentida por um número superior ao que possamos imaginar. É lícito afirmar que se trata de uma doença que não escolhe idade, sexo, estatuto social ou classe económica e que

incapacita quem dela padece (Matos, 2007). Wilkinson, Moore e Moore (2005) realçam que existem muitos indivíduos com perturbação depressiva que não são diagnosticados. Trata-se de uma doença grave cujos sintomas persistem e afetam tanto o corpo como a mente, manifestando-se gradualmente de forma mais intensa, profunda e duradoura.

A etiologia da perturbação depressiva não é completamente conhecida, possuindo influências tanto genéticas, como psicológicas e ambientais. No que remete para as causas biológicas, considera-se como primeira hipótese a deficiência de neurotransmissores, particularmente da noradrenalina e serotonina (Aguiar, Carvalho, Castro, Sousa, Vale & Vasconcelos, 2011).

Já na perspetiva das abordagens psicológicas, nomeadamente no modelo de Beck, a perturbação depressiva conjectura duas componentes principais: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008). A tríade cognitiva constitui-se pela imagem negativa que os indivíduos apresentam sobre si próprios, do seu comportamento nas situações e da ausência de esperança no modo como observam o futuro (Beck, 1967). Por outro lado, as distorções cognitivas dizem respeito a erros regulares em termos de perceção e processamento de informação, sendo o elemento central nesta perturbação (Beck, 1997).

A maioria dos indivíduos deprimidos não se queixa sobre o aumento da tristeza, pois por vezes nem se apercebe. Contudo, apresentam, normalmente alterações ao nível do seu funcionamento cognitivo e comportamental, bem como, queixas somáticas (Sirera, 2008). É importante que todos os profissionais de saúde sejam conscientes sobre as várias faces da perturbação depressiva, surge muitas vezes nos serviços de saúde que não oferecem atendimento psicológico e/ou psiquiátrico (Harrison, Geddes & Sharpe, 2006).

A perturbação depressiva é considerada um dos problemas mais graves de Saúde Pública que se debatem os países industrializados (WHO, 2005). Desde o início do século XXI que se tornou inviável não reconhecer o verdadeiro peso desta patologia mental (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005).

Em síntese, a perturbação depressiva é um dos problemas mais graves de que padece a população, causando elevado grau de incapacidade (OMS, 2012), acarretando perdas não só em termos profissionais, mas também pessoais, colocando muitas vezes toda a família em sofrimento (Xavier, Batista, Mendes, Magalhães & Caldas de Almeida, 2013). São apontados como possíveis fatores de risco, as perdas parentais

antes da adolescência, história pessoal ou familiar de perturbação depressiva, acontecimentos vitais negativos, entre outros (Fancher & Kravitz, 2010).

É importante detetar esta patologia precocemente, permitindo um tratamento mais integrado e eficaz (Elizabeth *et al.* 2009).

1.3.1 Prevalência das perturbações depressivas

Estudos internacionais sobre a prevalência das perturbações mentais entre clientes atendidos nos CSP mostram que 10 a 31% dos mesmos apresentam pelo menos um tipo de diagnóstico psiquiátrico (nomeadamente depressão ou ansiedade) (Falceto Busnello & Bozzetti 2000).

Em 2008 a União Europeia apontava que cerca de 50 milhões de indivíduos (cerca de 11% da população!) padeciam de alguma perturbação mental (Relatório OPP, 2011). Mais concretamente, e de acordo com esta mesma fonte, em Portugal 1 em cada 5 cidadãos experienciaram uma perturbação mental, ao longo da vida. Assim sendo, Portugal apresenta uma prevalência de perturbações mentais superior à média europeia.

Contudo, os dados disponíveis indicam que 33,6% dos indivíduos com problemas de saúde mental não recebem tratamento em Portugal, o que torna ainda mais clara a gravidade do problema (Almeida & Xavier, 2010).

De acordo com a Direção Geral da Saúde (2013) as perturbações depressivas são as segundas mais prevalentes, com cerca de 7,9%, logo a seguir às perturbações de ansiedade (16,5%). Encontram-se por isso em lugar de destaque, tendo um contributo maioritário para a explicação da carga global da doença (CGD)³. Visto tratar-se de uma doença incapacitante (OMS, 2012), os indivíduos com perturbações depressivas são mais propensas a ter problemas de saúde física, levando a um impacto significativo na vida familiar, social, trabalho, desempenho, emprego, como também a sofrer de discriminação e exclusão social (Xavier, Batista, Mendes, Magalhães & Caldas de Almeida, 2013). Por isso, esta perturbação deve ser alvo primária de atenção médica, sendo ainda essencial que o psicólogo desempenhe um papel ativo para a intervenção a

³ O estudo da carga global da doença pretende quantificar a carga de mortalidade prematura e de incapacidade causados pela doença. Para obter o resumo de saúde dos indivíduos são utilizados os anos de vida saudáveis perdidos, composto pelas estimativas de vida perdida por morte prematura e pelos anos de vida perdidos por doença e/ou incapacidade (Machado, Lima, Teixeira & Felício, 2011).

este nível (Borges *et al.* 2002; Piek, Van der Meer, Hoogendijk, Penninx & Nolen, 2011).

Cerca de 50% dos indivíduos que vivem em países industrializados vão desenvolver um episódio depressivo ao longo da sua vida (Albuquerque, 2005). Aliás, de acordo com dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (2014), 20% da população nacional que recorre aos CSP encontra-se deprimida.

Estas perturbações apresentam grande reflexo na idade adulta, levando por um lado à diminuição da qualidade de vida e por outro a um aumento do consumo de cuidados de saúde (WHO, 2001). É inquestionável que os estados de saúde física e mental se encontram positivamente correlacionados (Prince *et al.* 2007), uma vez que a sintomatologia física pode “mascarar” perturbações mentais, revelando-se através de somatizações, como é o caso da fadiga, cefaleias, lentificação motora, alterações do apetite, entre outras (DSM-5, 2013).

Esta patologia psíquica é muito frequente, quando se considera apenas a episódio depressivo major e quando se incluem também as formas de sintomatologia menos intensa. Verifica-se que, embora muitos indivíduos não procurem ajuda, existe grande frequência de problemas depressivos entre os utentes dos CSP. De acordo com estudos norte-americanos, entre 6% e 10% destes utentes sofrem de perturbação depressiva major (Volk *et al.* 1993, citado por Gonçalves, Fagulha & Ferreira, 2005).

É sabido que a perturbação depressiva afeta predominantemente o sexo feminino (Canty & Fovarge, 2005). A WHO (2003) menciona que anualmente 5,8% do sexo masculino e 9,5% do sexo feminino tem tendência a sofrer um episódio depressivo.

A incidência e a prevalência da perturbação depressiva variam com a idade, sendo as taxas mais elevadas verificadas na terceira idade, fase normalmente caracterizada por várias adaptações e perdas (fisiológicas, sociais e/ou psicológicas) (Martins & Aguiar, 2006).

Em termos de perspetivas futuras, a WHO (2003) estima que 121 milhões de indivíduos sofrerão de perturbação depressiva, e que menos de 25% destas receberão tratamentos efetivos, prevendo também que esta patologia será a segunda maior causadora de incapacidades no ano de 2020 (Kaikini, Dhande, Patil & Kadam, 2013).

1.3.2 Intervenção psicofarmacológica nas perturbações depressivas

A intervenção na perturbação depressiva tem como objetivos melhorar a qualidade de vida, diminuir a necessidade de hospitalização, minimizar o risco de suicídio, reduzir reincidências de crises depressivas e retomar a capacidade funcional e social do indivíduo (Harrison, Geddes & Sharpe, 2006). É efetuada através de intervenção psicológica, farmacológica ou pela combinação das duas. A intervenção farmacológica recorre ao consumo de psicofármacos, onde se incluem os antidepressivos, sendo utilizados com o intuito de diminuir a intensidade dos sintomas depressivos. A intervenção psicológica procura promover a compreensão do indivíduo sobre os sintomas depressivos (Ricou, 2014a) promovendo o ajustamento do seu comportamento, das suas atitudes, dos pensamentos, dos modos de sentir e de se relacionar consigo e com o outro (Macedo & Dimenstein, 2009).

A intervenção farmacológica na perturbação depressiva passa por três fases: aguda, de continuação e de manutenção (American Psychiatric Association (APA), 2010). A fase aguda destina-se à remissão⁴ da sintomatologia depressiva, tendo uma duração de 6 a 12 semanas (APA, 2010; Amaral, 2014).

Na fase de continuação ocorre uma avaliação dos sintomas, efeitos colaterais, a adesão e estado funcional com o intuito de reduzir o risco de uma recaída, esta fase pode continuar entre 4 a 9 meses (APA, 2010; El-Mallakh & Briscoe, 2012).

A fase de manutenção destina-se a reduzir o risco de continuação do aparecimento de episódios depressivos. Na verdade, quanto mais episódios depressivos o indivíduo apresentar, maior a probabilidade destes se repetirem (Junior, 2011). Deste modo, torna-se fundamental que estes indivíduos passem por esta fase de manutenção, no sentido de prevenir novos episódios depressivos (APA, 2010). Realça-se que o tratamento pode ser continuado por um ou mais anos nos casos de Perturbação Depressiva crónica (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Piek, Van der Meer, Hoogendijk, Penninx & Nolen, 2011).

Parece ser importante que a par da intervenção farmacológica, o cliente beneficie de intervenção psicológica. De acordo com o estudo realizado por Cuijpers, Straten, Warmerdam e Andersson (2009) o tratamento combinado é mais eficaz do que a

⁴ A remissão é entendida como a ausência de humor deprimido, havendo maior interesse pelas atividades do quotidiano (APA, 2010).

intervenção psicológica sozinha. Verifica-se que existem cada vez mais estudos que apontam para uma maior utilização e eficácia da Intervenção Cognitivo-Comportamental (ICC) em relação a outros modelos (Harrison, Geddes & Sharpe, 2006) apresentando propostas de intervenção com uma ampla aplicação e validação empírica (Souza & Cândido, 2010), no tratamento de patologia em contextos de saúde (Groth-Marnat & Edkins, 1996). Tal facto deverá ficar a dever-se não tanto a uma maior eficácia deste modelo de intervenção em relação a outros, mas sim ao facto de, em função da maior brevidade e estruturação das técnicas ICC, torna-se mais fácil a sua sistematização e estudo (Heuzenroeder et al., 2004).

De acordo com Beck, Rush, Shaw e Emery (1979) o indivíduo deprimido organiza a sua experiência de modo negativo, antecipando resultados adversos para os seus problemas. Esta interpretação dos acontecimentos impulsiona comportamentos depressivos, originando sentimentos de inadequação, baixa autoestima e falta de esperança (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak 2008).

Será importante compreender as variações comportamentais observadas nos clientes depressivos, investigando as variáveis que estariam na base dos sentimentos desadaptativos ao longo da história do indivíduo, o levantamento de eventos antecedentes e consequentes aos comportamentos depressivos (Abreu, 2006).

O modelo cognitivo da perturbação depressiva de Beck atenta que o processamento da informação é a grande alteração presente na perturbação depressiva. Considera que estão ativados uma série de esquemas (formas de perceber a realidade que incluem crenças e emoções), estando o deprimido convencido que as coisas são tão negativas como ele as vê (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Estes esquemas constituem a “tríade cognitiva”, visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro, sendo o objetivo deste tipo de intervenção a eliminação de sintomas depressivos e a prevenção de recaídas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). A intervenção a este nível procura evidenciar e corrigir os pensamentos distorcidos, as interpretações cognitivas que não coincidem com a realidade e que perpetuam o comportamento problemático do indivíduo (Rahoui & Reynaud, 2008). Pretende-se levar a cabo uma avaliação realista dos eventos/acontecimentos (Beck, 1967), possibilitando ao cliente aperceber-se da demasiada importância negativa dada a uma determinada situação, a par da sua inépcia para valorizar a sua capacidade de confronto face à mesma (Hofmann, 2004). Também se pretende que o cliente aumente a sua tolerância à frustração e que promova a sua

compreensão em relação às suas emoções, bem como, consiga alterações comportamentais sentidas como positivas (Gonçalves, 2006). O grande objetivo do psicólogo será analisar os contextos em que os repertórios depressivos aparecem e, traçar possibilidades de intervenções clínicas (Abreu, 2006).

A intervenção na perturbação depressiva pretende reduzir os sintomas e promover a melhoria da qualidade de vida (Fancher & Kravitz, 2010). De acordo com a Canadian Psychological Association (2002), as intervenções psicológicas mostram-se efetivas, uma vez que apresentam melhoria dos resultados em saúde e também mostram potencial para reduzir os custos com a saúde.

Em suma, procura-se promover a participação ativa do cliente no processo de intervenção, com o objetivo deste aumentar a sua capacidade em identificar as suas perceções distorcidas, reconhecer os pensamentos negativos e procurar pensamentos alternativos mais adaptados, encontrando as evidências que sustentam os pensamentos alternativos (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008). Deste modo, o processo de intervenção com o cliente pode originar benefícios ao nível da redução de problemas sociais, emocionais e comportamentais, alteração de condições físicas, potencialização do processo de recuperação de cirurgias ou doenças e melhoria na qualidade de vida (Roth & Fonagy, 2005).

1.3.3 Consumo de antidepressivos

O surgimento dos psicofármacos revelou-se preponderante no tratamento das perturbações psiquiátricas, contribuindo para reduzir o sofrimento psicológico associado e a sua intensidade e duração (Câmara, Rocha & Balteiro, 2011). Contudo, tem-se assistido a um aumento da utilização destas substâncias. Entre 2004 e 2009 foi notório o crescimento do consumo de medicação, nomeadamente um aumento de 25,3% na utilização de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos (Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 2010).

Os antidepressivos são fármacos que se mostram eficazes no alívio dos sintomas da perturbação depressiva (Range, Dale, Ritter, Flower & Henderson, 2008), podendo ser utilizados em perturbações depressivas leves, moderadas e graves (American Psychiatric Association, 2010). Trata-se de medicamentos com ação sobre os neurotransmissores (destacando-se a serotonina e a noradrenalina) (Moreno, Moreno & Soares, 2003), que interferem na sensação de bem-estar, promovendo alterações ao

nível do raciocínio, das emoções, das atitudes e dos comportamentos dos indivíduos (Ramos, 2004).

O aparecimento dos medicamentos antidepressivos, no final da década de 50 e o seu uso na prática clínica proporcionaram avanços muito relevantes para a compreensão de mecanismos associados às perturbações depressivas e respetivo tratamento (Moreno, Moreno & Soares, 2003). Antes destes serem prescritos é necessário ter em conta determinados fatores: se existe risco de suicídio; quais são os sintomas predominantes; se existe história anterior de perturbação depressiva e a existência de problemas de saúde (Harrison, Geddes & Sharpe, 2006).

Em geral os antidepressivos têm uma aplicação diária única, com efeito sedativo (uso preferencial noturno) e efeitos que aumentem o estado de alerta (uso preferencial pela manhã) (Graeff & Guimarães, 2001). São atualmente classificados de acordo com a sua ação farmacológica, podendo ser divididos em função do mecanismo de ação. Podem então ser agrupados em Antidepressivos Tricíclicos, Inibidores de Monoaminoxidases, Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina entre outros (Infarmed, 2010).

De acordo com Maggioni Scolaro, Junior e Mella (2008) o tratamento recorrendo a antidepressivos pode passar por cinco estados clínicos, designados por 5 “R’s” do estado depressivo. Ou seja, a resposta que envolve a redução de 50% dos sintomas; a remissão parcial, quando desaparecem os sintomas; a recuperação, quando o indivíduo começa a retomar as suas atividades diárias; a recaída, se o cliente piorar, antes de ocorrer a total remissão e o cliente obtiver uma recuperação plena.

É preciso ter em atenção que os antidepressivos não produzem um efeito imediato. Para que se verifique redução dos sintomas, a utilização dos antidepressivos deve ser de pelo menos até quatro semanas, sendo importante informar o utente desta demora do efeito terapêutico, caso contrário pode haver um abandono da terapêutica por considerá-la ineficaz (Canty & Fovargue, 2005). Assim, se pelas 4-8 semanas após o início do tratamento, não se verificar pelo menos a redução de 50% dos sintomas (considerado como critério para resposta ao tratamento) deverá realizar-se uma reavaliação clínica do utente, para reconsiderar o diagnóstico, pesquisa de comorbilidades ou fatores psicossociais, avaliar efeitos adversos, complicações médicas, fatores psicossociais, confirmar a adesão à medicação, se necessário

considerar a mudança de antidepressivo para um outro com mecanismo de ação diferente (American Psychiatric Association, 2010).

