



MARIA IVONE LOIOLA MENEGUELO

**RELAÇÃO DO OLHO SECO E USO DE ANTIDEPRESSIVOS
DOS USUÁRIOS DO CAPS II DE TAUÁ-CE**

**FORTALEZA-CE
2017**

MARIA IVONE LOIOLA MENEGUELO

**RELAÇÃO DO OLHO SECO E USO DE ANTIDEPRESSIVOS DOS USUÁRIOS DO
CAPS II DE TAUÁ-CE**

**FORTALEZA
2017**

MARIA IVONE LOIOLA MENEGUELO

**RELAÇÃO DO OLHO SECO E USO DE ANTIDEPRESSIVOS DOS USUÁRIOS DO
CAPS II DE TAUÁ-CE**

Monografia apresentada ao Centro de Formação Profissional Ratio, como requisito parcial para obtenção da diplomação do Curso Técnico em Optometria, sob a orientação dos Professores(as) Adryana Trummer e Antônio Cláudio da Silva Maciel.

**FORTALEZA
2017**

MARIA IVONE LOIOLA MENEGUELO

**RELAÇÃO DO OLHO SECO E USO DE ANTIDEPRESSIVOS DOS USUÁRIOS DO
CAPS II DE TAUÁ-CE**

Monografia apresentada ao Centro de Formação Profissional Ratio, como requisito parcial para obtenção da diplomação do Curso Técnico em Optometria.

Monografia aprovada em: ___/___/_____.

Orientadora Metodológica: Prof^a Adryana Trummer

Orientador (a) Conteudista: Prof. Antônio Claudio da Silva Maciel

Coordenador: Prof. Antônio Claudio da Silva Maciel

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me guiou nessa longa jornada e foi fonte de minha inspiração, força e perseverança, sem os quais não teria alcançado esta conquista profissional.

Aos meus pais, Elison Louro Loiola e Teresinha Alexandrino Loiola (*in memoriam*), pelo amor incondicional, apoio, incentivo, dedicação e por muitas vezes sacrificarem seus sonhos em função dos meus.

Aos meus filhos, Oto e Davi, que sempre me fortaleceram com palavras e gestos de amor e carinho.

Ao meu esposo, Sandro, pela compreensão, incentivo, companheirismo e por todo amor que sempre me dedicou.

“Quando chegar lá, comemore e lembre-se de traçar mais uma meta, continue a dar sentido à sua vida, use de seu poder de escolha e vontade e dê novamente o primeiro passo. Isto só depende de você”.

Flávio Souza

RESUMO

Olho seco, também descrito como disfunção do filme lacrimal compreende-se uma síndrome relacionada a anormalidades na relação entre a redução da produção de lágrimas ou o excesso em sua evaporação e a manutenção na superfície córneo-conjuntiva, causando desconforto ocular, danos especialmente à superfície interpalpebral e doenças oculares. Este trabalho objetivou Identificar a relação do olho seco e uso de antidepressivos dos usuários do CAPS II de Tauá-ce. Tratou-se de um estudo epidemiológico, descritivo, exploratório e documental, de 50 pacientes em acompanhamento no CAPS-II de Tauá-CE, com ênfase na evolução dos quadros de transtorno de humor em uso de antidepressivos e sua relação com olho seco. Pela análise dos dados, percebemos que grande parte dos sujeitos da pesquisa era do sexo feminino, possuíam o E.F incompleto, estando estes pacientes na fase economicamente ativa da vida profissional, porém encontravam-se fora do mercado de trabalho, embora tratando-se de Transtorno depressivo recorrente atualmente em remissão, sendo utilizado em sua maioria a classe medicamentosa de ISRS. De acordo com os resultados das entrevistas, percebeu-se que a maioria dos usuários ao serem questionados com relação às manifestações clínicas do olho seco, apresentavam tais sintomas. De forma significativa e superior, quando indagados sobre a estabilidade dos sintomas, esta prevaleceu, sendo notório que muitos destes pacientes já poderiam apresentar sintomas de olho seco antes do início da farmacoterapia para o tratamento de transtorno de humor.

