

Uso de antidepressivos e percepção de saúde entre adultos de 40 anos ou mais: estudo longitudinal

Poliana Vieira da Silva Menolli^{1*}, Pedro Augusto Goularte Garso², Camilo Molino Guidoni², Edmarlon Giroto²

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná-UNIOESTE Rua Universitária, 1619. Cascavel, PR Brasil CEP-85819-170.

²Universidade Estadual de Londrina-UEL, Londrina, PR Brasil.

*Autor correspondente, correio eletrônico: polianacascavel@hotmail.com

Recibido para evaluación: 19 de março de 2019

Aceptado para publicación: 11 de abril de 2020

RESUMO

Os efeitos dos antidepressivos sobre a qualidade de vida dos usuários ainda é controverso. O objetivo do estudo foi verificar a relação entre o uso de antidepressivos e a autopercepção de saúde em população de 40 anos ou mais. Trata-se de um estudo longitudinal, de base populacional, em município de médio porte no Brasil com coleta de dados em 2011 e 2015. A variável dependente foi a autopercepção da saúde (2015) e a independente foi a utilização de medicamentos antidepressivos, categorizada em “usavam somente em 2011”, “usavam somente em 2015”, “usavam em 2011 e 2015” e “não usavam”. A associação entre o uso de antidepressivos e autopercepção de saúde foi verificada pela Regressão de Poisson com variância robusta. Fizeram parte do estudo 885 pessoas. A autopercepção negativa da saúde esteve presente em 44% da população estudada. A prevalência do uso de antidepressivos foi 17,6% em 4 anos. O uso de antidepressivos esteve associado à autopercepção negativa da saúde para os indivíduos que estavam em uso somente no ano de 2015 na população geral (RP 1,082; IC 95% 1,004-1,166). Não foi verificada relação entre uso antidepressivos e autopercepção da saúde, salvo para os que utilizavam antidepressivos apenas em 2015.

Palavras chave: Antidepressivos, autopercepção de saúde, estudo longitudinal.

SUMMARY

Antidepressive use and self-rated health among adults of 40 years and older: longitudinal study

Antidepressants are one of the fastest growing classes of prescription drugs in the world and their effects on users' quality of life are still controversial. The aim of the study was verify the relationship between antidepressant use and self-rated health in a population aged 40 years or older. This was a population-based longitudinal study with adults of 40 years or older in a medium-sized municipality in Brazil with data collection in 2011 and 2015. The dependent variable was self-rated health (2015) and the independent the use of antidepressant medications, categorized as “used only in 2011”, “used only in 2015”, “used in 2011 and 2015” and “not used”. The Poisson regression with robust variance was used to verify the association between antidepressant use and self-rated health. The study included 885 people. Negative self-rated health was present in 44% of the study population. The prevalence of antidepressant use was 17.6% over 4 years. The use of antidepressants was associated with negative self-rated health for individuals who were only using 2015 in the general population (PR 1.082; 95% CI 1.004-1.166). There was no relationship between antidepressant use and self-rated health, except for those who used antidepressants only in 2015.

Key words: Antidepressants, self-rated health, longitudinal study.

INTRODUÇÃO

A depressão apresenta elevado impacto social e econômico à sociedade moderna [1, 2]. Sua prevalência cresceu 18,4% entre 2005 e 2015 e é a terceira causa global de incapacidade [3]. Dentre as estratégias para o enfrentamento da enfermidade, o tratamento farmacológico é o mais utilizado [4,5], especialmente com uso de antidepressivos (AD). Os AD são uma das classes de medicamentos que mais cresce em prescrição no mundo, principalmente nos países de alta renda [6-8]. Sua indicação é diminuir os sintomas depressivos e melhorar a qualidade de vida [9] na depressão maior, mas sua prescrição para o tratamento da ansiedade e transtornos de dor também é bastante frequente [6].

A eficácia dos AD sobre os sintomas da depressão veio sendo discutida ao longo da última década, pois aproximadamente 50% dos pacientes tratados com AD não alcançam uma adequada resposta [10,11] e seu efeito sobre sintomas depressivos leves não se mostra melhor que o observado com placebo [12]. Entretanto, estudos recentes demonstram haver consenso de que há efeito dos AD sobre sintomas depressivos e de

ansiedade na depressão maior quando comparados ao uso de placebo [4, 13], efeito esse que é proporcionalmente semelhante ao observado para outros medicamentos de uso geral no tratamento das suas indicações [14].