Recomenda-se no mínimo seis meses de terapia farmacológica (Canty & Fovargue, 2005; Milea, Guelfucci, Bent-Enakhil, Toumi & Auray, 2010). No caso de se verificarem antecedentes de outros episódios depressivos, estes medicamentos devem manter-se como uma terapêutica de manutenção a fim de prevenir futuras recaídas (Canty & Fovargue, 2005). O processo de retirada da medicação antidepressiva deve ser gradual. A bibliografia aponta para um período de cerca de quatro semanas, com vista a evitar sintomas de abstinência (cefaleias, náuseas, ansiedade, ...) e diminuir a probabilidade de recaída ou recorrência (Canty & Fovargue, 2005).

Entre o ano de 2000 e 2013 foi notório um aumento exponencial do consumo de antidepressivos. O consumo de cerca de 20 doses diárias por 1.000 habitantes em janeiro de 2000 passou, para quase 90 doses diárias por 1.000 habitantes em março de 2013 (Infarmed, 2013). Adicionalmente, dados mais recentes evidenciam um aumento do consumo de psicofármacos de 2012 para 2013. Assim, os portugueses compraram diariamente cerca de 75 mil embalagens de antidepressivos, estabilizadores de humor, tranquilizantes, hipnóticos e sedativos. No total, entre janeiro e agosto de 2013, foram vendidas 18 milhões de embalagens de antidepressivos, mais 339.961 caixas (1,9%) relativamente ao período homólogo de 2012, tendo um o custo de 30,4 milhões de euros para o Estado e 56,4 milhões de euros para o utente (IMS Health, 2013).

Concluindo, ao prescrever um antidepressivo, o médico deve considerar um conjunto de informações, tais como os sintomas apresentados pelo utente, a existência de problemas de saúde associados ou outras doenças psiquiátricas, a história de respostas adversas à toma de antidepressivos, as interações com outros medicamentos e ainda os custos associados, considerando o grande aumento na utilização destes fármacos (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005). É ainda de referir que indivíduos deprimidos com alto risco de recorrência necessitam de tratamento de manutenção por mais tempo, talvez indefinidamente, a ICC parece ser promissora na prevenção da recaída e recorrência mesmo após a descontinuação dos antidepressivos (Nierenberg, Petersen & Alpert, 2003).

1.4 Custo/benefício da intervenção psicológica nos cuidados de saúde primários

Face à realidade atual e à elevada prevalência de perturbações como a ansiedade e depressão, é necessária a definição de princípios eficientes e a tomada de decisões com vista à obtenção de ganhos em saúde. Através das suas intervenções, os psicólogos podem desempenhar um papel fulcral a este nível, contribuindo para reduzir custos nos serviços de saúde, melhorar a saúde da população e aumentar a produtividade (Relatório da OPP, 2011).

Dados recentes mostram que as perturbações mentais originam mais de 12% da CGD em todo o mundo, com um valor superior (23%) nos países desenvolvidos (Xavier, Batista, Mendes, Magalhães & Caldas de Almeida, 2013). Torna-se pois essencial a reflexão com vista a uma melhor compreensão sobre os custos associados à intervenção psicológica. Desde os anos 80 que psicólogos e economistas se têm debruçado sobre o estudo do custo-efetividade das intervenções psicológicas nos serviços de saúde (Canadian Psychological Association, 2002). Posto isto, a gestão e a intervenção nas perturbações mentais são fundamentais em contexto de CSP, com vista a aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde (OMS, 2008). Através de diagnósticos adequados, com base em estudos epidemiológicos, é possível delinear intervenções ajustadas, contribuindo para diminuir o número de perturbações depressivas e o consumo de medicação, nomeadamente os antidepressivos (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005).

É inquestionável o grande impacto económico da utilização de medicamentos nas perturbações mentais no SNS (Ferreira, 2007; Bosmans *et al.*, 2008; Prukkanone, Vos, Bertram & Lim, 2012). Aproximadamente um terço das consultas dos médicos de família nos CSP está associado a problemas psicológicos, sendo a perturbação depressiva a que apresenta uma maior frequência (Wilkinson, Moore & Moore, 2005). Um indivíduo com perturbação depressiva consome o dobro dos recursos do que um indivíduo com outro tipo de doença (Wilkinson, Moore & Moore, 2005). Um estudo de Mainar, Artieda, Gutiérrez, Tamayo, Tarrés e López (2007) mostra que utentes que sofrem com perturbações depressivas consomem mais 58,4% de recursos em CSP quando comparadas com outros utentes. Perdem-se anualmente mais de 70 milhões de dias de trabalho, representando 17% das incapacidades temporárias para o trabalho, com

o custo de cerca de 2 milhões de euros em dias de trabalho perdidos e mais 3,5 milhões de euros em tratamentos. Isto acarreta grandes custos em termos de morbilidade⁵ não só para os utentes que sofrem, mas também para as suas famílias, provocando desespero e sofrimento (Wilkinson, Moore & Moore, 2005).

A partir destes dados, percebe-se que estes são valores elevadíssimos, sendo necessário implementar estratégias e processos com vista à sua diminuição. Há um interesse crescente em intervenções não farmacológicas com forte suporte empírico, como a ICC. Aliás, Myhr e Payne (2006) mencionam que uma maior acessibilidade a este tipo de intervenção poderia produzir menores custos para o governo e contribuir para melhores resultados em termos de saúde mental.

A este respeito, há evidência sobre a eficácia das intervenções psicológicas nas perturbações psiquiátricas, havendo claros benefícios da sua aplicação sobre os clientes (Álvarez, Heredia, Rodríguez & Vázquez, 2007). Um estudo efetuado por Butler, Chapman, Forman & Beck, (2006) mostra uma maior eficácia no que remete para a ICC. De acordo com Heuzenroeder *et al.* (2004), a ICC parece ser mais efetiva e com melhor relação custo-efetividade na intervenção em perturbações mentais quando comparada com a utilização de antidepressivos. Por outro lado, de acordo com um estudo realizado por Bollini (2004), a intervenção psicológica combinada com a utilização de antidepressivos está associada a uma taxa de resposta mais elevada. Defendendo esta ideia, a British Columbia Psychological Association (2009, citado por Laliberte, 2012) fala na necessidade da intervenção psicológica, destacando o facto de estimar-se que esta pode custar 10% a 50% menos do que tratamentos farmacológicos.

Note-se que a maioria dos utentes que beneficiam de acompanhamento psicológico se desloca ao médico de família com queixas somáticas que “mascaram” a perturbação (Sirera, 2008). Verifica-se que 75% dos clientes que foram diagnosticados com perturbação depressiva, quando foram consultados nas primeiras consultas apresentavam sintomas físicos (Unützer, Schoenbaum, Druss, & Katon, 2006). Não havendo intervenção psicológica, há um maior risco de as dificuldades serem tratadas como problemas médicos, havendo mais consultas, e uma sequência de problemas mal diagnosticados e tratados (Eduards, Stem, Clarke & Ivbijaro, 2010). Neste sentido, Hunsley (2002a) realça que as intervenções psicológicas são eficientes no tratamento

⁵ Corresponde à distribuição da determinada doença numa determinada população, sendo estudada de acordo com quatro indicadores: incidência, prevalência, taxa de ataque e distribuição proporcional (Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2006).

para doenças e distúrbios que são rotineiramente observados nos CSP, que são normalmente difíceis de gerir medicamente.

A este respeito, e de acordo com Grenier *et al.* (2008), os médicos de família são recetivos à colaboração com os psicólogos. Afirmam apenas conseguir fornecer aconselhamento básico e não estarem preparados para tratar utentes com problemas psicológicos, acrescentando que são necessárias as contribuições dos psicólogos para aumentar a compreensão dos seus utentes e realizarem intervenções psicológicas quando necessárias. Um estudo desenvolvido num Centro de Saúde (CS) vem comprovar esta ideia, apontando que as consultas de psicologia em CSP permitem diminuir o número de consultas ao médico de família. Ao fim de dois anos após a implementação destas consultas neste centro de saúde verificou-se uma diminuição do volume de trabalhos dos médicos de família, podendo este facto ser explicado pelo maior conhecimento e abertura dos clientes sobre o trabalho do psicólogo neste contexto (Hespanhol, Veiga & Ricou, 2005).

A intervenção psicológica parece permitir reduzir os custos associados aos cuidados de saúde, e os resultados da intervenção podem corresponder a menos dois meses de pagamento de subsídios ou reduções fiscais associadas à doença, diminuição de custos através da redução da procura de serviços de saúde (número de consultas; número de dias de internamento; número de idas às urgências) e consumo de fármacos (número de consumo de psicofármacos; maior adesão à terapêutica) (Clark, 2011).

Os sistemas de saúde mais direcionados para os cuidados primários originam melhor desempenho, uma vez que são guiados por princípios de capacidade de resposta focados nas necessidades dos utentes, promovendo maior justiça social, melhor acessibilidade e uma relação custo-efetividade mais positiva (Entidade Reguladora da Saúde, 2009). Acresce que o incremento da intervenção psicológica a este nível parece promover ainda mais esta relação positiva (Katon *et al.*, 2005).

De facto, estudos levados a cabo pela London School of Economics and Political Science (2007) mostram que a intervenção psicológica possui um grau de custo-efetividade que permite pagar a própria intervenção e obter ganhos em saúde. Segundo estes, isto ocorre porque a intervenção psicológica tem custos reduzidos e taxas de recuperação elevadas.

Em síntese, o aumento da prevalência das perturbações mentais e das perturbações psicológicas, os seus custos e os efeitos da crise económica no

agravamento deste problema reforçam a necessidade intervenção psicológica. De acordo com estudos já mencionados, a intervenção psicológica possibilita a obtenção de ganhos em saúde. Através das suas intervenções, os psicólogos auxiliam os clientes com o seu sofrimento, promovem o exercício da sua autonomia, contribuindo para reduzir custos em saúde, pelo que conseguem uma boa relação custo-efetividade.

Capítulo II - Estudo Empírico

2.1 Metodologia

2.1.1 Objetivos e hipóteses de estudo

O presente estudo tem como principais objetivos a caracterização dos padrões de consumo de antidepressivos e do acompanhamento psicológico ao nível dos cuidados de saúde primários na amostra em estudo.

Quanto aos objetivos específicos pretende-se: compreender possíveis relações entre o consumo de antidepressivos e o acompanhamento psicológico; compreender os níveis de depressão nos indivíduos que consomem antidepressivos com ou sem acompanhamento psicológico.

Face aos objetivos traçados, foram definidas as seguintes **hipóteses**:

Hipótese 1: Há um excesso de consumo de antidepressivos na população que recorre aos cuidados de saúde primários.

Hipótese 2: A duração do consumo de antidepressivos tem tendência a aumentar.

Hipótese 3: A dose de antidepressivos tem tendência a aumentar ao longo do tempo.

Hipótese 4: Existem fatores de risco para o consumo de antidepressivos.

Hipótese 5: Os participantes que beneficiam de acompanhamento psicológico consomem menos antidepressivos do que aqueles que não frequentam o acompanhamento.

Hipótese 6: Os participantes que beneficiaram de acompanhamento psicológico no passado têm menor probabilidade de estar a consumir antidepressivos.

Hipótese 7: Participantes que têm acompanhamento psicológico apresentam menores níveis de depressão e ansiedade.

2.1.2 Caracterização da amostra

A amostra intencional foi constituída tendo por base os critérios de inclusão, designadamente, utentes pertencentes ao ACeS Porto Ocidental (Agrupamentos de Centros de Saúde do Norte), com idade igual ou superior a 18 anos que beneficiam ou

beneficiaram de intervenção psicofarmacológica (antidepressivos) e/ou acompanhamento psicológico.

A amostra foi recolhida no Centro de Saúde (CS) Lordelo do Ouro, na Unidade de Saúde Familiar (USF) Rainha D. Amélia e na Unidade de Saúde Familiar (USF) São João do Porto, agregados ao ACeS Porto Ocidental (Agrupamento de Centros de Saúde), por incluírem serviços de psicologia e também pela maior acessibilidade para o investigador.

Obteve-se um total de 405 participantes, dos quais 74,8% são do sexo feminino e 25,2% do sexo masculino. A idade média é de 52,45 anos (Desvio-Padrão=16,998), variando entre os 18 e os 91 anos. Sendo que 50,1% dos participantes da amostra têm entre 41 e 65 anos, 24% entre os 21 e 40 anos, enquanto 22,7% possui idade superior aos 65 anos e por fim, 3,2% se encontram entre os 18 e os 20 anos.

Relativamente ao estado civil, 22% dos participantes são solteiros, 59,8% são casados ou vivem em união de facto, 10,4% são divorciados e 7,9% são viúvos.

Quanto ao número de filhos, 25,2% dos participantes não possui filhos, 27,4% têm um filho, 31,9% têm dois filhos e 15,5% têm três ou mais filhos. No que diz respeito às habilitações literárias, 24% dos participantes apresentam uma escolaridade inferior ao 4ºano, 20% entre o 4º ano e o 9º ano, 38,5% entre o 10º ano e o 12º ano e 17,5% superior ao 12ºano. Quanto à situação profissional, 37% dos participantes estão empregados, 25,2% desempregados, 34,8% reformados e 3% estudantes.

A Tabela 1 caracteriza em síntese, cada uma das variáveis sociodemográficas em estudo.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo

Variáveis Sociodemográficas		n	%	Média	Desvio-padrão
Género	Feminino	303	74,8		
	Masculino	102	25,2		
Idade	18 – 20	13	3,2		
	21 – 40	97	24,0		
	Mínima - 18	203	50,1	52,45	16,998
	Máxima - 91	92	22,7		
Estado Civil	Solteiros	89	22,0		
	Casados / União de facto	242	59,8		
	Divorciados / Separados	42	10,4		
	Viúvos	32	7,9		
Número de Filhos	0	102	25,2		
	1	111	27,4		
	2	129	31,9		
	≥ 3	63	15,5		
Escolaridade	< 4º ano	97	24,0		
	4º ano - 9º ano	81	20,0		
	10º - 12º ano	156	38,5		
	> 12º ano	71	17,5		
Situação Profissional	Empregado	150	37,0		
	Desempregado	102	25,2		
	Reformado	141	34,8		
	Estudante	12	3,0		
Total		405	100		

2.1.3 Instrumentos

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)⁶ foi elaborada por Zigmond e Snaithe em 1983, validada para a população portuguesa por Pais Ribeiro em 2006. Trata-se de uma escala de autorresposta com 14 itens, referentes aos últimos sete dias, com o objetivo de identificar e avaliar os sintomas de ansiedade e de depressão. A sua utilização mostra-se útil em contextos de cuidados de saúde primários, como centros de saúde, centros comunitários e contexto psiquiátrico (Gonçalves, 2007).

É composta por duas subescalas: (i) ansiedade - HADS-A (7 itens); (ii) depressão - HADS-D (7 itens), sendo classificadas separadamente. Cada item é respondido pelo utente segundo uma escala ordinal de quatro pontos (0-3) e as pontuações possíveis variam de 0 a 21 para a ansiedade e depressão. O manual indica quatro níveis de pontuação: 0 a 7 “normal”; 8 a 10 “leve”; 11 a 14 “moderado” e 15 a 21 “grave” (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007).

Questionário de informação sociodemográfica, acompanhamento psicológico e padrões de consumo de antidepressivos⁷

Este questionário foi elaborado unicamente para esta investigação, tendo como objetivo recolher informação relativa às características sociodemográficas e aos padrões clínicos de cada uma das intervenções (o Acompanhamento Psicológico e o Consumo de Antidepressivos). A sua construção recorre da inexistência de instrumentos.

Relativamente à informação de natureza sociodemográfica recolheu-se informação sobre a idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, o número de filhos e o número de vezes que cada participante procurou o centro de saúde no último mês.

Concomitantemente formularam-se mais dezanove questões, distribuídas por três grupos. O primeiro grupo centra-se nos casos de baixa médica, incluindo o levantamento da informação sobre a duração da mesma e se esta decorreu ou não, por motivos psiquiátricos. O segundo e o terceiro grupos centram-se no padrão de consumo

⁶ Ver em anexo III.

⁷ Ver em anexo IV.

de antidepressivos e no padrão de acompanhamento psicológico, respetivamente. Ambos os grupos questionam o participante sobre o historial terapêutico, a duração da intervenção e os motivos que o levaram a procurar ajuda clínica. Adicionalmente, no segundo grupo é pedido também ao participante que identifique qual o antidepressivo prescrito, qual a quantidade e a dosagem diária seguida. Por outro lado, no terceiro grupo é pedido ao participante que aponte o número de consultas, frequência do acompanhamento e identifique qualitativamente, qual das opções de resposta mais se aproxima da sua perceção global do acompanhamento psicológico recebido.

2.1.4 Procedimentos

Este estudo insere-se numa linha de investigação promovida em colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a Universidade Portucalense e o ACeS Porto Ocidental (Agrupamentos de Centros de Saúde do Norte).

