

O USO DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO FARMACÊUTICA.

THE USE OF ANTIDEPRESSIVE DRUGS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: IMPORTANCE OF PHARMACEUTICAL PERFORMANCE.

EL USO DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA: IMPORTANCIA DEL RENDIMIENTO FARMACÉUTICO.

Hayalla Paula Souza Albergaria¹, Kamilla Dias Martinuzzo², Hermínio de Oliveira Medeiros³,

1) Discente, curso de Farmácia da Faculdade do Futuro, Email. hayallalbergaria@gmail.com

2) Discente, curso de Farmácia da Faculdade do Futuro, E-mail. kamilla-martinuzzo@hotmail.com

3) Docente, curso de Farmácia da Faculdade do Futuro, E-mail. prof.herminiomedeiros@gmail.com.

CONTATOS

Nome do autor responsável, endereço de correspondência, telefone e E-mail.

O USO DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO FARMACÊUTICA.

THE USE OF ANTIDEPRESSIVE DRUGS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: IMPORTANCE OF PHARMACEUTICAL PERFORMANCE.

EL USO DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA: IMPORTANCIA DEL RENDIMIENTO FARMACÉUTICO.

Resumo

Objetivo: Realizar uma revisão sobre a depressão e ansiedade na infância e adolescência e a atuação do farmacêutico no tratamento medicamentoso. **Método:** Revisão da literatura bibliográfica, visando uma atualização sobre o conteúdo. **Resultados:** O tratamento deve começar de forma precoce e com orientação do profissional farmacêutico. **Conclusão:** O papel do farmacêutico se destaca, pois é o último profissional que terá contato com o paciente antes da adesão ao tratamento, sua orientação irá ajudar na eficácia do tratamento.

Descritores: Depressão, Infância, Adolescência.

1 INTRODUÇÃO

O termo depressão foi usado pela primeira vez em 1680, com a finalidade de caracterizar um termo relacionado ao estado de desânimo ou perda de interesse, porém só foi incorporado ao dicionário no ano de 1750 por Samuel Johnson. Em 1952 foi publicado pela associação americana de psiquiatria o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais que classifica a depressão como “presença de humor triste, acompanhado de alterações somáticas que são múltiplas queixas físicas e também cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo” (MENDES, VIEIRA E BARA, 2014, p. 1).

Nos últimos anos o diagnóstico de depressão e ansiedade vem ocorrendo de forma precoce, a transição da fase criança para a adolescência, ocasiona uma fase marcada por mudanças, sejam elas físicas ou psicossociais. Sabe-se que a passagem de um estágio para o outro, pode causar mudanças, toda fase de transição, pode ser considerada como uma perturbação, instabilidade em busca de uma nova identidade, desse modo os jovens se tornam mais suscetíveis à sofrer da doença (ABERASTURY, A.; KNOBEL, 2011, p.10).

É uma doença grave, que acomete diferentes faixas etárias, sendo que nas crianças e adolescentes, os transtornos depressivos são prevalentes, causando dificuldade social, acadêmica, bem como o aumento da ideia suicida, diante desse cenário um tratamento profissional bem planejado e executado irá proporcionar ao paciente uma melhora significativa em seu quadro clínico. Nesta faixa etária os sintomas depressivos serão mais característicos, como por exemplo: a irritabilidade, agressividade, agitação, que são sintomas muitas vezes confundidos pelos pais com algum outro tipo de transtorno como; déficit de atenção, hiperatividade e que diante disso a depressão infantil acaba tendo um atraso no seu diagnóstico (INGRAM, 2016).

O código deontológico do farmacêutico mostra que a primeira e principal responsabilidade do profissional é para com a saúde e bem-estar do doente e do cidadão em geral, devendo colocar o bem dos indivíduos à frente dos seus interesses pessoais ou comerciais e promover o direito de acesso a um tratamento de qualidade. Assim o presente trabalho apresentará a contextualização da depressão e da ansiedade, sua prevalência, classificação e importância do profissional farmacêutico no auxílio do tratamento (RESOLUÇÃO Nº 417 DE 2004, CFF).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Fisiopatologia da Depressão e da Ansiedade

Encontramos na literatura, diversas teorias para explicar o que de fato causa a depressão, mas a teoria mais aceita é a teoria monoaminérgica, que foi descoberta por (JJ SCHILDKRAUT, SS KETY, 1967) que comprovou que a baixa de noradrenalina é uma das causas da depressão e (LAPIN & OXENKRUNG, 1971) confirmaram através de estudos a baixa de serotonina no organismo depressivo. Ou seja, essa teoria propõe que a depressão seja consequência de uma diminuição da atividade das aminas biogênicas como: 5HT, noradrenalina e dopamina. A diminuição desses neurotransmissores, vão afetar o funcionamento de uma enzima conhecida como Adenilato Ciclase que irá resultar na diminuição de um fator neurotrófico chamado de BDNF, que é o responsável pela neurogênese, para a produção de novas células nervosas, afetando assim a plasticidade cerebral. As aminas biogênicas como a noradrenalina, serotonina, dopamina, acetilcolina estão presentes na execução de algumas atividades no nosso organismo; exemplo o humor, sono, fome e principalmente no funcionamento psicomotor, dessa forma se tornam os principais neurotransmissores no desenvolvimento da doença (ANDRADE et al., 2003; COUTINHO et al., 2015).