O efeito dos AD na qualidade de vida percebida por seus usuários ainda continua controverso, apontando tanto melhora na qualidade de vida [4, 15, 16] quanto resultados negativos sobre a sua percepção entre os usuários de AD [17, 18]. Avaliações sobre desfechos relacionados à qualidade de vida tem ficado em segundo plano nos ensaios clínicos para depressão e os estudos existentes carecem de metodologias mais consistentes [4,17-19], o que tem dificultado o entendimento do papel dos AD na qualidade de vida dos pacientes.

Uma maneira simples e eficaz de medir a qualidade de vida percebida pelos usuários de medicamentos é a autopercepção de saúde (APS) ou *Self-rated health* [20, 21], a qual consegue ser um bom indicador preditor de morbimortalidade e que traz a sensação do paciente sobre sua saúde [22]. A APS é também um bom preditor do uso futuro de medicamentos e está relacionada a maior incidência de doenças psiquiátricas quando negativa [23, 24].

Diante dos pressupostos apresentados, o objetivo deste trabalho foi verificar relação entre o uso de antidepressivos e a autopercepção de saúde em população de 40 anos ou mais em município de médio porte.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo longitudinal, de base populacional, o qual seguiu as recomendações do Strobe [25] para o relato de estudos observacionais.

O estudo foi realizado com população urbana adulta de 40 anos ou mais integrante do estudo Vigicardio-Doenças Cardiovasculares no Paraná, o qual buscou mapear a mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações dos agravos cardiovasculares em residentes do município de Cambé, região metropolitana de Londrina, norte do Paraná, Brasil. O projeto teve apoio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e da Secretaria de Saúde do Município de Cambé [26]. O Vigicardio foi desenvolvido em dois momentos: a primeira fase em 2011 (*baseline*) e a segunda fase em 2015 (*follow-up*) e os dados, nos dois momentos, foram obtidos por meio de entrevistas domiciliares, além da aferição de parâmetros fisiológicos e coleta sanguínea para exames laboratoriais.

A amostra foi definida com margem de erro de 3%, intervalo confiança de 95%, prevalência do desfecho de 50% (considerada a que permite o maior tamanho amostral), calculada com uso do software StatCalc, do programa Epi Info 3.5.3, considerando a população de 40 anos ou mais em 2007 segundo o Instituto Brasileiro de Geografia

e Estatística (IBGE) (última contagem disponível previamente à coleta de dados de 2011). A população do município em 2007 era de 92 888 habitantes, com 30 710 com 40 anos ou mais.

A partir destas informações, a amostra calculada foi em 1066 e, com adição de possíveis perdas (25%), de 1332 pessoas. Foram incluídos na pesquisa todos os setores censitários da área urbana do município. O número de pesquisados em cada setor foi definido de acordo com a distribuição proporcional dos residentes por sexo e faixa etária, constituindo uma amostra final, após arredondamentos, de 1339 pessoas. Detalhes do processo amostral e coleta de dados são encontrados em Souza *et al.* (2013) [26].

Em 2015 todos os participantes de 2011 foram procurados para participar do seguimento do estudo, com o agendamento da nova entrevista, por meio de contato telefônico ou visita à residência, quando necessário.

Os instrumentos de coleta utilizados em 2011 e 2015 foram compostos por 136 e 180 questões respectivamente. O tempo médio de duração da entrevista foi de 30 e 40 minutos em 2011 e 2015, respectivamente. Para a obtenção de informações sobre o uso de medicamentos, bem como a identificação deles, foi solicitado que entrevistado apresentasse a prescrição médica ou a embalagem primária ou secundária ou a bula do medicamento em uso.

A variável dependente foi a autopercepção de saúde em 2015, obtida por meio da pergunta: “Como o(a) senhor(a) classifica seu estado de saúde?”, a qual permitia as respostas “muito bom; bom; regular; ruim; muito ruim”. Essas respostas foram usadas na construção das categorias APP (autopercepção positiva), que incluiu as classificações “muito bom” e “bom”, e APN (autopercepção negativa), que incluiu as respostas “regular”, “ruim” e “muito ruim”.

A variável independente foi o uso de antidepressivos (AD). A identificação da classe de antidepressivos foi realizada por meio da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* da Organização Mundial de Saúde [27]. Todos os medicamentos classificados como N06A (terceiro nível-subgrupo terapêutico/farmacológico) foram considerados AD. O uso de AD foi classificado em quatro categorias: “usavam somente em 2011”, “usavam somente em 2015”, “usavam em 2011 e 2015” e “não usavam”.

As variáveis de ajuste foram: sociodemográficas (sexo-feminino, masculino; idade - contínua; escolaridade (anos de estudo), 8 anos ou menos, mais de 8 anos; e situação conjugal, com companheiro somente em 2011, com companheiro apenas em 2015, com companheiro em 2011 e 2015, sem companheiro em 2011 e 2015); condições de saúde (hipertensão arterial: sim, não; diabetes mellitus: sim, não; atividade física no lazer, apenas em 2011, apenas em 2015, em 2011 e 2015, inativo; e depressão: sim, não). Para as variáveis sexo, idade e escolaridade foram utilizados os dados de 2011

(*baseline*). Para a hipertensão arterial, diabetes mellitus e depressão foram considerados os dados de 2015 (*follow-up*).