Palavras chaves: Antidepressivos; olho seco; CAPS II de Tauá

ABSTRACT

Dry eye, also described as lacrimal film dysfunction, is a syndrome related to abnormalities in the relationship between reduced tear production or excess evaporation and maintenance on the corneal-conjunctival surface, causing eye discomfort, especially damage to the surface interpalpebral and ocular diseases. This work aimed to identify the relationship of dry eye and antidepressant use of CAPS II users of Tauá-ce. This was an epidemiological, descriptive, exploratory and documentary study of 50 patients being followed up at CAPS-II in Tauá-CE, with emphasis on the evolution of mood disorders using antidepressants and their relation with dry eye. By analyzing the data, we noticed that a large part of the research subjects were female, had incomplete EF, and these patients were in the economically active phase of the professional life, but they were outside the labor market, although it was a disorder currently in remission, with the majority of the SSRI drug class being used. According to the results of the interviews, it was noticed that the majority of users when asked about the clinical manifestations of dry eye had such symptoms. In a significant and superior way, when asked about the stability of symptoms, it prevailed, and it was well known that many of these patients could already present dry eye symptoms before starting

Keywords: Antidepressants; dry eye; CAPS II de Tauá.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- O sistema de drenagem lacrimal.....	15
FIGURA 2- Esquema das diferentes glândulas que participam de secreção lacrimal.....	16
FIGURA 3- As três camadas do filme lacrimal.....	18
FIGURA 4- Constituição contemporânea do filme lacrimal.....	19
FIGURA 5- Grupos etiopatogênicos do olho seco.....	21

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos participantes segundo sexo.....	35
Gráfico 2: Distribuição dos participantes segundo a escolaridade.....	36
Gráfico 3: Distribuição dos participantes segundo a faixa etária.....	36
Gráfico 4: Distribuição dos participantes segundo condição profissional.....	37
Gráfico 5: Distribuição dos participantes segundo estado civil.....	38
Gráfico 6: Distribuição dos participantes segundo diagnóstico de acordo com CID-10.....	38
Gráfico 7: Distribuição dos participantes segundo classe de fármacos utilizados.....	39
Gráfico 8: Distribuição dos participantes segundo sintomas relatados.....	40
Gráfico 9: Distribuição dos participantes segundo relação dos sintomas de olho seco e farmacoterapia utilizada.....	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 DESENVOLVIMENTO.....	15
2.1 ANATOMIA E FUNÇÕES DAS LÁGRIMAS.....	15
2.2 ETIOPATOGENIA DO OLHO SECO.....	19
2.3 CONCEITO E DEFINIÇÃO DE OLHO SECO.....	22
2.4 SINTOMAS DO OLHO SECO.....	23
2.5 DEPRESSÃO: CONCEITO, ETIOLOGIA, SINTOMATOLOGIA E TRATAMENTO.....	24
3 ANÁLISE ESTADÍSTICA DESCRITIVA DOS DADOS.....	35
4 CONCLUSÕES.....	42
5 REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICE.....	48

1 INTRODUÇÃO

O olho seco é uma das condições clínicas mais frequentes na prática oftalmológica e sua ocorrência é estimada entre 7,4% e 40%, sendo as mulheres e os idosos os grupos mais atingidos (GALOR et al.; 2011; GOMES et al., 1999; LEE et al., 2002; LIN et al., 2003; MCCARTY et al., 1998; MOSS, et al., 2000; 2004; SHIMMURA; SHIMAZAKI; TSUBOTA, 1999; PASCHOAL; PASCHOAL, 2008). Por se tratar de uma alteração de etiologia multifatorial, apesar das tentativas para defini-lo, as dificuldades em sua avaliação se iniciam pelas divergências conceituais (AAO, 2011; LEMP, 1995; FRIDMAN et al., 2004; PFLUGFELDER; SOLOMON; STERN, 2000; FONSECA et al., 2010; ROCHA et al., 2011).

Olho seco, também descrito como disfunção do filme lacrimal compreende-se uma síndrome relacionada a anormalidades na relação entre a redução da produção de lágrimas ou o excesso em sua evaporação e a manutenção na superfície córneo-conjuntiva, causando desconforto ocular, danos especialmente à superfície interpalpebral e doenças oculares (AAO, 2011; LEMP, 1995; ROCHA et al., 2011; SCARPI, 1997).