2.2 Relação do estresse com a depressão

As pessoas depressivas estão mais suscetíveis ao estresse, devido ao que chamamos de síndrome de cushing, que é uma síndrome de um tumor na hipófise, onde temos a produção de um hormônio conhecido como hormônio adrenocorticotrófico (HAC), esse tumor na hipófise causa um aumento da liberação desse hormônio, que irá estimular as adrenais que são glândulas que vai liberar uma maior quantidade de cortisol que é o hormônio do estresse. Sabe-se que o estresse pode causar alterações físicas do cérebro, causando a hipertrofia da região chamada de hipocampo, que é responsável pela formação da nossa memória (NEURO LITORAL , DEZ 9, 2021).

O estresse afeta o cérebro, no tronco cerebral, hipotálamo e outras regiões, mas vai ser compensado pelo cortisol que em condições normais bloqueia a ativação de células imunes. Quando o cortisol é continuamente ativado, células imunes e citocinas inflamatórias induzem danos no SNC e que devido ao excesso, o cortisol não modula mais as células inflamatórias,

ocorrendo assim, uma resistência ao cortisol, essa resistência causa uma exaustão adrenal aumentando dessa forma o estresse no organismo. Na medula interior o eixo SAM é ativado por estímulos de “luta ou fuga”, através da medula espinhal e vai preparar a síntese das catecolaminas (adrenalina e noradrenalina). O estresse ativa os estímulos do eixo HPA, induzindo a produção do hormônio liberador de corticotropina (CRH) no hipotálamo que vai sinalizar a liberação do hormônio ACTH pela pituitária indo até o córtex para preparar a síntese do cortisol. Diante de situações atípicas e estressantes ou da vivência de algum trauma, a criança está sujeita a ter sua atividade no HPA aumentada, estimulando o cortisol que quando em níveis altos, causam o estresse que pode levar ao desenvolvimento da depressão (NEURO LITORAL , DEZ 9, 2021).

2.3 Epidemiologia da Depressão

Segundo a OMS os casos de depressão estão aumentando no Brasil, principalmente na população mais jovem, cerca de 5,8% da população brasileira sofrem com a doença, ou seja, cerca de 12 milhões de pessoas. Através de pesquisas feitas pelos órgãos de saúde, comprovou-se que o Brasil é o país com maior prevalência de depressão da América Latina e o segundo maior das Américas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE 2015)

Embora a prevalência da depressão infantil no Brasil ainda seja desconhecida, estudos realizados pela sociedade brasileira de pediatria demonstraram que as prevalências de sintomas depressivos e ansiosos se igualam a 59,9% e 19,9% respectivamente em jovens entre 14 e 16 anos. Estimativas apontam que 0,5% a 5% das crianças apresentam características depressivas (Bahls, 2002) e em adolescentes esse número varia de 4% a 12% (Bahls e Bahls, 2003). No Brasil a depressão tornou-se um problema de saúde pública, já que possui uma alta prevalência na população, considera-se que ainda é uma doença sub-diagnosticada, onde muitas vezes seus sintomas são confundidos com outras patologias e em muitos casos devido a condição financeira de muitas famílias, não permite que o paciente diagnosticado tenha acesso a um tratamento adequado o que na maioria das vezes irá causar um agravamento em seu quadro clínico. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE 2015).

2.4 Tipos de Depressão

A DSM-IV possui nove critérios para ajudar no diagnóstico da doença e para ser considerada depressão, o paciente precisa apresentar pelo menos cinco desses critérios. São

eles: humor deprimido, diminuição do interesse nas atividades do dia a dia, perda ou ganho de peso, insônia, agitação, fadiga, diminuição da capacidade de se concentrar (Adaptado de American Psychiatric Association 2014).

Apesar de comum, existem vários tipos de depressão, ela é uma condição real que tem tratamento e se manifesta em diferentes pessoas de diferentes idades e gêneros. É uma doença que pode ser causada por fatores genéticos, ambientais, biológicos. Diante do diagnóstico, pode-se observar depressões leves, moderadas e graves, para facilitar o diagnóstico e proporcionar o tratamento adequado é importante tomar conhecimento dos subtipos clínicos da doença: Distímia, atípica, endógena, psicótica, estupor depressivo (Adaptado de American Psychiatric Association 2014).