Na atividade física os pesquisados se declaravam ativos ou inativos no tempo livre baseados na pergunta “Em uma semana normal (típica), o(a) Sr.(a) faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre?”. Para este estudo não foi considerada a frequência, intensidade ou duração da atividade física.

Para a hipertensão arterial foram realizadas medidas respeitando-se o intervalo de tempo e os passos preconizados nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial [28]. Nesse procedimento, foi utilizado o monitor de pressão arterial automático Omron HEM-742INT, devidamente calibrado. Foram considerados hipertensos àqueles com média aritmética simples da segunda e terceira medida ≥ 140 mm Hg para a pressão sistólica e/ou ≥ 90 mm Hg para pressão diastólica e/ou uso de medicamento anti-hipertensivo.

A presença de diabetes mellitus foi classificada como “sim” para os entrevistados com glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL ou uso de medicamento para diabetes mellitus. O material (sangue) foi coletado por agendamento após a entrevista domiciliar e os exames realizados pelo Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário de Londrina. A quantificação bioquímica da glicemia foi realizada por equipamento Dimension®, Newark, NJ, EUA, usando kits Siemens, com uso do método da hexoquinase.

Indivíduos que referiram o diagnóstico médico de depressão em 2015 foram considerados “sim” para a variável.

Os dados coletados em 2011 e parte dos coletados em 2015 foram duplamente digitados no programa Epi Info 3.5.3. e posteriormente comparados, com correção das discrepâncias. A outra parte dos dados de 2015 foi coletada em formulário eletrônico do ODK Collect (Open Data Kit) e concomitantemente enviado pela internet para armazenamento no servidor ONA (<https://ona.io/vigicardio>) e depois exportados para banco de dados do programa Microsoft Office Excel®, não necessitando de transcrição. Após a construção do banco final (2011 e 2015), estes foram analisados com o uso do programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versão 19.0.

Para a análise da relação entre uso de AD e Autopercepção da Saúde, inicialmente foram realizadas análises univariadas (não-ajustadas), considerando como categoria de referência o não uso de AD em 2011 e 2015 e a APP da saúde. Em seguida, foram construídos modelos ajustados com as variáveis separadas em três grupos (modelo 1: sexo, idade - contínua, escolaridade e situação conjugal); modelo 2 (variáveis do modelo 1, mais hipertensão arterial, diabetes mellitus e atividade física); modelo 3 (variáveis do modelo 2, mais depressão). Para a análise desta relação foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta, com cálculo da razão de prevalência (RP) como medida de associação. O nível de significância estatística estabelecido neste estudo foi de 5% ($p < 0,05$).

O projeto Vigicardio foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, no *baseline* (2011) com CAAE 0192.0.268.000, e no *follow up* (2015) com CAAE 39595614.4.0000.5231.

RESULTADOS

Dos 1180 entrevistados em 2011, houve 295 perdas para 2015 (108 mudanças de endereço, 87 recusas, 51 óbitos e 49 não foram encontrados após 3 tentativas de contato em dias e horários alternados), fazendo parte deste estudo 885 pessoas (figura 1).

A maioria era de mulheres, idade média de 54,2 anos (desvio padrão= 9,8 anos), mínimo de 40 e máximo de 89 anos, com menos de 8 anos de estudo, referindo ter companheiro em 2011 e 2015, inativos fisicamente no tempo livre e sem hipertensão arterial, diabetes mellitus ou depressão (tabela 1).

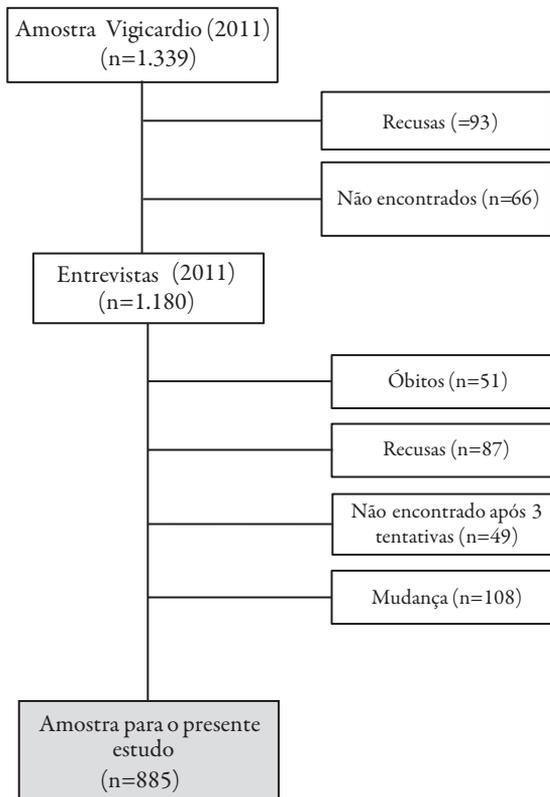


Figura 1. Fluxograma de seleção da amostra de estudo.