O filme lacrimal recobre a área anterior do globo ocular, sendo que a perfeita integridade da superfície ocular é determinada pela estabilidade associada entre a lágrima e a camada epitelial da córnea (ALVES, 2010; OLIVEIRA, 2011; PASCHOAL; PASCHOAL, 2008; SOUSA et al., 2011).

O olho seco costuma provocar queixas que, geralmente, variam de um leve desconforto ocular a uma dor severa e incapacidade em manter os olhos abertos. A morbidade associada à síndrome se relaciona a mudanças na superfície ocular, que dão origem a um espectro de anormalidades que abrangem: erosões superficiais puntiformes, filamentos corneanos, placas mucosas e defeitos epiteliais. Nos casos mais severos, a ocorrência de complicações como as úlceras de córnea pode trazer sérios riscos à integridade ocular (KANSKI, 2012; WERLI-ALVARENGA et al., 2011).

O uso de benzodiazepínicos, anticoncepcionais orais, alguns anti-hipertensivos, antiarrítmicos, anti-colinérgicos, anti-histamínicos, descongestionantes nasais, antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação de serotonina, inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (DUAL), inibidores da monoamino-oxidase, anti-neoplásicos, anti-parkinsonianos, antidiarréicos, tiabendazol, retinóides, e muitos outros medicamentos, estão aparentemente, associado à indução de deficiência lacrimal.

Pacientes com depressão ativa ou história de depressão, em maior proporção que outros pacientes acompanhados no CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) de Tauá, têm referido em seus atendimentos sintomatologia de olho seco. Tal situação nos levou a fazer alguns questionamentos: os sintomas crônicos e dolorosos da doença do olho seco podem causar depressão? As medicações usadas para tratar depressão podem causar ou exacerbar o olho seco? Qual classe de antidepressivos está mais relacionada ao surgimento do olho seco? A deficiência de alguns neurotransmissores que causa depressão, também pode causar do olho seco?

Este estudo objetivou relacionar os sintomas de olho seco ao uso de psicofármacos em pacientes submetidos ao tratamento de transtornos depressivos, bem como, destacar o conhecimento desta relação na prática e atendimento optométrico de excelência. É descrito na literatura que muitas medicações para depressão e ansiedade podem induzir ou agravar sintomas de olho seco. Tal queixa foi referida algumas vezes por pacientes durante as interconsultas de enfermagem, realizadas no dispositivo de saúde mental de Tauá, no qual fazendo parte da equipe multiprofissional, despertou-nos para o estudo em questão. Buscamos analisar e evidenciar quem veio primeiro, o olho seco ou a depressão, que necessitou de tratamento medicamentoso, que por sua vez, piorou os sintomas de olho seco. Embora ainda não saibamos a resposta para a questão, este pequeno estudo não sugere deixar de lado o uso de medicações psiquiátricas por seus efeitos adversos.

Para fundamentação de tal estudo, realizamos entrevistas estruturadas durante os atendimentos de enfermagem, tendo como amostragem 50 pacientes

com diagnóstico de transtorno de humor que atenderam aos critérios de inclusão do presente estudo.

Definimos como objetivo geral identificar a relação do olho seco e uso de antidepressivos dos usuários do CAPS II de Tauá-ce. E como objetivos específicos: identificar os fatores de risco para o olho seco em pacientes acompanhados no CAPS II de Tauá; relacionar os fatores de risco ao desenvolvimento de olho seco na prática clínica dos pacientes acompanhados do CAPS II de Tauá; estimar a incidência de olho seco em pacientes em tratamento com antidepressivos no CAPS II de Tauá; conhecer a relação entre olho seco e uso de antidepressivos e sua importância na prática clínica optométrica.

Tratou-se de um estudo epidemiológico, descritivo, exploratório e documental, de pacientes em acompanhamento no CAPS-II de Tauá-CE, com ênfase na evolução dos quadros de transtorno de humor em uso de antidepressivos e sua relação com olho seco.

Ressalto a preservação do sigilo e anonimato dos sujeitos da pesquisa, uma vez que as informações foram colhidas mediante atendimentos e à análise do prontuário estiveram em consonância com trabalho desempenhado na Instituição, como enfermeira psiquiátrica, respeitando os limites profissionais e éticos da profissão.

