



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**RASTREIO DE DEPRESSÃO NA FARMÁCIA COMUNITÁRIA:  
HIPÓTESE DE INTERVENÇÃO PRECOCE**

Trabalho submetido por  
**Patrícia Isabel Vagarinho Dias**  
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

**novembro de 2021**





**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**RASTREIO DE DEPRESSÃO NA FARMÁCIA COMUNITÁRIA:  
HIPÓTESE DE INTERVENÇÃO PRECOCE**

Trabalho submetido por  
**Patrícia Isabel Vagarinho Dias**  
para a obtenção do grau de **Mestre** em Ciências Farmacêuticas

Trabalho orientado por  
**Prof. Doutora Patrícia Cavaco Silva**

**novembro de 2021**



## **Dedicatória**

*Aos meus pais, ao meu irmão e aos meus avós pelo amor, dedicação e compreensão.  
Por acreditarem em mim. Sempre.*

*“A todos que amo e que me amam,  
e aos que um dia me amarão  
e por mim serão amados.”*



## **Agradecimentos**

Um enorme reconhecimento à Prof. Doutora Patrícia Cavaco Silva, tenho a agradecer toda a orientação e conhecimentos que transmitiu ao longos destes 5 anos. Obrigada por me ter colocado no temível balcão e pelas palavras que me referiu, abriu-me os olhos. Obrigada por acreditar neste projeto, pelo incentivo e positividade.

Agradecer a esta muy nobre academia, a todos os professores e colegas que fizeram parte de todo este percurso académico e me transmitiram conhecimentos que vão além dos ensinamentos do curso. Ao Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, por me ter formado Farmacêutica e ensinado a arte de ser humana. À Prof. Doutora Alexandra Figueiredo pela ajuda essencial, não é exagero quando digo que um obrigado não chega.

O tempo é relativo 5 anos no início parecem muito tempo, porém no fim parecem um sopro. Desafiaram-me a ser honesta e vou ser, não foi o curso que escolhi, não foi a vida que ambicionei, mas se tenho a agradecer a alguém, em primeiro lugar, devo isso aos meus pais, Jorge e Maria de Fátima, conseguiram descobrir uma profissão que me permitisse ser feliz. Ao meu irmão e melhor amigo, Jorge, que sempre tentou ajudar-me e por quem eu tenho um orgulho enorme; talvez seja a pessoa a quem devo mais agradecimentos. Aos meus avós, Edite, Fernando, Matilde e Urbino, um agradecimento carinhoso, não era quem sou sem vocês.

Provenho de raízes humildes, mas com uma sede enorme pela conquista, sem medos de sacrifícios, com o coração e a mente no sítio... O mais incrível é que nunca desistiram mesmo quando não fui uma pessoa fácil de lidar. Se este dia chegou foi graças a vocês. Obrigada por me darem coragem, força para continuar e incentivarem-me a ser e querer sempre mais, apesar de parecer impossível. Agradeço a toda a minha família pelo apoio e fê que me concederam.

Aos meus companheiros da farmácia comunitária, obrigada por me fazerem sentir em casa e compartilharem o que sabem comigo. À equipa do HSB agradeço os ensinamentos transmitidos. A ambos agradeço terem-me dado ferramentas para crescer.

Por fim, mas não menos importantes, um enorme agradecimento a todos os meus colegas que se tornaram amigos. Obrigada pela amizade, companheirismo e paciência. Obrigada às minhas pessoas (vocês sabem quem são), por terem partilhado e continuarem a partilhar momentos únicos que tanto significam.

O meu mais sincero agradecimento a todos.



## **Resumo**

**Introdução:** A depressão continua a ser uma das doenças mentais com maior prevalência mundial, sendo uma das principais causas de incapacidade no mundo e diminuição da qualidade de vida. A prevenção da progressão desta doença e o diagnóstico precoce na população tornam-se cada vez mais essenciais.

**Objetivos:** Verificação da viabilidade e implementação de rastreios de depressão na farmácia comunitária, de modo a se proceder à intervenção precoce e difundir o papel do farmacêutico na população, em relação à saúde mental.

**Materiais e Métodos:** Implementou-se numa farmácia comunitária um estudo observacional transversal, ao longo de 4 meses, utilizando ferramentas de rastreio para a depressão. Não foi definida dimensão de amostra, contudo os critérios de inclusão foram os seguintes: adultos  $\geq 18$  anos, ser alfabetizado e autónomo. O procedimento de recolha de dados possuiu três fases: triagem verbal inicial com o PHQ-2, preenchimento do PHQ-9 e aconselhamento/referenciação a um especialista, caso aplicável. O tratamento de dados foi realizado recorrendo aos softwares: IBM SPSS Statistics 28 e Microsoft Excel 2016.

**Resultados:** Foram concretizadas 85 tentativas de implementação do PHQ-9, sendo que a adesão rondou os 56%, verificando-se uma atitude cooperante por parte dos participantes, em relação à implementação deste tipo de serviços na farmácia comunitária. O estudo contou com a participação de 48 indivíduos, maioritariamente pertencentes à faixa etária dos 49-58 anos (35%) e do sexo feminino (69%). Na amostra avaliada, 29,2% dos participantes obtiveram pontuações no PHQ-9,  $\geq 10$ , indicando probabilidade de depressão. Nestes participantes foi realizada intervenção farmacêutica, através de referenciação médica e de aconselhamento que teve por base modificações no estilo de vida dos indivíduos: nutrição, ferramentas de gestão do stress, exercício físico, higiene do sono e, quando aplicável, cessação tabágica e/ou de abuso de substâncias.

**Conclusão:** Verificou-se a viabilidade da implementação de rastreios de depressão na farmácia comunitária e considerou-se importante adotar esta prática. Foi encontrado um valor preocupante de probabilidade de depressão na amostra recolhida (29,2%), talvez fruto do contexto pandémico atual. Uma vez que a prevalência de depressão mundial continua a aumentar, a participação ativa do farmacêutico comunitário na consciencialização e na intervenção precoce de depressão pode ser uma grande mais-valia no combate a esta doença.

**Palavras-chave:** saúde mental, rastreios de depressão, PHQ-9, farmácia comunitária



## **Abstract**

**Introduction:** Depression continues to be one of the most prevalent mental illnesses in the world, being one of the main causes of disability and reduced quality of life. Prevention of this disease progression and early diagnosis in the population are increasingly essential.

**Objective:** Verification of the feasibility and implementation of depression screening in the community pharmacy, to implement early intervention and highlight the role of the pharmacist in the population, concerning mental health.

**Materials and Methods:** A cross-sectional observational study over 4 months was implemented in a community pharmacy, using depression screening tools. No sample size was defined; however, the inclusion criteria were as follows: adults  $\geq 18$  years old, literate, and autonomous. The data collection procedure consisted of three phases: initial verbal screening with PHQ-2, completion of PHQ-9 and counseling/referral to a specialist, when applicable. Data analysis was performed using software: IBM SPSS Statistics 28 and Microsoft Excel 2016.

**Results:** There were 85 attempts to implement the PHQ-9, with adherence around 56%, indicating a cooperative attitude of participants concerning implementation of this type of services in the community pharmacy. The study included 48 individuals, mostly belonging to age group 49-58 years (35%) and female (69%). In the sample, 29.2% of the participants had PHQ-9 scores  $\geq 10$ , indicating probability of depression. In these participants pharmaceutical intervention was performed, through medical referral and on individual behavioral lifestyle change counselling: nutrition, stress management tools, physical exercise, sleep hygiene and, if applicable, smoking cessation and/or of substance abuse.

**Conclusion:** The feasibility of implementing screening for depression in the community pharmacy was verified and considered important to adopt. A worrisome value of probability of depression was found (29.2%), maybe a consequence of the actual COVID-19 pandemic. Since worldwide depression prevalence continues to increase, the active participation of the community pharmacist in the awareness and early intervention in depression can be a great asset in combating this disease.

**Keywords:** mental health, depression screenings, PHQ-9, community pharmacy



## Índice

Índice de Figuras .....	7
Índice de Tabelas .....	9
Lista de Abreviaturas.....	11
Introdução .....	13
<b>1. Enquadramento .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1. Saúde Mental.....</b>	<b>15</b>
1.1.1. Saúde Mental em Portugal .....	16
1.1.2. Relação Pandemia COVID-19 e Saúde Mental .....	17
<b>1.2. Papel do Farmacêutico na Saúde Mental .....</b>	<b>21</b>
<b>1.3. Depressão .....</b>	<b>25</b>
1.3.1. Epidemiologia .....	25
1.3.2. Impacto na Saúde Pública .....	27
1.3.3. Definição .....	29
1.3.4. Diagnóstico de Depressão.....	30
1.3.5. Causas e Fatores de Risco de Depressão .....	33
<b>1.4. Importância da Intervenção Precoce na Depressão .....</b>	<b>35</b>
<b>1.5. Rastreio de Depressão .....</b>	<b>36</b>
1.5.1. População Alvo .....	36
1.5.2. Ferramentas de Rastreio.....	37
<b>1.6. Intervenções Farmacêuticas na Depressão.....</b>	<b>42</b>
1.6.1. Implementação de Rastreios nas Farmácias .....	42
1.6.2. Aconselhamento .....	43
1.6.3. Referenciação na Depressão .....	45
<b>2. Objetivos e Questões de Investigação .....</b>	<b>47</b>

<b>2.1. Objetivo Principal do Estudo</b> .....	47
<b>2.2. Objetivos Secundários</b> .....	47
<b>2.3. Questões de investigação</b> .....	47
<b>2.4. Hipóteses</b> .....	48
<b>3. Materiais e Métodos</b> .....	<b>49</b>
<b>3.1. Alterações ao estudo decorrentes da Pandemia COVID-19</b> .....	49
<b>3.2. Ética e confidencialidade dos dados</b> .....	49
<b>3.3. Desenho de Estudo</b> .....	50
<b>3.4. População e amostra em estudo</b> .....	50
<b>3.4.1. Local de estudo</b> .....	50
<b>3.4.2. Caracterização da amostra</b> .....	50
<b>3.5. Critérios de elegibilidade</b> .....	50
<b>3.5.1. Critérios de Inclusão</b> .....	50
<b>3.5.2. Critérios de Exclusão</b> .....	51
<b>3.6. Procedimento de investigação</b> .....	51
<b>3.7. Variáveis em estudo</b> .....	54
<b>3.8. Ferramentas de Avaliação</b> .....	54
<b>3.9. Análise Estatística</b> .....	56
<b>4. Resultados</b> .....	<b>59</b>
<b>4.1. Resultados de Adesão</b> .....	59
<b>4.2. Resultados Demográficos</b> .....	60
<b>5. Discussão de Resultados</b> .....	<b>69</b>
<b>Conclusão</b> .....	<b>75</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>77</b>
<b>Anexos</b> .....	

## Índice de Figuras

<b>Figura 1:</b> Divisão das doenças mentais proposta pela OMS. ....	15
<b>Figura 2:</b> Retirada de Ettman et al., em 2020. Percentagem de Depressão em adultos na população americana. Dados antes COVID-19 retirados do National Health and Nutrition Examination Survey de 2017-2018 vs dados durante COVID-19 adquiridos entre 31 de março e 13 de abril de 2020.....	19
<b>Figura 3:</b> Algoritmo da consulta farmacêutica em doentes com depressão - consulta inicial; adaptado de Kamusheva et al., em 2020. ....	24
<b>Figura 4:</b> Taxas de suicídio padronizadas (por 100.000 habitantes), em 2016. Retirado de (WHO), 2019. ....	28
<b>Figura 5:</b> Critérios de diagnóstico de depressão major, adaptado de American Psychiatric Association, 2013. ....	31
<b>Figura 6:</b> Mnemónica SIGECAPS, adaptada de Maurer et al., 2018.....	32
<b>Figura 7:</b> Fatores de Risco de Depressão Major, adaptado de Dartmouth-Hitchcock, 2017. ....	34
<b>Figura 8:</b> Resumo Clínico do Rastreio de Depressão em Adultos, adaptado de Siu et al., 2016. ....	36
<b>Figura 9:</b> Descrição do PHQ-2, adaptada de Kroenke et al., 2003. ....	38
<b>Figura 10:</b> Descrição do PHQ-9, retirada de S. Monteiro et al., 2013. ....	40
<b>Figura 11:</b> Fluxograma da abordagem na farmácia.....	53
<b>Figura 12:</b> Variáveis em estudo.....	54
<b>Figura 13:</b> Gráfico dos resultados de adesão ao rastreio com o PHQ-9.....	59
<b>Figura 14:</b> Gráfico da distribuição da amostra por género e faixa etária. ....	60
<b>Figura 15:</b> Gráfico da Distribuição das Pontuações do PHQ-9.....	62
<b>Figura 16:</b> Gráfico da distribuição da Probabilidade de Depressão na amostra.....	63
<b>Figura 17:</b> Gráfico da Probabilidade de Depressão x Género. ....	64
<b>Figura 18:</b> Gráfico da Probabilidade de Depressão x Faixa Etária. ....	65
<b>Figura 19:</b> Gráfico da distribuição da pontuação do PHQ-9, por escala de Gravidade. 66	
<b>Figura 20:</b> Gráfico da Gravidade x Faixa Etária. ....	67
<b>Figura 21:</b> Gráfico da Gravidade x Género. ....	68



## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Prevalência de Depressão consoante as diferenças demográficas e culturais, em 2013, adaptada de Lim et al., 2018.....	25
<b>Tabela 2:</b> Prevalência de Depressão em 27 países europeus, em 2015, adaptada de Arias-de la Torre et al., 2021.....	26
<b>Tabela 3:</b> Gravidade de Depressão baseada no rastreio com o PHQ-9, adaptada de Kroenke et al., 2001.....	55
<b>Tabela 4:</b> Frequência dos resultados de adesão ao rastreio com o PHQ-9.....	59
<b>Tabela 5:</b> Frequência das características demográficas da amostra por sexo e faixa etária. ....	60
<b>Tabela 6:</b> Frequência das Pontuações do PHQ-9. ....	61
<b>Tabela 7:</b> Frequência da Probabilidade de Depressão na amostra. ....	63
<b>Tabela 8:</b> Distribuição e Teste Não Paramétrico de Mann-Whitney da.....	64
<b>Tabela 9:</b> Distribuição e Teste Não Paramétrico de Mann-Whitney da.....	65
<b>Tabela 10:</b> Frequência da pontuação do PHQ-9, por escala de gravidade. ....	66
<b>Tabela 11:</b> Distribuição e Teste de Qui-Quadrado de Gravidade x Faixa Etária. ....	67
<b>Tabela 12:</b> Distribuição e Teste Exato de Fisher de Gravidade x Género.....	68



## Lista de Abreviaturas

- BDI-II\* - Inventário de Depressão Beck (Beck Depression Inventory)
- BPSL\* - Modelo de estilo de vida *Biopsychosocial Lifestyle*
- GBD\* - Carga Global de Doença (Global Burden of Disease)
- ICD-10\* - Classificação Internacional de Doenças (International Classification of Diseases)
- COVID-19 - Doença por coronavírus causada pelo vírus SARS-CoV-2
- DALY\* - Anos de vida Ajustados à Incapacidade (Disability-Adjusted Life Years)
- DM - Depressão major
- DSM\* - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais)
- EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio
- EUA - Estados Unidos da América
- HbA1c - Hemoglobina Glicada
- HDI\* - Índice de Desenvolvimento Humano (Human Development Index)
- HSD ou HAM-D\* - Escala de Depressão Hamilton (Hamilton Depression Scale)
- MHFA - Mental Health First Aid
- NICE\* - National Institute for Health and Care Excellence
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PHQ\* - Questionário de Saúde do Paciente (Patient Health Questionnaire)
- PHQ-2\* - Questionário de Saúde do Paciente-2 (Patient Health Questionnaire-2)
- PHQ-9\* - Questionário de Saúde do Paciente-9 (Patient Health Questionnaire-9)
- PP\* - Farmacêutico Psiquiátrico (Psychiatric Pharmacist)
- PRM - Problemas Relacionados com Medicamentos
- SARS\* - Síndrome Respiratória Aguda Grave (Severe Acute Respiratory Syndrome)
- SII - Síndrome do Intestino Irritável
- USPSTF\* - Task Force de Serviços Preventivos dos EUA (US Preventive Services Task Force)
- WMH - World Mental Health Survey Initiative
- YLD\* - Anos Vividos com Incapacidade (Years Lived with Disability)
- YLL\* - Anos de Vida Perdidos (Years of Life Lost)

\*As siglas destacadas são universalmente reconhecidas em inglês, por esse motivo não se recorreu à respetiva tradução.



## **Introdução**

A saúde mental é um espectro da medicina ainda bastante desconhecida que acarreta inúmeros distúrbios e diagnósticos complexos; dependendo da faixa etária e da intensidade da doença necessitam de intervenções preventivas, terapêuticas e de tratamentos diferenciados (Wittchen et al., 2011).

Wittchen et al., em 2011, observaram uma tendência crescente da prevalência das doenças mentais, considerando que na Europa é um dos principais desafios de saúde do século XXI (Wittchen et al., 2011). Corroborando a teoria, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um relatório estimando que em 2030, a depressão será a principal causa de incapacidade no mundo (WHO, 2004; Yang et al., 2015).

Apesar do foco na saúde física há uma crescente necessidade de realçar que tanto a saúde mental como a saúde física são fatores importantes para o bem-estar da população (WHO, 2002). A saúde mental não engloba apenas a mente, pois indivíduos com doenças mentais, tendencialmente não recebem os cuidados de saúde necessários (faltam a consultas médicas e de cessação tabágica, exames de rotina, etc.), estando envolvidos em comportamentos de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas como, por exemplo, diabetes ou doenças cardiovasculares (Druss et al., 2002; Walker et al., 2015; WHO, 2002).

A aposta na prevenção da evolução da doença mental e da instalação de sintomas, no diagnóstico precoce, na prevenção de tentativas de suicídio e no acompanhamento ambulatorio com equipas multidisciplinares nos sistemas de saúde torna-se cada vez mais fundamental e urgente. Estes fatores possibilitam a redução de mortes evitáveis na população em geral, uma vez que diminui a prevalência de perturbações mentais e de comorbilidades associadas a estas (Björkenstam et al., 2012; Druss et al., 2002; Ho et al., 2013; Walker et al., 2015).

A depressão continua a ser a doença mental com maior prevalência e incidência, afetando mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo, constituindo um fator de risco para morbilidade, incapacidade e mortalidade, ou seja, possui um elevado impacto na saúde pública (Kondova et al., 2018). A prevalência de depressão na população global tem aumentado ao longo dos anos, assim como o seu contributo para a carga global de doença (GBD) (Ho et al., 2013; Vos et al., 2016).

Como a depressão é uma das doenças mentais mais comuns, a implementação de rastreios de depressão é bastante importante e oportuna, especialmente devido à pandemia COVID-19 que desencadeou uma epidemia oculta, centrada no aumento do risco de desenvolvimento de doenças mentais. As mudanças no comportamento social, nas condições de trabalho e na rotina, levam a níveis aumentados de stress e consequentemente à prevalência de depressão, ansiedade e suicídio (Salari et al., 2020; Thomas, 2020).

O farmacêutico tornou-se ao longo dos anos, um profissional de saúde que transmite confiança aos doentes, sendo em muitos casos, o primeiro a constatar sinais de alerta, a monitorizá-los e quando necessário intervir para um melhor resultado na saúde e na vida do doente (Zmoira et al., 2021); deste modo, estes profissionais detêm um posicionamento vantajoso no rastreio da depressão e posterior referência para o médico e/ou psicólogo. Assim, torna-se possível contribuir para o diagnóstico precoce da depressão, seguido do estabelecimento de um tratamento personalizado e efetivo, melhorando o prognóstico da doença e a qualidade de vida do doente (Hare & Kraenow, 2008; Rosser et al., 2013; C. Wilson & Twigg, 2018).

A revisão sistemática de Miller et al., em 2019, evidenciou que existem poucos estudos relativos ao rastreio de depressão em farmácias comunitárias. Os investigadores verificaram que oito estudos, em três países, relataram que os farmacêuticos conseguiam eficazmente usar uma ferramenta de rastreio de depressão, em adultos, na farmácia comunitária. Contudo, existiam lacunas quando examinaram a eficácia da intervenção e a seleção do instrumento de rastreio, ou seja, não encontraram evidências de um modelo específico de rastreio de depressão que possa ser comumente utilizado pelos farmacêuticos comunitários. Concluíram que efetivamente os farmacêuticos comunitários são importantes na aplicação do rastreio, mas são necessários estudos para uniformizar as evidências encontradas, de modo a criar-se um modelo universal de implementação de rastreios de depressão nas farmácias comunitárias: um modelo que englobe a ferramenta de rastreio ideal, o encaminhamento e acompanhamento do doente (Miller et al., 2020).

O presente estudo teve como objetivo primário, a verificação da viabilidade e implementação de rastreios de depressão na farmácia comunitária, de modo a proceder-se à intervenção precoce na doença. Pretendeu-se igualmente consciencializar a população para a depressão, pois é uma das doenças mais incapacitantes mundialmente.

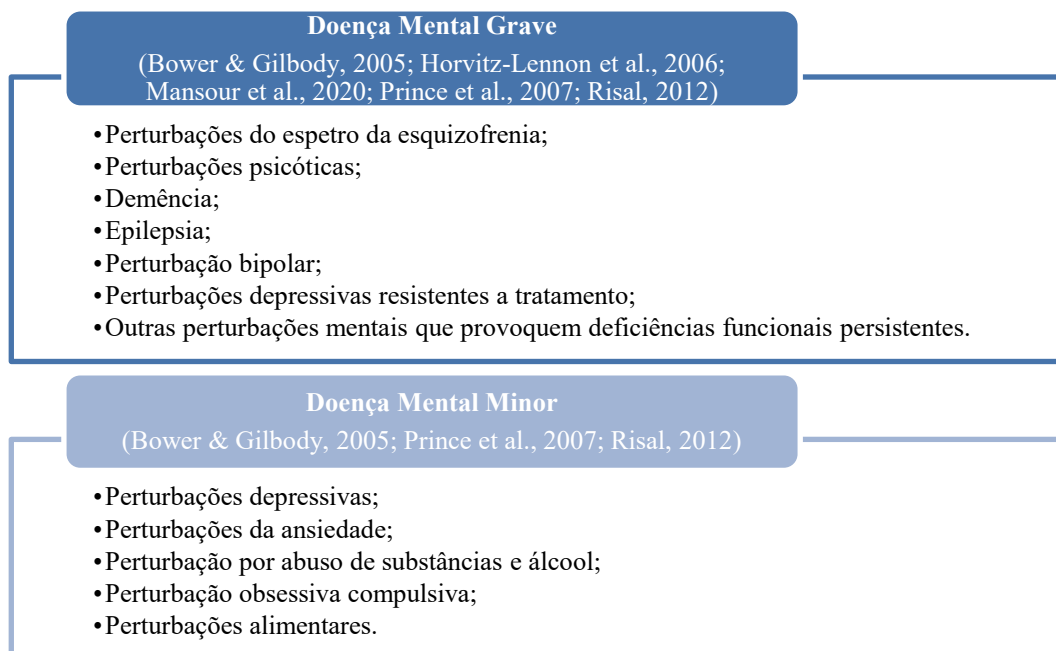
## 1. Enquadramento

### 1.1. Saúde Mental

A definição de saúde mental não é ainda consensual, porém a definição mais aceite é a da OMS que descreve a saúde mental como: “um estado de bem-estar em que cada indivíduo atinge o seu próprio potencial, consegue lidar com os desafios normais da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a comunidade em que está inserido” (Manwell et al., 2015; WHO, 2002).

As doenças mentais surgem quando se encontram presentes determinados sinais ou sintomas clinicamente significativos, que não são uma resposta adequada à sociedade e à cultura em que o indivíduo se insere, mas uma consequência de uma disfunção psicológica, biológica e/ou social (Aquino & Londono, 2018; Jorm, 2000; Malhi & Mann, 2018).

A OMS, entre as décadas 60-70, dividiu as doenças mentais em dois grupos (WHO, 1973): Doença Mental Grave ou Major e Doença Mental Minor. Este último grupo é considerado como o das doenças mentais mais comuns, que podem surgir isoladamente ou em conjunto com outras perturbações mentais, constituindo um problema de saúde pública comum (Bower & Gilbody, 2005; Horvitz-Lennon et al., 2006; Mansour et al., 2020; Prince et al., 2007; Risal, 2012). A Figura 1 exemplifica esta divisão:



**Figura 1:** Divisão das doenças mentais proposta pela OMS.

### 1.1.1. Saúde Mental em Portugal

A saúde mental em Portugal, tal como na maioria dos restantes países, sempre foi um tema tabu. Está associada a discriminação, sendo um dos motivos pela elevada prevalência de doenças mentais (22,9%; 2º lugar no ranking europeu), bem como ao seu complicado diagnóstico e tratamento (CNS, 2019).

Este grupo de doenças, entre 2015 e 2016, foram responsáveis por aproximadamente 12,0% dos anos de vida perdidos ajustados à incapacidade (DALY) e 18,0% dos anos vividos com incapacidade (YLD) (DGS, 2015). Em Portugal no ano de 2017, o suicídio foi responsável por 10.800 anos de vida perdidos (YLL) nos homens e 3.828 YLL nas mulheres, o equivalente a um total nacional de 14.628 YLL (CNS, 2019).