De acordo com as normas éticas necessárias à elaboração de um projeto de investigação, solicitou-se num primeiro momento, parecer à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), tendo obtido aprovação. Posteriormente contactou-se o ACeS Porto Ocidental (Agrupamentos de Centros de Saúde do Norte) requerendo autorização para a recolha de dados junto dos seus utentes, nas instituições de saúde já referidas. Adicionalmente contactou-se o autor da escala HADS, versão portuguesa, Prof. Doutor Pais Ribeiro, solicitando-lhe autorização para a utilização da mesma.

Relativamente ao Questionário de informação sociodemográfica, acompanhamento psicológico e padrões de consumo de antidepressivos procedeu-se a análises teste-reteste para verificar os níveis de adequação do instrumento (fidelidade), para o efeito, aplicou-se o mesmo a uma amostra de 16 participantes em duas ocasiões sucessivas com um hiato de aproximadamente uma semana. De acordo com Martins (2006) o instrumento de medida deve ser aplicado em dois momentos a um mesmo grupo de pessoas, com um intervalo de tempo não muito longo entre as aplicações. Se for obtida uma correlação fortemente positiva, o instrumento poderá ser considerado confiável. Calculou-se a estatística *Kappa* (K) e proporção de respostas concordantes e discordantes para as questões do questionário, sendo apresentadas as principais conclusões no capítulo seguinte (resultados). O *Kappa* (K) permite discriminar o tipo de diferenças encontradas entre as primeiras e as segundas respostas, em que $K=1$ significa

concordância perfeita e $K=0$ não existe concordância, sendo que valores intermédios de 0,01-0,20 significa acordo ligeiro, 0,21-0,40 acordo considerável, 0,41-0,60 acordo moderado, 0,61-0,80 acordo substancial e 0,81-0,99 concordância quase perfeita (Viera & Garrett, 2005).

Para a recolha de dados, num primeiro momento foi explicado aos participantes o objetivo do estudo e solicitada a sua colaboração. Após a obtenção do consentimento informado por escrito, seguiu-se a aplicação dos instrumentos: HADS e o Questionário de informação sociodemográfica, acompanhamento psicológico e padrões de consumo de antidepressivos. Ambos os questionários foram preenchidos em contexto de sala de espera, tendo alguns dos participantes necessitado do auxílio do investigador no preenchimento dos mesmos, dada a sua dificuldade de leitura e interpretação. A recolha ocorreu nos meses de março e abril no ano de 2014.

Posteriormente, para proceder à análise do Questionário de informação sociodemográfica, acompanhamento psicológico e padrões de consumo de antidepressivos e da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar recorreu-se a análises estatísticas no SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21.

Capítulo III - Resultados

Neste capítulo encontram-se os resultados obtidos no estudo, que serão apresentados de acordo com a seguinte ordem: teste-reteste, Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, Questionário de informação sociodemográfica, acompanhamento psicológico e padrões de consumo de antidepressivos com análises referentes às hipóteses definidas.

3.1 O teste-reteste

Tabela 2 - Análise teste-reteste

Avaliação da reprodutibilidade teste-reteste		
Itens	Estatística Kappa	Proporções de concordância
(1) Já alguma vez esteve de baixa?	1,000	100%
(1.1) O motivo da baixa deveu-se a problemas psiquiátricos?	1,000	100%
(1.1.1) Quanto tempo esteve de baixa?	0,818	87,5%
(2) Já alguma vez tomou algum antidepressivo?	1,000	100%
(2.1) Há quanto tempo o tomou?	1,000	100%
(2.4) Toma algum antidepressivo atualmente?	1,000	100%
(2.5) Há quanto tempo o toma?	1,000	100%
(2.6) A quantidade de antidepressivos tem mantido, aumentado ou diminuído?	0,529	75%
(3) Já alguma vez teve consultas de acompanhamento psicológico?	1,000	100%
(3.1) Teve acompanhamento psicológico antes ou depois de começar a utilizar os antidepressivos?	0,825	90 %
(3.2) Quanto tempo durou o processo?	0,825	90%
(3.3) Quantas consultas teve?	1,000	100%
(3.4) Com que frequência tem consultas?	1,000	100%
(3.5) Atualmente beneficia de acompanhamento psicológico?	1,000	100%
(3.7) Como avalia os efeitos desse acompanhamento?	1,000	100%

A concordância foi estimada pela estatística *Kappa* (k) e proporção de concordância (PC). Pela observação da Tabela 2 verificou-se que a resposta que mereceu menor concordância foi a referente à quantidade de antidepressivos, com um valor de 0,529. As restantes respostas apresentam concordância quase perfeita (com

valores situados no intervalo 0,81-0,99, Viera & Garrett, 2005), tendo sido obtidos valores de 0,818 na questão relativa à situação de baixa médica e de 0,825 na forma inicial de intervenção e no tempo de intervenção psicológica.

3.2 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

A Tabela 3 apresenta os resultados dos estados afetivo-emocionais dos participantes da amostra.

Tabela 3 - Distribuição dos níveis de ansiedade e depressão

Patologia	Nível da Patologia							
	Normal		Leve		Moderada		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ansiedade	55	13,6	131	32,3	196	48,4	23	5,7
Depressão	68	16,8	247	61	88	21,7	2	0,5

Em relação à ansiedade, 13,6% dos participantes obtiveram níveis normativos; 32,3% alcançaram uma pontuação superior ao ponto de corte 11, ou seja, um nível clinicamente significativo de ansiedade leve; 48,4% manifestam níveis de ansiedade moderada; e 5,7% apresentam níveis de ansiedade grave.

Quanto à depressão, 16,8% dos participantes obtiveram níveis normativos; 61% alcançaram um nível clinicamente significativo de depressão leve; 21,7% manifestaram níveis de depressão moderada e 0,5% pontuam depressão grave.

3.3 Questionário de informação sociodemográfica, acompanhamento psicológico e padrões de consumo de antidepressivos

Os dados relativos à informação sociodemográfica foram reportados anteriormente na secção da caracterização da amostra (ver Tabela 1). Relativamente ao número de idas ao centro de saúde no mês de fevereiro na Tabela 4 verifica-se que

55,1% dos participantes não se deslocaram ao centro de saúde, 25,9% foram uma vez, 13,6% foram entre duas a três vezes, e 5,4% foram mais de três vezes.

Tabela 4 - Afluência dos participantes ao centro de saúde

Consultas mensais	n	%
0	223	55,1
1	105	25,9
2 - 3	55	13,6
> 3	22	5,4
Total	405	100

Tabela 5 - Distribuição dos participantes com baixa médica

Baixa Médica da Amostra		n	%
	Não	119	29,4
	Sim	286	70,6
Problemas Psiquiátricos		87	21,5
	1 mês - 11 meses	60	14,8
Duração	12 meses - 24 meses	14	3,5
	> 24 meses	13	3,2
Outros Motivos		199	49,1

Quanto aos itens relativos à baixa médica indicados na Tabela 5, 70,6% dos participantes estiveram de baixa e 29,4% não estiveram. Dos participantes que responderam afirmativamente à questão anterior, 21,5% referiu ser por motivos de problemas psiquiátricos, destes, 14,8% dos participantes estiveram entre um e onze meses de baixa, 3,5% entre doze meses e vinte e quatro meses 3,2% num período superior a dois anos.

Segue-se a Tabela 6 com a distribuição dos participantes por intervenção (consumo de antidepressivos e/ou acompanhamento psicológico).

Tabela 6 - Distribuição dos participantes relativamente ao consumo de antidepressivos e ao acompanhamento psicológico

Antidepressivos e Acompanhamento Psicológico		n	%
Participantes com histórico de consumo de antidepressivos		333	82,2
Caracterização do consumo	Presente	187	56,2
	Passado	146	43,8
Participantes sem histórico de consumo de antidepressivos		72	17,8
Participantes com histórico de acompanhamento psicológico		229	56,5
Caracterização do acompanhamento	Presente	53	23,1
	Passado	176	76,9
Participantes sem histórico de acompanhamento psicológico		176	43,5

Assim, 82,2% dos participantes apresentam historial de consumo de antidepressivos, destes, 56,2% consome atualmente antidepressivos e 43,8 % consumiu somente no passado. Acresce ainda, que 17,8% do total da amostra referiu nunca ter tomado antidepressivos.

Quanto ao acompanhamento psicológico verifica-se que 56,5% dos participantes já usufruíram desta intervenção, enquanto 43,5% nunca usufruiu. Dos participantes com historial de acompanhamento psicológico, 23,1% beneficiam atualmente e 76,9% beneficiaram no passado.

Tabela 7 - Associação entre a baixa médica e o consumo de antidepressivos

Histórico de baixa médica	Histórico de antidepressivos				χ^2	ρ
	Com consumo		Sem consumo			
	n	%	n	%		
Com baixa médica	247	74,2	39	54,2	11,421	0,001***
Sem baixa médica	86	25,8	33	45,8		

* $\rho < .05$, ** $\rho < .01$, *** $\rho < .001$

Pelos resultados observados na Tabela 7, 74,2% dos participantes que já tiveram baixa consomem antidepressivos, enquanto 54,2% dos que já tiveram baixa nunca

usufruíram de intervenção farmacológica. Existe associação entre a baixa médica e o consumo de antidepressivos, obtendo-se um $\chi^2 = 11,421$ e um $p = 0,001$,

Tabela 8 - Associação entre o acompanhamento psicológico e o consumo de antidepressivos

Baixa médica e o acompanhamento psicológico	Histórico de acompanhamento psicológico				χ^2	p
	Com histórico		Sem histórico			
	n	%	n	%		
Histórico de baixa médica						
Com baixa médica	160	69,9	126	71,6	0,142	0,706
Sem baixa médica	69	30,1	50	28,4		

Pela Tabela 8, observa-se que 69,9% dos participantes já tiveram baixa médica e usufruíram de acompanhamento psicológico e 71,6% dos participantes já tiveram baixa e nunca possuíram acompanhamento psicológico.

Tabela 9 - Forma inicial de intervenção nos cuidados de saúde primários

Acompanhamento psicológico e o consumo de antidepressivos	n	%
Acompanhamento psicológico antes do uso de antidepressivos	80	34,9
Acompanhamento psicológico após o uso de antidepressivos	77	33,6
Acompanhamento psicológico sem uso de antidepressivos	72	31,5
Total	229	100

Pela Tabela 9 observa-se que 31,5% dos participantes referiram ter iniciado a intervenção clínica através do acompanhamento psicológico e sem uso de antidepressivos, enquanto 34,9% iniciou o plano terapêutico através do acompanhamento psicológico com utilização de antidepressivos e 33,6% referiram que o acompanhamento psicológico surge posteriormente ao uso de antidepressivos.

Tabela 10 - Duração do consumo de antidepressivos

Momento da utilização de antidepressivos	Período de utilização						Total
	< 3 meses		3 - 12 meses		> 12 meses		
	n	%	N	%	n	%	
No presente	32	17,1	13	7,0	142	75,9	187 (100%)
No passado	30	20,6	12	8,2	104	71,2	146 (100%)

No que diz respeito ao tempo de consumo de antidepressivos observado na Tabela 10, 17,1% dos participantes consomem antidepressivos há menos de três meses, 7% entre os três e os doze meses e 75,9% apresentam um tempo de consumo superior a doze meses. No consumo de antidepressivos passado, 20,6% apresentou um consumo inferior a três meses, 8,2% entre três e doze meses e 71,2% um período superior a doze meses.

Tabela 11 - Distribuição da quantidade do consumo de antidepressivos no presente

Varição da posologia (quantidade)	n	%
Mantido	142	75,9
Aumentado	25	13,4
Diminuído	20	10,7
Total	187	100

Pelos resultados observados na Tabela 11, a grande maioria dos participantes, aproximadamente 76%, referiu não existirem alterações na quantidade de antidepressivos prescritos, 13,4% aumentaram o consumo ao longo do tempo e 10,7% diminuíram.

Tabela 12 - Duração do acompanhamento psicológico

Duração do Acompanhamento Psicológico	n	%
< 12 meses	92	40,2
12 - 24 meses	55	24,0
> 24 meses	29	12,7
Ainda a decorrer	53	23,1
Total	229	100

Quanto à duração do acompanhamento psicológico observada na Tabela 12, 40,2% dos participantes referiram que o processo terapêutico foi inferior a doze meses, 24% registou uma duração entre doze e vinte e quatro meses, 12,7% superior a vinte e quatro meses, enquanto 23,1% referiram estar ainda a usufruir de consultas de acompanhamento psicológico.

Tabela 13 – Frequência do acompanhamento psicológico

Acompanhamento Psicológico	n	%	
Frequência acompanhamento	< 7	112	48,9
	7 - 10	32	14,0
	> 10	85	37,1
Total	229	100	

Pela observação da Tabela 13 verifica-se que 48,9% dos participantes beneficiaram de um número inferior a sete consultas, seguindo-se 37,1% com mais de dez consultas e por último 14% dos participantes tiveram entre sete a dez consultas.

Tabela 14 - Periodicidade do acompanhamento psicológico

Acompanhamento Psicológico	n	%
Periodicidade do acompanhamento		
Semanal	70	30,6
Quinzenal	50	21,8
Mensal	89	38,9
Outra	20	8,7
Total	229	100

De acordo com a Tabela 14, quanto à periodicidade das consultas de acompanhamento psicológico, 30,6% referiram ter consultas semanais, 21,8% quinzenais, 38,9% mensais e 8,7% outro tipo de frequência.

Tabela 15 - Avaliação dos participantes sobre os benefícios do acompanhamento psicológico

Benefícios do Acompanhamento Psicológico	n	%
Negativos	13	5,7
Nem bons nem maus	40	17,5
Positivos	126	55,0
Muito positivos	50	21,8
Total	229	100

Quanto à avaliação do benefício do acompanhamento psicológico por parte dos participantes, como se observa na Tabela 15, 55% consideram positivos, 21,8% muito positivos, 17,5% nem bons nem maus e 5,7% negativos.

Outro dado levantado foram as razões que levaram à procura de ajuda clínica (antidepressivos e/ou acompanhamento psicológico). Como indica a Tabela 16, a procura de tratamento farmacológico ocorre essencialmente por ansiedade, com aproximadamente 56%, seguindo-se de 31,8% por tristeza, 30% por problemas de sono, 38,4% por problemas familiares e com valores menos expressivos os problemas com amigos e os profissionais, com 1,8% e 18% respetivamente, 16,8% indicam outros motivos. Nos motivos apontados pelos participantes que os levaram às consultas de acompanhamento psicológico observa-se também, que a ansiedade é a razão principal

com 51,5%, seguindo-se de 31,9% por tristeza, 17,9% por problemas de sono, 41,5% por problemas familiares e com valores mais reduzidos, uma vez mais, os problemas com amigos e os profissionais, com 4,8% e 17,5% respetivamente, enquanto 21,8% dos participantes referem outros motivos.

Assim, verifica-se que nos dois tipos de intervenções os motivos que levam os participantes a procurar ajuda clínica é idêntica, evidenciando-se diferenças mais expressivas somente na proporção de participantes com problemas de sono.

Tabela 16 - Motivos dos participantes para procurem ajuda clínica

Motivo/s	Acompanhamento		Antidepressivos	
	Psicológico		n	%
	n	%		
Ansiedade	118	51,5	186	55,9
Tristeza	73	31,9	106	31,8
Problemas de sono	41	17,9	100	30,0
Problemas familiares	95	41,5	128	38,4
Problemas com amigos	11	4,8	6	1,8
Problemas profissionais	40	17,5	60	18,0
Outros	50	21,8	56	16,8

Tabela 17 - Associação entre o acompanhamento psicológico e o consumo de antidepressivos na atualidade

Consumo de antidepressivos na atualidade	Com histórico de apoio psicológico		Sem histórico de apoio psicológico		χ^2	ρ
	n	%	n	%		
Com consumo	85	54,1	102	58,0	0,490	0,484
Sem consumo	72	45,9	74	42,0		

A partir dos resultados obtidos na Tabela 17, observa-se que 54,1% dos participantes da amostra que apresentam histórico de apoio psicológico também usufruem na atualidade de intervenção farmacológica. Enquanto, 58% apenas apresenta apoio da intervenção farmacológica.

Não foi encontrada uma relação significativa entre o acompanhamento psicológico e o consumo de antidepressivos, tendo obtido um nível de significância de $\rho = 0,484$ e um $\chi^2 = 0,490$.

Tabela 18 - Associação entre o acompanhamento psicológico e a quantidade de consumo de antidepressivos

Variação da posologia (quantidade)	Com histórico de apoio psicológico		Sem histórico de apoio psicológico		χ^2	ρ
	n	%	n	%		
Mantido	53	62,4	89	87,3		
Aumentado	17	20,0	8	7,8	15,953	0,001***
Diminuído	15	17,6	5	4,9		

* $\rho < .05$, ** $\rho < .01$, *** $\rho < .001$

Numa primeira análise na Tabela 18, verificou-se que o acompanhamento psicológico interfere com a quantidade de antidepressivos tomados, quer para o aumento (20%), quer para a diminuição (17,6%), observando-se variação da quantidade do consumo de antidepressivos ao longo do tempo. Obteve-se um nível de significância de $\rho = 0,001$ e um $\chi^2 = 15,953$.