2.5. Depressão na infância e adolescência

Foi no ano de 1960 que a depressão infantil foi descrita e classificada como patologia (MIRANDA *et al.*, 2003). Coutinho e Ramos (2008) afirma que quadro depressivo em crianças em geral é acompanhado por sintomas físicos e mentais. Na maioria das vezes as crianças tem dificuldade de manifestar o que estão sentindo, o que pode dificultar o diagnóstico. Adolescência é uma fase natural da vida, marcada por transformações biológicas e comportamentais é uma fase de amadurecimento, do ponto de vista biológico a adolescência é marcada pelo início da puberdade e o fim do crescimento físico. Nas crianças os sintomas podem se manifestar através de dor de cabeça, dor de estômago, fadiga, tontura, hiperatividade, irritabilidade, mudança na alimentação. É uma faixa etária que raramente irá apresentar pensamento suicida. Já nos adolescentes a manifestação dos sintomas pode ser parecida com os dos adultos, os jovens deprimidos podem apresentar sinais como; raiva, perda de energia, desinteresse, retardo psicomotor, sentimentos de culpa, sendo mais comum nessa idade o surgimento de pensamentos suicidas (Petersen; Wainer, 2011).

Também observa-se diferenças clínicas nos sintomas que são manifestados pelas crianças em relação aos apresentados pelos adultos. Alguns fatores de riscos que estão associados ao desenvolvimento da depressão na infância: uso precoce do álcool, presença do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade que pode levar a criança a desenvolver ansiedade ou bullying, abuso sexual, separação dos pais, perdas significativas na família, histórico familiar (Quevedo; Silva, 2013).

2.6 Fisiopatologia da Ansiedade

A ansiedade é um sentimento caracterizado pelo desconforto emocional, sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, desconforto derivado de antecipação de perigo. Tem sido uma das áreas mais difíceis da psicopatologia, o diagnóstico acaba sendo difícil pelo fato das crianças e adolescentes terem dificuldades em falar de seus medos e preocupações. Alguns fatores sociais e biológicos estão conectados com o desenvolvimento da ansiedade no indivíduo, dentre os fatores sociais podemos citar: situações cotidianas que envolvem perigo ou uma ameaça, e essas situações cotidianas podem desenvolver um estado de alerta para a auto defesa de um indivíduo ansioso. Já os fatores biológicos sabe-se que vários neurotransmissores exercem papel fundamental no controle da ansiedade, porém vale destacar a importância da serotonina e o GABA, pois são neurotransmissores que controlam a resposta do estresse (Sonsin, Juliana, 2019).

As áreas cerebrais relacionadas à ansiedade são a: amígdala e o córtex pré-frontal. A ansiedade se manifesta no cérebro acionando uma resposta “luta ou fuga” que é uma resposta normal ao medo e a ansiedade. A amígdala é uma estrutura cerebral responsável por alertar o restante do cérebro que existe uma ameaça (Sonsin, Juliana, 2019).

2.6.1 TIPOS DE ANSIEDADE

2.6.2 Transtorno de ansiedade de separação:

Quando a criança apresenta uma reação emocional exagerada diante da separação dos pais, ou quando são afastadas de pessoas próximas. De acordo com a DSM na população infanto-juvenil esse transtorno acontece 3% em crianças, sendo seu início comumente na idade pré-escolar e nas crianças e adolescentes esse índice será mais alto, cerca de 8 a 15%. Para facilitar seu diagnóstico, podemos observar alguns sinais como; queixa de dor de barriga, dor de cabeça, forçar vômito, recusa-se a ir para a escola, relutância em ficar sozinho (RANG & DALE, 2016).

2.6.3 Transtorno de ansiedade generalizada:

Esse tipo de ansiedade é associada ao funcionamento anormal de algumas células nervosas que se conectam com as regiões cerebrais envolvidas no pensamento e na emoção. A criança apresenta um medo excessivo, preocupação, sentimento de pânico exagerado. Geralmente é um transtorno de início da infância avançada (8 – 10 anos) (RANG & DALE, 2016).

2.6.4 Fobia Social ou Fobias Específicas:

São definidas pela presença de um medo excessivo e persistente relacionado a um determinado objeto ou situação. Exemplo: crianças com essa fobia geralmente possuem medos de algum animal específico, medo de lugares fechados, medo de falar na sala de aula, comer próxima de outras crianças, usar o banheiro público (Brunton, L.L. Goodman & Gilman, 2012).

2.6.5 Transtorno obsessivo compulsivo (TOC)

A obsessão são pensamentos ou imagens recorrentes causando uma intensa ansiedade e a compulsão que são comportamentos repetitivos. Dessa forma a criança precisa realizar alguns “ritos” para poder suprir sua necessidade, exemplo: ir ao banheiro várias vezes antes de dormir (Brunton, L.L. Goodman & Gilman, 2012).

3. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DEPRESSÃO E ANSIEDADE

A farmacoterapia é uma parte muito importante, para o tratamento e a escolha da medicação deve ser individualizada, pois deve-se levar em conta fatores como: idade, as condições de saúde geral e se a criança faz uso de outros medicamentos. O tratamento geralmente é dividido em três fases: Aguda, continuação e manutenção (HOMBERG; SCHUBERT; GASPAR, 2010).

Fase aguda tem como objetivo a redução dos sintomas depressivos, a duração dessa fase é de 2 a 3 semanas. Os fármacos mais usados são os ISRS, devido sua eficácia e tolerabilidade dos efeitos adversos. Na fase de continuação procura-se sustentar os resultados

alcançados na fase anterior, já a fase de manutenção trabalha-se de forma que o paciente não tenha uma “recaída” dos sintomas depressivos, a duração dessa fase vai ser indefinida (KELVIN, 2016).

Diante disso a escolha do fármaco a ser usado é uma etapa crucial, tendo como referência a tolerabilidade dos efeitos adversos, a preferência do paciente, o custo e a qualidade. O farmacêutico deve ressaltar a importância do tratamento, pois se não tratada corretamente, os episódios depressivos e ansiosos, podem trazer graves consequências para o indivíduo. Para isso existem várias classes de fármacos que podem ser utilizadas no tratamento da depressão, tendo um enfoque maior nos ISRS que são os fármacos de primeira escolha (KELVIN, 2016).

3.1 CLASSIFICAÇÃO DOS ANTIDEPRESSIVOS

São classificados de acordo com sua estrutura química ou suas propriedades farmacológicas, dentre as classes mais utilizadas temos:

3.2 Inibidores da Monoaminoxidase (IMAOs)

A enzima monoamino oxidase tem função de degradar as aminas biogênicas do nosso organismo, portanto seus inibidores irão atuar impedindo a metabolização de neurotransmissores. Os inibidores da monoamino-oxidase causam aumento rápido do conteúdo de 5-HT, norepinefrina e dopamina. Isso se deve ao bloqueio da monoamina oxidase uma enzima mitocondrial que está presente em diversos órgãos (HIRSCH, Michael; BIMBAUM, Robert. Inc., 2021.)

A monoamino-oxidase é uma enzima encontrada em quase todos os tecidos e existe em duas formas moleculares a: MAO-A e MAO-B. Os IMAOS podem ser classificados com relação a sua seletividade, A MAO-A se caracteriza por ter preferência pela serotonina, também metaboliza dopamina e norepinefrina e geralmente é encontrada no fígado, sistema nervoso, placenta, são os fármacos mais eficazes. Já a MAO-B metaboliza a feniletilamina e tem mais importância na doença de Parkinson, geralmente é encontrada no sistema nervoso e placenta. A inibição da MAO-A é a principal responsável pelos efeitos colaterais dessa classe de medicamentos que tem como representantes: Isocarboxazida, Moclobemida, Selegilina (HIRSCH, Michael; BIMBAUM, Robert. Inc., 2021).

Eles são bem absorvidos pelo trato gastrointestinal, sofrem biotransformação hepática e o seu início de ação pode ocorrer entre 7 a 10 dias. Alguns dos efeitos adversos causados por essa classe de medicamentos são: Tremores, insônia, aumento do apetite levando ao ganho de peso, também podem causar alguns efeitos atropínicos como; boca seca, visão embaçada