Segundo os últimos dados, a depressão abrange 9% dos portugueses inscritos nos cuidados de saúde primários, sendo que é a 4ª doença mental que mais contribui para o DALY nacional. As perturbações esquizofrénicas e delirantes surgem com prevalências anuais inferiores a 1% (CNS, 2019; DGS, 2015, 2017).

O inquérito *World Mental Health Survey Initiative* (WMH) é um projeto da OMS que visa recolher e analisar dados epidemiológicos de prevalência de doenças mentais, nos diversos países que aceitem participar (R. C. Kessler et al., 2009). Durante a implementação do WMH, em Portugal verificou-se que este país estava bastante atrasado na área do tratamento da saúde mental, em relação a outros países europeus (Xavier et al., 2013). Os serviços de saúde mental carecem de grandes problemas de acessibilidade, equidade e qualidade no atendimento. São necessários espaços destinados apenas a esta área da medicina, nomeadamente, gabinetes de intervenções de crise e programas que envolvam o doente e a sua família e/ou cuidadores (Xavier et al., 2013).

Neste estudo de 2013, Xavier et al. verificaram que em Portugal, a ansiedade (16,5%) e as perturbações do humor (7,9%) eram as doenças mentais com maior prevalência, contrastando com as perturbações de abuso de substâncias com uma menor prevalência (1,6%); a faixa etária da população mais afetada localizava-se entre os 18 e os 34 anos. Os investigadores também apuraram que na população portuguesa, as fobias específicas (8,6%), a depressão major (6,8%), a perturbação obsessiva-compulsiva (4,4%) e a perturbação stress pós-traumático (2,3%) foram as perturbações psiquiátricas mais comuns (Xavier et al., 2013).

Posteriormente, o Instituto Nacional de Estatística realizou em 2014, o Inquérito Nacional de Saúde, no qual foi abordada a saúde mental limitada ao estudo da perturbação

depressiva. Os dados mostraram que 63% dos indivíduos inquiridos apresentavam sintomas depressivos ligeiros e que esses eram mais frequentes em pessoas reformadas (38,7%) e nas mulheres, em geral (INE, 2016). O grau de escolaridade influenciou igualmente a frequência de sintomas: quanto maior o grau de escolaridade, menor a percentagem de sintomas depressivos (21,0% sem nenhum grau de escolaridade; 11,3% com o ensino básico e 5,9% com o ensino secundário) (INE, 2016).

### 1.1.2. Relação Pandemia COVID-19 e Saúde Mental

As pandemias desencadeiam sentimentos de medo, incerteza, preocupação e stress como resposta a uma ameaça extrema para a sociedade e o indivíduo (Rogers et al., 2020). Em 2002, durante a fase inicial do surto da Síndrome Respiratória Aguda Grave (*Severe Acute Respiratory Syndrome - SARS*) provocada pelo coronavírus *SARS-CoV*, foram descritas diversas morbidades psicológicas (depressão, ansiedade, ataques de pânico, sintomas psicóticos, delírio e suicídio) (Carvalho et al., 2020; Maunder et al., 2003; Xiang et al., 2020).

Neste momento, a atenção mundial incide na pandemia COVID-19 e nos seus efeitos a curto e a longo prazo na saúde física e mental e nas consequências psicossociais (Rogers et al., 2020; Xiang et al., 2020). Tendo em conta as características semelhantes dos surtos (causa infecciosa, rápida propagação, entre outros), alguns métodos usados no surto de SARS podem ser adaptados à doença por coronavírus (COVID-19), provocada pelo coronavírus *SARS-CoV-2* (Frontini et al., 2021; C. Wang et al., 2020; Xiang et al., 2020).

O novo coronavírus, em 2019, criou a necessidade de implementar novas medidas de saúde pública, tais como o isolamento dos suspeitos e dos diagnosticados com o vírus. O rastreio dos contactos de risco e a quarentena podem originar um conjunto de sintomas psicopatológicos, nomeadamente: sintomas depressivos, irritabilidade, medo, raiva, insónia e stress. Caso estes sintomas não sejam detetados precocemente, podem evoluir para complicações como a depressão, uma vez que os indivíduos estão predispostos ao medo de contraírem a doença e/ou sentimento de culpa de contagiarem os seus familiares e conhecidos (Carvalho et al., 2020; Xiang et al., 2020).

A incerteza perante a segurança no trabalho e/ou financeira, os inconvenientes relativos à mudança de rotina e à reestruturação de um novo modo de vida são fatores

stressantes e prejudiciais à saúde mental (Duan & Zhu, 2020; Jarego et al., 2021; Morgado et al., 2021; Rajkumar, 2020). Antes da pandemia existiam formas de lidar com o stress, que é um dos principais fatores de risco para desenvolver problemas psicológicos, contudo, devido às mudanças provocadas pela COVID-19, as estratégias como o suporte social ou até mesmo a prática de atividade física ficaram limitadas pelas restrições de propagação do vírus, o que conseqüentemente levou ao aumento da prevalência de doenças mentais (Brooks et al., 2020; Park et al., 2020).

### *Panorama Mundial*

No início da pandemia, a China e a Itália relataram que o confinamento e o surto de COVID-19, provocaram um impacto negativo na saúde mental da população, surgindo sintomas depressivos, ansiedade e stress numa escala de moderados a grave (Frontini et al., 2021; Mazza et al., 2020; Wang et al., 2020). A gravidade dos sintomas intensificou em situações como: familiares/conhecidos infetados, não existir condições de trabalho, não possuir equipamentos de prevenção e segurança apropriados, instabilidade familiar, solidão devido ao confinamento (Frontini et al., 2021; Mazza et al., 2020; Wang et al., 2020).

Segundo Fountoulakis et al., em 2020, durante o confinamento na Grécia, ocorreu um aumento de sintomas depressivos e de ansiedade. Neste período, 23,31% dos indivíduos com história clínica anterior de depressão, tiveram uma recaída e 8,96% dos indivíduos sem história de depressão, manifestaram pela primeira vez sintomas depressivos (Fountoulakis et al., 2021).

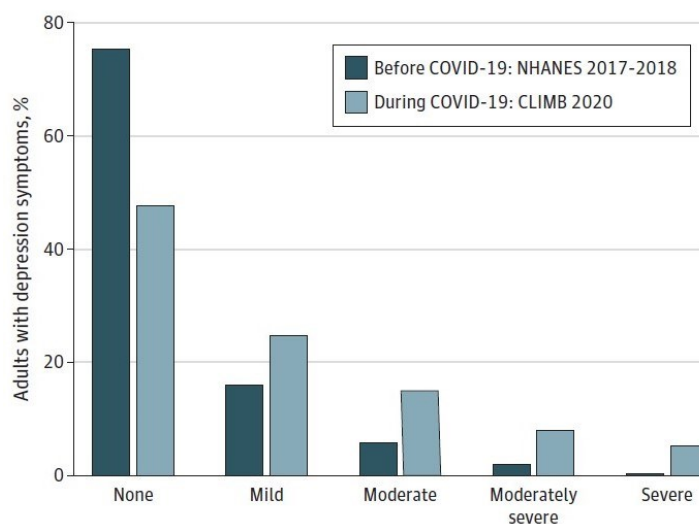
Estudos realizados sobre o impacto da pandemia COVID-19, na saúde mental nos Estados Unidos da América (EUA), revelaram que 53% dos americanos consideraram que a sua saúde era “normal a má” e que a preocupação com a COVID-19 resultou num impacto negativo na sua saúde mental (Panchal et al., 2020).

Ettman et al., no ano de 2020, analisaram a prevalência de sintomas de depressão nos EUA, através da implementação do PHQ-9 antes e durante a pandemia; verificaram que a prevalência de depressão triplicou durante a pandemia COVID-19, passando de 8,5% (pré-COVID-19) para 27,8% (Figura 2) (Ettman et al., 2020).

J. M. Wilson et al., em 2020, também realizaram um estudo, no qual implementaram o questionário PHQ-9 na população americana. Na sua amostra, 23,5% dos indivíduos apresentaram sintomas compatíveis com depressão, traduzindo-se numa pontuação igual ou superior a 10 no PHQ-9 (J. M. Wilson et al., 2021).

Salari et al., em 2020, realizaram uma meta-análise focada na prevalência de depressão, ansiedade e stress na população mundial, após o início da pandemia. Relataram que 33,7% dos indivíduos apresentaram sintomas de depressão, 31,9% de ansiedade e 29,6% de stress (Salari et al., 2020).

Todos os estudos referem que aparentemente os níveis de depressão, ansiedade e stress são mais elevados do que antes da pandemia. Estes dados são compatíveis com a perceção da degradação da saúde mental neste período (Ettman et al., 2020; Fountoulakis et al., 2021; Salari et al., 2020; J. M. Wilson et al., 2021).



**Figura 2:** Retirada de Ettman et al., em 2020. Percentagem de Depressão em adultos na população americana. Dados antes COVID-19 retirados do National Health and Nutrition Examination Survey de 2017-2018 vs dados durante COVID-19 adquiridos entre 31 de março e 13 de abril de 2020.

### Panorama Nacional

Em Portugal também foram realizados alguns estudos em 2020 e 2021 (Ferreira et al., Jarego et al., Morgado et al., e Paulino et al.), com o objetivo de avaliar o estado de saúde mental da população adulta durante o confinamento provocado pela COVID-19 e o modo como o stress era gerido.

Paulino et al., em março de 2020 (4 dias), aplicaram um inquérito online na população portuguesa, onde avaliaram o sofrimento psicológico (depressão, ansiedade e stress). Alcançaram 10.529 participantes (83,4% mulheres), com idade média de 31 anos e conseguiram inferir que quase metade dos participantes (49,2%) denotaram um impacto psicológico negativo, associado à pandemia COVID-19, nomeadamente: sintomas moderados a grave de depressão (11,7%), ansiedade (16,9%) e stress (5,6%) (Paulino et al., 2021).

Outro estudo reuniu dados de 586 portugueses adultos (73% mulheres) com idades compreendidas entre os 18 e os 78 anos, através da implementação de um questionário online, durante dois meses (abril e maio de 2021). Os valores foram mais elevados do que anteriormente citado, apontando sintomas moderados a graves de depressão (19,5%), ansiedade (21%) e stress (25,5%) na população analisada (Ferreira et al., 2021).

Esta diferença deve-se provavelmente ao tempo de implementação dos questionários e à linha temporal, uma vez que os estudos anteriores duraram apenas alguns dias e foram realizados no início da pandemia (primeiro confinamento nacional), ao contrário deste último (Ferreira et al., 2021).

Os estudos realizados em Portugal relataram níveis de stress mais reduzidos, em comparação com os níveis de outros países, o que pode ser explicado, devido a este país ter sido afetado pela pandemia mais tarde do que a maioria dos países europeus, tendo assim uma melhor perceção das consequências (Ferreira et al., 2021; Jarego et al., 2021; Morgado et al., 2021; Paulino et al., 2021).

Os investigadores ressaltaram que um dos vieses do estudo, foi as características sociodemográficas da amostra utilizada, com elevado grau de escolaridade e rendimentos familiares médios/altos (Ferreira et al., 2021; Jarego et al., 2021). Este ponto é importante, pois a distribuição de saúde é desigual entre a população, ou seja, regiões proeminentemente mais pobres possuem níveis mais baixos de saúde: mortalidade elevada, menor esperança média de vida, pouco acesso a unidades de saúde (Teixeira et al., 2016).

### *Considerações e Estratégias*

Averiguou-se que os indivíduos com maior acesso a recursos sociais ou financeiros e que estejam expostos a menores condições de stress, possuem uma menor tendência a sintomas de depressão. É de salientar que apesar do crescente aumento de ansiedade e sintomas depressivos, a prevalência continua a ser mais elevada no sexo feminino (Carvalho et al., 2020; Ettman et al., 2020; Luo et al., 2020).

Através da análise sociodemográfica, os investigadores concluíram que é urgente investir na saúde mental, intensificando os esforços nas populações que apresentam fatores de risco: sexo feminino, desempregados, baixos rendimentos e nível educacional, ser profissional de saúde ou doente COVID-19, entre outros (Carvalho et al., 2020; Luo et al., 2020; Morgado et al., 2021).

O isolamento é a medida mais eficaz para combater a pandemia, contudo, este é responsável por piorar ou desenvolver doenças mentais. Deve ser uma prática comum, a nível mundial, a criação de redes nacionais de cuidados de saúde mental com equipas multidisciplinares, criadas pelas autoridades competentes de saúde de cada país (Frontini et al., 2021; Paulino et al., 2021; Xiang et al., 2020). Estas equipas devem englobar: psiquiatras, enfermeiros especializados em psiquiatria, psicólogos clínicos, farmacêuticos especializados em psiquiatria e outros profissionais que sejam considerados convenientes. Os profissionais de saúde destacados devem trabalhar em conjunto, de modo a apoiarem os doentes e fornecerem diagnósticos precoces e tratamentos adequados (Frontini et al., 2021; Paulino et al., 2021; Xiang et al., 2020).

## **1.2. Papel do Farmacêutico na Saúde Mental**

As doenças mentais contribuem bastante para a GBD; são necessárias medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu tratamento e é comumente prescrita medicação psicotrópica para o seu tratamento, cujo funcionamento e finalidade muitas vezes são desconhecidas pelo doente (Hall B et al., 2019). Também é fundamental, a existência de uma monitorização atenta e regular, devido às características particulares deste espectro de terapêutica (Bingham et al., 2020; Mcmillan et al., 2017).

Assim, existem diversas interações e oportunidades de intervenção, por parte dos farmacêuticos, permitindo o contributo da comunidade farmacêutica na saúde mental. O auxílio do farmacêutico comunitário na gestão das doenças mentais deve ser encarado como um bem essencial (Dollar et al., 2020; Mey et al., 2015; Rubio-Valera et al., 2014).

As farmácias são locais em que se realizam normalmente rastreios; se estes fossem alargados ao leque das doenças mentais seria um modo de facilitar diagnósticos e intervir precocemente nestas doenças, aumentando a probabilidade de um melhor prognóstico (Calogero & Caley, 2017; Mey et al., 2015; Watkins et al., 2020).

### *Monitorização e adesão dos doentes à terapêutica*

O papel do farmacêutico na saúde mental, frequentemente é descrito em estudos relativos à revisão terapêutica de doentes com depressão (consultas farmacêuticas onde é revista a medicação e assegurada a adesão), porém são universais a outras doenças mentais, devido à sua semelhança. Nos dias de hoje, o farmacêutico tem também o dever

de educar a população e deste modo tem um papel na minimização do estigma que envolve as doenças mentais, facilitando uma maior abertura sobre o tema, diminuindo a resistência dos doentes a serem devidamente diagnosticados e aumentando a qualidade de vida dos mesmos (Calogero & Caley, 2017; Davis et al., 2020; Dollar et al., 2020; Watkins et al., 2020).

Os farmacêuticos comunitários possuem reconhecimento comprovado de que são os profissionais de saúde com maior impacto na promoção e intervenção na adesão à terapêutica (Bingham et al., 2020; Salvo & Cannon-breland, 2015). Nos casos em que as doenças mentais são tanto uma comorbilidade como uma doença em si, a adesão ao tratamento é fundamental para reduzir os riscos de agravamento das doenças subjacentes, pois as doenças mentais são um fator de risco para os doentes não cumprirem corretamente os tratamentos prescritos (Bingham et al., 2020; Kamusheva et al., 2020; Rubio-Valera et al., 2014).

### *Especialidades Farmacêuticas*

A Austrália, neste momento, é o país que maior suporte e esforços tem realizado para envolver os farmacêuticos comunitários na Saúde Mental. Neste país, os farmacêuticos são inseridos em equipas multidisciplinares, interagindo com psiquiatras e outros profissionais de saúde mental (Calogero & Caley, 2017; Rubio-Valera et al., 2014).

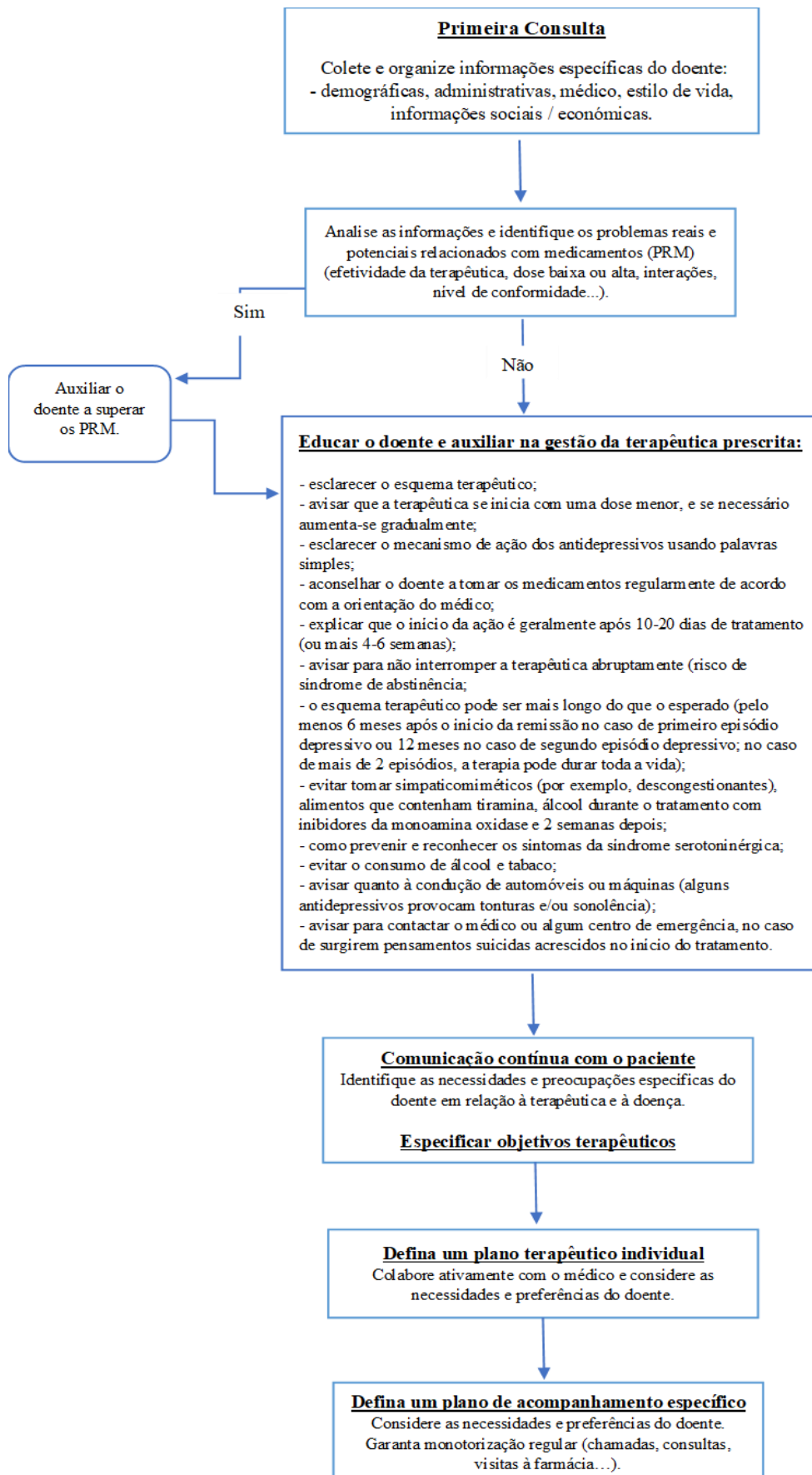
Os farmacêuticos, para acederem ao grau de farmacêuticos comunitários, necessitam obrigatoriamente de frequentar formações denominadas “Mental Health First Aid” (MHFA) que instruem como gerir as doenças mentais e abuso de substâncias, além de fornecerem cuidados específicos, nesta área. Na Austrália valorizam tanto a formação na saúde física como na saúde mental e os farmacêuticos comunitários estão totalmente preparados para prestar atendimentos nas duas situações (Calogero & Caley, 2017; Rubio-Valera et al., 2014).

Nos EUA, a comunidade farmacêutica americana está a tentar replicar a realidade australiana havendo cada vez mais divulgação e incentivo de formações de MHFA (Denson & Kim, 2018; Dollar et al., 2020). Neste país, os farmacêuticos possuem graus de especialista, existindo a especialidade de psiquiatria, a qual confere o grau de Farmacêutico Psiquiátrico (Psychiatric Pharmacist - PP), cujas funções são: prevenir, identificar e resolver problemas de saúde, em parceria com uma equipa multidisciplinar hospitalar e trabalhando de perto com os médicos psiquiatras (Davis et al., 2020; Silvia et al., 2020; Tallian et al., 2012).

Existe um crescente interesse de transferir os PP para as farmácias comunitárias, pois permitiria diminuir a carga dos serviços psiquiátricos hospitalares. Assim, o rastreio inicial de doenças mentais e o acompanhamento seria realizado pelos PP, nas farmácias comunitárias. Os farmacêuticos comunitários, durante o atendimento ao balcão, referenciarão os doentes que apresentassem os parâmetros necessários pré-estabelecidos para uma consulta com o PP na farmácia, de modo a se obter uma monitorização apenas centrada no doente e uma progressão mais rápida e positiva do tratamento das doenças mentais (Davis et al., 2020; Silvia et al., 2020; Tallian et al., 2012).

Kamusheva et al., em 2020, criaram uma possível *Guideline*, na qual descrevem como se deve implementar e estruturar a consulta farmacêutica para gerir a depressão, demonstrando que há uma preocupação crescente de agregar informações sobre o modo de intervir nas doenças mentais, sendo exetável que nos próximos anos seja universal, o farmacêutico não dispensar apenas medicações psicotrópicas, mas também fornecer um acompanhamento regular e personalizado tanto ao doente como à doença. O modo como deveria ser conduzida a primeira consulta, segundo os autores, encontra-se exemplificado na Figura 3 (Kamusheva et al., 2020).

**Figura 3:** Algoritmo da consulta farmacêutica em doentes com depressão - consulta inicial; adaptado de Kamusheva et al., em 2020.



### 1.3. Depressão

#### 1.3.1. Epidemiologia

Relativamente aos dados referentes à epidemiologia das doenças mentais, em que se insere a depressão, deve ter-se em conta que estes são quase sempre incompletos e difíceis de obter. Existe um número considerável de doentes que sofrem em silêncio e não procuram ajuda profissional, logo nunca são diagnosticados (Arias-de la Torre et al., 2021; P. S. Wang et al., 2007).

Em 2015, a depressão atingiu aproximadamente 4.4% da população, correspondendo a 320 milhões de pessoas (Vos et al., 2016). A depressão afeta indivíduos de todas as idades e classes sociais. A única desigualdade relevante encontra-se na diferença de géneros, pois as mulheres possuem duas vezes mais probabilidade de desenvolverem depressão do que os homens, esta diferença varia de acordo com a região do mundo (Ferrari et al., 2013; Lim et al., 2018; Vos et al., 2016).

É de referir que a doença geralmente ocorre entre os 30-40 anos. Contudo, nos últimos anos, tem-se verificado um aumento na frequência e uma redução na idade com que os sintomas depressivos iniciam (Cuijpers et al., 2020; Kondova et al., 2018).

**Tabela 1:** Prevalência de Depressão consoante as diferenças demográficas e culturais, em 2013, adaptada de Lim et al., 2018.

<b>Categoria</b>	<b>Subgrupo</b>	<b>Nº de estudos</b>	<b>Prevalência</b>	<b>n</b>
<b>Continente</b>	África	4	11,5	3835
	Ásia	25	16,7	487440
	Austrália	5	7,3	24283
	Europa	19	11,9	79503
	América do Norte	11	13,4	295279
	América do Sul	4	20,6	6721
	Geral:	68	-	-
<b>Índice de Desenvolvimento Humano (HDI)</b>	Muito Elevado	35	9,8	639124
	Elevado	24	19,2	227210
	Médio	5	29,2	26892
	Baixo	4	11,5	3835
	Geral:	64	-	-
<b>Método de Avaliação</b>	Baseado em Entrevista	24	8,5	127082
	Autorrelato	43	17,3	593544
	Geral:	67	-	-
<b>Cenário</b>	Rural	11	13,0	9341
	Urbano	28	17,7	83890
	Geral:	39	-	-
<b>Idioma do País</b>	Países língua oficial inglesa	27	14,2	349865
	Restantes países	41	13,4	547196
	Geral:	68	-	-

Na análise detalhada da prevalência da depressão na Tabela 1, compararam-se diferenças culturais e sociodemográficas. A América do Sul (20,6%) e a Ásia (16,7%) foram os continentes com maior prevalência; contrariamente, a Austrália (7,3%) e África (11,5%) registaram menor prevalência (Lim et al., 2018).

Relativamente ao Índice de Desenvolvimento Humano (HDI), a prevalência mais elevada foi registada nos países com HDI médio (29,2%), devendo-se possivelmente ao elevado custo de vida (fator de stress) da população, incluindo os cuidados de saúde (Ho et al., 2013; Lim et al., 2018).

Em relação ao cenário de estudo, a prevalência foi menor em meios rurais (13,0%) do que em meios urbanos (17,7%). Todos os estudos em países de língua materna inglesa obtiveram uma prevalência maior em comparação com os restantes (13,4%) países (Lim et al., 2018).