Tabela 1. Prevalência de autopercepção de saúde segundo variáveis de ajuste e uso de antidepressivos em população urbana com 40 anos ou mais, Vigicardio, município de Cambé, PR 2011-2015.

Variáveis	Total n (%)	Autopercepção negativa (APN) da saúde	
		n (%)	p-valor
Sexo			<0,001
Feminino	495 (56,0)	249 (50,3)	
Masculino	390 (44,0)	148 (37,9)	
Escolaridade			<0,001
8 anos ou menos	653 (73,8)	332 (50,8)	
Mais de 8 anos	232 (26,2)	65 (28,0)	
Situação Conjugal			0,045
Sem companheiro 2011 e 2015	203 (23,0)	102 (50,2)	
Companheiro apenas em 2015	72 (8,2)	39 (54,2)	
Companheiro apenas em 2011	25 (2,8)	8 (32,0)	
Companheiro em 2011 e 2015	583 (66,0)	247 (42,4)	
Hipertensão Arterial			<0,001
Sim	368 (41,8)	198 (53,8)	
Não	515 (58,2)	198 (38,4)	
Diabetes			0,001
Sim	97 (10,9)	59 (60,8)	
Não	788 (89,1)	338 (42,9)	
Depressão			<0,001
Sim	194 (22,1)	114 (58,8)	
Não	690 (77,9)	283 (41,0)	
Atividade Física			0,002
Inativo em 2011 e 2015	505 (57,1)	249 (49,3)	
Ativo apenas em 2011	133 (15,0)	63 (47,4)	
Ativo apenas em 2015	109 (12,4)	38(34,9)	
Ativo em 2011 e 2015	137(15,5)	47 (34,3)	

(Continúa)

Tabela 1. Prevalência de autopercepção de saúde segundo variáveis de ajuste e uso de antidepressivos em população urbana com 40 anos ou mais, Vigicardio, município de Cambé, PR 2011-2015.

Variáveis	Total n (%)	Autopercepção negativa (APN) da saúde	
		n (%)	p-valor
Uso de antidepressivos			0,002
Não usou	731 (82,5)	307 (42,1)	
Usava somente em 2011	27 (3,1)	13 (48,1)	
Usava somente em 2015	81 (9,2)	49 (59,8)	
Usava em 2011 e 2015	46 (5,2)	28 (59,6)	

A prevalência de APN foi de 44,9% dos entrevistados e do uso de AD foi de 17,6% (2015). A incidência no uso de AD entre 2011 e 2015 foi de 9,9%. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) foram os principais AD utilizados (61,4%), com destaque para fluoxetina, que representou 36,4% do total dos ISRS, seguidos pela paroxetina (9,1%) e sertralina (9,1%). A segunda classe mais utilizada foram os antidepressivos tricíclicos (25,0%) e seu representante mais utilizado foi a amitriptilina (22,7%).

A maior prevalência de APN da saúde foi encontrada entre os indivíduos do sexo feminino ($p < 0,001$), que referiram 8 anos ou menos de estudo ($p < 0,001$), com hipertensão arterial ($p < 0,001$), diabetes mellitus ($p < 0,001$) e depressão ($p < 0,001$). Também se verificou maior frequência de APN entre aqueles inativos fisicamente no tempo livre em 2011 (tabela 1).

Em relação à uso de AD, a APN da saúde foi maior nos indivíduos que utilizavam apenas em 2015 e em 2011 e 2015 em toda amostra analisada. Entre as mulheres, verificou-se maior APN para uso de AD em 2015 e em 2011 e 2015. Entretanto, não houve diferenças quanto a APN e o uso de AD nos indivíduos do sexo masculino (tabela 2).

Na análise ajustada (tabela 2), o uso de AD apenas em 2015 permaneceu associado à APN da saúde em todos os modelos de análise, considerando toda população estudada. O uso em 2011 e 2015 perdeu significância estatística nos modelos 2 e 3. No sexo feminino o uso de AD em 2011 e 2015 deixou de ser significativo nos modelos 2 e 3 e o uso somente em 2015 deixou de ser significativo no modelo 3, com a adição da variável depressão. Entre os homens não houve associação do uso de AD com a APN em qualquer modelo de análise.