3.3 Antidepressivos tricíclicos (ADTs)

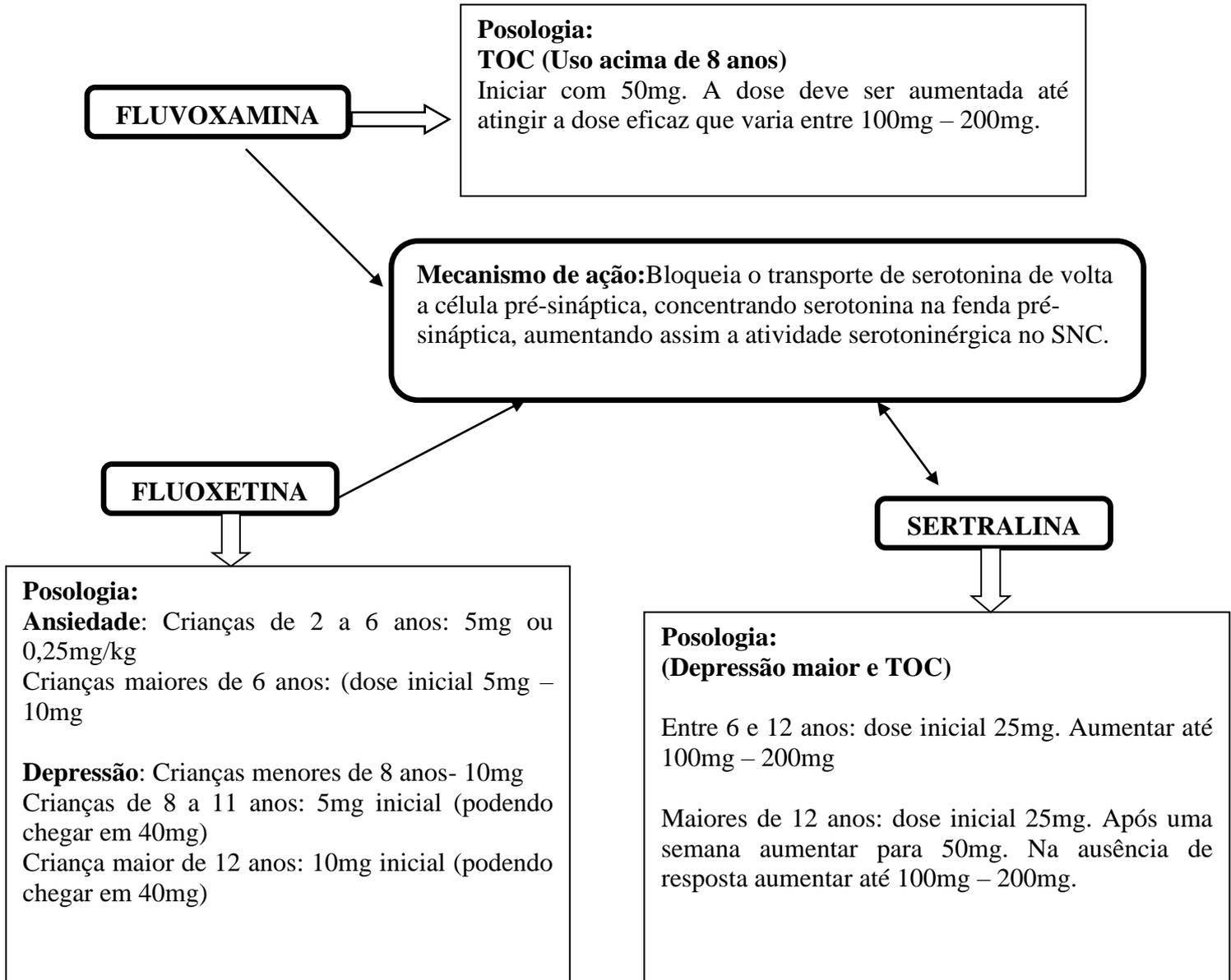
Possuem esse nome, devido à presença de três anéis de carbono em sua estrutura química, é a classe mais antiga de antidepressivos. O efeito imediato dos ADTs é inibir a recepção das aminas biogênicas a nível pré-sináptico pelas terminações nervosas. A maioria dos ADTs inibe a norepinefrina e serotonina. Bloqueiam receptores histaminérgicos do tipo 1, α -2 e β adrenérgicos, as ações nesses receptores estão relacionadas com os efeitos adversos, já o bloqueio do receptor 5-HT1 que irá contribuir para o efeito terapêutico (HOMBERG; SCHUBERT; GASPAR, 2010).

São bem absorvidos pelo trato gastrointestinal e sofre efeito de primeira passagem. Sua concentração plasmática ocorre entre 2h e 8h e seu tempo de meia-vida podem variar de 10h às 70h. A maioria dos ADTs inibe norepinefrina e 5-HT, porém tem pouco efeito sobre a dopamina. Tem como representantes: Amitriptilina, Imipramina, Nortriptilina e alguns dos seus efeitos adversos são: sedação, boca seca, constipação (HOMBERG; SCHUBERT; GASPAR, 2010).

3.4 Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRSs)

São os medicamentos de primeira escolha, pois apresentam menor risco de efeitos adversos. Age especificamente nos receptores de serotonina do tipo 1 que ficam no núcleo da rafe. Também possuem atividade nos receptores de serotonina 2 e 3, aumentando a atividade de serotonina em todas as vias. Foram desenvolvidos a partir dos ADTs, tendo como objetivo diminuir a afinidade por receptores adrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos. São absorvidos de forma lenta pelo trato gastrointestinal, possuem meia-vida que variam de 6h e 15h. As doses nas crianças são necessárias de forma mais elevada por peso, pois assim se tornam mais eficazes, pelo fato que nas crianças o metabolismo é mais acelerado pelo fígado e a filtração glomerular é aumentada. Representantes dessa classe farmacológica: Citalopram, Escitalopram (KELVIN, 2016).

Fluxograma de medicamentos ISRS.