**Tabela 2:** Prevalência de Depressão em 27 países europeus, em 2015, adaptada de Arias-de la Torre et al., 2021.

	Total de população (n=258888)		Homens (n=117 310)		Mulheres (n=141578)	
	n	Prevalência	n	Prevalência	n	Prevalência
<b>Áustria</b>	15 701	4,29%	6953	3,41%	8748	5,13%
<b>Bulgária</b>	5258	6,53%	2458	4,90%	2800	7,99%
<b>Croácia</b>	5016	3,24%	2350	3,08%	2666	3,38%
<b>Chipre</b>	4695	3,31%	2216	2,48%	2479	4,06%
<b>República Checa</b>	<b>6607</b>	<b>2,58%</b>	<b>2776</b>	<b>1,71%</b>	<b>3831</b>	<b>3,39%</b>
<b>Dinamarca</b>	5449	7,17%	2489	4,88%	2960	9,43%
<b>Estónia</b>	5439	6,64%	2310	4,73%	3129	8,26%
<b>Finlândia</b>	5146	5,23%	2210	4,86%	2936	5,59%
<b>França</b>	14191	7,03%	6843	4,78%	7348	9,12%
<b>Alemanha</b>	24404	9,24%	11084	7,69%	13 320	10,73%
<b>Grécia</b>	7834	3,39%	3216	2,57%	4618	4,13%
<b>Hungria</b>	5777	7,98%	2678	5,89%	3099	9,82%
<b>Islândia</b>	<b>3812</b>	<b>10,33%</b>	<b>1872</b>	<b>6,67%</b>	<b>1940</b>	<b>14,02%</b>
<b>Irlanda</b>	9046	7,67%	4078	6,50%	4968	8,80%
<b>Itália</b>	21934	3,81%	10358	2,62%	11 576	4,88%
<b>Letónia</b>	6607	4,61%	2692	2,97%	3915	5,90%
<b>Lituânia</b>	4982	3,01%	1956	1,75%	3026	4,05%
<b>Luxemburgo</b>	3629	9,74%	1657	8,12%	1972	11,34%
<b>Malta</b>	3974	3,27%	1899	2,16%	2075	4,38%
<b>Noruega</b>	8069	5,21%	4059	4,01%	4010	6,41%
<b>Polónia</b>	22076	4,31%	9620	3,18%	12456	5,29%
<b>Portugal</b>	<b>17974</b>	<b>9,15%</b>	<b>7850</b>	<b>4,54%</b>	<b>10124</b>	<b>13,24%</b>
<b>Roménia</b>	16422	4,38%	7768	3,82%	8654	4,91%
<b>Eslováquia</b>	5489	2,56%	2454	1,84%	3035	3,24%
<b>Eslovénia</b>	5914	5,50%	2653	3,84%	3261	7,12%
<b>Suíça</b>	5737	8,75%	3024	6,46%	2713	11,08%
<b>Reino Unido</b>	17 706	7,40%	7787	6,08%	9919	8,53%

A prevalência de depressão na Europa é considerada elevada (6,38%) e discrepante entre os países, como se pode ver na Tabela 2. A Islândia detém o maior valor de prevalência (10,33%) e a República Checa o menor (2,58%). Portugal, situa-se entre os países com maior prevalência de depressão, sendo o 4º país no ranking europeu (9,15%). É de realçar que globalmente, a prevalência foi mais elevada nas mulheres, com uma diferença significativa, excetuando os casos da Finlândia e da Croácia (Arias-de la Torre et al., 2021).

### **1.3.2. Impacto na Saúde Pública**

#### Morbilidade e Mortalidade

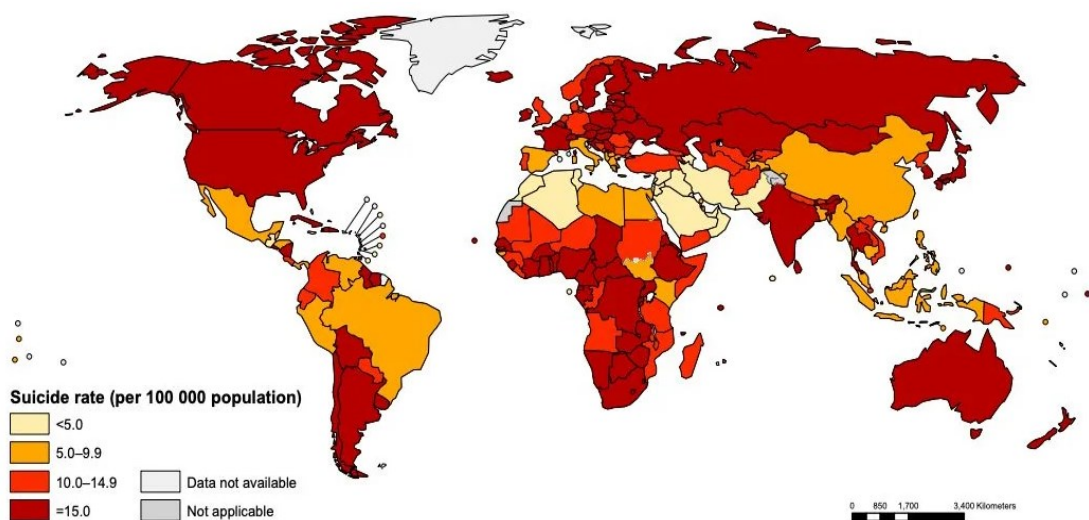
A depressão está associada a diversas doenças como por exemplo, artrite, cancro, doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e outras doenças crónicas. Esta associação tem impacto na saúde pública, uma vez que esta doença é considerada um fator de risco, ou seja, doentes com depressão possuem maior probabilidade de desenvolver outras doenças; assim como, doentes crónicos têm probabilidade de desenvolver depressão (Kessler & Bromet, 2013).

É de referir que a depressão por si só é um risco de mortalidade e morbilidade, pois os doentes têm baixas taxas de adesão aos tratamentos e têm tendência para cometer suicídio. Também se verificou que estes doentes estão bastante envolvidos em comportamentos prejudiciais à saúde, como o uso de substâncias de abuso, tabaco e obesidade (Kessler & Bromet, 2013).

#### Suicídio

A associação depressão e suicídio é um oneroso problema de saúde pública; o número de suicídios pode estar subestimado, uma vez que em alguns países, o suicídio é classificado como lesão não intencional (Metrics, 2018). Estima-se que por ano, em todo o mundo, o suicídio foi responsável por 703.000 mortes, o que corresponde a uma taxa global de suicídio padronizada, por idade e por ambos os géneros de 9,0 por 100.000 habitantes (Figura 4). Deve-se ainda considerar que por cada suicídio, existem várias tentativas de suicídio e ideações suicidas (WHO, 2019).

Após a análise das razões dos indivíduos cometerem suicídio, Hawton et al., em 2013, confirmaram que 9 em 10 pessoas, na altura da sua morte, tinham uma doença mental e que a depressão era a doença mais comum (Hawton et al., 2013).



**Figura 4:** Taxas de suicídio padronizadas (por 100.000 habitantes), em 2016. Retirado de (WHO), 2019.

Nos doentes diagnosticados e medicados, uma morte em cada seis, é devida a suicídio. Apenas 25% dos doentes que morreram por suicídio tiveram contacto com serviços psiquiátricos no período anterior à sua morte. Aproximadamente 50% dos doentes tiveram 3 meses antes, consulta com o médico de família; 40% um mês antes e 20% na semana antes da morte. Estes dados reforçam que o papel dos cuidados de saúde primários pode ser bastante importante, pois conseguem garantir um contacto mais direto com os doentes e calcular o risco de ideação suicida e suicídio, bem como tentar preveni-los (Hawton et al., 2013; Mann et al., 2005).

### DALY e YLD

O DALY das doenças mentais e neurológicas deve-se maioritariamente, à incapacidade e/ou deficiências significativas que prejudicam o funcionamento diário dos doentes e não à mortalidade prematura, comparativamente com doenças como o cancro ou doenças cardiovasculares (Wittchen et al., 2011).

A carga anual das doenças mentais, na Europa, ronda os 21,2% YLD e 7,1% DALY, estimando-se que sejam responsáveis por aproximadamente 1/3 dos anos de vida saudáveis perdidos, resultante de doenças crónicas não transmissíveis. A depressão

contribui para que se perca, devido à doença, 1 em cada 10 anos de vida saudáveis ou 10,3% de todos os DALY (CNS, 2019; Wittchen et al., 2011).

O estudo sobre a GBD de 2015, realçou que a depressão ficou em terceiro lugar entre as principais causas de incapacidade no mundo, igualmente o conduzido em 2017, evidenciou que ao longo de 28 anos, a depressão foi das três principais doenças que prevaleceu no decorrer dos anos e mais contribuiu na proporção de YLD (James et al., 2018; Vos et al., 2016). Em 2015, a depressão totalizou mais de 50 milhões de YLD, ou seja, 7,5% de todo o YLD mundial, sendo que mais de 80% afetou os países menos desenvolvidos (James et al., 2018; Vos et al., 2016). No estudo GBD de 2017, verificou-se que a percentagem de YLD sofreu um aumento de aproximadamente 14,1%, ao longo de 10 anos (2007-2017), sendo compatível com os valores de 2015 (James et al., 2018).

As doenças mentais são responsáveis, por aproximadamente 37% dos YLD mundiais, afetando igualmente os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento (Vos et al., 2016; P. S. Wang et al., 2007).

### **1.3.3. Definição**

As perturbações de humor, podem ser divididos em 2 grandes grupos: perturbações depressivas ou depressão unipolar e perturbações bipolares ou depressão bipolar. As perturbações depressivas são mais comuns e incluem: depressão major (DM), transtorno da desregulação do humor e distímia, entre outras perturbações (American Psychiatric Association, 2013; Gin S Malhi, Darryl Bassett et al., 2015).

Os sintomas comuns destas perturbações são: presença de humor depressivo, baixa autoestima, pensamentos negativos, anedonia, astenia ou fadiga, irritabilidade, vazio inexplicável, insónia ou hipersónia, alterações no peso corporal e modificações físicas e cognitivas que prejudicam o funcionamento do doente (American Psychiatric Association, 2013; Gin S Malhi, Darryl Bassett et al., 2015).

Existem diversas perturbações depressivas, classificadas consoante a gravidade/persistência dos sintomas e a duração dos mesmos. Os tipos mais comuns são os episódios depressivos, a DM, seguida da distímia (Gonçalves & Fagulha, 2004; Juruena et al., 2021).

O episódio depressivo surge com uma duração superior a 2 semanas, contudo é limitado no tempo (semanas a meses). No caso de persistir no tempo e não ser

implementado um tratamento correto, o episódio depressivo agrava para DM. Esta forma de depressão, globalmente, é denominada de apenas “depressão”, uma vez que é a mais prevalente e a mais conhecida (American Psychiatric Association, 2013; Malhi & Mann, 2018).

Por fim, a distímia é uma forma de depressão ainda mais persistente que a depressão major, pois os sintomas prolongam-se no tempo (pelo menos 2 anos), sem intercalação entre fases depressivas e fases normais, como nos tipos de depressão referidos previamente, por isso é denominada de “depressão crónica”. Os sintomas são menos detetáveis em comparação com o episódio depressivo ou a depressão major, o que torna o diagnóstico mais complexo (American Psychiatric Association, 2013; Malhi & Mann, 2018).

#### **1.3.4. Diagnóstico de Depressão**

A DM é uma doença errante: depende muito de doente para doente. Na maioria, a doença instala-se gradualmente. Os doentes intercalam fases depressivas (meses a anos) e fases com humor normal (eutímia), ou seja, existem períodos normais e períodos depressivos que não possuem duração fixa, padrão constante ou número de episódios ao longo da vida idênticos (American Psychiatric Association, 2013; Malhi & Mann, 2018).

Como se trata de uma doença recorrente ao longo da vida do doente, a recuperação é descrita como: “o doente não apresenta sintomas, após um episódio depressivo”. Normalmente, seguindo um plano de tratamento adaptado e adequado ao doente, os episódios de DM variam entre 3 e 6 meses. Após 12 meses, uma grande percentagem de doentes tornam-se assintomáticos, conseguindo recuperar a sua qualidade de vida (American Psychiatric Association, 2013; Malhi & Mann, 2018).

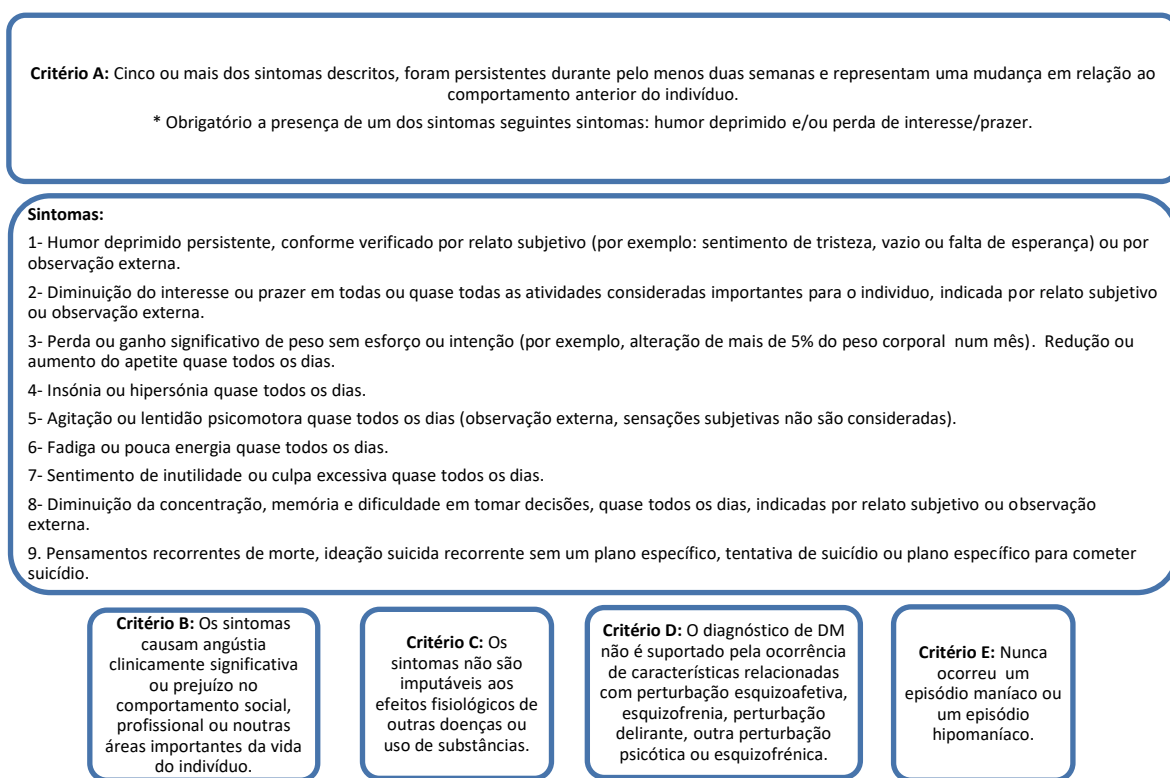
Atualmente, existem dois grandes instrumentos de diferenciação entre doenças e diagnóstico de doenças psiquiátricas: o Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM-V) e a Classificação Internacional de Doenças (ICD-10), que utilizam sintomas-chave para definir um diagnóstico. Os clínicos adotaram, preferencialmente, o DSM-V em detrimento do ICD-10, uma vez que a sua utilização é intuitiva e rápida de consulta (Dartmouth-Hitchcock, 2017; Gin S Malhi, Darryl Bassett et al., 2015; Malhi & Mann, 2018).

O DSM-V possui 3 critérios de diagnóstico (A, B e C) que representam um episódio depressivo major e 2 critérios que excluem perturbações esquizofrénicas e

perturbações bipolares (D e E, respetivamente) (American Psychiatric Association, 2013).

Como descrito na Figura 5, um diagnóstico de DM é estabelecido quando o doente totaliza cinco ou mais sintomas quase todos os dias, durante pelo menos 2 semanas, sendo fundamental a presença de humor depressivo e a anedonia (diminuição ou perda de prazer/interesse) (American Psychiatric Association, 2013).

Além destes sintomas, relacionados com a parte psicológica e neurológica, são bastante comuns os sintomas psicossomáticos que em diversas ocasiões são uma manifestação primária da doença, como queixas de dor ou distúrbios gastrointestinais (Dartmouth-Hitchcock, 2017; Malhi & Mann, 2018).



**Figura 5:** Critérios de diagnóstico de depressão major, adaptado de American Psychiatric Association, 2013.

<i>Sleep disorders</i>	Perturbação do sono (insónia ou hipersónia)
<i>Interest deficit</i>	Diminuição do interesse ou prazer (anedonia)
<i>Guilt</i> ( <i>worthlessness, hopelessness, regret</i> )	Culpa (inutilidade, desesperança, arrependimento)
<i>Energy deficit</i>	Diminuição da energia
<i>Concentration deficit</i>	Diminuição da concentração
<i>Appetite disorder</i>	Perturbações do apetite (diminuição ou aumento)
<i>Psychomotor retardation or agitation</i>	Retardamento psicomotor ou agitação
<i>Suicidality</i>	Suicídio ou ideação suicida

Figura 6: Mnemónica SIGECAPS, adaptada de Maurer et al., 2018.

Os sintomas de depressão são comumente identificáveis pela mnemónica SIGECAPS evidenciados na Figura 6 (Maurer et al., 2018). Os dois sintomas-chave de depressão são o humor deprimido e a anedonia, ou seja, é obrigatório a sua presença. O surgimento de pelo menos, mais quatro SIGECAPS, sugere um diagnóstico de depressão (American Psychiatric Association, 2013; Maurer et al., 2018).

Quando surgem sintomas depressivos, mas em número ou gravidade insuficientes para ser considerada DM, denomina-se por sintomas depressivos subliminares ou episódio depressivo (American Psychiatric Association, 2013; Malhi & Mann, 2018).

A depressão pode manifestar-se de forma diferente entre homens e mulheres. As manifestações nos homens envolvem atos de violência, dificuldade em lidar com a raiva, abuso de substâncias e comportamentos de risco. Nas mulheres, a doença manifesta-se pelo surgimento de doença psicossomática, por exemplo, cefaleias, mialgias ou problemas gastrointestinais como Síndrome do Intestino Irritável (SII); é também muito comum a parte emocional estar bastante envolvida (stress e choro fácil) (Dartmouth-Hitchcock, 2017; Maurer et al., 2018).

Nenhum sintoma referido é apenas característico da depressão, uma vez que abrangem outras doenças psiquiátricas, o que dificulta o diagnóstico. A ansiedade frequentemente surge em combinação com a depressão (2/3 dos doentes com DM sofrem de ansiedade). Os sintomas de ansiedade surgem 1 a 2 anos antes do início dos sintomas de depressão, ou seja, a ansiedade pode ser vista como uma comorbilidade e como um sintoma de depressão (Dartmouth-Hitchcock, 2017; Malhi & Mann, 2018).

O diagnóstico de depressão deve ter em conta, o conhecimento de outras doenças e o histórico de medicação e/ou abuso de substâncias, pois ambas as situações podem mimetizar os sintomas depressivos (American Psychiatric Association, 2013; Maurer et al., 2018).

Resumindo, é fundamental a história clínica e pessoal do doente, a duração e evolução dos sintomas descritos e por fim, ferramentas que avaliem a intensidade da doença e comprovem a sua existência (American Psychiatric Association, 2013; Malhi & Mann, 2018).

### **1.3.5. Causas e Fatores de Risco de Depressão**

A depressão tem uma etiologia complexa, uma vez que a sua causa agrega fatores genéticos, psicológicos, biológicos, epigenéticos e ambientais. Contudo, existe um consenso descrevendo o stress como a principal causa de depressão e fator comum, em todos os indivíduos (Juruena et al., 2021).

Os fatores de risco, por norma, encontram-se interligados e dependem da idade, do género e da história pessoal e clínica do doente. Existem fatores de risco bem estabelecidos: um deles é a relação das doenças crónicas (diabetes, doenças cardiovasculares, doenças reumáticas, cancro, entre outras) com a depressão, uma vez que ocorre um efeito sinérgico entre as doenças. A depressão piora o tratamento das restantes doenças ou pode desencadeá-las e as doenças crónicas em si são uma comorbilidade de depressão (Dartmouth-Hitchcock, 2017; Malhi & Mann, 2018).

O DSM-V divide os fatores de risco, em 4 classes: temperamentais; ambientais; genéticos e fisiológicos; modificadores de curso:

- Na primeira classe encontra-se a afetividade negativa (neuroticismo - atitude marcada pela elevada reatividade e quantidade de stress, resultando em emoções negativas frequentes), sendo que elevados níveis aumentam a probabilidade de desenvolver depressão, se os indivíduos forem colocados em situações de intenso stress (American Psychiatric Association, 2013; Dartmouth-Hitchcock, 2017).

- A segunda classe engloba os eventos traumáticos, por exemplo, abusos sexuais ou físicos (especialmente provenientes da infância), perda de um relacionamento, entre outros (American Psychiatric Association, 2013; Dartmouth-Hitchcock, 2017).

- A terceira classe relaciona a história familiar de doença com um maior risco de desenvolvimento de DM, uma vez que a hereditariedade é significativamente alta (40%), existindo uma elevada possibilidade de transmitir o traço de personalidade de neuroticismo (American Psychiatric Association, 2013; Dartmouth-Hitchcock, 2017).

- A quarta e última classe estabelece uma ligação com outras doenças ou abusos e a probabilidade de DM ou a camuflagem dos seus sintomas, tais como: ansiedade, bipolaridade, uso de substâncias, entre outras. (American Psychiatric Association, 2013; Dartmouth-Hitchcock, 2017).

Em 2017, Dartmouth-Hitchcock, desenvolveram uma *Guideline* clínica do tratamento em ambulatório de depressão, onde descreveram, tendo por base o DSM-V, os fatores de risco, sintomas, sinais, tratamentos, entre outras informações. A Figura 7 foi adaptada desta *Guideline* e resume os fatores de risco.

Deve ser realçado o facto, de que doentes com historial de consultas frequentes e por iniciativa do mesmo (acima de cinco consultas por ano), sintomas sem explicação evidente, perturbações do sono, fadiga intensa e inexplicável, SII, devem ser uma preocupação e um sinal de alerta para se verificar a possibilidade de diagnóstico de depressão (Dartmouth-Hitchcock, 2017; Maurer et al., 2018).

Biológicos	Psicológicos	Ambientais
<input type="checkbox"/> História pessoal anterior de depressão	<input type="checkbox"/> Pensamentos negativos, por exemplo, "nunca nada vai dar certo"	<input type="checkbox"/> Falta de suporte social
<input type="checkbox"/> História familiar de depressão (familiares 1º grau)	<input type="checkbox"/> Sentimentos de desespero (perda de esperança)	<input type="checkbox"/> Perda de um relacionamento (viuvez, morte de um familiar, relacionamento romântico/amizade)
<input type="checkbox"/> Género feminino		<input type="checkbox"/> Uso de substâncias
<input type="checkbox"/> Período pós-parto		<input type="checkbox"/> Mudança de vida drástica (ou seja, mudança de emprego, dificuldades financeiras)
<input type="checkbox"/> Período peri/posmenopausa		<input type="checkbox"/> Evento traumático (acidente, abuso físico ou sexual)
<input type="checkbox"/> Comorbilidades médicas		
<input type="checkbox"/> Doença crónica		
<input type="checkbox"/> Homens acima de 65 anos correm maior risco de suicídio		

Figura 7: Fatores de Risco de Depressão Major, adaptado de Dartmouth-Hitchcock, 2017.

#### 1.4. Importância da Intervenção Precoce na Depressão

A DM, tal como por exemplo a diabetes *mellitus* tipo 2, é uma doença crónica comum, considerada um problema de saúde pública; devido ao seu contexto epidémico e ao surgimento de complicações associadas à deteção tardia ou à inexistência de diagnóstico e à redução significativa da qualidade de vida (Barboza et al., 2020; Peer et al., 2020). Na Diabetes tipo 2, a forma de diminuir os fatores referidos anteriormente, foi a implementação de medidas preventivas através da deteção (rastreios), educação inicial do doente para a doença e um acompanhamento persistente; sendo assim, a DM deveria ser encarada do mesmo modo devido às suas características semelhantes (Patel et al., 2007; Peer et al., 2020; Walker et al., 2015).

Atendendo à alta prevalência de DM na população em geral, particularmente nos doentes crónicos, o rastreio e a intervenção na depressão têm importância considerável em contexto de saúde pública e na prática clínica (Siu et al., 2016; Tohen et al., 2012; Y. H. Wang et al., 2020). O rastreio em indivíduos aparentemente saudáveis, conduz à deteção e ao tratamento precoce, podendo prevenir ou retardar o desenvolvimento de complicações relacionadas (Peer et al., 2020). Existem evidências de que intervenções, antes do início dos primeiros sintomas graves da doença, têm diversos benefícios e ressalvam que realizar rastreios de rotina seria benéfico (Fusar-Poli et al., 2020).

Como a DM é uma comorbilidade para outras doenças, a sua deteção atempada, previne o agravamento ou o acontecimento de eventos, como o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM). Foram encontradas evidências que relacionam a deteção precoce de doenças, como a DM e resultados positivos na recuperação de EAM e outras doenças cardíacas (Cohen et al., 2015; Wierenga et al., 2021). Também existem suspeitas de que a DM pode desempenhar um papel etiológico e ter influência no prognóstico das doenças cardiovasculares e oncológicas (20% apresentam sintomas depressivos) (Scott et al., 2016; Torres et al., 2016; Y. H. Wang et al., 2020; Wierenga et al., 2021).