Tabela 2. Análise ajustada da autopercepção negativa de saúde entre os usuários de antidepressivos com 40 anos ou mais, segundo sexo, estudo Vigicardio, município de Cambé - PR, 2011-2015.

Uso de antidepressivos	Análise bruta RP (IC 95%)	Autopercepção negativa de saúde		
		Modelo 1 RP (IC 95%)	Modelo 2 RP (IC 95%)	Modelo 3 RP (IC 95%)
População geral				
Não usou	1,000	1,000	1,000	1,000
Usava somente em 2011	1,042 (0,915-1,186)	1,078 (0,945-1,230)	1,074 (0,947-1,217)	1,053 (0,927-1,197)
Usava somente em 2015	1,120 (1,042-1,203)**	1,122 (1,046-1,203)**	1,116 (1,039-1,198)**	1,082 (1,004-1,166)*
Usava em 2011 e 2015	1,131 (1,033-1,239)**	1,101 (1,010-1,201)*	1,076 (0,987-1,173)	1,047 (0,955-1,148)
Feminino				
Não usou	1,000	1,000	1,000	1,000
Usava somente em 2011	1,019 (0,870-1,324)	1,059 (0,905-1,238)	1,059 (0,911-1,232)	1,036 (0,889-1,208)
Usava somente em 2015	1,085 (1,001-1,177)*	1,124 (1,041-1,213)**	1,123 (1,041-1,211)**	1,079 (0,995-1,170)
Usava em 2011 e 2015	1,132 (1,026-1,250)*	1,117 (1,018-1,226)*	1,090 (0,991-1,199)	1,050 (0,949-1,162)
Masculino				
Não usou	1,000	1,000	1,000	1,000
Usava somente em 2011	1,054 (0,840-1,324)	1,117 (0,877-1,423)	1,109 (0,893-1,377)	1,110 (0,889-1,386)
Usava somente em 2015	1,147 (0,969-1,358)	1,126 (0,945-1,341)	1,122 (0,926-1,361)	1,124 (0,925-1,365)
Usava em 2011 e 2015	1,022 (0,820-1,273)	1,018 (0,830-1,248)	1,038 (0,856-1,258)	1,040 (0,841-1,286)

RP = razão de prevalência; IC = intervalo de confiança. modelo 1: ajustado por sexo, idade, escolaridade e situação conjugal. Modelo 2: ajustado por variáveis do modelo 1 + hipertensão, diabetes e atividade física. Modelo 3: ajustado por variáveis do modelo 2 + depressão. Os modelos 1, 2 e 3 para feminino e masculino não foram ajustados pela variável sexo.

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

DISCUSSÃO

No presente estudo o uso de antidepressivos influenciou a percepção de saúde para o grupo que estava em uso somente em 2015 na população geral e esteve relacionado à APN, demonstrando uma pior percepção da saúde neste grupo. A prevalência de APN encontrada neste estudo é semelhante à observada em outros estudos no Brasil para população geral [29] e idosos [30, 31].

Melhoras dos sintomas depressivos com moderadas mudanças positivas na percepção da qualidade de vida têm sido relacionadas ao uso de AD para os pacientes que respondem ao tratamento [4, 15, 16, 32, 33], principalmente quando o uso de AD está associado à Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) [4]. Para àqueles que não respondem ao tratamento, há, além da piora dos sintomas depressivos, frustração com o tratamento e prescritor, comprometimento das relações sociais (familiares e trabalho), maior risco de mortalidade e piora na percepção sobre a vida [17, 18, 34].

A associação da APN com o uso de AD apenas em 2015 pode apontar para usuários com dificuldade de resposta adequada ao tratamento ou principalmente ao fato de o tratamento ainda estar em sua fase inicial. Destaca-se que a melhora dos sintomas depressivos ocorrem em até 6 a 8 semanas do início de uso dos AD [9].

As principais frustrações dos pacientes com o tratamento da depressão são o impacto negativo na qualidade de vida e os efeitos adversos ou falta de eficácia do tratamento [17]. Estudos recentes demonstram que mesmo diante da melhora dos sintomas da doença nem sempre há sensação de melhora da qualidade de vida percebida pelo paciente em tratamento [4,17-19].