3.5 Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSNs)

Também conhecidos como antidepressivos duais, inibe tanto a serotonina quanto a noradrenalina, é uma classe recente de antidepressivos. Basicamente a venlafaxina vai bloquear a bomba de recaptação da 5-HT e a bomba de noradrenalina e é um fármaco que possui menos risco de interação medicamentosa. Já a Duloxetina inibe fortemente a recaptação da serotonina e da noradrenalina e possui ação fraca sobre a dopamina. Alguns efeitos adversos observados nesses medicamentos: boca seca, nervosismo, visão turva, tontura (KELVIN, 2016).

4. A ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Foi instituída pela primeira vez em 1990, como “a provisão responsável do tratamento farmacológico”, de acordo com a sociedade brasileira de farmácia clínica, a atenção farmacêutica (AF), é um modelo de prática farmacêutica que possui como objetivo orientar de maneira correta e prevenir problemas relacionados com a farmacoterapia. O profissional farmacêutico tem um papel muito relevante dentro de serviços prestados com equipes multidisciplinares, é através do farmacêutico que são avaliados os problemas relacionados aos medicamentos (PRM), através da farmacovigilância (GOMES et al., 2015; MUKATTASH et al., 2018).

A AF irá trazer muitos benefícios para o paciente: Melhora em sua saúde, esclarecimento de dúvidas, maior segurança e eficácia no tratamento, acompanhamento da terapia medicamentosa. E para o farmacêutico exercer essas atividades de atenção farmacêutica é importante possuir um bom conhecimento e habilidades clínicas e para compreender melhor o paciente e acompanhar de perto o progresso do tratamento, um método muito importante que pode ser aplicado na prática clínica: Método Dáder que se baseia na obtenção da história farmacoterapêutica do paciente. Sendo que o profissional pode-se concentrar em três aspectos fundamentais:

1. Avaliar a situação do paciente em relação ao seu problema
2. Possuir um plano de ação: executar intervenções para prevenir problemas na sua farmacoterapia.
3. Controle para avaliação do processo.

Todo esse serviço de atenção farmacêutica é regulamentado pela ANVISA e preconizado pela RDC 44/09. Junto com a atenção farmacêutica, outra área de atuação que devemos ressaltar é a *assistência farmacêutica* que é um conjunto de ações que garante a disponibilidade adequada de medicamentos para a população. Essa assistência é realizada em algumas etapas, sendo elas:

- a) Seleção: escolha do medicamento a ser comprado.
- b) Programação: a quantidade a ser comprada
- c) Aquisição: efetivação da compra
- d) Armazenamento: Condições adequadas de estocagem
- e) Distribuição

f) Dispensação: orientação para o paciente.

4.1 O manejo de pacientes pelo profissional farmacêutico

O uso de tratamentos medicamentosos para ansiedade e depressão, pode trazer muitos malefícios ao paciente, devido ao surgimento de muitas reações adversas. Por isso a orientação quanto ao uso dessas classes de medicamentos se tornam muito importantes, pois as mudanças químicas que ocorrem na região do sistema nervoso central podem ser irreversíveis, dependendo da quantidade e do tempo que esses medicamentos são utilizados. A orientação ocorre desde o momento da dispensação até o final do tratamento, devendo o farmacêutico também sempre orientar, sobre as interações medicamentosas, a importância de tomar o medicamento no horário correto e ressaltar ao paciente há não abandonar o tratamento (GOMES et al., 2015; MUKATTASH et al., 2018).

Para que a atenção farmacêutica ocorra de forma efetiva é importante por parte do profissional farmacêutico possuir uma interação com o médico prescritor, pois é importante ter conhecimento se o paciente faz uso de outros medicamentos que podem interagir com os antidepressivos. Por ser um medicamento que causa dependência e na maioria das vezes possuir muitos efeitos adversos, muitas pessoas abandonam o tratamento, principalmente no caso de crianças, que possuem um organismo mais frágil. Diante disso torna-se muito importante a orientação para a família do paciente, relatando sobre a importância do uso do medicamento e fazendo um acompanhamento farmacoterapêutico, para acompanhar a evolução do tratamento (GOMES et al., 2015; MUKATTASH et al., 2018).

Segundo Fridman e Filinger (2003), a atenção farmacêutica aos pacientes com problemas neuropsiquiátricos deve seguir alguns aspectos:

1. Manejo das reações adversas aos medicamentos, mais freqüentes;
 2. Enfermidades concomitantes que possam influenciar no tratamento adequado do transtorno mental;
 3. A adesão ao tratamento;
 4. Possibilidade de ocorrência de interações medicamentosas ou medicamento-alimento que possam prejudicar o tratamento;
 5. Fornecer orientações sobre cuidados com o medicamento prescrito
 6. O uso de psicofármacos por grupo de risco (gestante, lactante, criança);
 7. Uso de medicamentos isentos de prescrição, que possam interagir com medicamentos prescritos, monitoramento e seguimento do tratamento medicamentoso
 8. Fatores farmacocinéticos
 9. Contribuir para a educação do paciente, familiares.
- (FRIDMAN; FILINGER, 2003, p.352)

O profissional farmacêutico, vai ser o último profissional a ter contato com o paciente antes do mesmo começar o uso da medicação, é um profissional muito habilitado para realizar essa atenção farmacêutica devido seu conhecimento minucioso sobre os medicamentos.