Estados prolongados de perturbações depressivas geram emoções negativas, desconforto e perda de vontade. Os doentes, ao invés de adotarem comportamentos benéficos, perdem a motivação, priorizando comportamentos de risco (Brosschot et al., 2018). Assim, existindo formas de intervir precocemente, através de rastreios que detetem atempadamente a depressão, haverá uma maior probabilidade de recuperação da qualidade de vida (Torres et al., 2016; Y. H. Wang et al., 2020; Wierenga et al., 2021).

## 1.5. Rastreio de Depressão

### 1.5.1. População Alvo

Os rastreios de depressão em conjunto com o DSM-V são as ferramentas-chave de diagnóstico de DM. A população alvo de rastreios de depressão foi atualizada em 2016, pela Task Force de Serviços Preventivos dos EUA (USPSTF -US Preventive Services Task Force). Esta unidade recomenda que se realizem rastreios de depressão, na população adulta, com especial atenção nas mulheres grávidas e pós-parto (Figura 8), pois a USPSTF encontrou evidências, de que o rastreio contribui para um diagnóstico precoce e posterior tratamento, com grandes benefícios para a qualidade de vida dos doentes (redução ou remissão dos sintomas depressivos e/ou da depressão) (Maurer et al., 2018; Siu et al., 2016; Smithson & Pignone, 2017).

#### Recomendações de rastreio em adultos (USPSTF)

- **Rastreio de depressão, com instrumentos de deteção adequados, de modo a se garantir um diagnóstico preciso, tratamento e acompanhamento eficazes.**
- **População:** Adultos com idade  $\geq 18$  anos.
- **Avaliação de risco em maiores taxas de prevalência de depressão:**
  - Mulheres, adultos jovens e de meia-idade;
  - Indivíduos com baixos níveis de escolaridade, divorciados ou desempregados;
  - Doentes crónicos, com outras perturbações mentais ou histórico familiar de doenças mentais;
  - Histórico de depressão;
  - Luto complicado e solidão;
  - Perturbações de sono;
  - Fatores de risco durante a gravidez e pós-parto: baixa autoestima, ansiedade, ser mãe solteira, depressão pós-parto anterior, baixos níveis de rendimentos e gravidez indesejada.

**Figura 8:** Resumo Clínico do Rastreio de Depressão em Adultos, adaptado de Siu et al., 2016.

Na Europa, as diretrizes formuladas pelos diferentes países são baseadas nas recomendações do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), pertencente ao Reino Unido (Quittner et al., 2016; Rayner et al., 2011). Desde 2004, o NICE tem desenvolvido e atualizado *Guidelines* para a gestão de depressão em adultos, tendo considerado que o rastreio de depressão, apenas deve ser realizado nas populações de alto risco: indivíduos com histórico de DM, doenças crónicas, doenças somáticas causadoras de incapacidade ou outras doenças mentais, como demência. Esta *Guideline* destina-se aos cuidados de saúde primários e secundários e permite a identificação e o controlo da depressão em adultos, de modo a melhorar o atendimento dos doentes com DM, promovendo um diagnóstico assertivo e um tratamento ótimo (NICE, 2009, 2019).

Apesar de não existir consenso sobre a vantagem do rastreio na população geral, deve ter-se em consideração que a DM é uma doença com bastantes consequências associadas, tanto físicas, psicológicas como económicas. O não rastreio de depressão contribui para o aumento de morbilidades associadas a outras doenças e comportamentos de risco, especialmente, ao suicídio (Maurer et al., 2018; Metrics, 2018; Siu et al., 2016).

Infelizmente, a implementação de rastreios de depressão é ainda rudimentar, o que dificulta o diagnóstico e a deteção de depressão. O rastreio isolado não é uma intervenção suficiente, torna-se apenas eficaz quando combinado com intervenções para diagnosticar e tratar a doença (He et al., 2020; Levis et al., 2020; Siu et al., 2016).

### **1.5.2. Ferramentas de Rastreio**

As ferramentas de rastreio possuem adaptabilidade, pois podem determinar se os doentes com suspeita de alguma condição de saúde, apresentam critérios de diagnóstico e podem monitorizar os doentes, após serem implementados tratamentos, verificando se estes denotam melhorias ou não. No rastreio de depressão, as ferramentas de rastreios, normalmente, são questionários de autorrelato de sintomas depressivos e auxiliam no diagnóstico de depressão, em indivíduos que não foram previamente avaliados (He et al., 2020; Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Ao longo dos anos, foram criadas e adaptadas várias ferramentas de rastreio de depressão, aproximadamente 49, que avaliam a existência e a gravidade da doença, sendo que as mais reconhecidas e implementadas são: a Escala de Depressão Hamilton (Hamilton Depression Scale - HSD ou HAM-D), o Inventário de Depressão Beck (Beck Depression Inventory - BDI-II), a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS - Hospital Anxiety & Depression Scale), as subescalas do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI - Brief Symptom Inventory) e o Questionário de Saúde do Paciente-9 (Patient Health Questionnaire (PHQ)- 9) (Guerra et al., 2018; Telles-Correia & Barbosa, 2009). Todavia, uma vez que tanto o HAM-D, o BDI-II, o HADS e o BSI são questionários bastante longos, o PHQ-9, tendo por base o DSM-IV, tornou-se na ferramenta de rastreio de depressão mais popular entre os médicos e farmacêuticos, pois apenas reúne 9 questões, o que facilita a aplicação do questionário e a adesão dos doentes ao mesmo (Ballou et al., 2019; Guerra et al., 2018; Reilly et al., 2015). O PHQ-2 apesar de ser considerado uma boa ferramenta de rastreio não deve ser utilizado isoladamente,

posteriormente ao seu uso, é imperativo recorrer ao PHQ-9 para obter a confirmação de suspeita de depressão (Kroenke et al., 2003).

O PHQ é uma ferramenta de rastreio baseada em critérios de depressão e outras perturbações mentais semelhantes, permitindo a diferenciação entre doenças e diagnósticos mais fiéis. O PHQ possui várias variantes, contudo, o PHQ-2 e o PHQ-9 são as mais utilizadas, pois existem evidências da sua eficácia como adjuvantes no diagnóstico precoce de depressão (Denson & Kim, 2018; Kroenke et al., 2001, 2003; Levis et al., 2020).

### Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)

O PHQ-9 nos EUA, é comumente incorporado nos questionários de saúde e aplicado aos doentes nos cuidados de saúde privados, devido à sua efetividade apesar do número reduzido de perguntas. Este facto contribui bastante para a adesão dos doentes, pois quanto maior for o questionário, menor a participação dos indivíduos. Tendo em conta esta realidade, foi desenvolvido o PHQ-2, o qual serve para realizar um rastreio breve inicial, através da deteção de sintomas chave da depressão (humor deprimido e anedonia) (Kroenke et al., 2003; Manea et al., 2016; Martínez et al., 2020).

**Questionário de Saúde do Paciente**  
*Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2; adaptado de Kroenke et al., 2003)*

Ao longo das últimas duas semanas, quantas vezes se sentiu incomodado por cada um dos seguintes problemas?

	Nunca 0	Vários Dias 1	Mais do que metade dos dias 2	Quase todos os dias 3
<b>Pouco interesse ou prazer nas coisas habituais. Sentir-se em baixo, deprimido ou desamparado.</b>				

Cotação Total: \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

**Figura 9:** Descrição do PHQ-2, adaptada de Kroenke et al., 2003.

Como evidenciado na Figura 9, o PHQ-2 corresponde às duas primeiras perguntas do PHQ-9, ou seja, questiona sobre a frequência, nas últimas duas semanas (critério do DSM-IV para distinguir entre episódios depressivos isolados e recorrentes), em que os indivíduos se sentiram desanimados e com pouca satisfação e/ou interesse em realizar

atividades que anteriormente reconheciam como satisfatórias (Kroenke et al., 2003; Levis et al., 2020; Manea et al., 2016; Martínez et al., 2020). A pontuação varia de 0 a 6, sendo que cada questão pode obter um valor entre 0 e 3, consoante a frequência dos sintomas (Kroenke et al., 2003).

Este questionário foi validado em diversos países, tendo a maioria concluído que é um instrumento de rastreio simples e preciso relativamente aos sintomas depressivos. Também é um aliado na deteção precoce de depressão, sendo que a obtenção de pontuação igual ou acima de 3 pontos, justifica serem tomadas medidas para confirmar o diagnóstico de depressão. Pontuações altas baseadas apenas no PHQ-2 não são indícios suficientes para iniciar tratamento (Kroenke et al., 2003; Levis et al., 2020; Manea et al., 2016; Martínez et al., 2020).

Verificou-se que o PHQ-2 tem a capacidade de discernir pontuações iguais ou superiores a 10-15 pontos no PHQ-9, por essa razão é benéfico fazer uma triagem inicial com o PHQ-2, de modo a delimitar a população-alvo e posteriormente em caso positivo, implementar o PHQ-9 (Kroenke et al., 2003; Martínez et al., 2020).

#### *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*

O PHQ-9 caracteriza-se por ser um instrumento de aplicação, relativamente rápido e de autorrelato, contendo nove questões que avaliam a presença de cada um dos sintomas de depressão descritos no DSM e inclui uma décima pergunta que avalia a interferência destes sintomas no desempenho de atividades diárias. Este questionário tem dupla finalidade, pois através das 9 perguntas e da frequência, permite estabelecer diagnósticos de depressão e a gravidade dos sintomas depressivos (Hall et al., 2021; He et al., 2020; Kroenke et al., 2001; Levis et al., 2019).

A Figura 10 exemplifica o questionário PHQ-9; cada questão pode obter um valor entre 0 e 3, consoante a frequência dos sintomas. A pontuação varia entre 0 a 27, sendo que um score acima de 10, sugere um diagnóstico de depressão (Kroenke et al., 2001). Nesta situação, o rastreio para depressão considera-se positivo e justifica-se a implementação de uma ou mais das seguintes intervenções: confirmação do diagnóstico, encaminhamento para médico de família, psicólogo ou psiquiatra (terapia comportamental ou medicamentosa) (Hall et al., 2021; He et al., 2020; Levis et al., 2019).

O PHQ-9 possui algumas vantagens em relação a outros instrumentos de rastreio, tais como a sua dimensão e ter por base de diagnóstico os critérios DSM. A pergunta

relativa à linha temporal de duas semanas, permite a avaliação de mudanças da gravidade da doença ao longo do tempo, sendo uma característica operacional particularmente importante. Assim, a ocorrência de uma mudança de pontuação do PHQ-9, ao longo do tempo, corresponde a uma mudança de gravidade de sintomas depressivos e a um novo diagnóstico de depressão (He et al., 2020; Kroenke et al., 2001; Malpass et al., 2010).

A. Ao longo das últimas duas semanas, quantas vezes se sentiu incomodado por cada um dos seguintes problemas?

	Nunca 0	Vários Dias 1	Mais do que metade dos dias 2	Quase todos os dias 3
1. Pouco interesse ou prazer nas coisas habituais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentir-se em baixo, deprimido ou desamparado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dificuldade em adormecer, dormir pouco ou dormir demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentir-se cansado ou ter pouca energia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diminuição ou aumento de apetite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentir-se mal consigo próprio – sentir que é um fracasso ou que se deixou ir abaixo ou à sua família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dificuldade em concentrar-se em algumas tarefas, como ler um jornal ou ver televisão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mexer-se ou falar tão devagar que outras já devem ter reparado. Ou o contrário, estar tão inquieto ou agitado que se move muito mais do que o habitual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos acerca de que estaria melhor morto ou de se ferir a si mesmo de alguma forma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cotação Total = ____ + ____ + ____ + ____				

B. Se sentiu incomodado por algum dos 9 problemas referidos em cima, responda por favor à seguinte questão:

Qual é a dificuldade que estes problemas têm causado no seu trabalho, no cuidar das suas coisas em casa ou em conviver com outras pessoas?

Nenhuma Dificuldade      Pouca Dificuldade      Muita Dificuldade      Extrema Dificuldade

Figura 10: Descrição do PHQ-9, retirada de S. Monteiro et al., 2013.

Dependendo dos critérios que cada profissional de saúde defende, podem ser utilizadas três abordagens de diagnóstico de depressão, com base na interpretação dos resultados do questionário:

1. A mais comum considera uma pontuação do PHQ-9  $\geq 10$  pontos (Hall et al., 2021; He et al., 2020).
2. Outra abordagem passa pela existência de cinco ou mais respostas às perguntas do PHQ-9 com pontuação  $\geq 2$ , sendo que é obrigatório uma destas perguntas ser relativa, ou ao humor deprimido ou à anedonia (Hall et al., 2021; He et al., 2020).
3. A última abordagem é a mais recente e refere-se à pergunta 9, a qual avalia a ideação suicida, ou seja, identifica doentes com risco aumentado de tentativa de suicídio. A resposta a esta pergunta deve ser interpretada com maior cuidado, pois desde que esteja presente, independentemente da duração, considera-se um critério de diagnóstico de depressão (Hall et al., 2021; He et al., 2020; Simon et al., 2013)

Apesar do PHQ-9 ser um instrumento excelente para o diagnóstico de DM, pela sua simplicidade em comparação com outras ferramentas de rastreio e boas características operacionais (sensibilidade e especificidade), não substitui uma avaliação por um especialista para confirmação do diagnóstico (Kroenke et al., 2001; Levis et al., 2019; Martínez et al., 2020).

#### Validação Portuguesa do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Em 2013, S. Monteiro et al., conduziram um estudo preliminar, onde traduziram e validaram para português, o PHQ-9. Baseando-se, no estudo anterior, a versão portuguesa do PHQ-9 foi validada em dois grandes estudos:

- O primeiro estudo de Torres et al., em 2016, envolveu uma amostra de 63 mulheres com cancro da mama que foram recrutadas, através da Liga Portuguesa Contra o Cancro. Neste estudo, a tradução completa, o teste de fiabilidade e a validação foram realizados, fornecendo evidências para a validade do PHQ-9, como ferramenta de rastreio para o diagnóstico e avaliação da gravidade de depressão.

- O segundo estudo de Sara Monteiro et al., em 2020, foi realizado tendo por base uma amostra de 958 estudantes universitários, cujos dados foram recolhidos através da implementação online do PHQ-9, tendo o HADS e o BSI como comparadores. Deste modo, após a análise, verificaram-se fortes correlações positivas entre as pontuações do PHQ-9 e os restantes questionários.

Ambos os estudos concluíram, não existirem diferenças significativas entre os resultados obtidos na validação do PHQ-9, em Portugal e nos outros países (Sara Monteiro et al., 2020; Torres et al., 2016). Os estudos comprovaram que a versão portuguesa é uma ferramenta de rastreio de depressão válida, contudo, deve ter-se em consideração que ainda são necessários estudos com uma amostra representativa nacional, uma vez que ainda só existem estudos de subgrupos da população (Lamela et al., 2020).

## **1.6. Intervenções Farmacêuticas na Depressão**

### **1.6.1. Implementação de Rastreios nas Farmácias**

O rastreio de depressão envolvendo as farmácias comunitárias deve ser encarado como uma mais-valia, uma vez que são em muitos casos, o único local de prestação de cuidados de saúde em várias localidades do país, sendo esta realidade transversal mundialmente. Também os horários das farmácias, devido à sua flexibilidade e havendo um menor tempo de espera do que outros cuidados de saúde e ainda o facto do farmacêutico comunitário ter um maior poder de abranger a população, torna a farmácia um local ideal de implementação de rastreios (Aluh & Norberg, 2020).

Mospan et al., em 2019, executaram um estudo para avaliar as perceções dos doentes e dos médicos sobre o rastreio de depressão, num contexto de farmácia, concluindo que o facto de ser um local de fácil acesso e com bastante interação entre o farmacêutico e o doente, aumenta as hipóteses de identificar depressões não diagnosticadas e intervir precocemente na doença, através de aconselhamento e referenciação médica (Mospan et al., 2020).

Os farmacêuticos, provaram ser importantes aliados no tratamento de doenças mentais, pois têm a oportunidade de oferecer aos doentes, atendimentos diretos ou por meio de consultas programadas, o que auxilia tanto na adesão dos tratamentos como na intervenção precoce das doenças (Denson & Kim, 2018; Mospan et al., 2020; Zmoira et al., 2021). C. Wilson & Twigg, no ano de 2017; implementaram com sucesso, um programa de rastreio de depressão para doentes com Diabetes não controlada, Hemoglobina Glicada, (HbA1c) >7%). O programa consistia numa consulta de avaliação da diabetes, onde se verificava o valor da HbA1c, e posteriormente a realização do PHQ-9. Assim, os investigadores conseguiram identificar um método viável de rastreio de

depressão, no qual, a participação dos doentes foi bastante positiva. Realçando que o rastreio de depressão, em doenças crónicas deve ser uma prática comum e preferencialmente, realizado com o PHQ-9, seguido de referenciação dos casos positivos obtidos no rastreio de depressão (C. Wilson & Twigg, 2018).

Estes profissionais de saúde estão preparados e possuem capacidade para implementarem eficazmente, o rastreio de depressão na farmácia comunitária, recorrendo às ferramentas de rastreio PHQ-2 e PHQ-9 (Ballou et al., 2019; Reilly et al., 2015). Contudo, idealmente seria benéfica uma formação adicional em competências, sobre os métodos de implementação do rastreio e intervenções necessárias. Assim, os farmacêuticos seriam instruídos a conduzir entrevistas através de perguntas-chave, de modo a criar um relacionamento forte com o doente, após as quais, seria realizado o rastreio com o PHQ-2 e/ou o PHQ-9. Por fim, dependendo da resposta do doente, o farmacêutico direcionaria o doente para a referenciação médica (Kondova et al., 2018; Zmoira et al., 2021).

Os protocolos de implementação de rastreio de depressão, em farmácia, são semelhantes entre estudos. Assim, quando o doente se encontrava ao balcão da farmácia, caso o doente aceitasse, era encaminhado para o gabinete da farmácia, de modo a garantir a privacidade. Inicialmente, o farmacêutico fazia um rastreio verbal com o PHQ-2 e de seguida, administrava o PHQ-9 escrito, sempre que o PHQ-2 fosse positivo (Ballou et al., 2019; Kondova et al., 2018; Rosser et al., 2013; Zmoira et al., 2021). Todas as intervenções realizadas pelo farmacêutico eram registadas e em casos de rastreio positivo com o PHQ-9, os doentes eram encaminhados para um psiquiatra ou médico de família, acompanhado de toda a documentação elaborada pelo farmacêutico. Além disso, havia protocolos de acompanhamento específico para os doentes com probabilidade de depressão (PHQ-9 positivo), que ofereceriam apoio e motivação para iniciarem um tratamento adequado e garantir a adesão do doente (Kondova et al., 2018; Rosser et al., 2013; C. Wilson & Twigg, 2018; Zmoira et al., 2021).

### **1.6.2. Aconselhamento**

Os estilos de vida praticados pelos indivíduos estão intimamente envolvidos no desenvolvimento e progressão de depressão. Tendo em conta este pressuposto, foi criado um modelo de intervenção, o modelo de estilo de vida *biopsychosocial lifestyle* (BPSL)

que agrupa intervenções no estilo de vida e procedimentos relativos a terapêuticas psicológicas e terapêuticas medicamentosas (Gin S Malhi, Darryl Bassett et al., 2015; Manger et al., 2019). O modelo BPSL baseia-se na intervenção direcionada para as diversas problemáticas: nutrição, stress excessivo, sedentarismo, distúrbios do sono, cessação tabágica, redução do abuso de substâncias e consumo de álcool (Gin S Malhi, Darryl Bassett et al., 2015; Manger et al., 2019).

### Nutrição

A alimentação equilibrada é um ponto fundamental a ser discutido. Dietas mediterrâneas, em que se consegue a ingestão de uma grande variedade de alimentos saudáveis e por consequência, vitaminas e nutrientes, como ácidos gordos (por exemplo, ómega-3), são associadas a uma menor propensão a desenvolver doenças mentais como depressão e ansiedade (Gómez-Gómez et al., 2015; Lopresti et al., 2013; Manger et al., 2019).

### Distúrbios do Sono

É de notar que 40% dos doentes com algum distúrbio do sono (insónias, síndrome das pernas inquietas, entre outros), apresentam sintomas depressivos. Perturbações do sono ou apenas uma má qualidade de descanso, apesar da sua interligação com a depressão, ainda é uma área a ser aprofundada. (Gómez-Gómez et al., 2015; Manger et al., 2019; Wong et al., 2021)

### Exercício Físico

O exercício físico é essencial; em depressões entre ligeiras e moderadas, tem benefícios semelhantes às terapêuticas antidepressivas e à psicoterapia; já em depressões graves é um tratamento adjuvante fundamental para auxiliar as terapêuticas convencionais. A prática de uma atividade física, melhora a saúde, ajudando também na gestão do stress e em idosos, aumenta a sua independência (Gómez-Gómez et al., 2019; Knäpen et al., 2015; Manger et al., 2019).

Resumindo, um bom aconselhamento farmacêutico deve ser direcionado na atividade física, aconselhamento nutricional, táticas para amenizar o stress e higiene do sono. Como a depressão está associada a abuso de substâncias e a um menor cuidado com a saúde, deve-se enfatizar a prática de exercício físico e a adoção de uma dieta equilibrada. Se necessário, deve-se igualmente direcionar o indivíduo para frequentar consultas de

cessação tabágica ou de substâncias aditivas e a consultar um médico para proceder a um check-up de rotina (Manger et al., 2019; Sarris et al., 2014; Wong et al., 2021).

### **1.6.3. Referenciação na Depressão**

Os objetivos da referenciação são facilitar e acelerar diagnósticos, além de promover uma interligação entre profissionais de saúde e o doente, para que haja um acompanhamento mais atento e efetivo (Bardet et al., 2015; Matzke et al., 2018).

A referenciação por parte do farmacêutico a outro profissional de saúde, normalmente a um médico, é uma ferramenta de comunicação essencial e deve ser usada, sempre que o farmacêutico considere necessário uma avaliação médica ou um diagnóstico (Matzke et al., 2018). O modo mais simples de referenciação passa pela elaboração de um relatório ou carta, nos quais se resume o motivo do contacto, informações sobre o doente e as razões de suspeita de doença (Dartmouth-Hitchcock, 2017; Zmoira et al., 2021).

No caso dos rastreios de depressão utilizando o PHQ-9, sempre que um doente obtenha um score igual ou superior a 10, o farmacêutico tem o dever de referenciar o doente para um psicólogo ou psiquiatra, de modo que este receba um diagnóstico definitivo e um tratamento eficaz. O farmacêutico deve também elaborar um plano de monitorização, em que consiga acompanhar a evolução do doente, sendo importante supervisionar, caso se aplique, a adesão à terapêutica e avaliar o risco e ideação suicida (Carpenter et al., 2020; Dartmouth-Hitchcock, 2017; Zmoira et al., 2021).



## **2. Objetivos e Questões de Investigação**

### **2.1. Objetivo Principal do Estudo**

O objetivo deste estudo, centra-se na verificação da viabilidade e implementação de rastreios de depressão na farmácia comunitária, de modo a se proceder à intervenção precoce na doença.

### **2.2. Objetivos Secundários**

- Analisar a probabilidade e a gravidade de depressão na amostra recolhida.
- Analisar a ocorrência de discrepâncias, entre o sexo feminino e o sexo masculino, na amostra analisada em relação à probabilidade de se obter um score compatível com depressão e à sua gravidade no PHQ-9.
- Analisar a ocorrência de discrepâncias, entre faixas etárias, na amostra analisada em relação à probabilidade de se obter um score compatível com depressão e à sua gravidade no PHQ-9.
- Difundir o conhecimento do papel do farmacêutico na população, no que concerne a Saúde Mental.

### **2.3. Questões de investigação**

- Q1: Existirá discrepâncias entre os géneros na amostra analisada, em relação à probabilidade de depressão?
- Q2: Existirá discrepâncias entre faixas etárias na amostra analisada, em relação à probabilidade de depressão?
- Q3: Existirá discrepâncias entre faixas etárias na amostra analisada, em relação à gravidade de depressão?
- Q4: Existirá discrepâncias entre os géneros na amostra analisada, em relação à gravidade de depressão?

## **2.4. Hipóteses**

### **Questão 1:**

- H0: Não existem discrepâncias significativas entre os géneros na amostra analisada, em relação à probabilidade de depressão.
- H1: Existem discrepâncias significativas entre os géneros na amostra analisada, em relação à probabilidade de depressão.

### **Questão 2:**

- H0: Não existem discrepâncias significativas entre faixas etárias na amostra analisada, em relação à probabilidade de depressão.
- H1: Existem discrepâncias significativas entre faixas etárias na amostra analisada, em relação à probabilidade de depressão.

### **Questão 3:**

- H0: Não existem discrepâncias significativas entre faixas etárias na amostra analisada, em relação à gravidade de depressão.
- H1: Existem discrepâncias significativas entre faixas etárias na amostra analisada, em relação à gravidade de depressão.

### **Questão 4:**

- H0: Não existem discrepâncias significativas entre géneros na amostra analisada, em relação à gravidade de depressão.
- H1: Existem discrepâncias significativas entre géneros na amostra analisada, em relação à gravidade de depressão.

### **3. Materiais e Métodos**

#### **3.1. Alterações ao estudo decorrentes da Pandemia COVID-19**

O estudo em análise sofreu algumas alterações devido à pandemia COVID-19 causada pelo vírus SARS-CoV-2, sendo que as principais foram no: recrutamento, número de participantes e período de recolha de dados.