Posteriormente optou-se por transformar as três opções de resposta em duas opções para verificar em que medida é mais provável que o acompanhamento psicológico eleve ou baixe a quantidade de antidepressivos com aumento *versus* não aumento (participantes que mantiveram e diminuíram) e diminui *versus* não diminui (participantes que mantiveram e aumentaram), como se observa na tabela seguinte.

Tabela 19 – Associação do acompanhamento psicológico com a variação da quantidade do consumo de antidepressivos na atualidade

Consumo atual de antidepressivos		Com histórico de apoio psicológico		Sem histórico de apoio psicológico		χ^2	ρ
		n	%	n	%		
Diminuição	Sim	15	17,6	5	4,9	7,885	0,005**
	Não ^a	70	82,4	97	95,1		
Aumento	Sim	17	20,0	8	7,8	5,916	0,015*
	Não ^b	68	80,0	94	92,2		

* $\rho < .05$, ** $\rho < .01$, *** $\rho < .001$

^a Manutenção e/ou aumento

^b Manutenção e/ou diminuição

Pela observação da Tabela 19, verifica-se que no acompanhamento psicológico parece interferir com o aumento ou com a diminuição do consumo de antidepressivos. Comparando se a diferença era maior no sentido do aumento ou da diminuição, percebemos que há maior probabilidade do consumo diminuir do que aumentar, ainda que o acompanhamento psicológico possa também aumentar. Para o aumento obteve-se $\chi^2 = 5,916$ e um nível de significância de $\rho = 0,015$. No que remete para a diminuição, obteve-se um $\chi^2 = 7,885$ e um nível de significância de $\rho = 0,005$.

Devido à dificuldade dos participantes em identificarem o antidepressivo e respectiva dosagem diária, estes dois itens não foram incluídos para a análise do estudo.

Tabela 20 - Fatores de risco para o consumo de antidepressivos

Fatores de Risco		Histórico de antidepressivos				χ^2	ρ
		Com		Sem			
		consumo	consumo	consumo	consumo		
		n	%	n	%		
Género	Feminino	258	77,5	45	62,5	7,048	0,008**
	Masculino	75	22,5	27	37,5		
Idade	18 - 20	5	38,5	8	61,5	63,764	0,001***
	21 - 40	59	60,8	38	39,2		
	41 - 65	184	90,6	19	9,4		
	> 65	85	92,4	7	7,6		
Estado Civil	Solteiro	56	63,0	33	37,0	29,619	0,001***
	Casado / União de facto	210	86,8	32	13,2		
	Divorciado / Separado	38	90,5	4	9,5		
	Viúvo	29	90,6	3	9,4		
Situação Profissional	Estudante	2	16,7	10	83,3	46,132	0,001***
	Empregado	121	81,0	29	19,0		
	Desempregado	80	78,4	22	21,6		
	Reformado	130	92,2	11	7,8		
Habilitações literárias	< 4º ano	88	90,7	9	9,3	6,585	0,086
	4º - 9º ano	66	81,5	15	18,5		
	10º - 12 ano	123	78,8	33	21,2		
	> 12º ano	56	78,9	15	21,1		

* $\rho < .05$, ** $\rho < .01$, *** $\rho < .001$

A Tabela 20 apresenta os resultados relativamente às variáveis sociodemográficas e o consumo de antidepressivos, assim, será realizada apenas alusão a esta associação.

Na variável sexo, 22,5% dos participantes são do sexo masculino e 77,5% são do sexo feminino. Há associação entre o género e o consumo de antidepressivos obtendo-se um $\chi^2 = 7,048$ e $p = 0,008$.

Quanto à variável idade, 38,5% dos participantes têm entre os 18 e os 20 anos, 60,8% entre os 21 e 40 anos, 90,6% entre os 41 e 65 anos e 92,4% tem idade superior aos 65 anos. Há associação entre a idade e o consumo de antidepressivos obtendo-se um $\chi^2 = 63,764$ e $p = 0,001$.

Em relação à variável estado civil 63% dos participantes estão solteiros, 86,8% estão casados/união de facto, 90,5% estão divorciados/separados e 90,6% são viúvos. Existe associação entre a o estado civil e o consumo de antidepressivos com $\chi^2 = 29,619$ e $p = 0,001$.

No que remete para a situação profissional, 16,7% dos participantes são estudantes, 81% encontram-se empregados, 78,4% desempregados e 92,2% reformados. Verifica-se que existe associação entre a situação profissional e o consumo de antidepressivos, com $\chi^2 = 46,132$ e $p = 0,001$.

Quanto às habilitações literárias 90,7% tem escolaridade inferior ao 4º ano, 81,5% entre o 4ºano e o 9ºano de escolaridade, 78,8% entre o 10ºano e o 12ºano e 78,9% escolaridade superior ao 12ºano. Por outro lado, nesta variável não existe associação entre as habilitações literárias e o consumo de antidepressivos, com $\chi^2 = 6,585$ e $p = 0,086$.

Tabela 21 - Associação entre a faixa etária e o estado civil dos participantes

Estado Civil	Idade				χ^2	ρ	
	18 - 20	21 - 40	41 - 65	> 65			
Solteiro	n	12	39	30	8	111,705	0,001***
	%	92,3	40,2	14,8	8,7		
Casado / União de facto	n	1	55	131	55		
	%	7,7	56,7	64,5	59,8		
Divorciado / Separado	n	0	2	32	8		
	%	0,0	2,1	15,8	8,7		
Viúvo	n	0	1	10	21		
	%	0,0	1,0	4,9	22,8		

* $\rho < .05$, ** $\rho < .01$, *** $\rho < .001$

Pela observação da Tabela 21 verifica-se que a maioria dos participantes com idade compreendida entre os 18 e 20 anos são solteiros (92,3%), já nas restantes faixas etárias o estado civil mais expressivo é dos casado/união de facto (21 e 40 anos - 56,7%, 41 e 65 anos - 64,5%, mais de 65 anos - 59,8%). Existe associação entre a faixa etária e o estado civil obtendo um $\chi^2 = 111,705$ e um nível de significância de $\rho=0,001$.

Tabela 22 – Associação entre a faixa etária e a situação profissional dos participantes

Situação Profissional	Idade				χ^2	ρ	
	18 - 20	21 - 40	41 - 65	> 65			
Empregado	n	1	62	87	0	389,993	0,001***
	%	7,7	63,9	42,9	0,0		
Desempregado	n	4	30	66	2		
	%	30,8	30,9	32,5	2,2		
Reformado	n	0	1	50	90		
	%	0,0	1,0	24,6	97,8		
Estudante	n	8	4	0	0		
	%	61,5	4,1	0,0	0,0		

* $\rho < .05$, ** $\rho < .01$, *** $\rho < .001$

Pela observação da Tabela 22 verifica-se que dos participantes com idade compreendida entre os 18 e 20 anos a maioria são estudantes (61,5%), entre os 21 e 40 anos e os 41 e 65 anos são maioritariamente empregados, com 63,9% e 42,9% respetivamente, por outro lado, os participantes com idade superior a 65 anos são essencialmente reformados. Existe associação entre a faixa etária e a situação profissional com $\chi^2 = 389,993$ e $\rho = 0,001$.

Tabela 23 - Associação do consumo de antidepressivos com a situação profissional

Situação Profissional		Histórico de antidepressivos				χ^2	ρ
		Com consumo		Sem consumo			
		n	%	n	%		
Não Ativa	Desempregados	210	63,1	33	45,8	7,323	0,007**
	Reformados						
Ativa	Empregados	123	36,9	39	54,2		
	Estudantes						

* $\rho < .05$, ** $\rho < .01$, *** $\rho < .001$

Quanto à associação entre os participantes ativos/inativos e o consumo de antidepressivos na Tabela 23, verifica-se que os inativos utilizam mais antidepressivos que os ativos, com 63,1%. Existe associação entre o consumo de antidepressivos e a situação profissional inativa, obtendo um $\chi^2 = 7,323$ e um nível de significância de $\rho = 0,007$.

Tabela 24 - Associação entre o consumo de antidepressivos e o nível de escolaridade

Nível de Escolaridade		Histórico de antidepressivos				χ^2	ρ
		Com consumo		Sem consumo			
		n	%	n	%		
Baixo	< 4º ano	88	90,7	9	9,3	6,304	0,012*
Médio e Alto	≥ 4º ano	245	79,5	63	20,5		

* $\rho < .05$, ** $\rho < .01$, *** $\rho < .001$

Pela observação da Tabela 24, verifica-se que os participantes com um nível de escolaridade mais baixo consomem mais antidepressivos (90,7%), comparativamente com os que têm escolaridade média ou alta (79,5%). Existe associação entre a faixa etária e a situação profissional, obtendo um $\chi^2 = 6,304$ e nível de significância de $p = 0,012$.

Tabela 25 - Associação do consumo de antidepressivos na atualidade com o acompanhamento psicológico passado e presente.

Histórico de acompanhamento psicológico	Antidepressivos na atualidade				χ^2	p
	Com consumo		Sem consumo			
	n	%	n	%		
Sem Histórico	102	58,0	74	42,0		
Só no Passado	54	45,4	65	54,6	15,821	0,001***
No Presente	31	81,6	7	18,4		

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Como se observa na Tabela 25, dos participantes que referiram tomar antidepressivos atualmente, 58% só têm este tipo de intervenção, 45,4% têm intervenção farmacológica e usufruíram de acompanhamento psicológico apenas no passado, enquanto 81,6% possuem terapia combinada.

Existe associação entre o acompanhamento psicológico e o consumo atual de antidepressivos, obtendo-se um $\chi^2 = 15,821$ e um nível de significância de $p = 0,001$.

Tabela 26 - Associação das escalas de depressão e ansiedade com histórico de acompanhamento psicológico

Valores	Histórico de acompanhamento psicológico			
	Escala de Depressão		Escala de Ansiedade	
	Com histórico	Sem histórico	Com histórico	Sem histórico
n	157	176	157	176
Média (\bar{x})	9,10	9,32	9,96	10,57
Desvio-padrão (s)	2,017	2,104	2,655	2,413
IC (95 %)	[8,78 - 9,42]	[9,01 - 9,64]	[9,54 - 10,38]	[10,21 - 10,93]
ρ	0,328		0,028*	

* $\rho < .05$, ** $\rho < .01$, *** $\rho < .001$

s – desvio padrão

IC- intervalo de confiança

Para verificar o grau de associação entre as consultas de acompanhamento psicológico e o índice de depressão recorreu-se ao *T-Test*. Observa-se na Tabela 26 que os participantes que beneficiaram de consultas de acompanhamento psicológico apresentam menor índice de depressão (obtendo uma média de 9,10 nos que receberam e de 9,32 que não receberam) e de ansiedade (obtendo uma média de 9,96 nos que receberam e de 10,57 nos que não receberam).

Observa-se ainda um nível de significância de $\rho=0,328$ para a subescala de depressão e um nível de significância de $\rho=0,028$ para a subescala de ansiedade.

Tabela 27 - Associação das escalas de depressão e ansiedade com acompanhamento psicológico passado e presente

Valores	Histórico de acompanhamento psicológico					
	Escala de Depressão			Escala de Ansiedade		
	Sem Histórico	Só no Passado	No Presente	Sem Histórico	Só no Passado	No Presente
n	176	119	38	176	119	38
Média (\bar{x})	9,32	8,92	9,66	10,57	9,95	10,0
Desvio-padrão (s)	2,104	1,883	2,328	2,413	2,699	2,547
IC (95 %)	[9,01 - 9,64]	[8,58 - 9,27]	[8,89 - 10,42]	[10,21 - 10,93]	[9,46 - 10,44]	[9,16 - 10,84]
ρ		0,100			0,90	

\bar{x} – média

s – desvio padrão

IC- intervalo de confiança

Considerando apenas as respostas dos participantes que tomaram antidepressivos. Para verificar o grau de associação entre o índice de depressão as consultas de acompanhamento psicológico, Tabela 27, nomeadamente quem nunca teve consultas de acompanhamento psicológico, quem teve no passado e atualmente recorreu-se à *Anova*. Observa-se que os que beneficiaram de Acompanhamento Psicológico tem menor índice de depressão (obtendo uma média de 9,10 nos que receberam e de 9,32 que não receberam) e de ansiedade (obtendo uma média de 9,96 nos que receberam e de 10,57 nos que não receberam).

Observa-se ainda um nível de significância de $\rho=0,100$ para a subescala de depressão e um nível de significância de $\rho=0,090$ para a subescala de ansiedade.

Tabela 28 - Sintomatologia ansiosa e depressiva dos participantes

Escalas de depressão (E. D.) e de ansiedade (E. A.)		n	\bar{x}	S	IC (95 %)	ρ	
Gênero	E. D.	Feminino	303	9,21	2,017	[8,98 - 9,44]	0,595
		Masculino	102	9,09	2,025	[8,69 - 9,49]	
	E. A.	Feminino	303	10,57	2,599	[10,28 - 10,87]	0,658
		Masculino	102	10,71	2,582	[10,20 - 11,21]	
Idade	E. D.	18 – 20	13	10,0	1,225	[9,26 - 10,74]	0,010*
		21 – 40	97	8,86	1,601	[8,53 - 9,18]	
		41 – 65	203	9,05	2,146	[8,76 - 9,35]	
		> 65	92	9,68	2,107	[9,25 - 10,12]	
	E. A.	18 – 20	13	10,69	1,932	[9,53 - 11,86]	0,167
		21 – 40	97	11,08	2,707	[10,54 - 11,63]	
		41 – 65	203	10,36	2,596	[10,01 - 10,72]	
		> 65	92	10,63	2,506	[10,11 - 11,15]	
Escolaridade	E. D.	< 4º ano	97	9,78	2,315	[9,32 - 10,25]	0,001***
		4º - 9º ano	81	9,47	2,180	[8,99 - 9,95]	
		10º - 12º ano	156	8,86	1,739	[8,58 - 9,13]	
		> 12º ano	71	8,73	1,723	[8,32 - 9,14]	
	E. A.	< 4º ano	97	10,02	2,784	[9,46 - 10,58]	0,979
		4º - 9º ano	81	10,48	2,550	[9,92 - 11,05]	
		10º - 12º ano	156	10,80	2,579	[10,39 - 11,21]	
		> 12º ano	71	11,13	2,267	[10,59 - 11,66]	

Estado Civil	E. D.	Solteiro	89	9,26	1,831	[8,87 - 9,64]	0,979
		Casado / União de facto	242	9,15	1,909	[8,91 - 9,39]	
		Divorciado / Separado	42	9,19	2,501	[8,41 - 9,97]	
		Viúvo	32	9,19	2,620	[8,24 - 10,13]	
	E. A.	Solteiro	89	10,81	2,880	[10,20 - 11,42]	0,242
		Casado / União de facto	242	10,53	2,424	[10,23 - 10,84]	
		Divorciado / Separado	42	10,12	2,698	[9,28 - 10,86]	
		Viúvo	32	11,25	2,794	[10,24 - 12,26]	
Situação profissional	E. D.	Empregado	150	8,95	1,880	[8,65 - 9,26]	0,103
		Desempregado	102	9,04	2,000	[8,65 - 9,43]	
		Reformado	141	9,50	2,163	[9,14 - 9,86]	
		Estudante	12	9,42	1,730	[8,32 - 10,52]	
	E. A.	Empregado	150	10,75	2,660	[10,32 - 11,18]	0,328
		Desempregado	102	10,31	2,640	[9,80 - 10,83]	
		Reformado	141	10,59	2,502	[10,17 - 11,01]	
		Estudante	12	11,58	2,275	[10,14 - 13,03]	

* $\rho < .05$, ** $\rho < .01$, *** $\rho < .001$

\bar{x} – média

s – desvio padrão

IC- intervalo de confiança

Pelos resultados observados na Tabela 28 - Sintomatologia ansiosa e depressiva dos participantes **Erro! A origem da referência não foi encontrada.** e no que se refere ao género, observa-se que o sexo feminino apresenta maior sintomatologia depressiva

($\bar{x} = 9,21$) e o sexo masculino apresenta níveis superiores de sintomatologia ansiosa ($\bar{x} = 10,71$). Relativamente à faixa etária, a sintomatologia ansiosa é superior entre os 18 e os 20 anos ($\bar{x} = 10,0$), verificando-se associação entre estas duas variáveis, com um nível de significância de $\rho = 0,010$. Por outro lado, a sintomatologia depressiva é mais elevada entre os 21 e os 40 anos ($\bar{x} = 11,08$). No que diz respeito à escolaridade, os participantes com escolaridade inferior ao 4º ano apresentam níveis superiores de sintomatologia depressiva ($\bar{x} = 9,78$), verificando-se associação entre estes, obtendo-se um nível de significância de $\rho = 0,001$. A sintomatologia ansiosa é mais frequente nos indivíduos com escolaridade superior ao 12º ano ($\bar{x} = 11,13$). Quanto ao estado civil, os solteiros apresentam maior sintomatologia depressiva ($\bar{x} = 9,26$) e os viúvos maior sintomatologia ansiosa ($\bar{x} = 11,25$). Por fim, na situação profissional, os reformados manifestam elevados níveis de sintomatologia depressiva ($\bar{x} = 9,50$) e os estudantes maior sintomatologia ansiosa ($\bar{x} = 11,58$).