MÉTODO

Para realização do presente trabalho foi realizada revisão da literatura, a busca pelos artigos foi realizada no período de Novembro de 2021 à Maio de 2022, através do acesso a Biblioteca Virtual de Saúde e a base de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), Google acadêmico e livros de farmácia utilizando os seguintes descritores: Depressão, Infância.

Foram realizadas buscas por artigos científicos em português e inglês, realizando leitura dos títulos dos artigos e dos resumos e também leitura completa dos textos, excluindo aqueles que não possuía aproximação com o tema proposto, foram utilizados também livros e legislações

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivos Gerais

Realizar uma revisão bibliográfica sobre o uso de medicamentos depressivos por crianças e adolescentes. E a importância da atuação do profissional farmacêutico com esses pacientes.

5.2 Objetivo Específicos

1. Realizar uma revisão sobre a depressão na infância e adolescência.
2. Conhecer e classificar os tratamentos farmacológicos disponíveis.
3. Realizar revisão sobre a atuação do farmacêutico.

6. RESULTADOS

A ausência do tratamento, trás como consequência o aumento do índice de suicídio na população mais jovem, percebe-se que o as crianças depressivas ou ansiosas sofrem um declínio no rendimento escolar. O profissional farmacêutico deve atuar de forma que o paciente use o medicamento prescrito de forma correta, através de orientação e acompanhamento farmacoterapêutico.

7. DISCUSSÃO

Os medicamentos constituem a principal estratégia no tratamento do indivíduo diagnosticado com depressão, mas embora a utilização dos antidepressivos seja o principal recurso terapêutico existem questões a serem discutidas como definir qual tipo de antidepressivo presente no mercado é a melhor opção para cada paciente, levando em consideração; os efeitos colaterais, a toxicidade o perfil de segurança. Os ISRS se tornaram a classe de antidepressivos mais prescritos para as crianças e adolescentes, devido o baixo índice de efeitos colaterais.

8. CONCLUSÃO

A depressão é considerada uma doença grave e é necessário que seu diagnóstico aconteça o mais rápido possível, é uma doença que não escolhe faixa etária e que vai se manifestar de formas diferentes em cada pessoa, sendo os familiares e pessoas mais próximas grandes aliadas para observar os sintomas manifestados e a grande incidência da doença demonstra o quanto é importante entender de forma mais aprofundada essa patologia.

Através de estudos comprovou-se que quimicamente a doença é provocada por alterações nos neurotransmissores e que desde 1950 o tratamento farmacológico contra a depressão mostra sua eficácia, com os inibidores da enzima MAO, dessa forma a terapia medicamentosa é considerada a principal estratégia para o tratamento de crianças e jovens diagnosticados com depressão e ansiedade, tendo como medicamento de primeira escolha os ISRS, devido à menor manifestação de efeitos adversos.

Diante desse cenário, o papel do farmacêutico destaca-se, pois é o último profissional que terá contato com o paciente antes do mesmo começar a adesão do tratamento, esse profissional garante eficácia no tratamento, pois é através de sua orientação e seu acompanhamento farmacoterapêutico que ele irá colaborar com o sucesso do tratamento, realizando através da assistência farmacêutica a participação desde a seleção até a distribuição do medicamento e no âmbito da atenção farmacêutica irá solucionar os possíveis problemas relacionados com os medicamentos.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Tradução de Suzana Maria GaragorayBallve. Porto Alegre: Artmed, 2011. Acesso em 10 de Novembro de 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Informe snvs/anvisa/ufarm nº 2, de 2 de junho de 2015. Disponível em: Acesso em: 18 de Novembro de 2021.

BRUNTON, L.L. GOODMAN & GILMAN: **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 12^a ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012. Leitura em 30 de Novembro de 2021.

BAHLS, Saint-Clair. **Aspectos Clínicos da Depressão em Crianças e Adolescentes**. **Jornal de Pediatria**, vol. 78, n. 5, p. 359-366, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/XNZvJXVVDXtP9xm6ddZbsWg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 de Dezembro de 2021.

FRIDMAN, G.A; FILINGER, E.J. **Atención Farmacêutica em pacientes psiquiátricos ambulatorios**. Interación médico-farmacéutico. *Pharmaceutical Care Espanã*, n.4, p.242-244, 2003. Acesso em 22 de Dezembro de 2021.