Idealmente, o recrutamento de indivíduos seria feito durante o atendimento, em que se realizaria oralmente uma triagem inicial, no qual o doente seria inquirido tendo por base o PHQ-2. Após esta triagem, os doentes com resultado negativo e sem histórico ou sintomas de depressão seriam tranquilizados e não se prosseguia para a segunda etapa do rastreio; doentes com resultado positivo seriam questionados sobre a disponibilidade de serem guiados para o gabinete da farmácia para prosseguir com o PHQ-9.

Contudo, tendo em conta a pandemia, os gabinetes da farmácia encontravam-se fechados ao público, por não estarem asseguradas as condições exigidas de segurança, estabelecidas pelas entidades competentes, para a sua abertura. Deste modo, todo o processo foi realizado no balcão da farmácia, o que inibiu a participação de alguns indivíduos e consequentemente diminuiu o número de participantes, que em condições normais, possivelmente cooperariam. Por esta razão, a Farmácia Centro Farmacêutico teve a amabilidade de prosseguir com o rastreio, para além do período de Estágio, em Farmácia Comunitária, de modo a alargar a amostra conseguida.

É de referir ainda que devido à situação pandémica, se notou o afastamento da população mais envelhecida, sendo a amostra composta principalmente pela população em idade ativa, na faixa etária dos 40/50 anos.

#### **3.2. Ética e confidencialidade dos dados**

Tanto a realização do projeto, incluindo a recolha de dados e a implementação dos questionários aplicados, foram submetidos e aprovados pela Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz no dia 25 de março de 2021 (Anexo I).

Todos os participantes do estudo foram informados do seu objetivo, implicações da sua participação e assegurados do anonimato dos dados recolhidos, por meio de um consentimento informado que necessitou de uma assinatura por parte do participante (Anexo II).

### **3.3. Desenho de Estudo**

Implementou-se um estudo observacional transversal, uma vez que o objetivo foi avaliar num único período de tempo e numa população adulta, a probabilidade de depressão.

### **3.4. População e amostra em estudo**

#### **3.4.1. Local de estudo**

O estudo foi realizado na Farmácia Centro Farmacêutico, na freguesia de Pinhal Novo e o período de recolha de dados foi entre o dia 29 de março de 2021 e o dia 23 de julho de 2021.

A Farmácia Centro Farmacêutico disponibilizou espaço físico para a colocação de um cartaz a publicitar o Rastreio de Depressão (Anexo III) e o recrutamento foi realizado durante o atendimento farmacêutico, ao balcão da farmácia.

#### **3.4.2. Caracterização da amostra**

Como um dos principais objetivos foi verificar a viabilidade de implementação de rastreios de depressão, não foi definida uma dimensão de amostra, sendo a amostra do estudo, uma amostra de conveniência constituída por todos os indivíduos que preenchiam os critérios de elegibilidade e aceitaram participar no estudo.

Foram considerados todos os indivíduos que preenchessem os requisitos de inclusão e que se disponibilizassem a participar no mesmo, após a explicação oral dos objetivos e funcionamento do projeto com o auxílio de um panfleto, incluindo vantagens da participação, sinais de alerta para a depressão e aconselhamento em como prevenir ou reduzir os sintomas depressivos (Anexo IV).

### **3.5. Critérios de elegibilidade**

#### **3.5.1. Critérios de Inclusão**

- Indivíduos maiores de 18 anos;
- Indivíduos alfabetizados;

- Indivíduos autônomos.

### **3.5.2. Critérios de Exclusão**

- Indivíduos com diagnóstico de alguma Perturbação Psiquiátrica;
- Indivíduos que realizassem terapêutica antidepressiva.

### **3.6. Procedimento de investigação**

A recolha de dados foi efetuada, ao longo de aproximadamente 4 meses, sendo que durante 2 meses foi realizada pelo investigador principal e nos restantes meses pela equipa da farmácia.

A amostra é de conveniência e foi obtida durante o atendimento ao balcão da farmácia, sempre que foi possível e a todos os indivíduos adultos. As tentativas de implementação do rastreio foram influenciadas pelo volume de trabalho na farmácia e a recetividade do doente.

Primeiramente, verificou-se se os doentes preenchiam os critérios de inclusão e tentou-se averiguar se realizavam terapêutica antidepressiva, através do histórico da farmácia ou questionando o doente. No caso de se inserirem nos pressupostos do rastreio, questionou-se se seria possível realizar duas questões e prosseguiu-se com uma triagem inicial. Para a realização desta triagem, foi necessário desenvolver um diálogo com o utente, tendo por base o questionário PHQ-2 (Anexo V), ou seja, implementou-se oralmente e informalmente o questionário através de perguntas, como por exemplo: “Nas últimas duas semanas sente-se mais em baixo?” e “Tem mantido as suas rotinas? Continua a interessar-se pelos seus hobbies frequentes?”. Esta primeira etapa não foi uniformemente realizada e foi influenciada por vários fatores: diferentes intervenientes na aplicação do rastreio, esquecimento por parte dos mesmos em questionar o uso de terapêutica antidepressiva e características do utente.

No caso dos participantes com resultado negativo, apenas foi fornecido o panfleto explicativo (Anexo IV) para consciencialização e prevenção. No caso dos doentes positivos, questionou-se sobre a possibilidade de participarem no estudo; explicando o propósito e as implicações do mesmo (preenchimento do questionário PHQ-9). Após o

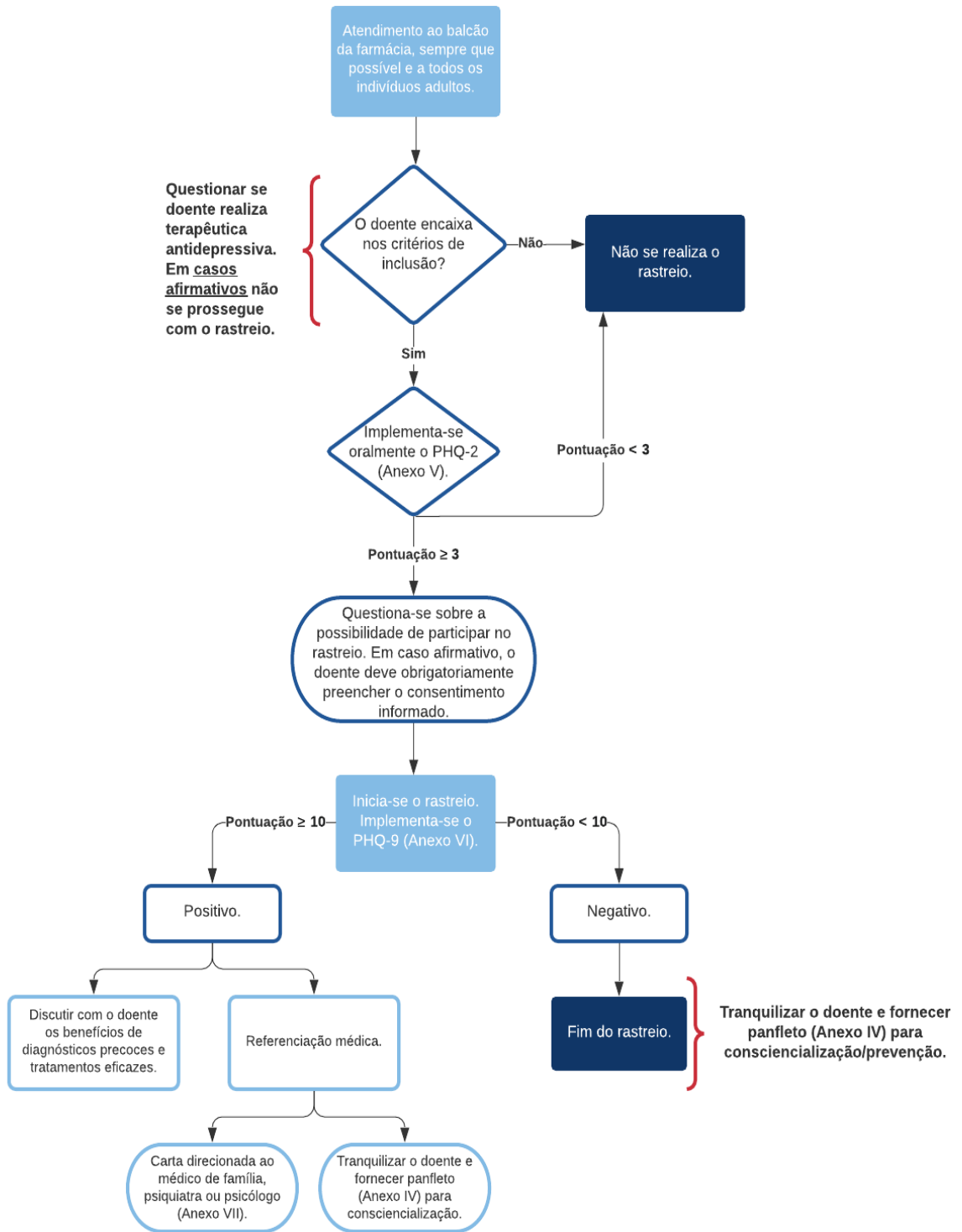
doente consentir, solicitou-se a assinatura do consentimento informado, de modo a iniciar-se o rastreio.

Posteriormente, implementou-se o questionário PHQ-9 (Anexo VI), também ao balcão e foram registados os dados demográficos de cada participante (género e idade). No caso de resultado negativo, o procedimento conclusivo foi semelhante ao referido anteriormente, acrescentando-se o facto de que o doente foi tranquilizado. Contudo, com resultado positivo, a abordagem foi diferente, ou seja, o doente foi sensibilizado a consultar um especialista (médico de família, psicólogo, psiquiatra), enfatizando o benefício de abordar a depressão como uma doença comum, sendo que os benefícios de deteção e tratamento precoce são elevados e que, apesar do estigma que existe rodeando esta doença, pode e deve ser tratada com sucesso. Por fim, reforçando esta ideia, foi fornecida uma carta (Anexo VII) com o resultado do questionário e um enquadramento da investigação para ser entregue ao médico de família; além disso, o panfleto explicativo referido anteriormente (Anexo IV), também foi fornecido aos doentes.

Independentemente dos resultados dos questionários, todos os indivíduos foram sensibilizados para: prevenção, importância de uma vida saudável (alimentação equilibrada, prática de exercício físico, higiene do sono, entre outros), fatores de risco que aumentam a probabilidade de desenvolver depressão (isolamento social, doenças crónicas, entre outras) e o modo como combater a doença, realçando que a mesma é bastante comum e que se detetada atempadamente, o tratamento é mais simples e com melhores resultados a longo prazo.

O fluxograma do procedimento de investigação realizado encontra-se na Figura 11.

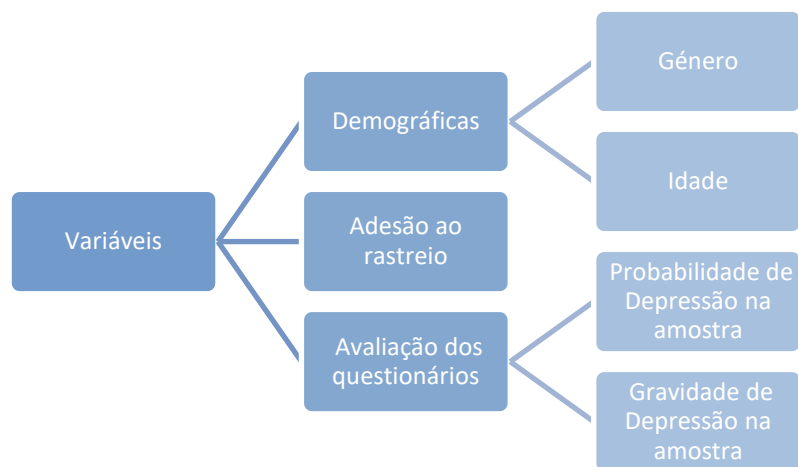
**Figura 11:** Fluxograma da abordagem na farmácia.



### 3.7. Variáveis em estudo

No presente estudo, existem 3 grandes grupos de variáveis: as demográficas, as principais e as de adesão ao rastreio. Nas variáveis demográficas, avaliou-se o género e a idade de cada um dos participantes. Relativamente às variáveis de avaliação dos questionários, estas são destinadas à avaliação da probabilidade/gravidade de depressão na amostra e a adesão avaliou: o interesse e disponibilidade dos doentes, na participação de rastreios realizados na farmácia comunitária (Figura 12).

Figura 12: Variáveis em estudo.



### 3.8. Ferramentas de Avaliação

Os questionários (PHQ-2 e PHQ-9) utilizados no rastreio são baseados no DSM, estando validados a nível nacional e internacional (Kroenke et al., 2001, 2003; S. Monteiro et al., 2013).

#### Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)

Após a triagem com o PHQ-2 (Anexo V), sempre que o resultado fosse positivo (pontuações  $\geq 3$ , considera-se possível DM), os participantes prosseguiram com a avaliação pelo PHQ-9, de modo a comprovar-se a probabilidade de um diagnóstico depressivo (Kroenke et al., 2003; Levis et al., 2020).

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Apesar de existirem três abordagens de diagnóstico de depressão, com base na interpretação dos resultados do questionário, a mais utilizada baseia-se na pontuação no PHQ-9  $\geq 10$  pontos, devido à facilidade de interpretação.

Estudos de rastreio de depressão implementados na farmácia comunitária, seguiram o critério referido anteriormente. Em 2019, Ballou et al., para a interpretação dos resultados do PHQ-9 adotaram o critério da pontuação, posteriormente Zmoira et al., em 2020, também seguiram a mesma abordagem quando implementaram o PHQ-9 (Ballou et al., 2019; Zmoira et al., 2021). Assim no presente estudo adotou-se a mesma metodologia.

As pontuações do PHQ-9 variam de 0 a 27, onde um score  $\geq 10$  sugere um diagnóstico de depressão (Tabela 3). A gravidade de depressão também pode ser prevista, sendo que quanto maior o score, maior a gravidade da doença (Kroenke et al., 2001; Sara Monteiro et al., 2020; Torres et al., 2016).

**Tabela 3:** Gravidade de Depressão baseada no rastreio com o PHQ-9, adaptada de Kroenke et al., 2001.

Pontuação PHQ-9	Gravidade de Depressão
0-4	Ausência de depressão
5-9	Ligeira
10-14	Moderado
15-19	Moderadamente grave
20-27	Grave

Aconselhamento

Todos os indivíduos com critérios de inclusão para o rastreio, mesmo que não tenham obtido resultado positivo no PHQ-2 (condicionante para prosseguir com o rastreio) ou no PHQ-9, foram alertados para a prevenção da depressão: importância de uma vida saudável, fatores de risco que aumentam a probabilidade de desenvolver depressão e o modo como combater a doença.

A prevenção está intimamente relacionada ao estilo de vida praticado pelos indivíduos, pois condiciona o desenvolvimento e progressão da depressão (Gin S Malhi, Darryl Bassett et al., 2015; Manger et al., 2019). O aconselhamento englobou vários pontos:

- a importância da atividade física e da alimentação equilibrada (Manger et al., 2019; Sarris et al., 2014; Wong et al., 2021) ;
- direcionamento para consultas de cessação tabágica (quando aplicável); (Manger et al., 2019; Sarris et al., 2014; Wong et al., 2021);
- regras de higiene do sono (horários regulares de acordar e deitar; evitar excesso de cafeína, exercício físico regular, meditação antes de deitar, entre outros) (Chung et al., 2018).

Os sintomas da depressão foram referidos e descritos, reforçando que a diminuição do interesse ou prazer e o sentimento de tristeza, culpa ou inutilidade são bastante característicos da doença e fundamentais para o seu diagnóstico, podendo ser acompanhados por sintomas menos específicos como: perturbação do sono, diminuição da concentração ou memória, aumento ou diminuição do apetite, entre outros (American Psychiatric Association, 2013; Maurer et al., 2018).

Alertou-se os indivíduos para os fatores de risco mais comuns: perda de familiar/relacionamento, histórico de depressão na família, doença crónica, uso de substâncias, eventos traumáticos e mudanças do quotidiano (American Psychiatric Association, 2013; Dartmouth-Hitchcock, 2017). Também se recomendou que sempre que sentissem necessidade, consultassem um psicólogo ou médico; pois os resultados são melhores em diagnósticos precoces (Torres et al., 2016; Y. H. Wang et al., 2020; Wierenga et al., 2021).

### Referenciação

Todos os participantes que apresentaram uma pontuação  $\geq 10$ , no PHQ-9, foram objeto de referenciação a um especialista através de uma carta entregue ao utente (Anexo VII), na qual se resumiu o objetivo do rastreio de depressão, o score apresentado pelo doente e o motivo da referenciação (Dartmouth-Hitchcock, 2017; Reilly et al., 2015; C. Wilson & Twigg, 2018). Também se apelou para que o médico ou psicólogo, retribuíssem o contacto, relativo à utilidade da intervenção farmacêutica.

### **3.9. Análise Estatística**

O tratamento dos dados foi realizado recorrendo aos softwares: *IBM Statistical Package for the Social Sciences, versão 28 (IBM SPSS Statistics)* e *Microsoft Excel 2016*.

No tratamento de dados, foi necessário distinguir as variáveis em quantitativas e qualitativas, uma vez que para cada categoria o tratamento é diferente.

Assim, durante a análise descritiva da amostra em estudo para as variáveis qualitativas, recorreu-se à frequência absoluta e relativa, através de tabelas de frequências e gráficos de barras. Para variáveis quantitativas, acrescentaram-se as medidas de tendência central (média e mediana) e as medidas de dispersão (desvio-padrão, valores mínimo e máximo).

Antes de se proceder à análise estatística, avaliou-se a distribuição da amostra, de modo a confirmar se esta seguia a normalidade, recorrendo-se ao Teste de Shapiro-Wilk, utilizado em amostras com  $n < 200$ . A normalidade foi verificada através do nível de significância, valores  $> 0,05$  possuem distribuição normal e valores  $< 0,05$  possuem distribuição não normal.

Como nenhuma variável seguiu a normalidade, comparou-se as variáveis analisadas por sexo e faixa etária/idade através do Teste Não Paramétrico de Mann-Whitney, para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas (nível de significância  $< 0,05$ ).

Com vista a verificar se existiam associações entre as variáveis, usou-se o Teste Qui-Quadrado ( $N \geq 20$ ) ou o Teste de Fisher, dependendo do número de participantes ( $N \leq 20$ ). A associação foi estabelecida sempre que o nível de significância (*p-value*) foi  $< 0,05$ ; querendo isto dizer, que as variáveis foram consideradas dependentes, ou seja, podem ser associadas.

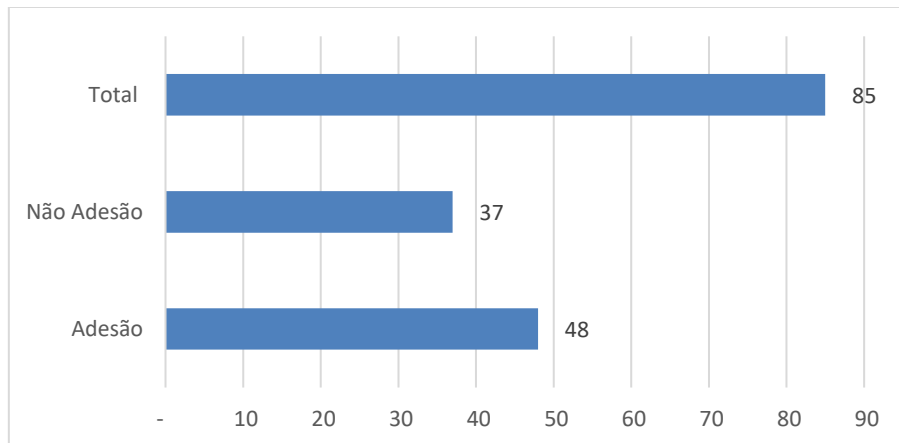


## 4. Resultados

### 4.1. Resultados de Adesão

Não foi possível contabilizar as abordagens iniciais, ou seja, as tentativas de implementar o PHQ-2, sendo que os seguintes dados se referem às tentativas realizadas após as perguntas orais baseadas no PHQ-2. Durante o período que vigorou o rastreamento, foram realizadas 85 tentativas de execução do PHQ-9, em indivíduos adultos que recorreram à farmácia (Figura 13 e Tabela 4). As tentativas foram executadas, após a averiguação dos critérios de inclusão do estudo e a verificação de resultado positivo no PHQ-2 realizado verbalmente; este questionário funcionou como critério de elegibilidade ao estudo. Depois de se confirmarem os pressupostos necessários, os doentes foram questionados sobre a possibilidade de participarem no rastreamento, ou seja, responderem ao PHQ-9 após preenchimento do consentimento informado.

Após os doentes serem questionados sobre a hipótese de ingressarem no estudo: 48 doentes (56%) responderam afirmativamente, correspondendo ao valor de adesão; e 37 doentes (44%) recusaram, sendo este valor, o da não adesão. Estes valores estão descritos na Figura 13 e Tabela 4.



**Figura 13:** Gráfico dos resultados de adesão ao rastreamento com o PHQ-9.

**Tabela 4:** Frequência dos resultados de adesão ao rastreamento com o PHQ-9.

	n	%
<b>Adesão</b>	48	56%
<b>Não Adesão</b>	37	44%
<b>Total</b>	85	100%

## 4.2. Resultados Demográficos

Na análise dos resultados demográficos, verificou-se que a amostra é composta por 48 participantes, sendo que 33 são do sexo feminino (69%) e 15 são do sexo masculino (31%). Como demonstrado na Figura 14 e Tabela 5, a amostra é constituída maioritariamente por participantes do sexo feminino e na faixa etária dos [49-58].

As faixas etárias do estudo foram consideradas a partir dos 18 anos e em intervalos de 10 anos até superior a 59 anos. A idade mínima verificada foi 21 anos e a máxima de 87 anos. A média de idades dos participantes foi de  $45,93 \pm 15,75$ , a mediana localizou-se nos 46 anos e a moda foi 53 anos.

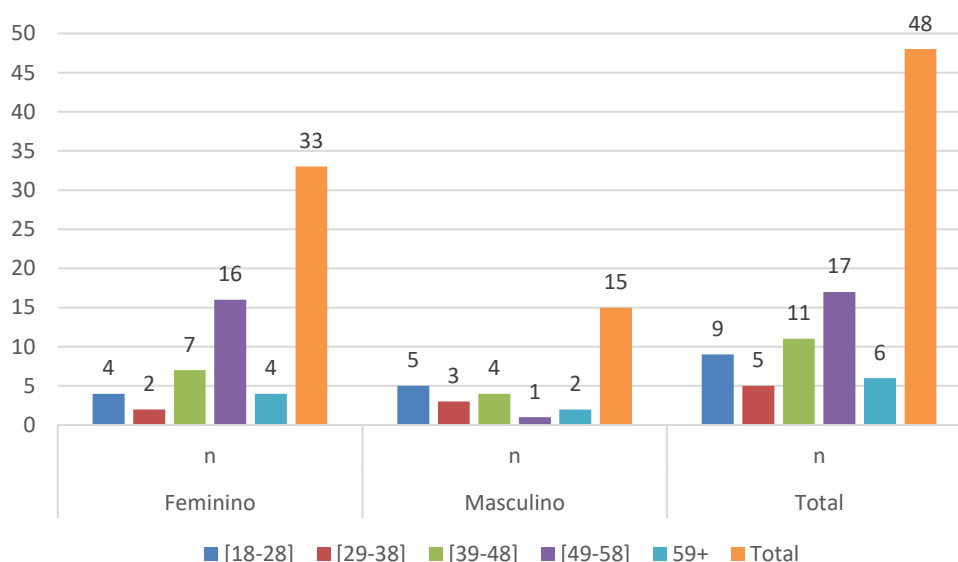


Figura 14: Gráfico da distribuição da amostra por género e faixa etária.

Tabela 5: Frequência das características demográficas da amostra por sexo e faixa etária.

Faixa etária	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
[18-28]	4	8%	5	11%	9	19%
[29-38]	2	4%	3	6%	5	10%
[39-48]	7	15%	4	8%	11	23%
[49-58]	16	33%	1	2%	17	35%
59+	4	9%	2	4%	6	13%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>69%</b>	<b>15</b>	<b>31%</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

### 4.3. Avaliação dos Questionários

#### Pontuações do PHQ-9

Como o PHQ-9 não pode ser utilizado isoladamente para fornecer diagnósticos, em vez de se analisar a prevalência de depressão, propriamente dita, foi analisada a probabilidade do participante ser diagnosticado com depressão e extrapolada a partir desta, a prevalência hipotética de DM na amostra estudada.

A distribuição das pontuações do PHQ-9, está descrita na Tabela 6 e na Figura 15, conseguindo verificar-se que a pontuação mínima foi de 2 pontos e a máxima de 19. A média de pontuação dos participantes é de  $7,40 \pm 4,75$  (média  $\pm$  desvio padrão), a mediana localiza-se nos 6,5 pontos e a moda foi de 2 pontos, ou seja, foi a pontuação mais frequente do estudo (14,6%).