Capítulo IV - Discussão dos resultados

O estudo apresentado focou-se no impacto do acompanhamento psicológico e do consumo de antidepressivos, mais concretamente, em utentes que usufruíram de ambas as intervenções ou apenas uma delas. Trata-se de um estudo retrospectivo, uma vez que seria muito difícil conseguir uma amostra suficientemente significativa para um estudo longitudinal. De facto, existe um *deficit* de intervenção psicológica nos cuidados de saúde primários em Portugal (Miguel & Sá, 2010), pelo que não seria exequível a recolha de uma amostra em número suficiente com sujeitos que estivessem a iniciar acompanhamento psicológico ou toma de antidepressivos, que permitisse a avaliação no momento antes e posterior do acompanhamento psicológico ou farmacológico com antidepressivos, para além das limitações do tempo definidos para o desenvolvimento desta dissertação.

Um dos objetivos desta investigação é aferir sobre a importância do acompanhamento psicológico nos cuidados de saúde primários, considerando o bem-estar dos utentes, bem como os custos associados aos cuidados de saúde. Embora, neste estudo concreto, não se esteja a objetivar os custos associados ao acompanhamento psicológico e à utilização de antidepressivos, existe uma consciência clara da sua importância.

Neste seguimento, avaliou-se a reprodutibilidade do questionário através do teste-reteste, utilizando a análise estatística *Kappa* (k). Apesar de num dos itens se ter obtido um índice de concordância menor (75%), considerou-se este suficientemente elevado, pelo que não se considerou pertinente efetuar alterações ao questionário construído, tendo os restantes itens apresentado uma concordância quase perfeita.

Deste modo, um dos primeiros resultados observados neste estudo apontam para um elevado consumo de antidepressivos por parte dos sujeitos da amostra em estudo, ou seja, 82,2% dos participantes questionados afirmaram já ter consumido ou consumirem atualmente antidepressivos. Mais ainda, este resultado sobressai em relação ao histórico de participantes com acompanhamento psicológico (56,5%), podendo significar que os antidepressivos são considerados como um tratamento de primeira linha para a sintomatologia depressiva. Estes resultados vão de encontro a alguns estudos que indicam os antidepressivos (42%) como a forma mais comum de tratamento (Sihvo *et al.*, 2008), seguido de psicoterapia / aconselhamento em saúde mental (28%) e as benzodiazepinas (21%) (Stafford, Ausiello, Misra & Saglam, 2000).

Concomitantemente, também os dados apresentados pelo Infarmed (2013) vão neste sentido, entre 2000 e 2012, o consumo de antidepressivos em doses diárias mais do que triplicou. Parece haver uma elevada prescrição de antidepressivos por parte dos técnicos de saúde (OPP, 2011) e para uma ampla variedade de patologias. Verifica-se ainda que na amostra deste estudo grande parte dos participantes (56,2%) encontram-se a consumir antidepressivos atualmente, com uma proporção inferior no acompanhamento psicológico (23,1%).

Uma das problemáticas que estará associada ao consumo de antidepressivos é a perturbação depressiva, patologia esta que tem apresentado um nível da incidência elevada na sociedade Portuguesa (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005) e a nível europeu (OCDE, 2010). Em Portugal, um estudo realizado obteve 7,4% de prevalência média de depressão na população geral (Aguiar, Castro, Carvalho, Vale, Sousa & Vasconcelos, 2011). Na Europa e segundo os dados do *Eurobarometer* (2010), a proporção dos inquiridos que tomaram antidepressivos para a depressão foi de 55%. Paralelamente, no estudo efectuado verifica-se o consumo de antidepressivos para outros motivos para além da perturbação depressiva, sobressaindo a ansiedade e os problemas familiares com 55,9% e 38,4% respetivamente.

Foi ainda verificado na amostra deste estudo que são poucos os utentes enviados para os Psicólogos. Contudo, sendo os cuidados de saúde primários a porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde, é natural que as pessoas, tal como afirma Maggioni *et al.* (2008), se dirijam em primeiro lugar ao médico de família, quando apresentam sintomas passíveis de indiciarem uma perturbação depressiva, como sejam alguns sintomas físicos, como insónias, cansaço, apatia, entre outros. É possível que esta realidade impeça o diagnóstico precoce de perturbações depressivas (Miyasaka & Atallah, 2003), aumentando a sintomatologia e agravando a sua intensidade (Ricou, 2014a). Deste modo, os casos de depressão grave poderão estar a sofrer um aumento.

Valentini e colaboradores (2004) verificaram que dos utentes medicados com antidepressivos, apenas uma pequena minoria foi encaminhada para o psiquiatra, defendendo por isso a necessidade de familiarização com os antidepressivos e com a doença por parte de médicos de outras áreas (Valentini *et al.*, 2004), significará isto que é provável que estes fármacos possam estar a ser utilizados de modo inadequado, o que poderá levar a uma sobreutilização dos mesmos. Para além da ansiedade e problemas familiares já referidos como motivos apontados para o consumo de antidepressivos,

surtem também os problemas de sono, problemas com amigos e problemas profissionais.

No presente estudo outro dos sintomas com proporção mais elevada e que motivam os indivíduos a deslocarem-se aos cuidados de saúde primários é a tristeza, representando 31,9% no acompanhamento psicológico e 31,8% nos antidepressivos. Vivemos numa sociedade em que a tristeza é considerada como uma emoção negativa (Martins & Melo, 2008; Veríssimo, Ricou & Pereira, 2008). As pessoas que se sentem tristes são apontadas como frágeis e até incapazes. Logo, viver a tristeza é algo de negativo que se pretende seja o mais rapidamente possível ultrapassado (Ricou, 2014a). Nesse sentido, não só as pessoas recorrerão mais facilmente a uma substância que rapidamente os faça ultrapassar a sensação de tristeza, como os antidepressivos, como viverão essa mesma tristeza de uma forma mais negativa e envergonhada. Este facto poderá resultar numa focalização dos motivos da tristeza em si próprio, a dimensão existencial da depressão (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Deste modo, a sociedade de consumo atual, onde o sucesso e a produtividade serão valores centrais, poderão contribuir para o aumento da perturbação depressiva, uma vez que a tristeza corresponderá, cada vez mais, a algo sentido como uma fraqueza ou incapacidade do próprio sujeito, em lugar de uma emoção normal que pode e deve ser vivida (Ricou, 2014a).

Adicionalmente, os resultados obtidos neste estudo indicam que 21,5% dos participantes que estiveram de baixa apontaram dever-se a problemas psiquiátricos e 74,2% dos participantes em situação de baixa consomem antidepressivos parecendo estes resultados ser concordantes com as ideias de Wilkinson, Moore e Moore (2005), que afirmam que as perturbações depressivas afectam o quotidiano dos indivíduos, particularmente a sua actividade profissional e também se mostram mais predispostas a ter problemas de saúde física (Xavier, Batista, Mendes, Magalhães & Caldas de Almeida, 2013)

Em termos de previsões futuras no que remete para esta perturbação, a OMS aponta para que no ano de 2030 a perturbação depressiva seja o fator com maior contribuição para a CGD em países mais desenvolvidos (OMS, 2008; Williams, Slubicki, Tweedy, Bradford, Trivedi & Baker, 2009).

A crise económica pode influenciar este resultado (Amaral, 2014), afectando a saúde mental e física das populações (OMS, 2008; Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts &

McKee 2011). É ainda frisado que muitos dos problemas de saúde mental se encontram interligados com a pobreza, a desigualdade e outros fatores económicos e sociais. Em tempos de crise económica, existe um risco elevado de perda de bem-estar mental, atingindo todas as classes sociais e respetivas famílias. Assim, os determinantes sociais e económicos, como as condições de trabalho (Alves & Rodrigues, 2010; Amaral, 2014), condições de habitação, contexto onde os indivíduos se encontram inseridos, discriminação sexual, interação familiar desadaptativa, exclusão social e acontecimentos de vida stressantes são fatores a considerar, numa perspetiva de Saúde Pública, com vista à redução da CGD e na melhoria da saúde mental das populações (Alves & Rodrigues, 2010; Amaral, 2014).

Ainda assim, há discrepâncias entre opiniões havendo autores que referem não existir relação entre o consumo de antidepressivos e a crise económica, nomeadamente num estudo efetuado por Furtado (2013), afirma-se que o aumento do consumo de psicofármacos não está relacionado com o resgate financeiro associado à implementação do Memorando de entendimento em 2011. A mesma sublinha ainda que o suporte familiar e social pode atenuar o impacto da instabilidade económica.

Ainda a respeito do elevado consumo de antidepressivos, um estudo levado a cabo pela OPP (2011) salienta que o aumento do consumo de antidepressivos poderá também estar relacionado com um aumento da sua prescrição, uma vez que a alteração legislativa permite a prescrição a todos os médicos, o que vem de encontro ao referido anteriormente. Estas prescrições acarretam preocupações sobre se os utentes tratados nos cuidados de saúde primários têm uma intervenção monitorizada e adequada (Tami, Katharine & Jeffrey, 2009). Torna-se assim necessário intervir nesta problemática, com vista à redução da perturbação depressiva e dos consumos adjacentes (WHO, 2003)

De acordo com os resultados encontrados nesta investigação mais de 70% dos inquiridos com histórico de consumo de antidepressivos fizeram-no por um período superior a doze meses, o que parece indicar que mais de metade da amostra apresenta um tratamento de longo prazo. A este respeito, as Diretrizes Europeias recomendam um período mínimo de seis meses de tratamento com antidepressivos, indicando que devem ser propostas alternativas em casos de resposta inadequada (Milea, Guelfucci, Bent-Ennakhil, Toumi & Auray, 2010).

Fava e Offidani (2011) mencionam que quando o uso de antidepressivos é prolongado pode agravar o resultado a longo prazo, reduzindo a resposta farmacológica

e os períodos com ausência de sintomas. Os mesmos afirmam que o tratamento superior a nove meses pode levar a consequências indesejadas, como os efeitos secundários e/ou perda de efeitos clínicos (Fava & Offidani, 2011). Mais ainda, a perturbação depressiva resistente ao tratamento é de grande interesse para a comunidade clínica, uma vez que grande parte dos utentes não atingem a remissão depois do tratamento depressivo inicial, podendo tal aspeto levar à mudança do antidepressivo ou ao seu aumento (Thase, 2012). Esta resistência pode ainda acarretar maiores custos e levar à hospitalização (Sharma, Khan & Smith, 2005; Bosmans *et al.*, 2008).

Por outro lado, Canty e Fovarge (2005) mencionando que no caso de se verificarem antecedentes de outros episódios depressivos, poderá ser necessário o tratamento antidepressivo manter-se cronicamente como terapêutica de manutenção, com o intuito de prevenir recaídas futuras. Este tratamento pode ser continuado por um ou mais anos nos casos de Perturbação Depressiva crónica (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Piek, Van der Meer, Hoogendijk, Penninx & Nolen, 2011).

Deste modo, fica claro que pelo menos de acordo com algumas perspetivas este prolongamento da duração traz à evidência problemas associados. Portanto, a duração da intervenção antidepressiva acarreta efeitos em termos individuais, monitorização longitudinal e também ao nível de custos (Williams, Slubicki, Tweedy, Bradford, Trivedi & Baker, 2009).

Ao longo deste estudo também se tentou perceber a possibilidade do consumo de antidepressivos ter tendência a aumentar ao longo do tempo. Contudo, tal não foi comprovado dado que a maioria dos inquiridos mantém a quantidade de consumo de antidepressivos (75,9%). Todavia, quando se associou o consumo de antidepressivos ao acompanhamento psicológico, observou-se que este último interfere com a quantidade de antidepressivos utilizados, seja no sentido do aumento (20,0%), seja da diminuição (17,6%). Ainda assim, parece existir maior probabilidade para diminuir ($p < 0,005$) o consumo do que para o aumentar ($p < 0,015$).

A intervenção psicológica é um método que promove alterações nos comportamentos, nos pensamentos e nos sentimentos do indivíduo (Trull & Prinstein, 2012). Paralelamente pretende auxiliar o indivíduo nas suas dificuldades de ajustamento, promovendo uma psicoeducação no sentido da criação de estratégias psicológicas que lhe permita gerir e resolver os seus problemas de forma mais adaptada,

habilitando-o assim para o controlo das condições de mal-estar psíquico (Sarafino, 2004). No fundo, promover o seu autoconhecimento (Ricou, 2014b). Parece pois natural que os indivíduos que usufruem deste tipo de intervenção possam estar melhor reguladas e mais conscientes do que se passa consigo e com os seus sintomas, o que lhes poderá permitir, refletindo em conjunto com o médico sobre a variação da intensidade dos sintomas e sobre o evoluir da perturbação. Deste modo, será mais natural uma utilização dos fármacos mais específica para cada indivíduo, o que poderá justificar este acréscimo nas alterações. Na verdade, se a intervenção psicológica promove o autoconhecimento da pessoa, então esta será mais autónoma na gestão dos seus sintomas e da perturbação provocada. Será ainda importante registar que estas alterações não vão apenas no sentido da diminuição dos antidepressivos, ainda que esta seja mais provável, mas também no sentido do aumento dos antidepressivos, provavelmente para um melhor controlo sintomatológico.

Adicionalmente, foram analisadas as variáveis sociodemográficas no sentido de verificar possíveis correlações com o consumo de antidepressivos. De acordo com os resultados obtidos, o sexo mais acometido é o feminino, com 77,5% do consumo de antidepressivos, em comparação com 22,5% do sexo masculino. Este resultado vem de encontro aos vários estudos existentes que comprovam que o sexo feminino apresenta níveis mais elevados de depressão relativamente ao masculino (Canty & Fovarge, 2005; Apóstolo *et al.*, 2008; Milea, Guelfucci, Bent-Ennakhil, Toumi & Auray, 2010; OMS, 2012; Kaikini, Dhande, Patil & Kadam, 2013). Ainda que este estudo esteja direcionado para o consumo de antidepressivos é inegável a associação destes com a perturbação depressiva. Por isso mesmo, avaliamos ainda a sintomatologia depressiva dos utentes da amostra, verificando que é o sexo feminino que apresenta níveis superiores de sintomatologia depressiva. Corroborando o resultado obtido, o DSM-5 (2013) refere que o sexo feminino têm risco mais elevado do que o sexo masculino de desenvolver Episódios Depressivos Major em algum momento da sua vida. Este resultado pode ficar a dever-se à maior vulnerabilidade do sexo feminino quanto aos problemas sociais, económicos e familiares (Maggioni *et al.*, 2008). Acresce ainda a influência das oscilações hormonais (Bianco, Barancelli, Roveda & Santin 2004; Freeman, 2010).

Um estudo de Marques-Teixeira (1998) salienta a questão do sexo feminino pedir mais vezes ajuda em situações depressivas. Outro estudo efetuado (Bianco, Barancelli, Roveda & Santin 2004; Freeman, 2010) constatou que há uma influência do

ciclo menstrual em episódios depressivos não muito intensos e que fatores como o uso de anticoncepcionais podem levar ao aumento de incidência da predisposição para quadros depressivos.

De acordo com o 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 efetuado em Portugal Continental e nas regiões autónomas dos Açores e da Madeira o sexo feminino (36,8%) representa uma proporção mais elevada de distúrbios psicológicos em comparação com o sexo masculino (17,6%). Justo e Calil (2006) realçam a transformação do papel da mulher dentro da família e na sociedade, ocorrido nas últimas décadas, para além de continuar responsável pelas tarefas domésticas, tem de contribuir para o sustento da família, havendo uma sobrecarga de responsabilidades.

Quanto à idade, verifica-se que 92,4% dos participantes com idade superior aos 65 anos consomem antidepressivos. Este resultado tem sido confirmado pela literatura, que nos indica a idade como uma variável preditora do consumo de medicamentos (Bardel *et al.*, 2000; Heun & Hein, 2005; Martins & Aguiar, 2006; Luppá, 2012). O elevado consumo de antidepressivos na população idosa poderá ocorrer pela perda de qualidade de vida, aliada ao isolamento social e ao aparecimento de doenças clínicas graves, sentimentos de frustração perante eventos da vida, perda de laços afetivos, perda do/a companheiro/a e abandono (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Drago & Martins, 2008).