A prevalência do uso de AD (17,6%) encontrada esteve acima do observado em população urbana adulta nos Estados Unidos da América (12%), Brasil (7,7%) e Holanda (9,3%) [7,35,36] e população idosa na Inglaterra (10,3%) [6]. Mas foi inferior ao encontrado em idosos em Ontário (26,8%), Taiwan (23,4%) [6] e em Arroio Trinta no Sul do Brasil, dos quais 20% usavam AD [37]. A incidência do uso de AD pela população estudada (9,9%) foi superior a estudo realizado em Quebec e Montreal (4,7% de incidência em 5 anos) [6], mas menor que observado na Itália, entre 2000 e 2011, período no qual o uso de AD quadruplicou [38] e em população idosa de Bambuí (MG), no período de 1997 a 2012, que registrou aumento de consumo de AD de 8,4% para 31,6% [39].

As diferenças observadas entre as incidências e prevalências podem estar relacionadas a faixa etária estudada, uma vez que idosos são os maiores usuários de AD [35, 36, 40] e

a diferenças metodológicas. Somente Aarts *et al.* (2016) trabalhou com dados extraídos de uma coorte de adultos; os demais são um estudo transversal em amostra populacional no Brasil [37]; coortes de idosos no Canadá (Ontário, Montreal e Quebec), em Taiwan, na Inglaterra [6] e no Brasil [39] e avaliações realizadas em bases de dados de saúde e de medicamentos nos Estados Unidos [36] e Itália [38].

Fontes de dados oficiais de medicamentos, sejam de consumo ou de farmacovigilância, oferecem informações mais fidedignas quando comparadas a entrevistas, pelo volume de dados e sua representatividade, sendo que tal fato pode explicar os valores de prevalência mais altos que no presente estudo. No Brasil, somente a indústria farmacêutica possui informações sobre consumo de AD em massa, e estas não estão acessíveis [41]. Resultados inferiores podem estar relacionados a práticas prescritivas mais conservadoras, como na Inglaterra, ou mesmo quando liberais, como no caso de Quebec e Montreal, a uma prática prescritiva que respeita as diretrizes clínicas de começo e fim dos tratamentos [6].

Esse aumento nas prescrições de AD tem sido observado em países como o Reino Unido [42], a Holanda [43], os Estados Unidos [36] e o Brasil [39] e pode estar relacionado com o aumento da prevalência de depressão, a melhoria do diagnóstico de depressão pelo profissional prescritor, o uso prolongado de AD para evitar recaídas e a indicação dos AD para outras condições clínicas como ansiedade, distúrbios da dor, entre outras [43].

Este estudo não avaliou a opinião dos pacientes sobre o tratamento e nem resultados clínicos baseados no uso de AD, mas a não relação entre AD e APP da saúde e sua relação com APN em pacientes que iniciaram o uso durante o período estudado demonstra a necessidade de alternativas de tratamento que visem melhora de condições subjetivas relacionadas autopercepção de saúde dos pacientes.

Alguns aspectos metodológicos deste estudo devem ser destacados: não houve controle temporal do início do uso de AD e não foi possível identificar quais os motivos da sua utilização, o que pode dificultar a compreensão da relação entre AD e percepção da saúde. Porém, são raros os estudos longitudinais que avaliam esta temática, especialmente em população com 40 anos ou mais, além do Vigicardio constituir um estudo de base populacional. Além disso, este é o primeiro trabalho que relaciona diretamente o uso de AD e qualidade de vida por meio da autopercepção de saúde no Brasil.

A qualidade de vida por meio da autopercepção da saúde é importante *proxy* para indicar o tratamento da depressão bem sucedido, pois é um fator protetor contra futuros episódios depressivos e um melhor preditor de remissão da doença que a redução de sintomas [19]. Assim, seria importante que médicos e outros profissionais de saúde

acompanhassem os tratamentos com AD não somente pela diminuição dos sintomas depressivos e de ansiedade, mas também pela autopercepção de saúde dos pacientes visando incluir tratamentos não farmacológicos ou mudanças de condutas, quando necessário, para diminuir os riscos futuros de recaídas e agravamentos dos quadros, como também aumentar a satisfação com o tratamento e a qualidade de vida o paciente.

AGRADECIMENTOS

Trabalho realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq – Brasil a partir do Edital Universal.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. R.C. Kessler, The costs of depression, *Psychiatr. Clin. North Am.*, **35**, 1-14 (2012).
2. M. Chiu, M. Lebenbaum, J. Cheng, C. de Oliveira, P. Kurdyak, The direct health-care costs associated with psychological distress and major depression: A population-based cohort study in Ontario, Canada, *PLoS One*, **12**(9), e0184268 (2017).
3. WHO, *Global Burden of Disease Study 2017*, 2017, Disponível em: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf. Acessado em: outubro de 2019.
4. S.G. Hofmann, J. Curtiss, J.K. Carpenter, S. Kind, Effect of treatments for depression on quality of life: a meta-analysis, *Cogn. Behav. Ther.*, **46**, 265-86 (2017).
5. G. Lewis, L. Duffy, A. Ades, R. Amos, R. Araya, S. Brabyn, *et al.*, The clinical effectiveness of sertraline in primary care and the role of depression severity and duration (PANDA): A pragmatic, double-blind, placebo-controlled randomised trial, *Lancet Psychiatry*, **6**(11), 903-914 (2019).
6. R. Tamblyn, D.W. Bates, D.L. Buckeridge, W. Dixon, A. J. Forster, N. Girard, *et al.*, Multinational comparison of new antidepressant use in older adults: a cohort study, *BMJ Open*, **9**(5), e027663 (2019).