**Tabela 6:** Frequência das Pontuações do PHQ-9.

Pontuações do PHQ-9	n	%
<b>2,00</b>	7	14,6%
<b>3,00</b>	5	10,4%
<b>4,00</b>	6	12,5%
<b>5,00</b>	5	10,4%
<b>6,00</b>	1	2,1%
<b>7,00</b>	4	8,3%
<b>8,00</b>	3	6,3%
<b>9,00</b>	3	6,3%
<b>10,00</b>	1	2,1%
<b>11,00</b>	3	6,3%
<b>12,00</b>	1	2,1%
<b>13,00</b>	2	4,2%
<b>14,00</b>	2	4,2%
<b>15,00</b>	2	4,2%
<b>17,00</b>	2	4,2%
<b>19,00</b>	1	2,1%
<b>Total</b>	48	100,0%

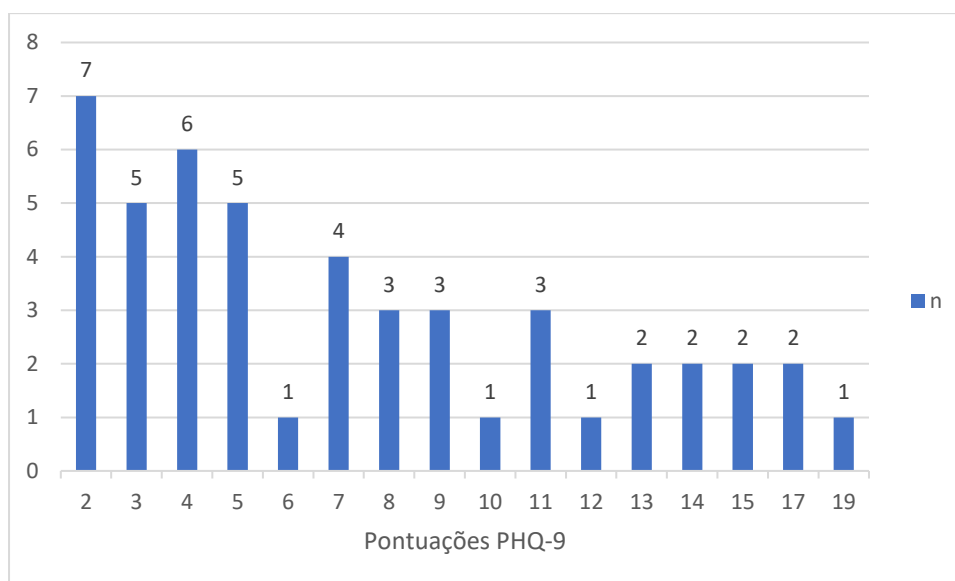


Figura 15: Gráfico da Distribuição das Pontuações do PHQ-9.

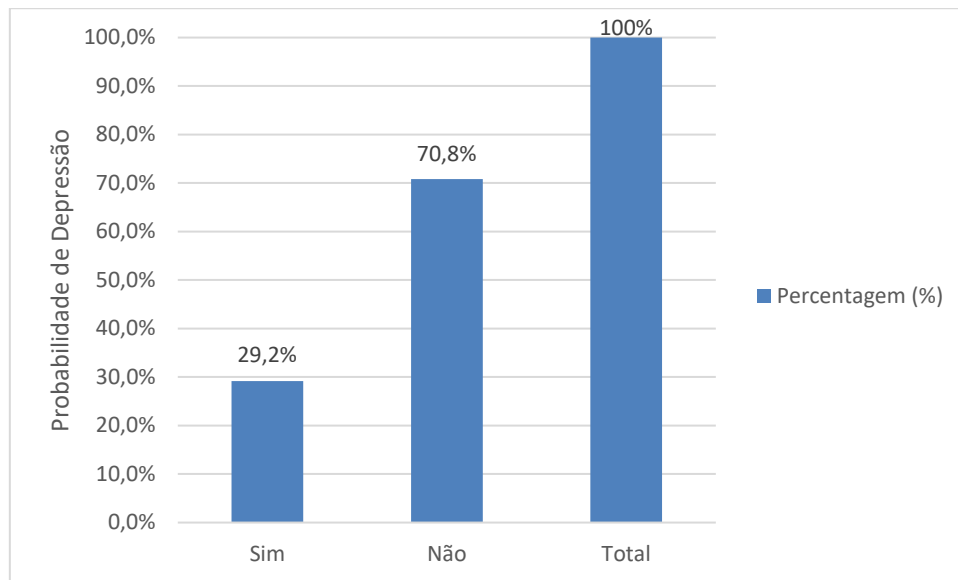
A pontuação do PHQ-9 permite retirar duas informações principais:

1. A primeira relativa à probabilidade de os participantes possuírem critérios de diagnóstico de depressão, na pontuação  $\geq 10$  pontos, considerou-se que o participante deve ser encaminhado para intervenção médica, de modo a confirmar o diagnóstico de depressão.
2. A segunda referente à gravidade de depressão, sendo que existem 5 níveis de gravidade baseados no valor da pontuação:
  - 0 - 4 pontos: Ausência de depressão;
  - 5 - 9: Ligeira;
  - 10 - 14: Moderado;
  - 15 - 19: Moderadamente grave;
  - 20 - 27: Grave.

Apesar de existirem 5 níveis de gravidade, no presente estudo, apenas se considerou a gravidade a partir do nível “Ligeira”, uma vez que o primeiro nível se refere à ausência de depressão, logo pressupôs-se que o participante não possuía probabilidade ou risco de desenvolver depressão. Considerou-se que a partir da gravidade moderada, os participantes apresentavam um risco considerável de probabilidade de depressão, com sintomas depressivos acentuados.

Probabilidade de Depressão

Assim, relativamente à probabilidade de Depressão na amostra, dividiu-se os participantes em dois grupos: com (Sim) e sem (Não) probabilidade de depressão. (Figura 16 e Tabela 7).



**Figura 16:** Gráfico da distribuição da Probabilidade de Depressão na amostra.

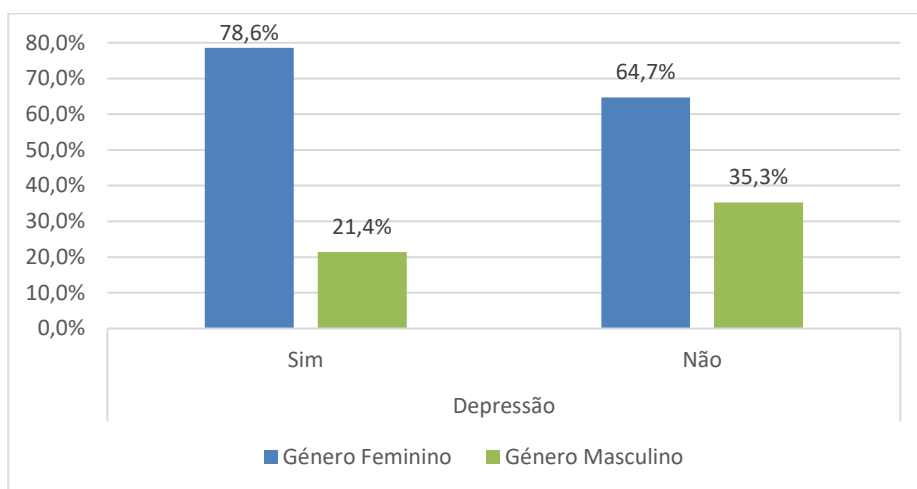
**Tabela 7:** Frequência da Probabilidade de Depressão na amostra.

Probabilidade de DM	n	%
Sim	14	29,2%
Não	34	70,8%
Total	48	100,0%

O primeiro grupo engloba 14 participantes com probabilidade de depressão (29,2%) e o segundo grupo, constituído por 34 participantes (70,8%) que não possuem probabilidade de depressão, verificando-se que a maioria dos participantes não apresentam critérios de diagnóstico de depressão e provavelmente não estão em risco de desenvolver a doença.

- Probabilidade de Depressão x Género:

A probabilidade de depressão em relação ao género, está descrita na Figura 17 e na Tabela 8. Os participantes que apresentam probabilidade de depressão, na sua maioria, são do sexo feminino (78,6%). O sexo masculino tem maior tendência para não apresentar sintomas depressivos (35,3%). Não se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre a probabilidade de depressão e os dois géneros, logo não existe associação entre as variáveis ( $p\text{-value} = 0,351$ ) e não existem discrepâncias significativas entre os géneros na amostra analisada e a probabilidade de depressão.



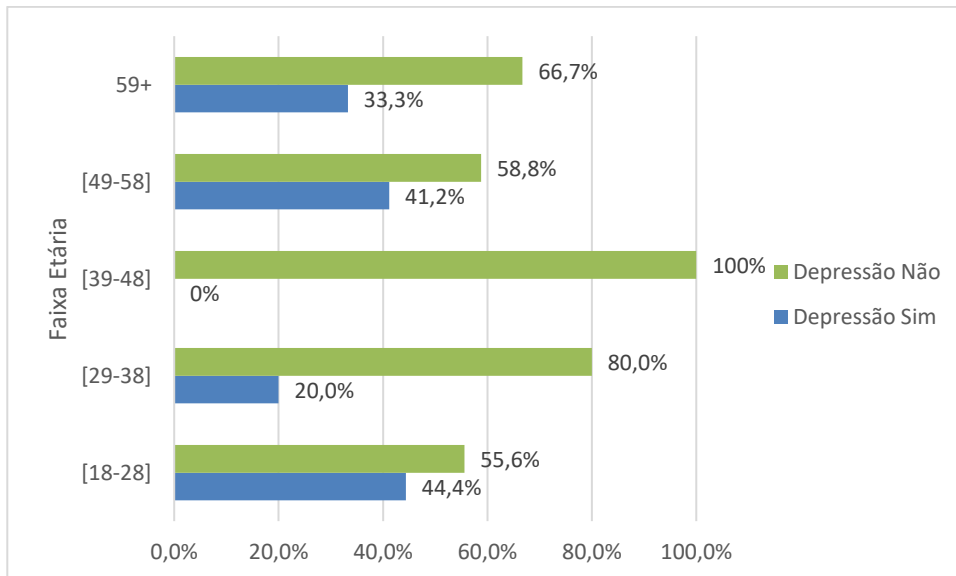
**Figura 17:** Gráfico da Probabilidade de Depressão x Género.

**Tabela 8:** Distribuição e Teste Não Paramétrico de Mann-Whitney da Probabilidade de Depressão x Género.

Género	Depressão				U de Mann-Whitney	p-value
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Feminino</b>	11	78,6%	22	64,7%	205,0	0,351
<b>Masculino</b>	3	21,4%	12	35,3%		
<b>Total</b>	14	100%	34	100%		

- Probabilidade de Depressão x Faixa Etária:

A Figura 18 e a Tabela 9, demonstram a probabilidade de depressão em relação à faixa etária, verificando-se que os participantes que apresentam maior probabilidade de depressão, localizam-se entre os 18 e os 28 anos (44,4%), isto é, existe uma predominância desta faixa etária para obtenção de scores iguais ou superiores a 10, no PHQ-9. Contrariamente, a faixa etária entre os 39 e 48 foi a que menor percentagem (0%) obteve de probabilidade de depressão. Não se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis: faixa etária e a probabilidade de depressão, não sucedendo associação entre as variáveis ( $p\text{-value} = 0,433$ ), logo não existem discrepâncias significativas entre as faixas etárias na amostra analisada e a probabilidade de depressão.



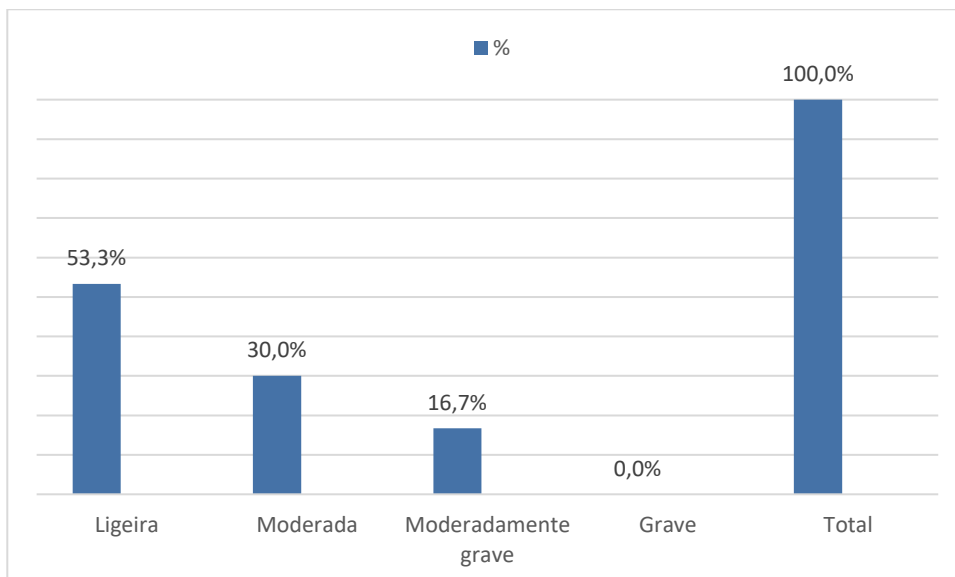
**Figura 18:** Gráfico da Probabilidade de Depressão x Faixa Etária.

**Tabela 9:** Distribuição e Teste Não Paramétrico de Mann-Whitney da Probabilidade de Depressão x Faixa Etária.

Faixa Etária	Depressão		U de Mann-Whitney		$p\text{-value}$
	Sim	Não			
	%	n	%	n	
[18-28]	44,4%	4	55,6%	5	203,5 0,433
[29-38]	20%	1	80%	4	
[39-48]	0%	0	100%	11	
[49-58]	41,2%	7	58,8%	10	
59+	33,3%	2	66,7%	4	
<b>Total</b>	100%	14	100%	34	

Gravidade de Depressão na amostra

A gravidade da depressão encontra-se descrita na Tabela 10 e Figura 19. O nível com maior percentagem de indivíduos foi o ligeiro (53,3%) e o menor foi o grave (0,0%).



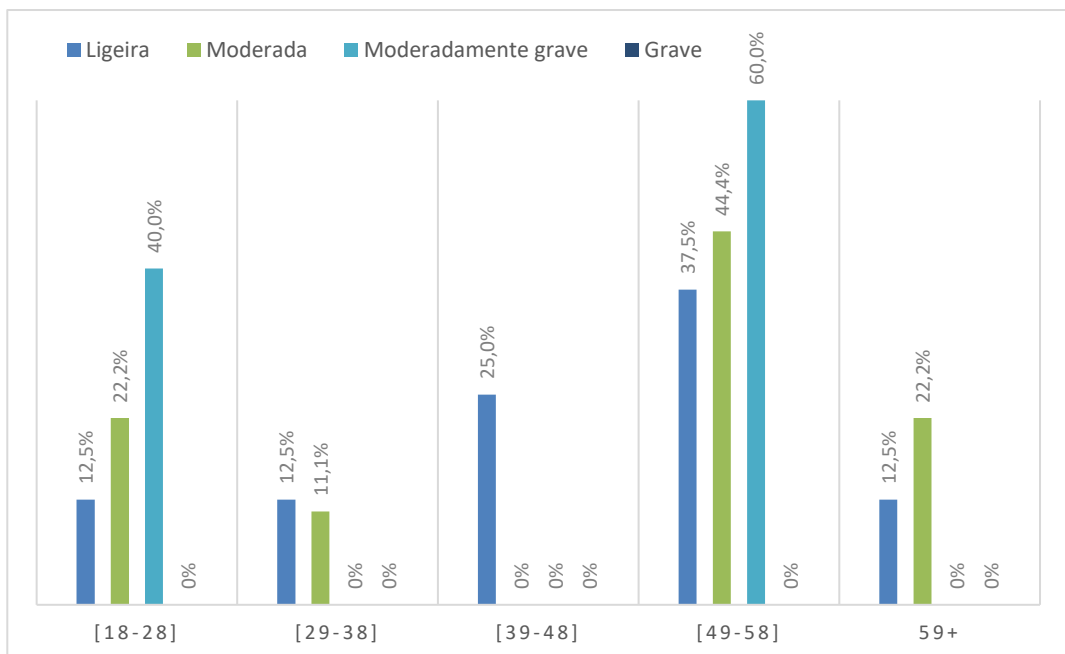
**Figura 19:** Gráfico da distribuição da pontuação do PHQ-9, por escala de Gravidade.

**Tabela 10:** Frequência da pontuação do PHQ-9, por escala de gravidade.

Gravidade	n	%
Ligeira	16	53,3%
Moderada	9	30,0%
Moderadamente grave	5	16,7%
Grave	0	0,0%
Total	30	100,0%

• Gravidade de Depressão x Faixa Etária:

A Tabela 11 e Figura 20, demonstram a distribuição da gravidade de depressão, em relação à faixa etária. Observou-se que a maioria (60,0%) dos participantes com probabilidade de depressão moderadamente grave ( $\geq 15$ ) encontram-se, entre os 49 e os 58 anos, contudo a faixa etária dos 18 aos 28 anos, também possui um valor consideravelmente alto (40%). Relativamente à existência de associação entre a gravidade de depressão e a faixa etária, não se verificou uma diferença estatisticamente significativa, ( $p\ value = 0,492$ ). Após a análise, apurou-se que não existem discrepâncias entre faixas etárias na amostra analisada e a gravidade de depressão.



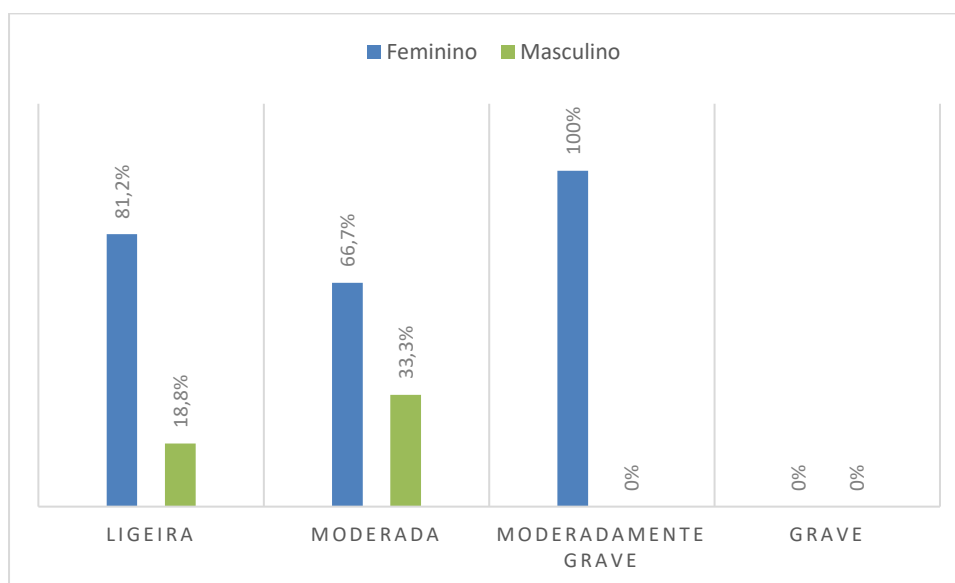
**Figura 20:** Gráfico da Gravidade x Faixa Etária.

**Tabela 11:** Distribuição e Teste de Qui-Quadrado de Gravidade x Faixa Etária.

Faixa Etária	Gravidade								<i>p-value</i>
	Ligeira		Moderada		Moderadamente Grave		Grave		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
[18-28]	2	12,5%	2	22,2%	2	40,0%	0	0,0%	0,492
[29-38]	2	12,5%	1	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	
[39-48]	4	25,0%	0	0	0	0	0	0,0%	
[49-58]	6	37,5%	4	44,4%	3	60,0%	0	0,0%	
59+	2	12,5%	2	22,2%	0	0	0	0,0%	
<b>Total</b>	16	100%	9	100%	5	100%	0	0,0%	

- Gravidade de Depressão x Género:

No que concerne a gravidade de depressão, em relação ao género, a Figura 21 e a Tabela 12, evidenciam esta distribuição, sendo possível retirar da sua análise que os participantes com pontuações mais elevadas (depressão moderadamente grave) são todos do sexo feminino (100%). Em relação à existência de associação entre a gravidade de depressão e géneros, não se identificou uma diferença estatisticamente significativa, concluindo que as variáveis não se associam ( $p\text{-value} = 0,412$ ). Assim, verificou-se que não existem discrepâncias entre géneros na amostra analisada e a gravidade de depressão.



**Figura 21:** Gráfico da Gravidade x Género.

**Tabela 12:** Distribuição e Teste Exato de Fisher de Gravidade x Género.

	Gravidade								<i>p-value</i>
	Ligeira		Moderada		Moderadamente Grave		Grave		
<b>Género</b>	n	%	n	%	n	%	n	%	0,412
<b>Feminino</b>	13	81,2%	6	66,7%	5	100%	0	0,0%	
<b>Masculino</b>	3	18,8%	3	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	
<b>Total</b>	16	100%	9	100%	5	100%	0	0,0%	

Aconselhamento e Referenciação

Após a realização do rastreio, decorreu a intervenção farmacêutica, onde foi possível realizar aconselhamento a todos os participantes e referenciação médica aos doentes com pontuações  $\geq 10$  no PHQ-9. Como o estudo foi limitado no tempo, não foi possível verificar os resultados da intervenção e realizar o seguimento dos participantes.

## **5. Discussão de Resultados**

O objetivo principal deste estudo foi a observação da exequibilidade e implementação de rastreios de depressão na farmácia comunitária, uma vez que esta doença tem verificado um crescimento considerável ao longo dos anos; também existem evidências de que quanto mais cedo se diagnostica e se adapta um tratamento ao doente, maiores são as probabilidades da doença não progredir e não deixar sequelas, conseguindo assim evitar o acréscimo de comorbilidades associadas à depressão (Maurer et al., 2018; Siu et al., 2016; Smithson & Pignone, 2017).

Tendo em conta que o método de estudo se baseou na implementação de um rastreio de depressão na farmácia comunitária, foi possível avaliar outros parâmetros tais como: a probabilidade de depressão e gravidade de depressão na amostra recolhida, analisando discrepâncias entre géneros e faixas etárias. Posteriormente, após a realização do rastreio, decorreu a intervenção farmacêutica, onde foi possível realizar aconselhamento a todos os participantes e referência médica aos doentes com PHQ-9  $\geq 10$  pontos; contudo infelizmente não foi possível verificar os resultados da intervenção e realizar o seguimento dos participantes devido à limitação temporal do estudo.

Antes da realização do estudo, foi possível inferir relativamente à aceitabilidade dos farmacêuticos em prestarem este tipo de serviços. Na farmácia onde se inseriu o rastreio, globalmente, tanto os farmacêuticos como os técnicos de farmácia mostraram-se disponíveis para a implementação do PHQ-9. Contudo, realçaram preocupação envolvendo o modo como seriam geridas as suas funções, pois apesar de ser um questionário curto, envolve algum dispêndio de tempo e uma preparação prévia.

Foram identificados 85 indivíduos com potencial para realizarem o PHQ-9, contudo, apenas 48 aceitaram participar no estudo. Após a verificação dos pressupostos necessários, os doentes foram questionados sobre a possibilidade de participarem no rastreio, permitindo avaliar a disponibilidade dos doentes para participarem neste tipo de rastreios nas farmácias comunitárias; confirmando-se se seria vantajoso esta prática. A percentagem de adesão rondou os 56%, sendo possível concluir que a maioria dos indivíduos estão dispostos a serem rastreados para a depressão na farmácia comunitária e que aceitam a intervenção farmacêutica. Este estudo obteve uma taxa de adesão positiva, concordando com o estudo de Ballou et al., em 2019; os investigadores avaliaram os métodos de aplicação de instrumentos de rastreio de depressão, numa farmácia

comunitária e concluíram, tal como em estudos anteriores, que o PHQ-9, devido às suas características pode melhorar a taxa de adesão ao rastreio; obtendo uma adesão positiva (51,3%). No caso de Zmoira et al., em 2020, avaliaram o impacto de uma abordagem conduzida pelo farmacêutico, na participação de rastreios de depressão e na adesão à medicação; contrariamente ao referido anteriormente, a taxa de adesão foi bastante menor (15%).

O estudo em análise, à semelhança de estudos anteriores, verificou que seria viável a implementação de rastreios de depressão na farmácia. O sucesso da implementação de rastreios na farmácia foi discutido em 2013, devido ao estudo conduzido por Rosser et al., em 2011; uma vez que o êxito e a acessibilidade do programa de rastreio, permitiu que fosse uma prática regular na farmácia em que se realizou o rastreio, despertando o interesse de outros investigadores para este tema. Neste estudo, foram utilizadas duas ferramentas de rastreio, o PHQ-2 e o PHQ-9, concluindo-se que era o método ideal para conduzir o rastreio, pois em primeiro lugar implementavam o PHQ-2 e só em casos positivos, realizavam o PHQ-9, o que poupou tempo aos doentes e aos farmacêuticos, uma vez que o primeiro questionário só possui duas simples perguntas (Rosser et al., 2013).

#### *Probabilidade e Gravidade de depressão*

Após a análise dos dados recolhidos, verificou-se que a maior parte dos participantes não apresentavam probabilidade de depressão, ainda assim, uma percentagem significativa dos inquiridos, testaram positivo no rastreio de depressão (29,2%), sendo maioritariamente participantes do sexo feminino (78,6%). Apesar dos pressupostos, não se verificou que existia maior probabilidade de diagnóstico de depressão no sexo feminino do que no sexo masculino.

A análise conduzida obteve um valor mais elevado (29,2%) do que a média nacional (9%) (CNS, 2019), mas este facto, tal como nos estudos realizados em período pandémico de Paulino et al., (11,7%) e Ferreira et al., (aproximadamente 20%), pode dever-se às mudanças de paradigma, ou seja, à pandemia COVID-19 que foi um reconhecido causador de stress e potenciador de doenças mentais (Ferreira et al., 2021; Paulino et al., 2021). O elevado valor obtido no presente estudo, também pode estar relacionado com o tamanho reduzido da amostra e os fatores de inclusão do estudo, uma vez que apenas indivíduos com PHQ-2 positivo foram incluídos, ou seja, indivíduos que supostamente encaixavam nos pressupostos de probabilidade de deteção de depressão

com o PHQ-9; ao contrário dos restantes estudos conduzidos em Portugal, em que a amostra não foi selecionada, seguindo os mesmos critérios de inclusão e as ferramentas de rastreio não foram iguais.