Quanto ao estado civil, os resultados apontam para uma aparente correlação entre o consumo de antidepressivos e o facto de a pessoa ser solteira. Na verdade, os participantes solteiros da nossa amostra têm menor probabilidade de consumir antidepressivos (63%) do que os participantes casados, divorciados ou viúvos (mais de 85%). Um estudo realizado na Alemanha (Luppá, 2012) indica que são os viúvos que consomem mais antidepressivos. Na verdade, os resultados obtidos, apresentados deste modo, não parecem fazer sentido. Existem de facto alguns estudos que apontam para o facto de a pessoa estar casada poder constituir um fator protetor para a depressão, ou seja, as pessoas viúvas ou divorciadas teriam maior probabilidade de desenvolverem sintomatologia depressiva, pelo facto, provavelmente, de estarem mais isolados. Outro estudo realizado com idosos verificou que os divorciados e os viúvos apresentam índices depressivos superiores, em comparação com os casados (Drago & Martins, 2012).

Neste estudo, os resultados não indicam a existência de diferenças entre os participantes casados e os divorciados ou viúvos, mas apenas em relação aos solteiros. Na verdade, quando comparámos as idades dos participantes solteiros e os que apresentam outro estado civil, verifica-se que a grande maioria dos sujeitos solteiros é mais nova que os restantes, podendo ser este o fator que promove essas diferenças e não qualquer correlação com o estado civil.

Verificou-se também que o consumo de antidepressivos nos reformados é elevado (92,2%), podendo encontrar-se na maioria dos casos associada ao fator idade. Nesse sentido, tentou perceber-se se a inatividade profissional, como a reforma ou o desemprego poderia ser um fator que contribuísse para o maior consumo de antidepressivos. Considerando a literatura existente que mostra a instabilidade laboral associada a baixa autoestima, desespero, carência e ainda taxas de ansiedade e depressão (Wilkinson & Marmot, 2003), neste estudo também foram encontradas diferenças significativas em relação ao consumo de antidepressivos e à inatividade profissional, concluindo que os indivíduos inativos parecem consumir mais antidepressivos.

Como já foi discutido, a idade mais jovem parece constituir um fator claramente protetor para o consumo de antidepressivos, o que poderá ajudar a compreender os resultados. Seja como for, a maior parte da literatura consultada diz respeito, não a referências relacionadas com o consumo de antidepressivos, mas relacionadas com os níveis de sintomatologia depressiva. Deste modo, não é claro que a correspondência seja direta, ou seja, o facto de determinada população apresentar mais sintomatologia depressiva, não significa necessariamente que apresente um consumo de antidepressivos correspondente, como se verificou neste estudo com o resultado da Escala HADS. Na verdade, os níveis de sintomatologia depressiva encontrados são menores do que aquilo que seria de esperar em relação à utilização dos antidepressivos. Este dado pode significar que os utentes podem revelar falta de interpretação dos itens ou não terem consciência real dos seus sintomas, bem como, existir um sobrediagnóstico de perturbações depressivas, ainda que se deva considerar que nem só para a sintomatologia depressiva os antidepressivos são utilizados.

Outra correlação encontrada diz respeito às habilitações literárias. De facto, os participantes com índice de escolaridade mais baixo apresentam uma maior probabilidade de utilização de antidepressivos. Um estudo realizado em Portugal sobre a

perturbação depressiva encontrou resultados semelhantes, em que 40% dos participantes tinham escolaridade inferior ao 4ºano e 4,3% nunca tinha ido à escola (Gonçalves & Fagulha, 2004). De facto, existem estudos que evidenciam que ter baixo índice de escolaridade estará relacionado com o risco de manifestação de sintomatologia depressiva (Batistoni, Neri & Cupertino, 2010; Apóstolo, Mendes, Antunes, Rodrigues, Figueiredo & Lopes, 2011). Alguns dos motivos discutidos pelos estudos para justificar os resultados relacionam-se com o facto das pessoas mais diferenciadas poderem ter mais “ferramentas” para encontrar soluções e respostas para os seus problemas, decorrendo provavelmente do nível sociocultural (Gonçalves, Fagulha & Ferreira, 2005). Contudo, e avaliando os resultados obtidos com a utilização da HADS, verifica-se a inexistência de uma correlação entre a sintomatologia depressiva e a escolaridade, o que contrasta com a encontrada para o consumo de antidepressivos. Fica pois claro, como se poderá ver pela consulta da Tabela 28, que os resultados obtidos, genericamente, em relação à HADS não têm uma correspondência direta com os referentes ao consumo de antidepressivos, o que mais uma vez se poderá justificar por qualquer um, ou todos em simultâneo, dos motivos anteriormente apresentados: dificuldade na interpretação dos itens; falta de consciência real dos sintomas; sobrediagnóstico de perturbações depressivas.

Outro aspeto a considerar é que as pessoas com menor escolaridade são, nesta amostra as mais velhas, podendo, mais uma vez, a idade ser um fator que influencia até mais que as habilitações literárias.

Relativamente à associação entre o consumo de antidepressivos na atualidade e o histórico de acompanhamento psicológico, os resultados apontaram para o facto de que os participantes que beneficiam/beneficiaram de acompanhamento psicológico não têm menor probabilidade de utilizar antidepressivos do que aqueles que apenas são tratados com o recurso a estes fármacos na atualidade.

Na verdade, a combinação da terapia farmacológica com a intervenção psicológica está indicada, em boa parte da literatura, como sendo aquela que poderá promover melhores resultados ao nível da remissão da sintomatologia depressiva a longo prazo, pelo menos com pessoas com sintomatologia mais severa (Hollon, Thase & Markowitz, 2002; Bollini, 2004; Huppert, 2009). Ainda assim, os médicos de família parecem ser os principais responsáveis pelo encaminhamento para a consulta de psicologia (Ricou, Sampaio, Regalado, Canário & Duarte, 2014). Não há dúvida, que

estes profissionais se encontram recetivos à colaboração com os psicólogos, frisando que são uma mais-valia para aumentar a compreensão dos seus utentes e realizarem intervenções psicológicas em situações onde não existem, de uma forma clara, sintomas medicamente explicáveis (Witko, Bernes & Nixon, 2005; Grenier *et al.*, 2008; Huppert, 2009).

Alguns médicos relatam não ter tempo para tratar este tipo de problemas, salientando que a identificação e gestão de problemas psicológicos pode consumir até 50% do seu tempo (Craven, Cohen, Campbell, Williams & Kates, 1997), enquanto outros afirmam não terem competências para prestar apoio psicológico (Vandersteen, Haave & Carter, 2002). É natural por isso que os médicos de família tenham maior tendência para encaminhar para a consulta de psicologia os seus utentes com sintomas mais resistentes à intervenção médica clássica. Deste modo, é provável que os utentes com sintomatologia mais severa sejam aqueles que são mais frequentemente encaminhados. De facto, ainda que sem significado estatístico, foi encontrada uma tendência neste estudo, os participantes que estão a beneficiar de acompanhamento psicológico apresentam sintomatologia mais severa do que aqueles que apenas utilizam os antidepressivos, o que poderá ajudar a compreender os resultados obtidos. Portanto, se a sintomatologia dos utentes for mais severa, haverá uma maior propensão para recorrer ao apoio psicológico, mantendo a intervenção farmacológica por antidepressivos associada.

Entretanto, constatou-se também que quando se comparam os níveis de utilização de antidepressivos nos participantes que já terminaram os seus processos de intervenção psicológica, ou seja, aqueles que são indicados como os que tiveram apoio psicológico no passado, verifica-se que estes terão menor probabilidade de consumir antidepressivos, apresentando igualmente, níveis ligeiramente inferiores de sintomatologia depressiva. Na verdade, os sujeitos desta amostra que já terminaram os processos, independentemente do tempo de acompanhamento, têm menor probabilidade de consumo de antidepressivos e menor severidade de sintomas.

Por outro, não foram encontradas diferenças entre os participantes que consomem antidepressivos actualmente e os que usufruem também de acompanhamento psicológico no presente, mais concretamente, estes últimos consomem mais, este evento poderá ser explicado pela maior gravidade da sintomatologia, bem como, pelo facto de ainda não terem terminado os processos de intervenção psicológica.

Sabe-se que a perturbação depressiva major é um problema de saúde pública com grande impacto na comunidade e no quotidiano dos clientes e dos seus familiares (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005). Com uma intervenção adequada a depressão pode ser prevenida a 70% (Fleck *et al.*, 2002).

É necessário considerar contudo, que as pessoas que usufruíram de acompanhamento psicológico no passado podem não ter recebido alta, mas abandonado a intervenção psicológica. Assim, seriam necessários estudos futuros, que permitissem distinguir os indivíduos que obtiveram alta dos que fizeram *dropout*, podendo esta informação auxiliar de um modo mais clarificado os resultados encontrados neste estudo, no sentido de perceber e analisar com maior clareza, nomeadamente, os níveis de adesão e os níveis de eficácia da intervenção.

Alguns autores têm chamado a atenção para esta questão do *droupout* das intervenções (Fava, Rafanelli, Grandi, Conti & Belluardo, 1998; Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008). A literatura indica que após a remissão dos primeiros sintomas verificar-se este abandono. (Fava, Rafanelli, Grandi, Conti & Belluardo, 1998; Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008). Mais concretamente, estudos efetuados em diferentes países mostram uma oscilação do índice de abandono entre 35% e 55% (Bados, Balaguer & Saldaña, 2007). Noutro estudo obteve-se um índice de abandono de 45,3% (Pureza, Oliveira & Andretta, 2013), o que suscita interrogações, sobre as razões que levam as pessoas a abandonarem a intervenção psicológica.

Os resultados desta investigação parecem indicar que o acompanhamento psicológico não visa, evidentemente, substituir a intervenção médica e/ou psiquiátrica, pelo contrário, confirmam que a associação das intervenções beneficia o cliente (Bollini, 2004; Huppert, 2009). Estas intervenções não pretendem substituir os antidepressivos, mas sim, promover um maior controlo na utilização dos mesmos.

Como se verificou nos resultados do estudo, a inclusão das intervenções psicológicas no plano terapêutico pretende promover condições clínicas favoráveis para os indivíduos resolverem problemas que os afectam. Há uma necessidade premente de colaboração entre investigadores, psiquiatras e psicólogos no sentido de avaliar a eficácia clínica dos antidepressivos, e também o aumento da consciência sobre o peso destes e da perturbação depressiva junto da população em geral (Huppert, 2009; Kaikini, Dhande, Patil & Kadam, 2013).

Limitações do estudo

No que concerne às limitações do estudo, o facto deste se basear na população que frequenta estes três Centros de Saúde também traz limitações quanto à inferência dos resultados no que toca à sua generalização para a população em geral. Para além de se tratar de uma amostra intencional que pode originar viés de informação. Quanto ao desenho metodológico, as questões formuladas para respostas de tipo fechado, cinge a pessoa a responder apenas perante as opções de escolha apresentadas, o que poderá não corresponder à realidade de cada um.

A dificuldade dos participantes em identificarem o nome e tipo da substância que tomam e a respetiva dosagem pode dever-se ao facto de se tratar de uma linguagem técnica utilizada na medicina e na psiquiatria que se torna incompreensível para a população em geral. Mancuso (2009) chama a atenção para a necessidade dos indivíduos compreenderem a informação fornecida pelos profissionais de saúde quanto a condições de saúde e opções de tratamento, sabendo onde se deslocar e a quem recorrer caso necessitem de auxílio relacionado com o seu estado de saúde.

A elevada iliteracia dos portugueses em relação à saúde levam a admitir que muitos utentes referem como antidepressivos outros fármacos (Direção Geral da Saúde, 2013), nomeadamente neste estudo confundiam benzodiazepinas com antidepressivos. Acrescenta-se ainda que alguns utentes não sabiam o que era um psicólogo e outros não tinham conhecimento sobre o seu trabalho.

Outro aspeto verificado prende-se com o facto de não ser possível diferenciar a população que está a tomar apenas um psicofármaco daquela que está a tomar dois ou mais. Através dos motivos respondidos pelos utentes no que remete para o consumo de antidepressivos, podemos constatar que os antidepressivos possuem um espectro de ação ampla, isto é, são utilizados em diferentes perturbações mentais, por exemplo: perturbação de ansiedade generalizada, pânico, fobias, bulimia, ansiedade; dor crónica, entre outros.

Considerações Finais

O consumo de antidepressivos tem vindo a aumentar com o passar dos anos, tornando-se necessário intervir com vista a minimizar estes consumos, compreender o desenvolvimento de comportamentos e doenças associadas, bem como, o papel das variáveis psicológicas sobre a manutenção da saúde. Os dados obtidos neste estudo indicam que há um elevado consumo de antidepressivos pelos indivíduos que recorrem aos cuidados de saúde primários. Foi possível verificar que dos muitos indivíduos que consomem antidepressivos parecem ter pouco conhecimento sobre estes fármacos.

A intervenção psicológica efetuada pelos psicólogos parece proporcionar um importante contributo para a intervenção com pessoas que apresentam sintomatologia depressiva, bem como para a maximização da efetividade na prestação de cuidados de saúde. A atuação do psicólogo mostra-se importante, podendo em conjunto com os médicos de família contribuir para uma maior compreensão da realidade dos utentes, promovendo, desta forma, uma maior capacidade de resposta por parte dos serviços de saúde, com promoção da saúde e prevenção de doença a indivíduos saudáveis ou doentes. No entanto, existe ainda um longo caminho a percorrer, pois, para além de se ter verificado um muito menor número de pessoas encaminhados para a consulta de psicologia quando comparados com aqueles que são medicados com psicofármacos, existe de facto um *deficit* de psicólogos a trabalhar nos cuidados de saúde primários.

Os resultados deste estudo parecem sugerir que o acompanhamento psicológico não visa, naturalmente, substituir a intervenção médica ou psiquiátrica; bem pelo contrário, a associação do acompanhamento a estas intervenções pode ser positiva e, como se verificou com resultados deste estudo, tornar a intervenção farmacológica mais específica para cada indivíduo, uma vez que o acompanhamento psicológico parece interferir com a quantidade de antidepressivos consumidos, ou seja, tornar a pessoa mais auto-consciente em relação ao seu tratamento. Paralelamente, os indivíduos que concluíram processos de intervenção psicológica parecem ter menor probabilidade de vir a consumir antidepressivos, o que poderá ser interpretado como tendo menor probabilidade de reincidirem na sua sintomatologia depressiva.

Como foi referido, a maior parte dos estudos considera a intervenção combinada entre a psicologia e a psiquiatria como a melhor forma de intervir ao nível das perturbações depressivas e de ansiedade. Também é verdade que as pessoas evidenciam uma elevada satisfação com os resultados do acompanhamento psicológico, pelo que

este último não poderá deixar de ser considerado uma intervenção de primeira linha nos cuidados de saúde primários.

É de salientar a escassez de estudos na literatura relacionados com o consumo de antidepressivos e consultas de acompanhamento psicológico, pelo que este estudo se torna oportuno para um melhor conhecimento desta realidade.

Em termos futuros, seria importante realizarum estudo longitudinal, com os utentes na mesma fase de tratamento e englobando todas as regiões de Portugal Continental. Na verdade, e num tempo em que a crise económica parece estar na base de um conjunto de opções ligadas aos cuidados de saúde, importa também conhecer formas de reduzir custos em saúde.

Referências Bibliográficas

- Abreu, P. (2006). Terapia analítico-comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada?. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 6, 322-328.
- Aguiar, C., Carvalho, A., Castro, T., Sousa, F., Vale, O. & Vasconcelos, S. (2011). Drogas antidepressivas. *Ata Médica Portuguesa*, 24, 91-98.
- Albuquerque M. (2005). *Medicinas Alternativas e Métodos Naturais – Depressão*. Euroimpala: Sintra.
- Almeida, J. & Xavier. (2010). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas.
- Almeida, R. & Malagris, L. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista SBPH*, 14, 2, 183-202.
- Álvarez, P., Heredia, F., Rodríguez, F. & Vázquez, A. (2007). *Revista de Psicología Y Ciencias Afines*, 24, 1, 111-113.
- Alves, A. & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28, 2, 127-131.
- Amaral, A. (2014). Comparação entre inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina e inibidores seletivos da recaptção da serotonina na indução da remissão da perturbação depressiva major: uma revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30, 174-180.
- American Psychiatric Association (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). Washington: American Psychiatric Association.
- Amsterdam, J., Brown, L., Derubeis, R., Gallop, R., Gladis, M., Hollon, S., Lovett, M., O'Reardon, J., Salomon, R., Shelton, R. & Young, P. (2005). Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- Andrade, J. & Simon, C. (2009). Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e Implicações práticas. *Paidéia*, 19, 43, 167-175.
- Apóstolo, J., Mendes, A., Antunes, M., Rodrigues, M., Figueiredo M. & Lopes, M. (2011). Perturbações afetivo-emocionais em contexto de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 3,3, 67-74.

- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 6, 585-592.
- Barbosa, C. & Mendes, I. (2005). Conceção de promoção da saúde de psicólogos no serviço público. *Paidéia, 15*, 31, 269-276.
- Batista, M., Capitão, C. & Scortegagna, S. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica, 4*, 1, 75-74.
- Batistoni, S., Neri, A. & Cupertino (2010). Prospective measures of depressive symptoms in community-dwelling elderly individuals. *Revista de Saúde Pública, 44*, 6, 1137-1143.
- Becerra-Apontes, J., Durán-González, L. Hernández-Rincón, M. (1995). La Formación del Psicólogo y su Papel en la Atención Primaria a la Salud. *Salud Publica de México, 37*, 5, 462-471.
- Beck, J. (1967). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. (1997). *Terapia Cognitiva - teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Benelli, S. (2009). A cultura psicológica no mercado de bens de saúde mental contemporâneo. *Estudos de Psicologia, 26*, 4, 515-536.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bianco, S., Barancelli, L., Roveda, A. & Santin, J. (2004). Influência do ciclo menstrual em episódios depressivos. *Ciências da Saúde Unipar, 8*, 1, 11-17.
- Biscaia, A. (2006). *A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento*. *Revista Portuguesa de Clinica Geral, 22*, 67-79.
- Bitondi, F., Ribeiro, A. & Sétem, J. (2012). O contexto da supervisão grupal: ambiente para formação de terapeutas e de supervisores. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 14*, 1, 31-37.
- Bock, A, Furtado, O. & Teixeira, M. (2001). *Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia*. São Paulo: Saraiva.
- Boerma, W., Rico, A. & Saltman, R. (2010). *Atenção Primária - Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde*. McGraw-Hill: England.

- Bollini, P., Kupelnick, B., Munizza, C., Pampallona, S. & Tibaldi, G. (2004). Combined Pharmacotherapy and Psychological Treatment for Depression. *Archives of General Psychiatry*, 61, 714-719.
- Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellström, T. (2006). *Basic epidemiology*. Library Cataloguing: World Health Organization.
- Borges, V., Camey, S., Fleck, M., Henriques, A., Lima, A., Louzada, S. & Schestasky, G. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36, 4, 431-8.
- Bosmans, J., Hermens, M., Bruijne, M., Hout, H., Terluin, B., Bouter, L.M., Stalman, W. & Tulder, M. (2008). Cost-effectiveness of usual general practitioner care with or without antidepressant medication for patients with minor or mild-major depression. *Journal of Affective Disorders*, 111, 1, 106 – 112.
- Branco, A. & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 1-12.
- Brito, S. (2008). A Psicologia Clínica: procura de uma identidade, *Psilogos*, 5, 1, 63-68.
- Butler, A., Chapman, J., Forman, E. & Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Câmara, H., Rocha C. & Balteiro, J. (2011). Grau de conhecimento e consumo de psicofármacos dos alunos da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29, 2, 173-179.
- Canadian Psychological Association (2002). *Canadian Code of Ethics for psychologists*. Ottawa: Canada.
- Canty, M. & Fovargue, J. (2005). *A Mente*. Lisboa: Reader's Digest.
- Clark, D. (2011). Implementing the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) guidelines for depression and anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 23, 318-327.
- Clemente, A., Matos, D., Grejanin, D., Santos, H., Quevedo, M., & Massa, P. (2008). Residência multiprofissional em saúde da família e a formação do psicólogo para a atuação na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, 17, 1, 176-184.
- Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, 20 de abril de 2011. *Diário da República n.º 78 - 2ª série*.

- Cordeiro, J. (2002). *Manual de psiquiatria clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cormac, I. & Mace, C. (2008). *Psychological therapies in psychiatry and primary care*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Craven, M., Cohen, M., Campbell, D., Williams, J. & Kates, N. (1997). Mental health practices of Ontario family physicians: a study using qualitative methodology. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 943–949
- Cuijpers, P., Straten, A., Warmerdam, L. & Andersson, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depression and anxiety*, 26, 279-288.
- Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio. *Diário da República n.º 108/99 - I Série A*. Ministério da Saúde.
- Despacho normativo n.º 97/83, de 22 de abril. *Diário da República n.º 93 - I Série* Regulamento dos Centros de Saúde.
- Dias, C. (2009). 25 anos de Inquérito Nacional de Saúde em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública, especial 25 anos*, 51-60.
- Direção Geral da Saúde (2000). *Novos Centros de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Portugal: Saúde Mental em números*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Donaldson, M., Yordy, K., D., Lohr, K. & Vanselow, N. (1996). *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington: Institute of medicine.
- Drago, S. & Martins, R. (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43, 79-94.
- Eduards T., Stern A., Clarke D. & Ivbijaro, G. (2010). The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature. *Mental Health in Family Medicine*, 7, 4, 209–221
- Elizabeth, A., O'Connor, P., Evelyn, P., Whitlock, M., Tracy L., Beil, M., Gaynes, B. (2009). Screening for Depression in Adult Patients in Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review. *Annals of Internal Medicine*, 151, 11, 793-803.
- El-Mallakh, R.S. & Briscoe, B. (2012). Studies of long-term use of antidepressants: How should the data from them be interpreted? *CNS Drugs*, 26, 2, 97-109.
- Entidade Reguladora da Saúde (2009). *Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do Sistema Nacional de Saúde*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde.
- Escoval, A., Matos, T. & Ribeiro, R. (2010). A contratualização em Cuidados de Saúde

- Primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 41-57.
- Eurobarometer (2010). *Mental Health*. European Commission: Belgium.
- Falceto, O., Busnello, E. & Bozzetti, M. (2000). Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Revista Panam Saúde Pública*, 7, 4, 255-263.
- Fancher, T. & Kravitz, R. (2010). In clinic *Depression*. American College of Physicians: Annal of Internal Medicine.
- Fava G., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminar findings. *Archives of General Psychiatry*. 55, 9, 816-820.
- Fava, G. & Offidani, E. (2011). The mechanisms of tolerance in antidepressant action. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 7, 1593-1602.
- Fellow-Smith. Smith, E. (2012). *Investing in emotional and psychological wellbeing for patients with long-term conditions*. Mental Health Network: NHS Confederation.
- Ferreira, F. (1990). *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, R. (2007). Consumo crónico de medicamentos na população de um Centro de Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 125-132.
- Fischer, G. & Tarquinio, C. (2010). *Os conceitos fundamentais da Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fleck, M., Lima, A., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. & Camey, S. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36, 4, 431-438.
- Freeman, R., Brown, R., Belar, C., Hersch, L., Hornyak, L., Rickel, A., Rozensky, R., Sheridan, E. (2002). The Role of Psychology in Health Care Delivery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 6, 536-545.
- Freeman E., (2010). Associations of depression with the transition to menopause. *Menopause*, 17,4, 823-827.

- Freitas, F. A. (2008). Diferentes perspetivas diante da conduta do estagiário em Psicologia no contexto clínico. *Psicologia, teoria e prática*, 10, 2, 31-43.
- Frenk, J. (2009). Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet*, 374, 170-73.
- Furtado, C. (2013). *A Utilização de Psicofármacos no Contexto de Crise Económica*. Infarmed.
- Giacomozzi, A. (2012). A Inserção do Psicólogo na Estratégia de Saúde da Família e a Transição de Paradigma em Saúde. *Psico*, 43, 3, 298-308.
- Gonçalves, B., Fagulha, T. & Ferreira, A. (2005). A depressão nas mulheres de meia-idade: estudo sobre as utentes dos cuidados de saúde primários. *Psicologia*, 9, 1/2, 39-56.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). The portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 339-348.
- Gonçalves, O. (2006). *Terapias cognitivas: teorias e práticas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Gonçalves, M. (2007). *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto.
- Graeff, F. & Guimarães, F. (2001). *Fundamentos da psicofarmacologia*. São Paulo: Atheneu.
- Grande, N. R. (2000). Cuidados de saúde primários: pedra angular dos sistemas de saúde. In Fórum de Economia da Saúde. Porto, *Departamento de Clínica Geral e Instituto Superior de Estudos Empresariais da Universidade do Porto*, 77 – 87.
- Grenier, J., Chomienne, M., Gaboury, I., Ritchie, P. & Hogg, W. (2008). Collaboration between family physicians and psychologists. *Canadian Family Physician*, 54, 232-238.
- Greenberger, D. & Padesky, C. (1999). *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed.
- Grilo, A. & Pedro, H. (2005). Contributos da psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6, 1, 69-89.
- Groth-Marnat, G. & Edkins, G. (1996). Professional psychologists in general health care settings: A review of the financial efficacy of direct treatment interventions.

- Research and Practice*, 27, 2, 161-174.
- Guerra, M. & Lima, L. (2005). *Intervenção Psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gusmão, R., Xavier, M., Heitor, M., Bento, A. & Almeida, J. (2005). O peso das perturbações depressivas: aspetos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Ata Médica Portuguesa*, 18, 2, 129-146.
- Harrison, P., Geddes, J. & Sharpe, M. (2006). *Guia prático de psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hespanhol, A., Veiga, G. & Ricou, M. (2005). Consulta de psicologia clínica no Centro de Saúde S. João: assegurar qualidade na perspetiva de gestão. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 1/2, 59-64.
- Heun, R. & Hein, S. (2005). Risk factors of major depression in the elderly. *European Psychiatry*, 20, 3, 199-204.
- Heuzenroeder L, Donnelly M, Haby M., Mihalopoulos C, Rossell R, Carter R, Andrews G & Vos T. (2004). Costeffectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 8, 602-12.
- Hollon, S., Thase, M. & Markowitz, J. (2002). Treatment and Prevention of Depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 39-77.
- Hunsley, J (2002a). *Cost-effectiveness of Psychological Treatment*. Canadian Psychological Association: Ottawa.
- Hunsley, J. (2002b). *The Cost-effectiveness of psychological interventions*. Canadian Psychological Association: Ontario.
- Huppert, F. (2009). Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *International Association of Applied Psychology*, 1, 2, 137–164.
- IMS health (2013). [Web site]. Acedido a 12 Dezembro de 2013, disponível em <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth>.
- INFARMED (2010). *Análise da Evolução da Utilização de Psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009*. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
- INFARMED (2013). *A Utilização de Psicofármacos no Contexto de Crise Económica*. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

- Instituto Nacional de Saúde. (2007). *4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006*. Estatística Portugal: Instituto Nacional de Estatística
- Ismael, S. (2005). *A inserção do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2004). Intervenção desenvolvimentista em psicologia da doença. *Análise Psicológica*, 3, 22, 487-497.
- Junior, A. (2011). Questões/problemas em perícias médicas nos casos de depressão. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 10, 66-79.
- Justo, L. & Calil, H. (2006). Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 2, 74-79.
- Kaikini, A., Dhande, S., Patil, K., Kadam, V. (2013). Anxiety and depression: advances in management of disorder. *Internacional Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 4, 2, 610-616.
- Katon, W., Schoenbaum M., Fan M., Callaban, C., Williams, J., Hunkeler, E., Harpole, L., Zhou, X., Langston, C. & Unutzer, J. (2005). Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 13, 1313-1320.
- Kenkel, M., Deleon, P., Mantell, E. & Steep, A. (2005). Divided no more: Psychology's Role in Integrated Health Care. *Canadian Psychology*, 46, 4, 189-202.
- Laliberte, E. (2012). Psychology: A closer look at what psychologists bring to the table. *University of British Columbia*, 1, 1-6.
- Lima, M. & Nunes, M. (2006). Práticas psicológicas e dimensões de significação dos problemas de saúde mental. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26, 2, 294-311.
- Lipp, M. (2001). Stress emocional: a contribuição de stressores internos e externos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28, 6, 347-349.
- Luppa M., Sikorski C., Luck T., Weyerer S., Villringer A., König H. & Riedel-Heller S. (2012). Prevalence and risk factors of depressive symptoms in latest life-results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged. *Journal Geriatric Psychiatry*, 27, 3, 286-295.
- Macedo, J. & Dimenstein, M. (2009). Psicologia e a produção do cuidado no campo do bem-estar social. *Psicologia e Sociedade*, 21, 3, 293-300.
- Machado, V., Lima, G., Teixeira, C. & Felício, M. (2011). *Carga Global da Doença na região Norte de Portugal*. Porto: Administração Regional da Saúde do Norte.

- Maggioni, D., Scolaro, L., Junior, S. & Mella, E. (2008). Levantamento do consumo de antidepressivos num município do oeste de santa catarina. *Cesumar*, 10, 1, 55-62.
- Mainar, A., Artieda, R., Gutiérrez, J., Tamayo, B., Tarrés, J. & López, J. (2007). Comorbilidad y coste ambulatorio asociado a los clientes con trastornos depresivos en un ámbito poblacional. *Farmacia Hospitalaria*, 31, 2, 101-105.
- Martins, G., A. (2006). Sobre confiabilidade e validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 8, 20, 1-12.
- Martins, S. & Aguiar, J. (2006). Depressão na terceira idade: a depressão é mais comum no idoso, porquê? como sair dela? *Ciências Humanas e Sociais Aplicadas*, 11, 1, 101-113.
- Martins, M. & Melo, J. (2008). Emoção...emoções... que implicações para a saúde e qualidade de vida? *Millenium*, 34, 125-148.
- Matos, A. (2007). *A depressão*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Miguel, L. & Sá, A. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Milea, D., Guelfucci, F., Bent-Ennakhil, N., Toumi, M. & Auray, J. (2010). Antidepressant monotherapy: A claims database analysis of treatment changes and treatment duration. *Clinical Therapeutics*, 32, 12, 2057-2072.
- Ministério da Saúde (2014). *História do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Governo de Portugal.
- Miyasaka, L., Atallah, A. (2003). Risco de interação de drogas: combinações de uso de antidepressivos e outras drogas. *Revista Saúde Pública*, 37, 2, 212-215.
- Miyazaki, M., Domingos, N. & Caballo, V. (2001). *Psicologia da Saúde: intervenções em hospitais públicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Moreno, R., Moreno, D. & Soares, M. (2003). Psicofarmacologia de antidepressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 1, 24-40.
- Myhr, G. & Payne, K. (2006). Cost-Effectiveness of Cognitive-Behavioural Therapy for Mental Disorders: Implications for Public Health Care Funding Policy in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 10, 662-670.
- Nierenberg, A., Petersen, T. & Alpert, J. (2003). Prevention of Relapse and Recurrence in Depression: The Role of Long-Term Pharmacotherapy and Psychotherapy. *Clinic Psychiatry*, 64, 15, 13-17.

- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com Saúde: guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Porto: Editora Lidel.
- OPSS (2009). *10 anos OPS 30 anos SNS: razões para continuar*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2013). *Contributo para a proposta de reestruturação do serviço regional de saúde*. Delegação Regional: Açores.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2010). *Health Care Systems: Efficiency & Policy Settings*. Paris: OCDE.
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. Alma-Ata: Cazaquistão.
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa: Canadá.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspetiva global*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2012) Depression [Web site]. Acedido a 10 Janeiro de 2014, disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 2, 225 – 237.
- Pires, C. (2004). *A Depressão e o seu Tratamento Psicológico – guia de autoajuda* Editorial Diferença: Leiria.
- Plano Nacional de Saúde (2011-2016). *Estratégias para a saúde*. Alto Comissariado da Saúde: Ministério da Saúde.
- Plante, T. G. (2005). *Contemporary clinical psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I. & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2, 73-80.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370, 859-877.
- Prukkanone, B., Vos, T., Bertram, M. & Lim, S. (2012). Cost-Effectiveness Analysis for Antidepressants and Cognitive Behavioral Therapy for Major Depression in Thailand. *Value in Health*, 15, 53-58.

- Pureza, J., Oliveira, M. & Andretta, I. (2013). Abandono terapêutico na terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia Argumento*, 31, 74, 561-568.
- Ramos A. (2004). *Psicofármacos: nova estratégia*. Lisboa: Lidel.
- Rang, H., Dale, M., Ritter, J., Flower, R. & Henderson, G. (2008). *Farmacologia*. Brasil: Elsevier Editora
- Rahioui, H. & Reynaud, M. (2008). *Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adicções*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Relatório Mundial de Saúde (2008). *Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Relatório da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Evidência científica sobre custo- efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde*. Lisboa: OPP.
- Ricou, M. (2014a). *A ética e a deontologia no exercício da psicologia*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Ricou, M. (2014b). *Psicologia: uma profissão à procura de identidade*. Diário de Notícias. 15 de maio.
- Ricou, M., Sampaio, I., Regalado, J., Canário, C. & Duarte, I. (No prelo). *Preditores de sucesso da consulta de psicologia no centro de saúde S. João*. Artigo ainda não publicado. Contato do autor mricou@med.up.pt
- Romero, N. & Pereira-Silva, N. (2011). O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização. *Psicologia & Sociedade*, 23, 2, 332-339.
- Rogers, C. (1974). *A Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: Moraes Editores.
- Roth A., & Fonagy P. (2005). *What works for whom: a critical review of psychotherapy research*. London: Guildford Press.
- Ryff, C., Dienberg, L., Urry, H., Muller, D., Rosenkranz, M., Friedman, E., Davidson, R. & Singer, B. (2006). Psychological Well-Being and Ill-Being: Do They Have Distinct or Mirrored Biological Correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 2, 85-95.
- Santeiro, T. (2012). Processos clínicos em núcleos de apoio à saúde da família. *Psicologia: ciência e profissão*, 32, 4, 942-955.
- Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R. & Charondièrre, P. (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal*. Lisboa: Artes Gráficas.