NEURO LITORAL: **Como o estresse afeta o cérebro**. <https://neurolitoral.com.br/estresse-cerebro/>. Acesso em 04 de Janeiro de 2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **Depressão. Folha informativa**, 2015. <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em 15 de Janeiro de 2022

QUEVEDO, J., & SILVA, A. (2013). **Depressão: Teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed. Acesso em 22 de Janeiro de 2022.

INGRAM, Rick E. Depression. In: FRIEDMAN, Howard S. **Encyclopedia of Mental Health**. 2. ed. Kidlington: Academic Press, 2016. p. 26-33. Acesso em 05 de Fevereiro de 2022.

GOMES, Nayna Candida; ABRAO, Pedro Henrique Oliveira; FERNANDES, Maria Rosana; BEIJO, Luiz Alberto; MAGALHAES, Veronica Ferreira; MARQUES, Luciene Alves Moreira. **Effectiveness of pharmaceutical care about the quality of life in patients with depression.** SM journal of depression research and treatment, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 1005, 2015. Acesso em 15 de Fevereiro de 2022.

RANG, H.P; DALE, M.M. **Farmacologia.** Editora Elsevier, 8 ed., 2016. Leitura em 08 de Março de 2022.

APA, American Psychiatric Association. **Manual de diagnóstico e estatístico de transtorno – DSM-V.** Trad.: Maria Inês Corrêa Nascimento. Disponível em: < HTTP: // c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cldfile/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeducador/2015/DSM%20V.pdf. Acesso em 14 de Março de 2022.

MENDES, VIEIRA E BARA. **Melancolia e Depressão: Um Estudo Psicanalítico.** Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa. V. 30, n° 4, p. 423- 431, 2014. Acesso em 28 de Março de 2022.

HOMBERG, Judith R.; SCHUBERT, Dirk; GASPAR, Patricia. **New perspectives on the neurodevelopmental effects of SSRIs.** Trends in pharmacological sciences, Amsterdam, v. 31, n. 2, p. 60-65, 2010. Acesso em 03 de Abril de 2022.

SAMUEL JOHSON: **O cão e a depressão,** <https://www.comunicaquemuda.com.br/o-cao-negro-e-a-depressao/>. Acesso em 08 de Abril de 2022.

KELVIN, Raphael. Depression in children and young people. **Paediatrics and child health,** [S. l.], v. 26, n. 12, p. 540-547, 2016. Acesso em 15 de Abril de 2022.

MUKATTASH, Tareq L.; JARAB, Anan S.; ABU-FARHA, Rana K.; ALEFISHAT, Eman; MCELNAY, James C. **Pharmaceutical care in children: self-reported knowledge, attitudes and competency of final-year pharmacy students in Jordan.** Sultan Qaboos University medical journal, Muscat, v. 18, n. 4, p. e468-e475, 2018. Acesso em 22 de Abril de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA: **Resolução nº 417 de 2004**

https:

www.cff.org.br/sistemas/revista/pdf-codigodeetica.pdf. Acesso em 25 de Abril de 2022.

ANDRADE, Rosângela Vieira de; SILVA, Aderbal Ferreira da; MOREIRA, Frederico Neiva; SANTOS, Helisbetânia Paulo Souza; DANTAS, Heloiza Ferreira; ALMEIDA, Iramiz Ferreira de; LOBO, Leandra de Paula Brito; NASCIMENTO, Mirian Argolo. Atuação dos Neurotransmissores na Depressão. **Revista brasileira de ciências farmacêuticas, Brasília, v. 1, n. 1, 2003**. Acesso em 29 de Abril de 2022.

COUTINHO, M. E. M.; GIOVANINI, M.; PAVINI, L. S.; VENTURA, M. T.; ELIAS, R. M.; SILVA, L. M. Aspectos biológicos e psicossociais da depressão relacionado ao gênero feminino. **Revista brasileira de neurologia e psiquiatria, Salvador, v. 19, n. 1, p. 49-57, 2015**. Acesso em 29 de Abril de 2022.

SCHILDKRAUT, J. J.; KETY, S. S. Biogenic amines and emotion. **Science**, 156, n. 3771, p. 21-37, Apr 7 1967. Acesso em 03 de Maio de 2022.

OXENKRUNG, G.F.; LAPIN, I.P. Effect of dimethyl and monomethyl tricyclic antidepressants on central 5-hydroxytryptamine processes in the frog. **The Journal of Pharmacy and Pharmacology**, v.23, p.971-2,1971. Acesso em 07 de Maio de 2022.

PETERSEN, C., & WAINER, R. (2011). **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: Ciência e arte**. Porto Alegre: Artmed. Acesso em 15 de Maio de 2022.

JULIANA SONSIN (2019). **Transtornos Psicológicos**. Blog: <https://www.telavita.com.br>.

HIRSCH, Michael; BIRNBAUM, Robert. **Tricyclic and tetracyclic drugs: Pharmacology, administration, and side effects**. UpToDate, Inc., 2021. Acesso em 28 de Maio de 2022.