7. N. Aarts, R. Noordam, A. Hofman, H. Tiemeier, B.H. Stricker, L.E. Visser, Self-reported indications for antidepressant use in a population-based cohort of middle-aged and elderly, *Int. J. Clin. Pharm.*, **38**(5), 1311-1317 (2016).
8. M. Rotermann, C. Sanmartin, D. Hennessy, M. Arthur, Prescription medication use by Canadians aged 6 to 79, *Health Reports*, **25**(6), 3-9 (2014).
9. A. Gelenberg, M. Freeman, J.C. Markowitz, J.F. Rosebaum, M.E. Thase, M.H. Trivedi, *et al.*, Practice guideline for adult major depressive disorder, *Am. J. Psychiatry*, **167**, 1-152 (2010).
10. A. J. Rush, M.H. Trivedi, S.R. Wisniewski, J.W. Stewart, A.A. Nierenberg, M.E. Thase ME, *et al.*, Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression, *N. Engl. J. Med.*, **23**, 1231-1242 (2006).
11. C. Han, S.M. Wang, M. Kato, S.J. Lee, A.A. Patkar, P.S. Masand, *et al.*, Second-generation antipsychotics in the treatment of major depressive disorder: current evidence, *Expert Rev. Neurother.*, **13**, 851-870 (2013).
12. C. Barbui, A. Cipriani, V. Patel, J.L. Ayuso-Mateos, M. van Ommeren, Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis, *Br. J. Psychiatry*, **198**, 11-16 (2011).
13. A. Cipriani, T.A. Furukawa, G. Salanti, A. Chaimani, L.Z. Atkinson, Y. Ogawa, *et al.*, Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis, *Lancet*, **391**, 1357-1366 (2018).
14. S. Leucht, B. Helfer, G. Gartlehner, J.M. Davis, How effective are common medications: a perspective based on meta-analyses of major drugs, *BMC Med.*, **13**, 253 (2015).
15. Y.A. Dombrowski, E.J. Lenze, M.A. Dew, B.H. Mulsant, B.G. Pollock, P.R. Houck, *et al.*, Maintenance treatment for old-age depression preserves health-related quality of life: A randomized, controlled trial of paroxetine and interpersonal psychotherapy, *J. Am. Geriatr. Soc.*, **55**, 1325-1332 (2007).
16. A. Dzevlan, R. Redzepagic, M. Hadzisalihovic, A. Curevac, E. Masic, E. Gelo, *et al.*, Quality of life assessment in antidepressant treatment of patients with depression and/or anxiety disorder, *Mater Socio Medica*, **31**, 14 (2019).

17. R. Mago, A. Fagiolini, E. Weiller, C. Weiss, Healthcare professionals' perceptions on the emotional impact of having an inadequate response to antidepressant medications: survey and prospective patient audit, *Ann. Gen. Psychiatry*, **17**, 20 (2018).
18. R. Mago, A. Fagiolini, E. Weiller, C. Weiss, Understanding the emotions of patients with inadequate response to antidepressant treatments: results of an international online survey in patients with major depressive disorder, *BMC Psychiatry*, **18**, 33 (2018).
19. W.W. Ishak, J.M. Greenberg, K. Balayan, N. Kapitanski, J. Jeffrey, H. Fathy, *et al.*, Quality of life: The ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder, *Harv. Rev. Psychiatry*, **19**, 229-239 (2011).
20. A. Nishi, I. Kawachi, K. Shirai, H. Hirai, S. Jeong, K. Kondo K, Sex/gender and socioeconomic differences in the predictive ability of self-rated health for mortality, *PLoS One*, **7**, 1-7 (2012).
21. C. Bardage, D. Isacson, N.L. Pedersen, Self-rated health as a predictor of mortality among persons with cardiovascular disease in Sweden, *Scand. J. Public Health*, **29**, 13-22 (2001).
22. K. B. DeSalvo, N. Bloser, K. Reynolds, J. He, P. Muntner, Mortality prediction with a single general self-rated health question, *J. Gen. Intern. Med.* **21**, 267-275 (2006).
23. L. Mewton, G. Andrews, Poor self-rated health and its associations with somatisation in two Australian national surveys, *BMJ Open*, **3**, 1-8 (2013).
24. T.L. Vie, K.O. Hufthammer, T.L. Holmen, E. Meland, H.J. Breidablik, Is self-rated health in adolescence a predictor of prescribed medication in adulthood? Findings from the Nord Trøndelag Health Study and the Norwegian Prescription Database, *SSM-Popul. Heal.*, **4**, 144-152 (2018).
25. E. von Elm, D.G. Altman, M. Egger, S.J. Pocock, P.C. Gøtzsche, J.P. Vandembroucke, The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies, *Lancet*, **370**, 1453-1457 (2007).
26. R.K.T. de Souza, M.S.S. Bortoletto, M.R. Loch, A.D. González, T. Matsuo, M.A.S. Cabrera, *et al.*, Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. *Epidemiol. Serviços Saúde*, **22**, 435-444 (2013).