- Sarafino, E. P. (2004). *Context and Perspectives in Health Psychology*. In S. Sutton, A. Baum, & M. Johnston. *The Sage Handbook of Health Psychology*. New Delhi: Sage Publications.
- Sharma, V., Khan, M. & Smith, A. (2005). A closer look at treatment resistant depression: is it due to a bipolar diathesis? *Journal of Affective Disorders*, 84, 2, 3, 251-257.
- Sihvo, S., Isometsä, E., Kiviruusu, O., Hämäläinen, J., Suvisaari, J., Perälä, J., Pirkola, S., Saarni, S. & Lönnqvist, J. (2008). Antidepressant utilisation patterns and determinants of short-term and non-psychiatric use in the Finnish general adult population. *Journal of Affective Disorders*, 110, 1,2, 94-105.
- Shori, R. (2013). *Bury Mental Health Strategy*. Ásia: Development Association.
- Silva, J. & Muller, M. (2007). Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crónicas de pele. *Estudos de Psicologia*, 24, 2, 247-256.
- Silveira, D. & Vieira, A. (2009). Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 1, 139-148.
- Simonetti, A. (2006). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Sirera, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*, 29, 3, 271-290.
- Souza, I. & Cândido, C. (2010). Diagnóstico psicológico e terapia cognitiva: considerações atuais. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 5, 2, 82-92
- Stafford, R., Ausiello, J., Misra, B. & Saglam, D. (2000). National Patterns of Depression Treatment in Primary Care. *Journal Clinical Psychiatric*, 2, 6, 211-216.
- Starfield, B. (2002): *Primary care: balancing health needs, services and technology*. New York: Oxford University Press.
- Starfield, B., Shi L, Macinko J. (2005). Contributions of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83, 457–502.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. & Costa, J. (2002). Depressão no Idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, 8, 3, 91-98.
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A. & McKee M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European. *Lancet*, 378, 124-125.

- Tami, L., Katharine, R. & Jeffrey, A. (2009). Psychotropic Drug Prescriptions by Medical Specialty. *Psychiatric services*, 60, 9, 1167.
- Taylor, S. (1999). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill International Editions.
- Thase, M. (2012). Using adjunctive treatments when first-line antidepressants fail. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 1, 1.
- The World Health Report (2000). *Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
- Trindade, I. (1999). Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 17, 3, 569-576.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Trull, T. & Prinstein, M. (2012). *Clinical Psychology*. Columbia: Previous Editions.
- Turkat, I. D. (1985). *Behavioral case formulation*. New York: Plenum.
- Unützer, J., Schoenbaum, M., Druss, B., & Katon, W. (2006). Transforming mental healthcare at the interface with general medicine. *Psychiatric Services*, 57, 37–47.
- Valaitis, R., Martin-Misener, R., Wong, S., MacDonald, M., Meagher-Stewart, D., Austin, P., Kaczorowski, J., O-Mara, L., Savage, R. (2012). Methods, strategies and technologies used to conduct a scoping literature review of collaboration between primary care and public health. *Primary Health Care Research & Development*, 13, 219–236.
- Valentini, W., Levav, I., Kohn, R., Miranda, C., Mello, A., Mello, M. & Ramos, C. (2004). Treino de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Revista de Saúde Pública*, 38, 4, 523-528.
- Vallejo-Nágera, J. (2006). *A depressão: como lidar com a doença do nosso tempo*. Estoril: Príncípia Editora.
- Vandersteen S, Haave B, Carter S. (2002). A response to the *Report of the Premier's Advisory Council of Health: a framework for reform*. Edmonton, Alta: Psychologists Association of Alberta.
- Veríssimo, R., Ricou, M. & Pereira, C.L. (2008). Inteligência Emocional e Somatização em Clínica Geral. *Arquivos de Psiquiatria*, 5, 1/2, 95-99.

- Viera, A., J. & Garrett, J., M. (2005). Understanding Interobserver Agreement: The Kappa Statistic. *Family Medicine*, 37, 5, 360-363.
- Piek, E., Van der Meer, K., Hoogendijk, W., Penninx, B. & Nolen, W. (2011). Most Antidepressant Use in Primary Care Is Justified; Results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *Plos One*, 6, 3, 14784.
- Wilber, K. (2007). *Integral psychology: Consciousness, spirit, psychology, therapy*. Boston: Shambhala
- Wilkinson R. & Marmot M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization.
- Wilkinson, G., Moore, B. & Moore, P. (2005). *Guia prático do Tratamento da Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Williams, J., Slubicki, M., Tweedy, D., Bradford, D., Trivedi, R. & Baker, D. (2009). *Evidence Synthesis for Determining the Responsiveness of Depression Questionnaires and Optimal Treatment Duration for Antidepressant Medications*. Washington: Department of Veterans Affairs.
- Witko, K., Bernes K. & Nixon G. (2005). Care for psychological problems. Collaborative approach in primary care. *Canadian Family Physician*, 51, 6, 799–801.
- World Health Organization (2001). *The world health report—Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). *Mental health context: mental health policy and service guidance package*. Geneva: World Health Organization.
- Xavier, M., Batista, H., Mendes, J., Magalhães, P. & Caldas de Almeida, J. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7, 19, 2- 10.
- Zigmond, A. P. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361 – 370.

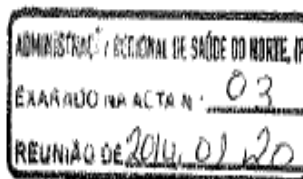
ANEXOS

**ANEXO I - Autorização da Comissão de Ética para a Saúde -
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P**



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER Nº 1 DATA: 16 Jan 2014

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer N.º 2/2014

DELIBERADO AUTORIZAR

20 / 01 / 2014

Cu und.

2014/1/20

Rui Cernadas

Vice-Presidente do C.D.

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 2/2014 (sobre o estudo: “Acompanhamento psicológico e consumo de antidepressivos nos cuidados de saúde primários”), aprovado na reunião do dia 7 de Janeiro de 2014, por unanimidade.

José Carlos Pedro

Vogal C. D.

À Consideração Superior

Dr. Ponciano Oliveira

Vogal C. D.

Isolinda Neves
Assessora CES/UIC



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 2/2014

Sobre o estudo T/236 – Acompanhamento psicológico e consumo de antidepressivos nos cuidados de saúde primários

A – Relatório

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), após parecer favorável da Unidade de Investigação Clínica (UIC) iniciou a apreciação do Processo n.º T236, na sequência do pedido de parecer enviado a esta Comissão em Outubro de 2013, para a realização do estudo de investigação "Acompanhamento psicológico e consumo de antidepressivos nos cuidados de saúde primários". Este estudo insere-se numa linha de investigação promovida em colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a Universidade Portucalense e o ACES Porto Ocidental. O resultado da investigação, pretende promover a apresentação da dissertação de Mestrado de Marta Daniela da Silva Coelho, licenciada em Psicologia e orientada pelo Professor Doutor Miguel Ricou, Doutorada pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
2. Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento; projeto de dissertação; *curriculum vitae* da investigadora e do orientador; cronograma de atividades; consentimento Informado, livre e esclarecido para participação em investigação; declaração de confidencialidade dos dados obtidos e de compromisso de entrega à CES do relatório final do estudo; Cópia dos instrumentos a utilizar: Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, versão portuguesa e questionário construído para o efeito e autorização do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Porto Ocidental.
3. A amostra do estudo será constituída por cerca de 400 sujeitos, correspondendo aos utentes que consomem ou já consumiram antidepressivos, bem como aqueles que frequentaram ou frequentam consultas de Psicologia no ACES Porto Ocidental, com idade igual ou superior a 18 anos. O preenchimento dos questionários será efetuado de forma

presencial, aos utentes que aguardem na sala de espera, recolhidos pelos investigadores, pelo que não interfere com os profissionais do ACES.

4. O objetivo principal deste estudo é conhecer o número de pessoas que beneficiam de acompanhamento psicológico e avaliar os padrões de consumo de antidepressivos, mais concretamente se as pessoas que recebem acompanhamento psicológico diminuem o consumo de antidepressivos.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se relevância e pertinência ao estudo.
2. Trata-se de um estudo com procedimentos não invasivos, não incorrendo os participantes em riscos maiores do que aqueles a que estão sujeitos na sua vida quotidiana.
3. A confidencialidade e o anonimato das respostas estão garantidos pela investigadora e seu orientador.

C – Conclusões

1. Face ao exposto a CES delibera dar parecer favorável à autorização da realização deste estudo.

O relator

Alzira Moraes

Mestre Alzira Moraes

Aprovado em reunião do dia 7/1/2014, por unanimidade

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP

Alberto Pinto Hespanhol

Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol



**ANEXO II - Consentimento informado, livre e esclarecido para participação
na investigação**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Acompanhamento psicológico e consumo de antidepressivos nos cuidados de saúde primários.

Enquadramento: Insere-se numa linha de investigação promovida em colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a Universidade Portucalense e o ACeS Porto Ocidental (Agrupamento de Centros de Saúde). O resultado da investigação, pretende promover a apresentação de uma dissertação de mestrado, orientada pelo Professor Doutor Miguel Ricou, bem como a publicação de um artigo em revista indexada.

Explicação do estudo: As informações serão recolhidas através do preenchimento de um questionário. Tem como objectivo conhecer o número de pessoas que possuem acompanhamento psicológico e avaliar os padrões de consumo de antidepressivos.

A amostra do estudo é intencional, já que será constituída por cerca de 400 participantes, correspondendo aos utentes que usam ou utilizaram medicação antidepressiva e/ou frequentam ou frequentaram consultas de psicologia, com idade igual ou superior aos 18 anos. A amostra será recolhida nas salas de espera dos Centros de Saúde do ACeS Porto Ocidental.

Condições e financiamento: Este estudo não trará nenhuma despesa ou risco para os utentes do Aces Porto Ocidental. A participação dos utentes neste estudo é voluntária e poderão recusar participar a qualquer altura, sem que tal facto tenha consequências para os mesmos.

Confidencialidade e anonimato: Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada, sendo apenas utilizada para o presente estudo.

Assinatura/s:

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME:</p> <p>BI/CD N°: DATA OU VALIDADE /..... /.....</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:</p> <p>ASSINATURA</p>

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

ANEXO III - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

HADS

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora

Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

A maior parte do tempo

Muitas vezes

Por vezes

Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

Nunca

Poucas vezes

De vez em quando

Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

Quase sempre

Muitas vezes

Por vezes

Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

Quase sempre

Muitas vezes

Por vezes

Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

Nunca

Por vezes

Muitas vezes

Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- Completamente
- Não dou a atenção ao que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

ANEXO IV - Questionário de Informação Sociodemográfica

O questionário que se segue faz parte de uma investigação científica a decorrer no ACeS Porto Ocidental, tem por aferir as variáveis sociodemográficas, acompanhamento psicológico e padrões de consumo de antidepressivos. Assim, é pedida a sua colaboração mediante o preenchimento deste questionário. Garantimos-lhe desde já que todos os dados fornecidos são anónimos e confidenciais e que serão apenas utilizados no âmbito desta investigação.

Por favor, responda o mais sinceramente possível.

Pedimos-lhe o favor de responder às seguintes questões:

SEXO: Masculino Feminino IDADE: _____
anos

ESCOLARIDADE: inferior 4ºano 4ª ano – 9º ano
10º ano – 12º ano superior 12º ano

ESTADO CIVIL: Solteiro Casado/União de facto Divorciado/Separado
Viúvo

NÚMERO DE FILHOS: _____

SITUAÇÃO PROFISSIONAL: EMPREGADO PROFISSÃO _____.
DESEMPREGADO
REFORMADO
ESTUDANTE

Quantas vezes veio ao Centro de Saúde no último mês?

Nenhuma 1 2 a 3 mais de 3

GRUPO 1

1. Já alguma vez esteve de baixa?

Sim Não

1.1 O motivo da baixa deveu-se a problemas psiquiátricos?

Sim

Não

1.1.1. Se SIM, quanto tempo esteve de baixa?

1 mês – 11 meses 1 ano – 2 anos mais de 2 anos

GRUPO 2

2. Já alguma vez tomou algum antidepressivo?

Sim Não

2.1. Se SIM, há quanto tempo o tomou?

<3 meses 3 meses- 12 meses > 12 meses

2.2. Que antidepressivo tomou? _____

(No final deste questionário encontra-se uma lista de antidepressivos. Caso não se lembre do nome do seu, consulte-a).

2.3 Qual a dosagem diária? _____

2.4. Toma algum antidepressivo actualmente?

Sim Não

2.5 Se SIM, há quanto tempo?

<3 meses 3 meses- 12 meses > 12 meses

2.6 A quantidade de antidepressivos que toma ao longo do tempo, tem-se:

mantido aumentado diminuído

2.7 Qual o/s motivo/s? que o/a levaram a tomar antidepressivos (pode assinalar mais do que uma opção)

Ansiedade Tristeza Problemas de sono Problemas familiares
Problemas com amigos Problemas profissionais Curiosidade
Outros _____

GRUPO 3

3. Já alguma vez teve consultas de acompanhamento psicológico?

Sim Não

3.1. Antes ou depois de começar a utilizar antidepressivos?

Antes depois não aplicável

3.2. Quanto tempo durou o processo?

< 1 ano 1 ano – 2 anos mais de 2 anos
ainda a decorrer

3.3. Quantas consultas teve?

< 7 consultas 7 consultas - 10 consultas >10 consultas

3.4. Com que frequência?

Semanal Quinzenal Mensal Outra _____

3.5. Actualmente beneficia de acompanhamento psicológico?

Sim Não

3.6. Que motivos o (a) levaram a procurar este tipo de ajuda? (pode assinalar mais do que uma opção)

Ansiedade Tristeza Problemas de sono Problemas familiares Problemas com amigos Problemas profissionais
Outros _____

3.7 Como avalia os efeitos desse acompanhamento?

Negativos Nem bons nem maus Positivos Muito Positivos

ANTIDEPRESSIVOS

- Citalopram (Celexa)
- Escitalopram (Lexapro, Cipralex)
- Paroxetina (Paxil, Seroxat)
- Fluoxetina (Prozac)
- Fluvoxamina (Luvox)
- Sertralina (Zoloft, Lustral)
- Desvenlafaxina (Pristiq)
- Duloxetina (Cymbalta)
- Milnacipran (Ixel, Savella)
- Venlafaxina (Effexor)
- Amoxapine (Asendin)
- Maprotilina (Ludiomil)
- Mianserina (Bolvidon, Norval, Tolvon)
- Mirtazapina (Remeron)
- Isocarboxazida (Marplan)
- Moclobemida (Aurorix, Manerix)
- Fenelzina (Nardil)
- Pirlindole (Pirazidol)
- Selegilina [L -Deprenyl] (Eldepryl, Xilopar, Emsam)
- Tranilcipromina (Parnate)
- Melitracen (Adaptol)
- Nortriptilina (Pamelor)
- Opipramol (Insidon)
- Protriptilina (Vivactil)
- Etoperidone (Axiomin, Etonin)
- Lubazodone
- Nefazodona (Serzone, Nefadar)
- Trazodona (Desyrel)
- Atomoxetine (Strattera)
- Reboxetina (Edronax)
- Viloxazina (Vivalan)
- Bupropiona (Wellbutrin, Zyban)
- Dexmetilfenidato (Focalin)
- Metilfenidato (Ritalina, Concerta)
- Anfetamina (Adderall)
- Dextroanfetaminas (Dexedrine)
- Dextromethamphetamine (Desoxy n)
- Lisdexanfetamina (Vyvanse)
- Amitriptilina (Elavil, Endep)
- Butriptiline (Evadene)
- Clomipramina (Anafranil)
- Desipramina (Norpramin, Pertofrane)
- Dosulepina [dotiepina] (Prothiaden)
- Doxepin (Adapin, Sinequan)
- Imipramina (Tofranil)
- Iprindole (Prondol)
- Lofepramine (Feprapax, Gamanil, Lomont)
- Trimipramina (Surmontil)