Nesta amostra, a categoria de gravidade que teve maior incidência foi a ligeira (53,3%). Como era suposto desta análise, resultou que o sexo feminino obteve gravidades de depressão maiores do que o sexo masculino, mas não se considerou estatisticamente significativa. Os estudos referidos anteriormente, enfatizaram o facto de que o sexo feminino possui tendência a ser inserido em patamares de gravidade de depressão mais elevados, sendo explicado pelo facto de também estar mais sujeito a valores de stress mais altos do que o sexo masculino (Ferreira et al., 2021; Paulino et al., 2021).

Mundialmente, desde o início da pandemia, ocorreu um impacto negativo na saúde mental; aumentando significativamente os níveis de depressão, o que corrobora o pressuposto anterior (Frontini et al., 2021; Mazza et al., 2020; Wang et al., 2020). A maioria dos estudos refere valores na ordem dos 20% nas amostras dos estudos, o que é compatível com os dados referidos (Ettman et al., 2020; Fountoulakis et al., 2021; J. M. Wilson et al., 2021).

Nos últimos anos, tem-se verificado que a população jovem adulta tem sido bastante afetada, com níveis tendencialmente mais elevados de depressão (Lakasing & Mirza, 2020). Esta tendência encontra-se associada a fatores relacionados com: o aumento do desemprego entre jovens adultos (provoca um atraso no desenvolvimento do papel como adulto independente) e o crescimento exponencial das redes sociais, que permitiu a intensificação de problemas como o *bullying* e/ou a diminuição da autoestima (Lakasing & Mirza, 2020; Viner et al., 2019). No presente estudo, a ocorrência de probabilidade de depressão nas diferentes faixas etárias variou, não existindo concordâncias relativamente à estipulação de uma associação entre uma faixa etária e a probabilidade de depressão. No entanto, considerou-se preocupante o facto de a faixa etária dos jovens adultos ser a que apresenta a maior probabilidade de depressão (44,4%), reforçando o discutido anteriormente.

Como no estudo de Paulino et al., em 2020, através da análise da população portuguesa, evidenciou-se que os participantes mais velhos, apresentaram níveis mais baixos de depressão e stresse e que os indivíduos entre 18 e 30 anos podem estar mais predispostos à doença. Contudo não se encontrou uma associação que corrobore a teoria (Paulino et al., 2021).

Apesar destas evidências, não se pode menosprezar faixas etárias, pois a depressão é uma doença que pode ocorrer em qualquer idade; porém tendo em conta a tendência de probabilidade de depressão na população jovem, deve-se investir no rastreio nesta faixa etária e na consciencialização da doença (Lakasing & Mirza, 2020; Siu et al., 2016).

A probabilidade de depressão moderadamente grave ( $\geq 15$ ) que foi o nível mais elevado na amostra recolhida, surgiu maioritariamente em participantes entre os 49 e os 58 anos (60,0%). É igualmente preocupante, o facto de a faixa etária dos 18 aos 28 anos, adquirir um valor consideravelmente alto (40%). Apesar dos dados reunidos no presente estudo, não se encontrou uma associação entre as variáveis e não foram encontrados estudos que interliguem a gravidade de depressão baseada no PHQ-9 com a faixa etária, o que seria interessante tendo em conta os dados apresentados.

### Limitações do estudo

O estudo foi limitado em relação à região e ao tempo, resultando num tamanho de amostra reduzido. Além disso, a amostra não apresenta homogeneidade entre género e faixas etárias, existindo predominância do sexo feminino e da faixa etária [49-58].

Como referido anteriormente, não foi possível realizar o acompanhamento dos participantes, logo não se verificou os resultados da intervenção farmacêutica.

Todos os dados, uma vez que se trata de questionários, foram de autorrelato e a frequência/gravidade dos sintomas não foram avaliados por um especialista, logo estão sujeitos a vieses.

Um viés a ser relatado, está relacionado com a realização do PHQ-2. O facto deste questionário ter sido implementado oralmente, não permitiu verificar corretamente a intensidade dos sintomas relatados pelos doentes, de modo que alguns participantes após completarem o PHQ-9, não tinham verdadeiramente critérios para participar no estudo. Futuramente, sugere-se que o PHQ-2 seja aplicado do mesmo modo que o PHQ-9.

### Pontos Fortes do Estudo

Independentemente das limitações encontradas, este estudo teve um papel importante na consciencialização da depressão na população e evidenciou-se a contribuição do farmacêutico para tal. Percebeu-se que a maioria dos doentes não conhecia os fatores de risco e os hábitos do quotidiano que propiciam o surgimento de sintomas depressivos, nem como preveni-los.

Apesar de não ter sido possível acompanhar o processo de referência nos participantes com probabilidade de depressão, ou seja, não existiu o conhecimento se os doentes consultaram um especialista, conseguiu-se fornecer ferramentas e motivação para quando o doente estiver preparado, seguir as indicações propostas; uma vez que já estão cientes de que há formas de atenuar e tratar a doença e/ou prevenir o seu ressurgimento.

Nos doentes em que não se verificou probabilidade de depressão, como foram informados dos seus sintomas e características, neste momento, estão alerta para a doença e se esta surgir, podem intervir precocemente, tanto no caso do próprio, como no caso de terceiros.

### *Projetos futuros*

Não são conhecidos estudos semelhantes em Portugal, relativos a esta temática. Assim, seria interessante e relevante, num futuro próximo, considerar a implementação de rastreios de depressão no território português; recorrendo ao auxílio das farmácias, ou seja, seria importante existir uma colaboração entre as farmácias e o Serviço Nacional de Saúde, como por exemplo, os Centros de Saúde. Também seria vantajoso criar, nestes pontos de prestação de cuidados de saúde primários, equipas multidisciplinares (psiquiatras, farmacêuticos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) com a função de acompanhar e tratar os doentes sinalizados pelas farmácias (Davis et al., 2020; Silvia et al., 2020; Watkins et al., 2020).



## **Conclusão**

A Saúde Mental ainda é um tema tabu, o que provoca ambiguidades em relação às doenças mentais. A depressão encaixa nesta categoria, sendo uma das doenças com maior prevalência mundial e em crescimento, existindo a necessidade de se criarem medidas para reduzir esta tendência.

Este estudo teve por base, a possibilidade e utilidade de serem implementados, em Portugal, rastreios de depressão nas farmácias comunitárias, de modo a conseguir-se intervir precocemente na doença. Apurou-se que efetivamente, as farmácias comunitárias deveriam estar mais envolvidas na consciencialização e no rastreio de depressão, o valor encontrado de probabilidade de depressão na amostra recolhida (29,2%), também corrobora esta afirmação. Do mesmo modo, conseguiu-se alertar os doentes em risco de desenvolverem sintomas depressivos mais acentuados e aqueles com pontuações do PHQ-9, consideradas elegíveis para diagnóstico de depressão. Em ambas as situações, com maior ênfase na segunda condição, os doentes foram referenciados para consultarem um especialista.

O tratamento da depressão permite melhorar o funcionamento emocional, físico, social e a qualidade de vida dos doentes, conseqüentemente possibilita reduzir a necessidade de cuidados de saúde e diminuir a mortalidade.

O farmacêutico comunitário é um excelente aliado das intervenções precoces, nas doenças crónicas, devendo ser uma preocupação nacional e mundial, uniformizar a implementação de rastreios de depressão nas farmácias comunitárias, contribuindo assim, para intervir atempadamente na depressão, reduzindo o seu impacto na acentuada perda de qualidade de vida da população mundial.



## Referências Bibliográficas

- Aluh, D. O., & Norberg, M. M. (2020). Community pharmacists as a resource in task-shifted interventions for depression. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), e24. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30096-1)
- American Psychiatric Association. (2013). American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). In *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Aquino, J. P. De, & Londono, A. (2018). An Update on the Epidemiology of Major Depressive Disorder Across Cultures. © Springer Nature Singapore Pte Ltd. 2018 Y.-K. Kim (Ed.), *Understanding Depression*. [https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-981-10-6580-4\\_25](https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-981-10-6580-4_25)
- Arias-de la Torre, J., Vilagut, G., Ronaldson, A., Serrano-Blanco, A., Martín, V., Peters, M., Valderas, J. M., Dregan, A., & Alonso, J. (2021). Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. *The Lancet Public Health*, 2667(21), 1–10. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00047-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00047-5)
- Ballou, J. M., Chapman, A. R., Roark, A. M., Huie, C. H., McKee, J., & Marciniak, M. W. (2019). Conducting depression screenings in a community pharmacy: A pilot comparison of methods. *JACCP Journal of the American College of Clinical Pharmacy*, 2(4), 366–372. <https://doi.org/10.1002/jac5.1156>
- Barboza, J. J., Soriano-Moreno, A. N., Copez-Lonzoy, A., Pacheco-Mendoza, J., & Toro-Huamanchumo, C. J. (2020). Disability and severe depression among Peruvian older adults: Analysis of the Peru Demographic and Family Health Survey, ENDES 2017. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02664-3>
- Bardet, J. D., Vo, T. H., Bedouch, P., & Allenet, B. (2015). Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 11(5), 602–622. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2014.12.003>

- Bingham, J., Silva-Almodóvar, A., Lee, H., Benson, C., Michael, R., Azurin, C. M., & Taylor, A. M. (2020). The role of the pharmacist in mental health: An investigation of the impact of pharmacist-led interventions on psychotropic medication adherence in patients with diabetes. *Journal of the American Pharmacists Association*, *60*(5), e58–e63. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.01.009>
- Björkenstam, E., Ljung, R., Burström, B., Mittendorfer-Rutz, E., Hallqvist, J., & Weitoft, G. R. (2012). Quality of medical care and excess mortality in psychiatric patients - A nationwide register-based study in Sweden. *BMJ Open*, *2*(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000778>
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Managing common mental health disorders in primary care: Conceptual models and evidence base. *British Medical Journal*, *330*(7495), 839–842. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7495.839>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brosschot, J. F., Verkuil, B., & Thayer, J. F. (2018). Generalized unsafety theory of stress: Unsafe environments and conditions, and the default stress response. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(3), 1–27. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030464>
- Calogero, S., & Caley, C. F. (2017). Journal of the American Pharmacists Association Supporting patients with mental illness: Deconstructing barriers to community pharmacist access. *Journal of the American Pharmacists Association*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2016.12.066>
- Carpenter, D. M., Lavigne, J. E., Colmenares, E. W., Falbo, K., & Mosley, S. L. (2020). Community pharmacy staff interactions with patients who have risk factors or warning signs of suicide. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *16*(3), 349–359. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.05.024>
- Carvalho, P. M. de M., Moreira, M. M., de Oliveira, M. N. A., Landim, J. M. M., & Neto, M. L. R. (2020). The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak.

- Psychiatry Research*, 286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112902>
- Chung, K. F., Lee, C. T., Yeung, W. F., Chan, M. S., Chung, E. W. Y., & Lin, W. L. (2018). Sleep hygiene education as a treatment of insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Family Practice*, 35(4), 365–375. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz122>
- CNS. (2019). *Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Conselho Nacional de Saúde. Date Accessed: 2021-11-17. <http://www.cns.min-saude.pt/2019/12/16/sem-mais-tempo-a-perder-saude-mental-em-portugal-um-desafio-para-a-proxima-decada/>
- Cohen, B. E., Edmondson, D., & Kronish, I. M. (2015). State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *American Journal of Hypertension* 28(11) November 2015, 28(November), 1295–1302. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpv047>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S., & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for Depression across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164>
- Dartmouth-Hitchcock. (2017). *Depression Management Adult, Ambulatory Clinical Practice Guideline*. Knowledge Map Date Accessed: 2021-11-17. <https://med.dartmouth-hitchcock.org/documents/depression-clinical-practice-guideline.pdf>
- Davis, B., Qian, J., Ngorsuraches, S., Jeminiwa, R., & Garza, K. B. (2020). The clinical impact of pharmacist services on mental health collaborative teams: A systematic review. *Journal of the American Pharmacists Association*, 60(5), S44–S53. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.05.006>
- Denson, B. H., & Kim, R. E. (2018). *Evaluation of provider response to positive depression screenings and physician attitudes on integrating psychiatric pharmacist services in primary care settings*. <https://doi.org/10.9740/mhc.2018.01.028>
- DGS. (2015). *Saúde Mental em Números – 2015*. Programa Nacional Para a Saúde Mental

Date Accessed: 2021-11-17. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>

DGS. (2017). *Programa Nacional Para a Saúde Mental 2017*. Date Accessed: 2021-11-17. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-883589-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABAARYszItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>

Dollar, K. J., Ruisinger, J. F., Graham, E. E., Prohaska, E. S., & Melton, B. L. (2020). Public awareness of Mental Health First Aid and perception of community pharmacists as Mental Health First Aid providers. *Journal of the American Pharmacists Association*, 60(5), S93-S97.e1. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.01.017>

Druss, B. G., Rosenheck, R. A., Desai, M. M., & Perlin, J. B. (2002). Quality of preventive medical care for patients with mental disorders. *Medical Care*, 40(2), 129–136. <https://doi.org/10.1097/00005650-200202000-00007>

Duan, L., & Zhu, G. (2020). *Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic*. 7(April), 300–302. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)

Ettman, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M., & Galea, S. (2020). Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 3(9). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>

Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. L., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). *Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. 10(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>

Ferreira, M. J., Sofia, R., Carreno, D. F., Eisenbeck, N., Jongenelen, I., & Cruz, J. F. A. (2021). Dealing With the Pandemic of COVID-19 in Portugal: On the Important Role of Positivity, Experiential Avoidance, and Coping Strategies. *Frontiers in Psychology*, 12(June), 1–15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.647984>

- Fountoulakis, K. N., Apostolidou, M. K., Atsiova, M. B., Filippidou, A. K., Florou, A. K., Gousiou, D. S., Katsara, A. R., Mantzari, S. N., Padouva-Markoulaki, M., Papatriantafyllou, E. I., Sacharidi, P. I., Tonia, A. I., Tsagalidou, E. G., Zymara, V. P., Prezerakos, P. E., Koupidis, S. A., Fountoulakis, N. K., & Chrousos, G. P. (2021). Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece. *Journal of Affective Disorders*, 279(January), 624–629. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.061>
- Frontini, R., Rebelo-Gonçalves, R., Amaro, N., Salvador, R., Matos, R., Morouço, P., & Antunes, R. (2021). The Relationship Between Anxiety Levels, Sleep, and Physical Activity During COVID-19 Lockdown: An Exploratory Study. *Frontiers in Psychology*, 12(March). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.659599>
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., Correll, C. U., Meyer-Lindenberg, A., Millan, M. J., Borgwardt, S., Galderisi, S., Bechdolf, A., Pfennig, A., Kessing, L. V., van Amelsvoort, T., Nieman, D. H., Domschke, K., Krebs, M.-O., Koutsouleris, N., McGuire, P., Do, K. Q., & Arango, C. (2020). Prevention of Psychosis. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 755. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4779>
- Gin S Malhi, Darryl Bassett, P. B., Richard Bryant, Paul B Fitzgerald, K. F., Malcolm Hopwood, Bill Lyndon, Roger Mulder, Greg Murray, R. P., Singh, and A. B., Malhi, G. S., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Fitzgerald, P. B., Fritz, K., Hopwood, M., Lyndon, B., & Mulder, R. (2015). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 49(12). <https://doi.org/10.1177/0004867415617657>
- Gómez-Gómez, I., Motrico, E., Moreno-Peral, P., Rigabert, A., Conejo-Cerón, S., Ortega-Calvo, M., Recio, J. I., & Bellón, J. A. (2019). Effectiveness of complex multiple-risk lifestyle interventions in reducing symptoms of depression: A study protocol for a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*, 9(3), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026842>
- Gómez-Gómez, I., Motrico, E., Moreno-Peral, P., Rigabert, A., Conejo-Cerón, S., Ortega-Calvo, M., Recio, J. I., Bellón, J. A., Null, G., Pennesi, L., Knapen, J.,

- Vancampfort, D., Moriën, Y., Marchal, Y., Serrano Ripoll, M. J., Oliván-Blázquez, B., Vicens-Pons, E., Roca, M., Gili, M., ... Manger, S. (2015). Lifestyle change recommendations in major depression: Do they work? *Journal of Affective Disorders*, 14(1), 203–216. <https://doi.org/10.31128/AJGP-06-19-4964>
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). *Prevalência e diagnóstico da depressão em medicinageral e familiar*. Revista Portuguesa de Clínica Geral Date Accessed: 2021-11-17. <https://doi.org/10.20344/amp.1012>
- Guerra, T. de R. B., Venancio, I. C. D., Pinheiro, D. M. de M., Mendlowicz, M. V., Cavalcanti, A. C. D., & Mesquita, E. T. (2018). Methods of Screening for Depression in Outpatients with Heart Failure. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 1–9. <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20180037>
- Hall, B. J., Patel, A., Lao, L., Liem, A., Mayawati, E. H., & Tjipto, S. (2021). Structural validation of The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among Filipina and Indonesian female migrant domestic workers in Macao: STRUCTURAL VALIDATION OF PHQ-9. *Psychiatry Research*, 295(June), 113575. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113575>
- Hall B, Kelly F, AJ, W., & S., M. (2019). Consumer perceptions of community pharmacy-based promotion of mental health and well-being. *Health Promotion Journal of Australia*, 32(1), 26–31. <https://doi.org/10.1002/hpja.312>
- Hare, S. K., & Kraenow, K. (2008). Depression screenings: Developing a model for use in a community pharmacy. *Journal of the American Pharmacists Association*, 48(1), 46–51. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2008.07010>
- Hawton, K., Casañas I Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), 17–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>
- He, C., Levis, B., Riehm, K. E., Saadat, N., Levis, A. W., Azar, M., Rice, D. B., Krishnan, A., Wu, Y., Sun, Y., Imran, M., Boruff, J., Cuijpers, P., Gilbody, S., Ioannidis, J. P. A., Kloda, L. A., McMillan, D., Patten, S. B., Shrier, I., ... Benedetti, A. (2020). The Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 Algorithm for Screening to Detect Major Depression: An Individual Participant Data Meta-Analysis. *Psychotherapy*

- and Psychosomatics*, 89(1), 25–37. <https://doi.org/10.1159/000502294>
- Ho, R. C., Mak, K.-K., Chua, A. N., Ho, C. S., & Mak, A. (2013). The effect of severity of depressive disorder on economic burden in a university hospital in Singapore. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 13(4), 549–559. <https://doi.org/10.1586/14737167.2013.815409>
- Horvitz-Lennon, M., Kilbourne, A. M., & Pincus, H. A. (2006). From silos to bridges: Meeting the general health care needs of adults with severe mental illnesses. *Health Affairs*, 25(3), 659–669. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.3.659>
- INE. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014* (INE (ed.)). Instituto Nacional de Estatística Date Accessed: 2021-11-17; INE. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2)
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Jarego, M., Pimenta, F., Pais-Ribeiro, J., Costa, R. M., Patrão, I., Coelho, L., & Ferreira-Valente, A. (2021). Do coping responses predict better/poorer mental health in Portuguese adults during Portugal's national lockdown associated with the COVID-19? *Personality and Individual Differences*, 175(November 2020). <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110698>
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. *British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Juruena, M. F., Gadelrab, R., Cleare, A. J., & Young, A. H. (2021). Epigenetics: A missing link between early life stress and depression. *Progress in Neuro-*

*Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109(September 2020), 110231.  
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110231>

Kamusheva, M., Ignatova, D., Golda, A., & Skowron, A. (2020). <p>The Potential Role of the Pharmacist in Supporting Patients with Depression – A Literature-Based Point of View</p>. *Integrated Pharmacy Research and Practice, Volume 9*, 49–63.  
<https://doi.org/10.2147/iprp.s239672>

Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 119–138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>

Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., & Marchal, Y. (2015). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and Rehabilitation*, 37(16), 1490–1495.  
<https://doi.org/10.3109/09638288.2014.972579>

Kondova, A., Todorova, A., Tsvetkova, A., Arnaoudova, M., Andreevska, K., & Grekova, D. (2018). Screening and Risk Assessment for Depression in Community Pharmacy- Pilot Study. *Journal of IMAB - Annual Proceeding (Scientific Papers)*, 24(1), 1928–1931. <https://doi.org/10.5272/jimab.2018241.1928>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.  
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2003). The patient health questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284–1292. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>

Lakasing, E., & Mirza, Z. (2020). Anxiety and depression in young adults and adolescents. *British Journal of General Practice*, 70(691), 56–57.  
<https://doi.org/10.3399/bjgp20X707765>

Lamela, D., Soreira, C., Matos, P., & Morais, A. (2020). Systematic review of the factor structure and measurement invariance of the patient health questionnaire-9 (PHQ-9) and validation of the Portuguese version in community settings. *Journal of Affective Disorders*, 276(May), 220–233. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.066>

- Levis, B., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2019). Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: Individual participant data meta-analysis. *The BMJ*, *365*. <https://doi.org/10.1136/bmj.11476>
- Levis, B., Sun, Y., He, C., Wu, Y., Krishnan, A., Parash, ;, Bhandari, M., Dipika, B. ;, Imran, M., Brehaut, E., Negeri, Z., Felix, ;, Fischer, H., Benedetti, A., Thombs, B. D., General, J., 4333, H. ;, Ste, C., & Rd, C. (2020). Accuracy of the PHQ-2 Alone and in Combination With the PHQ-9 for Screening to Detect Major Depression Systematic Review and Meta-analysis Supplemental content. *JAMA*, *323*(22), 2290–2300. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6504>
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, *8*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>
- Lopresti, A. L., Hood, S. D., & Drummond, P. D. (2013). A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: Diet, sleep and exercise. *Journal of Affective Disorders*, *148*(1), 12–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.014>
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *291*(January), 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *The Lancet*, *392*(10161), 2299–2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
- Malpass, A., Shaw, A., Kessler, D., & Sharp, D. (2010). Concordance between PHQ-9 scores and patients' experiences of depression: A mixed methods study. *British Journal of General Practice*, *60*(575), 231–238. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X502119>
- Manea, L., Gilbody, S., Hewitt, C., North, A., Plummer, F., Richardson, R., Thombs, B. D., Williams, B., & McMillan, D. (2016). Identifying depression with the PHQ-2: A

- diagnostic meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 203, 382–395. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.003>
- Manger, S., Forsyth, A., Deane, F. P., Williams, P., Gómez-gómez, I., Motrico, E., Moreno-peral, P., Rigabert, A., Conejo-cerón, S., Ortega-calvo, M., Recio, J., Bellón, J. A., Null, G., Pennesi, L., Marchal, Y., Ripoll, M. J. S., Roca, M., Gili, M., Leiva, A., ... Bird, S. B. (2019). Lifestyle interventions for mental health. *Australian Journal of General Practice*, 48(10), 670–673. <https://doi.org/10.31128/AJGP-06-19-4964>
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., ... Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies. *JAMA*, 294(16), 2064. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- Mansour, H., Mueller, C., Davis, K. A. S., Burton, A., Shetty, H., Hotopf, M., Osborn, D., Stewart, R., & Sommerlad, A. (2020). Severe mental illness diagnosis in English general hospitals 2006-2017: A registry linkage study. *PLoS Medicine*, 17(9), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003306>
- Manwell, L. A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., & McKenzie, K. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*, 5(6), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007079>
- Martínez, P., Soto-Brandt, G., Brandt, S., Guajardo, V., & Rojas, G. (2020). Validación inicial de Patient Health Questionnaire 2-Item para detectar síntomas depresivos en diabéticos y/o hipertensos en la atención primaria de salud. *Revista Médica de Chile*, 148(11), 1614–1618. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020001101614>
- Matzke, G. R., Moczygemba, L. R., Williams, K. J., Czar, M. J., & Lee, W. T. (2018). Impact of a pharmacist-physician collaborative care model on patient outcomes and health services utilization. *American Journal of Health-System Pharmacy : AJHP : Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 75(14), 1039–1047. <https://doi.org/10.2146/ajhp170789>

- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L. M., Steinberg, R., & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne* Date Accessed: 2021-11-17, 168(10), 1245–1251. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12743065/>
- Maurer, D. M., Raymond, T. J., & Davis, B. N. (2018). Depression: Screening and Diagnosis. *American Family Physician* Date Accessed: 2021-11-17, 98(8), 508–515. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30277728>
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among italian people during the covid-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>
- McMillan, S. S., Kelly, F., Hattingh, H. L., Fowler, J. L., Wheeler, A. J., McMillan, S. S., Kelly, F., Hattingh, H. L., Fowler, J. L., McMillan, S. S., Kelly, F., Hattingh, H. L., Fowler, J. L., Mihala, G., & Wheeler, A. J. (2017). The impact of a person-centred community pharmacy mental health medication support service on consumer outcomes The impact of a person-centred community pharmacy mental health medication support service on consumer outcomes. *Journal of Mental Health*, 0(0), 1–10. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340618>
- Metrics, G. H. (2018). *Global , regional , and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories , 1980 – 2017 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. 392, 1980–2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)
- Mey, A., Hattingh, L., Davey, A. K., Knox, K., Fejzic, J., & Wheeler, A. J. (2015). Preparing community pharmacists for a role in mental health: An evaluation of accredited Australian pharmacy programs. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 7(3), 371–377. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2014.12.020>
- Miller, P., Newby, D., Walkom, E., Schneider, J., & Li, S. C. (2020). Depression