27. WHO, *ATC/DDD Index 2019*, 2019. Disponível em: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/. Acessado em: outubro 2019.
28. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, *Arq. Bras. Cardiol.*, **95**, 1-51 (2010).
29. A.L.B. Pavão, G.L. Werneck, M.R. Campos, Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional, *Cad. Saude Publica*, **29**, 723-734 (2013).
30. S.C. Confortin, M.W.C. Giehl, D.L. Antes, I.J.C. Schneider IJC, E. Orsi E, Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil, *Cad. Saude Publica*, **31**, 1049-1060 (2015).
31. G. Cavalcanti, M. Doring, M. Rodrigues Portella, E.C. Bortoluzzi, A. Mascarelo, M.P. Dellani, Multimorbidade associado à polifarmácia e autopercepção negativa de saúde, *Ver. Bras. Geriatr. Gerontol.*, **20**, 635-643 (2017).
32. W.C. Yang, C.H. Lin, F.C. Wang, M.J. Lu, Factors related to the improvement in quality of life for depressed inpatients treated with fluoxetine, *BMC Psychiatry*, **17**, 1-9 (2017).
33. R.W. Lam, S.V. Parikh, R. Ramasubbu, E.E. Michalak, E.M. Tam, A. Axler, *et al.*, Effects of combined pharmacotherapy and psychotherapy for improving work functioning in major depressive disorder, *Br. J. Psychiatry*, **203**, 358-365 (2013).
34. R.L. Knoth, S.C. Bolge, E. Kim, Q.V. Tran, Effect of inadequate response to treatment in patients with depression, *Am. J. Manag. Care*, **16**, 188-196 (2010).
35. C.M.M. Garcias, R.T. Pinheiro, G.D.L. Garcias, B.L. Horta, C.B. Brum, Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006, *Cad. Saude Publica*, **24**, 1565-1571 (2008).
36. T.J. Moore, D.R. Mattison, Adult utilization of psychiatric drugs and differences by sex, age, and race, *JAMA Intern. Med.*, **177**, 274 (2017).
37. I. Gullich, S.M.S. Duro, J.A. Cesar, Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil, *Ver. Bras. Epidemiol.*, **19**, 691-701 (2016).
38. M.R. Gualano, F. Bert, A. Mannocci, G. La Torre, P. Zeppegno, R. Siliquini R, Consumption of antidepressants in Italy: Recent trends and their significance for public health, *Psychiatr. Serv.*, **65**, 1226-1231 (2014).

39. A.I. de Loyola Filho, E. Castro-Costa, J.O.A. Firmo, S.V. Peixoto, Trends in the use of antidepressants among older adults: Bambuí Project, *Rev. Saude Publica*, **48**, 857-865 (2014).
40. M. Alduhishy, The overprescription of antidepressants and its impact on the elderly in Australia, *Trends Psychiatry Psychother.*, **23**, 241-243 (2018).
41. M.N.R. Pande, P.D. de Amarante, R. Whitaker, Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental, *Saúde em Debate*, **41**, 1233-1235 (2017).
42. B. Mars, J. Heron, D. Kessler, N.M. Davies, R.M. Martin, K.H. Thomas, *et al.*, Influences on antidepressant prescribing trends in the UK: 1995-2011, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, **24**, 193-200 (2017).
43. P.F.M. Verhaak, D. de Beurs, P. Spreeuwenberg, What proportion of initially prescribed antidepressants is still being prescribed chronically after 5 years in general practice? A longitudinal cohort analysis, *BMJ Open*, **9**, e024051 (2019).

COMO CITAR ESTE ARTIGO

P. da Silva-Menolli, P.A. Goularte-Garso, C. Molino, E. Giroto, Uso de antidepressivos e percepção de saúde entre adultos de 40 anos ou mais: estudo longitudinal, *Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm.*, **49**(1), 183-198 (2020).