- screening in adults by pharmacists in the community: a systematic review. *International Journal of Pharmacy Practice*, 28(5), 428–440. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12661>
- Monteiro, S., Torres, A., Pereira, A., Albuquerque, E., & Morgadinho, R. (2013). Preliminary validation study of a portuguese version of the patient health questionnaire (PHQ-9). *European Psychiatry*, 28, 1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)76982-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)76982-7)
- Monteiro, Sara, Bártoło, A., Torres, A., Pereira, A., & Albuquerque, E. (2020). Examining the construct validity of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire-9 among college students. *Psicologia*, 34(1), 1–8. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v33i2.1421>
- Morgado, A. M., Cruz, J., & Peixoto, M. M. (2021). Individual and community psychological experiences of the COVID-19 pandemic: The state of emergency in Portugal. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01676-w>
- Mospan, C. M., Gillette, C., & Wilson, J. A. (2020). Patient and prescriber perceptions of depression screening within a community pharmacy setting. *Journal of the American Pharmacists Association*, 60(5), S15–S22. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.03.010>
- NICE. (2009). Depression in adults: recognition and management. In *The National Institute for Health and Care Excellence Date Accessed: 2021-11-17* (Issue October 2009). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>
- NICE. (2019). The “NICE Guideline” on the treatment of depression. In *The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists Date Accessed: 2021-11-17*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509>
- Panchal, N., Kamal, R., Orgera, K., Cox, C., Garfield, R., Hamel, L., Mriya, C., & Chidambaram, P. (2020). *The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use*. Kaiser Family Foundation Date Accessed: 2021-11-17. <https://abtcounseling.com/wp-content/uploads/2020/09/The-Implications-of-COVID-19-for-Mental-Health-and-Substance-Use--KFF.pdf>

- Park, C. L., Russell, B. S., Fendrich, M., Finkelstein-Fox, L., Hutchison, M., & Becker, J. (2020). Americans' COVID-19 Stress, Coping, and Adherence to CDC Guidelines. *Journal of General Internal Medicine*, 35(8), 2296–2303. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05898-9>
- Patel, V., Araya, R., Chatterjee, S., Chisholm, D., Cohen, A., De Silva, M., Hosman, C., McGuire, H., Rojas, G., & van Ommeren, M. (2007). Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 370(9591), 991–1005. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61240-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61240-9)
- Paulino, M., Dumas-Diniz, R., Brissos, S., Brites, R., Alho, L., Simões, M. R., & Silva, C. F. (2021). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychology, Health and Medicine*, 26(1), 44–55. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1808236>
- Peer, N., Balakrishna, Y., & Durao, S. (2020). Screening for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(6), 726. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005266.pub2>
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Quittner, A. L., Abbott, J., Georgiopoulos, A. M., Goldbeck, L., Smith, B., Hempstead, S. E., Marshall, B., Sadoska, K. A., Elborn, S., Boyle, M., Crossan, A., Gartner, S., Gerlach, M., Rounds, J., Hug, M., Kvam, C., Macias, M., Mueller, A., Noordhoek, J., ... Zirbes, J. (2016). International Committee on Mental Health in Cystic Fibrosis: Cystic Fibrosis Foundation and European Cystic Fibrosis Society consensus statements for screening and treating depression and anxiety. *Thorax*, 71(1), 26–34. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2015-207488>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52(January), 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Rayner, L., Price, A., Hotopf, M., & Higginson, I. J. (2011). The development of

- evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *European Journal of Cancer*, 47(5), 702–712. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.11.027>
- Reilly, C. L. O., Ph, D., Wong, E., Hons, B. P., Chen, T. F., & Ph, D. (2015). A feasibility study of community pharmacists performing depression screening services. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 11(3), 364–381. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2014.08.013>
- Risal, A. (2012). Common Mental Disorders. *Kathmandu University Medical Journal*, 9(3), 213–217. <https://doi.org/10.3126/kumj.v9i3.6308>
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M. S., Lewis, G., & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611–627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
- Rosser, S., Frede, S., Conrad, W. F., & Heaton, P. C. (2013). evaluation of a pharmacist-conducted screening program for depression. *Journal of the American Pharmaceutical Association: Practical Pharmacy Edition*, 53(1), 22–29. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2013.11176>
- Rubio-Valera, M., Chen, T., & O'Reilly, C. (2014). New Roles for Pharmacists in Community Mental Health Care: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(10), 10967–10990. <https://doi.org/10.3390/ijerph111010967>
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Salvo, M. C., & Cannon-breland, M. L. (2015). Motivational interviewing for medication adherence. *Journal of the American Pharmaceutical Association: Practical Pharmacy Edition*, 55(4), e354–e363. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2015.15532>

- Sarris, J., O'Neil, A., Coulson, C. E., Schweitzer, I., & Berk, M. (2014). Lifestyle medicine for depression. *BMC Psychiatry*, *14*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-107>
- Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., MD, DrPH, Ronny Bruffaerts, PhD, José Miguel Caldas-de-Almeida, MD, PhD, S., Florescu, MD, PhD, Giovanni de Girolamo, MD, Chiyi Hu, PhD, Peter de Jonge, PhD, N., Kawakami, MD, DMSc, Maria Elena Medina-Mora, PhD, Jacek Moskalewicz, PhD, F., Navarro-Mateu, MD, PhD, Siobhan O'Neill, MPsychSc, PhD, Marina Piazza, ScD, MPH, J., & Posada-Villa, MD, Yolanda Torres, MPH, DraHC, and Ronald C. Kessler, P. (2016). Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. *JAMA Psychiatry*. *2016 February*, *73*(2), 150–158. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2688>.
- Silvia, R., Plum, M., & Dufresne, R. (2020). Efficiencies and outcomes of depression treatment by a psychiatric pharmacist in a primary care clinic compared with treatment within a behavioral health clinic. *Journal of the American Pharmacists Association*, *60*(5), S98–S106. <https://doi.org/10.1016/J.JAPH.2020.05.015>
- Simon, G. E., Rutter, C. M., Peterson, D., Oliver, M., Whiteside, U., Operskalski, B., & Ludman, E. J. (2013). Do PHQ Depression Questionnaires Completed During Outpatient Visits Predict Subsequent Suicide Attempt or Suicide Death? *Psychiatry Serv*, *64*(12), 1195–1202. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200587>.Do
- Siu, A. L., Bibbins-Domingo, K., Grossman, D. C., Baumann, L. C., Davidson, K. W., Ebell, M., García, F. A. R., Gillman, M., Herzstein, J., Kemper, A. R., Krist, A. H., Kurth, A. E., Owens, D. K., Phillips, W. R., Phipps, M. G., & Pignone, M. P. (2016). Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, *315*(4), 380–387. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392>
- Smithson, S., & Pignone, M. P. (2017). Screening Adults for Depression in Primary Care. *Medical Clinics of North America*, *101*(4), 807–821. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.03.010>
- Tallian, K. B., Hirsch, J. D., Kuo, G. M., Chang, C. A., Gilmer, T., Messinger, M., Chan,

- P., Daniels, C. E., & Lee, K. C. (2012). Development of a pharmacist-psychiatrist collaborative medication therapy management clinic. *Journal of the American Pharmacists Association*, 52(6), e252–e258. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2012.11215>
- Teixeira, V., Macedo, A. M., Borges, C., Carrapa, S., China, S., & Cunha, R. (2016). O impacto do nível socioeconómico na acessibilidade aos cuidados de saúde primários: estudo em quatro unidades de saúde do Norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 32(6), 376–386. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i6.11958>
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). *Ansiedade e depressão em medicina: Modelos teóricos e avaliação*. Acta Medica Portuguesa Date Accessed: 2021-11-17. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1680/1260>
- Thomas, S. P. (2020). Focus on Depression and Suicide in the Era of COVID-19. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(7), 559. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1769435>
- Tohen, M., Khalsa, H. K., Salvatore, P., Vieta, E., Ravichandran, C., & Baldessarini, R. J. (2012). Two-year outcomes in first-episode psychotic depression The McLean – Harvard first-episode project. *Journal of Affective Disorders*, 136(1–2), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.028>
- Torres, A., Monteiro, S., Pereira, A., & Albuquerque, E. (2016). *Reliability and Validity of the PHQ-9 in Portuguese Women with Breast Cancer*. 411–423. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2016.07.02.39>
- Viner, R. M., Gireesh, A., Stiglic, N., Hudson, L. D., Goddings, A.-L., Ward, J. L., & Nicholls, D. E. (2019). Roles of cyberbullying, sleep, and physical activity in mediating the effects of social media use on mental health and wellbeing among young people in England: a secondary analysis of longitudinal data. *The Lancet*, 3(10), 685–696. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30186-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30186-5)
- Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Brown, A., Carter, A., Casey, D. C., Charlson, F. J., Chen, A. Z., Coggeshall, M., Cornaby, L., Dandona, L., Dicker, D. J., Dilegge, T., Erskine, H. E., Ferrari, A. J., Fitzmaurice, C., Fleming, T.,

- Forouzanfar, M. H., ... Zuhlke, L. J. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1545–1602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
- Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, (), S0140673620301859–., 6736(20), 1–4. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)
- Wang, Cuiyan, Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Kessler, R. C., Kovess, V., Lane, M. C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., ... Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 370(9590), 841–850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)
- Wang, Y. H., Li, J. Q., Shi, J. F., Que, J. Y., Liu, J. J., Lappin, J. M., Leung, J., Ravindran, A. V., Chen, W. Q., Qiao, Y. L., Shi, J., Lu, L., & Bao, Y. P. (2020). Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Molecular Psychiatry*, 25(7), 1487–1499. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0595-x>
- Watkins, V. A., Michaels, N. M., Jackson, D. L., Rhodes, L. A., & Marciniak, M. W. (2020). The effect of community pharmacist-led health coaching on clinical outcomes. *Journal of the American Pharmacists Association*, 60(3), S65–S69.

<https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.03.021>

WHO. (1973). *World Health Organization*. World Health Organization. Mental Health Determinants and Populations Team. (2001). Atlas of Mental Health Resources in the World 2001. World Health Organization. Date Accessed: 2021-11-17. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66910>

WHO. (2002). Relatório Mundial da Saúde. In *The World Health Report* Date Accessed: 2021-11-17. [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)

WHO. (2004). The Global Burden of Disease 2004. *World Health Organization* Date Accessed: 2021-11-17, 146. [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf?ua](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua)

WHO. (2019). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Date Accessed: 2021-11-17. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

Wierenga, K. L., Fresco, D. M., Alder, M., Sattar, A., & Moore, S. M. (2021). Preliminary Efficacy of an Emotion Regulation Intervention on Physical Activity and Depressive and Anxious Symptoms in Individuals in Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, Publish Ahead of Print, 1–10. <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000837>

Wilson, C., & Twigg, G. (2018). Pharmacist-led depression screening and intervention in an underserved, rural, and multi-ethnic diabetic population. *Journal of the American Pharmacists Association*, 58(2), 205–209. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2017.11.001>

Wilson, J. M., Lee, J., & Shook, N. J. (2021). COVID-19 worries and mental health: the moderating effect of age. *Aging and Mental Health*, 25(7), 1289–1296. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1856778>

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9),

655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

- Wong, V. W. H., Ho, F. Y. Y., Shi, N. K., Sarris, J., Chung, K. F., & Yeung, W. F. (2021). Lifestyle medicine for depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 284(October 2020), 203–216. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.012>
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal - rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-19>
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228–229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
- Yang, L., Zhao, Y., Wang, Y., Liu, L., Zhang, X., Li, B., & Cui, R. (2015). The Effects of Psychological Stress on Depression. *Current Neuropharmacology*, 13(4), 494–504. <https://doi.org/10.2174/1570159x1304150831150507>
- Zmoira, A., Rogers, E., Johnson, A., & Johnson, K. (2021). Implementation of a depression screening as part of a holistic adherence assessment in a large community pharmacy chain. *Journal of the American Pharmacists Association*, 61(4), S154–S160. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.12.011>



**Anexos**

**Anexo I: Aprovação da Comissão de Ética do IUEM**

**Proc. Interno nº 957**

Ex.ma Senhora  
**Patrícia Isabel Vagarinho**  
**Dias**

Monte de Caparica, 25 de março de 2021.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado **“Rastreio de Depressão na farmácia Comunitária: Hipótese de intervenção precoce”**, foi aprovado.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria Fernanda de Mesquita

## Anexo II: Consentimento Informado



### Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17\_03

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas na Unidade Curricular de Estágio do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Professora Doutora Patrícia Cavaco Silva, solicita-se autorização para a participação no “Rastreamento de Depressão na Farmácia Comunitária: Hipótese de intervenção precoce”, destinado a indivíduos maiores de 18 anos e que não estejam a realizar terapêutica antidepressiva, com o objetivo de se proceder à intervenção precoce na doença, que consiste na seguinte participação: preenchimento do questionário “Patient Health Questionnaire - 9” (PHQ-9). O PHQ-9 é uma ferramenta de aplicação rápida, contendo nove questões que avaliam a presença de cada um dos sintomas de depressão descritos no DSM-5, e uma décima pergunta adicional que avalia a interferência destes sintomas no desempenho de atividades diárias.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios tais como: envolver ativamente os farmacêuticos comunitários no rastreio da depressão e no posterior encaminhamento, quando justificado, para um especialista, de modo a realizar-se um diagnóstico precoce da doença, promovendo um melhor tratamento e qualidade de vida da pessoa com depressão. O estudo pretende alertar a população para a elevada incidência de perturbações relativas à Saúde Mental e a necessidade de tratamento eficaz e personalizado para cada doente, uma vez que é um problema de Saúde Pública pouco explorado e em crescimento. A participação neste estudo trará benefícios individuais e populacionais.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo orientador e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

*(Riscar o que não interessa)*

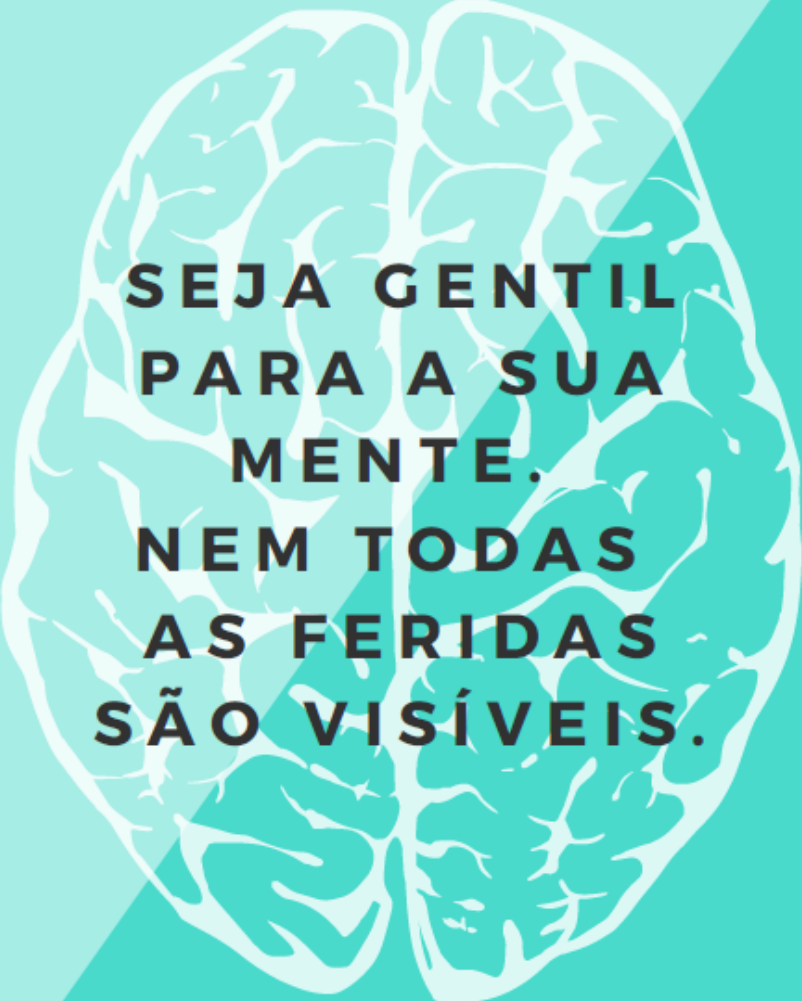
**ACEITO/NÃO ACEITO** participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

---

*(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)*

**Anexo III: Cartaz do Rastreio de Depressão na Farmácia Comunitária**

*Rastreio de Depressão na Farmácia  
Comunitária:  
Hipótese de Intervenção Precoce*



**SEJA GENTIL  
PARA A SUA  
MENTE.  
NEM TODAS  
AS FERIDAS  
SÃO VISÍVEIS.**

Depressão é muito mais  
comum do que imagina.

**Rastreios gratuitos e rápidos.  
Disponíveis até maio.**

## Anexo IV: Panfleto do Rastreio de Depressão na Farmácia Comunitária

### PRECISAMOS DE FALAR SOBRE: DEPRESSÃO

É UMA DOENÇA CRÓNICA, PSIQUIÁTRICA E RECORRENTE.

A Organização Mundial da Saúde refere que a depressão é um dos principais problemas de saúde no mundo desenvolvido.

Estima-se que 1 em cada 4 mulheres e 1 em cada 10 homens possam desenvolver depressão.

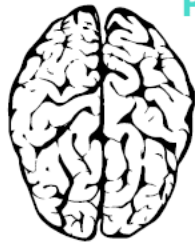
Em Portugal, não existem dados concretos em relação à sua frequência, mas as estimativas referem valores de aproximadamente 3% para os homens e 9% para as mulheres para as formas mais graves de depressão e valores superiores a 20% para formas mais ligeiras da doença.



A DEPRESSÃO É UMA DOENÇA COMUM EM TODO O MUNDO, COM MAIS DE 264 MILHÕES DE PESSOAS AFETADAS.

### RASTREIO DE DEPRESSÃO NA FARMÁCIA COMUNITÁRIA:

### HIPÓTESE DE INTERVENÇÃO PRECOCE



### PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO?

Destinado a indivíduos maiores de 18 anos e que não estejam a realizar terapêutica antidepressiva, com o objetivo de se proceder à intervenção precoce na doença. A participação consiste no preenchimento do questionário "Patient Health Questionnaire - 9" (PHQ-9).

**Objetivo do estudo:** verificação da viabilidade e implementação de rastreios de depressão na farmácia comunitária, de modo a se proceder à intervenção precoce na doença.

### SINTOMAS

- > Sensação de tristeza recorrente
- > Sensações de irritabilidade, tensão ou agitação
- > Sensações de aflição, preocupação, receios infundados e insegurança
- > Diminuição da energia e/ou fadiga
- > Perda de interesse e prazer nas atividades diárias
- > Perturbação do sono e do desejo sexual
- > Alteração do peso
- > Sentimentos de culpa e de autodesvalorização
- > Alterações da concentração, memória e raciocínio
- > Sintomas físicos não devidos a outra doença (dores de cabeça, perturbações digestivas, dor crónica, mal-estar geral)
- > Ideias suicidas

A depressão é uma patologia que pode passar despercebida, uma vez que os seus sintomas são bastante inespecíficos, podendo ser atribuídos a outras causas (doenças físicas ou stress). Afeta de modo significativo o rendimento no trabalho, a vida familiar e escolar e todas as atividades do doente, causando grande sofrimento.

Muitos doentes com depressão não procuram tratamento, embora existam formas eficazes de a tratar.

O prognóstico da depressão é bastante bom e depende essencialmente do tratamento instituído e de um adequado controlo de todos os fatores de risco presentes em cada caso.



### PREVENÇÃO

Alguns hábitos de vida que podem ser adotados para a manutenção da saúde mental:

- > Encontrar formas de gerir o stress
- > Cuidar bem de si: dormir o suficiente, adotar uma alimentação saudável e praticar exercício físico com regularidade.
- > Procurar apoio na família e amigos nas alturas mais difíceis
- > Fazer consultas de rotina com regularidade e consultar o seu médico assistente se não se sentir bem
- > Procurar ajuda se se sentir deprimido

**Não espere. Pedir ajuda, não é sinal de fraqueza.**

### CAUSAS

- A depressão resulta de uma combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos:
- > Tendência hereditária para alguns tipos de depressão.
  - > Acontecimentos traumáticos, podem funcionar como desencadeantes de episódios depressivos
  - > Tipo de personalidade
  - > Existências de outras doenças psiquiátricas ou físicas
  - > Medicamentos
  - > Excesso de peso, sedentarismo e dieta desregrada
  - > Divórcio, perda de emprego, desemprego por tempo prolongado ou a perda de uma pessoa muito querida

### Tratamento

Bastante importante para que a depressão não se prolongue e se agrave.

Existem diversos tratamentos possíveis para a depressão:

- > Medicamentos antidepressivos e a Psicoterapia, que deverão ser escolhidos pelo médico de forma individualizada
- > Acompanhamento Psicológico e/ou terapias alternativas (Acupuntura, Ondas magnéticas...)
- > Suporte familiar e social é um complemento importante do tratamento selecionado pelo médico.



213 544 545  
912 802 669  
963 524 660

Operando das 18h às 24h

Ligue-nos.  
Nós ligamos.

SOS  
voz amiga

## Anexo V: *Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)*

### Questionário de Saúde do Paciente

*Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2; adaptado de Kroenke et al., 2003)*

Ao longo das últimas duas semanas, quantas vezes se sentiu incomodado por cada um dos seguintes problemas?

	Nunca 0	Vários Dias 1	Mais do que metade dos dias 2	Quase todos os dias 3
<b>Pouco interesse ou prazer nas coisas habituais.</b>				
<b>Sentir-se em baixo, deprimido ou desamparado.</b>				

Cotação Total: \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

## Anexo VI: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

### Questionário de Saúde do Paciente

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; Versão de investigação: Torres, Pereira, Monteiro & Albuquerque, 2013)

A. Ao longo das últimas duas semanas, quantas vezes se sentiu incomodado por cada um dos seguintes problemas?

	Nunca 0	Vários Dias 1	Mais do que metade dos dias 2	Quase todos os dias 3
1. Pouco interesse ou prazer nas coisas habituais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentir-se em baixo, deprimido ou desamparado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dificuldade em adormecer, dormir pouco ou dormir demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentir-se cansado ou ter pouca energia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diminuição ou aumento de apetite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentir-se mal consigo próprio – sentir que é um fracasso ou que se deixou ir abaixo ou à sua família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dificuldade em concentrar-se em algumas tarefas, como ler um jornal ou ver televisão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mexer-se ou falar tão devagar que outras já devem ter reparado. Ou o contrário, estar tão inquieto ou agitado que se move muito mais do que o habitual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos acerca de que estaria melhor morto ou de se ferir a si mesmo de alguma forma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cotação Total = ____ + ____ + ____ + ____				

B. Se sentiu incomodado por algum dos 9 problemas referidos em cima, responda por favor à seguinte questão:

Qual é a dificuldade que estes problemas têm causado no seu trabalho, no cuidar das suas coisas em casa ou em conviver com outras pessoas?

Nenhuma Dificuldade

Pouca Dificuldade

Muita Dificuldade

Extrema Dificuldade

## Anexo VII: Carta de referência do Rastreio de Depressão na Farmácia Comunitária: Hipótese de Intervenção Precoce

### Rastreio de Depressão na Farmácia Comunitária: Hipótese de Intervenção Precoce

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Exmo(a). Sr(a). Dr(a).

No âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas na Unidade Curricular de Estágio do Instituto Universitário Egas Moniz, iniciou-se o projeto, “Rastreio de Depressão na Farmácia Comunitária: Hipótese de intervenção precoce”, destinado a indivíduos maiores de 18 anos e que não estejam a realizar terapêutica antidepressiva.

O objetivo deste estudo centra-se na verificação da viabilidade e implementação de rastreios de depressão na farmácia comunitária, de modo a se proceder à intervenção precoce na doença. Deste modo, será utilizada como ferramenta principal do estudo o questionário “Patient Health Questionnaire - 9” (PHQ-9).

O PHQ-9, caracteriza-se por ser um instrumento de aplicação relativamente rápido, contendo nove questões que avaliam a presença de cada um dos sintomas de depressão descritos no “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais”, DSM-5 e inclui uma décima pergunta que avalia a interferência destes sintomas no desempenho de atividades diárias. As pontuações deste questionário variam de 0 a 27, onde um score acima de 10, sugere um diagnóstico robusto de depressão e requer encaminhamento para terapia comportamental ou medicamentosa.

Em Portugal, o PHQ-9, foi traduzido e validado no decorrer de um estudo desenvolvido para avaliar as propriedades psicométricas de uma versão em português do PHQ-9 numa amostra de estudantes universitários, onde se verificou que possuía boas propriedades de rastreio.

Venho, por este meio, reportar-lhe o resultado do PHQ-9, do seu doente. Através das respostas fornecidas, o doente apresenta o resultado de \_\_\_\_\_, o que sugere uma necessidade de acompanhamento médico ou psicológico.

Agradeço deste já a atenção despendida e se possível um feedback, relativamente à utilidade desta intervenção.

Com os melhores cumprimentos,

\_\_\_\_\_



Estagiária do Curso Mestrado em Ciências Farmacêuticas: Patrícia Dias  
E-mail: dias.patriciaiv@hotmail.com