Um total de 50 pacientes acompanhados no CAPS II, no período de agosto a setembro de 2017, onde foram selecionados conforme o critério de inclusão.

Utilizamos como critérios de inclusão: (1) a hipótese diagnóstica de transtorno de Humor (CID- Classificação Internacional de Doenças F-30 a F-39), (2) pacientes com idade a partir de 18 anos, (3) e fazendo uso de antidepressivos.

De um universo de aproximadamente 6.000 prontuários, com diversas hipóteses diagnósticas (HD), entre elas esquizofrenia, deficiência intelectual, autismo, transtorno de ansiedade e transtorno de humor, selecionamos, de acordo com o critério de inclusão, 50 prontuários de usuários atendidos nas interconsultas de enfermagem. Neles coletamos dados sobre o objeto da pesquisa.

A coleta e a identificação dos dados se deram a partir das informações contidas nas fichas (acolhimento, PTS- Projeto Terapêutico Singular, evolução, relatórios) dos prontuários e com o contato direto com o paciente.

Quanto ao uso de fármacos, estes foram tabulados conforme a classe medicamentosa, resultando em uma amostra final de 50 atendimentos, os quais catalogamos de acordo com o mecanismo de ação do fármaco utilizado, divididos em 4 (quatro) categorias: 1 - uso de inibidores da receptação de serotonina - ISRS; 2 – uso de antidepressivo tricíclico - ATC; 3 – uso de inibidores da receptação de serotonina e noradrenalina - DUAL; 4 – uso da associação de duas classes de antidepressivos..

Quanto à evolução, os dados dos registros construídos, foram divididos em dois grupos: 1- Estável (quadro sintomatológico sem alterações após o início da terapêutica); 2- Piora (aumento de sintomas relacionados ao uso do antidepressivo).

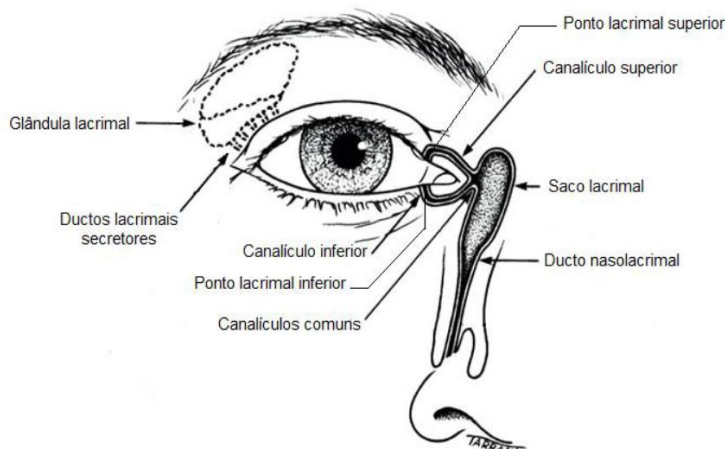
Este trabalho procurou relacionar as queixas de olho seco ao uso de antidepressivos de usuários acompanhados no CAPS II de Tauá, com diagnóstico de transtorno de humor, coletando os dados através de entrevistas estruturadas durante as interconsultas de enfermagem, respeitando os preceitos éticos, legais da profissão e apresentando os resultados em gráficos estatísticos descritivos.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Anatomia e funções das lágrimas

De origem ectodérmica, o aparelho lacrimal é um conjunto de formações representado por um sistema excretor constituído pelos pontos lacrimais, canaliculos lacrimais (superior e inferior), saco lacrimal e ducto nasolacrimal (FIG. 1) (PASCHOAL; PASCHOAL, 2008; SOUSA et al., 2011; KANSKI, 2012); além de um sistema secretor formado pelas glândulas lacrimais, principal e acessórias (PASCHOAL; PASCHOAL, 2008; OLIVEIRA, 2011; KANSKI, 2012;). Todas estas estruturas, juntas, participam da formação da lágrima ou filme lacrimal.

FIGURA 1 – O sistema de drenagem lacrimal



Fonte: Adaptado de: KANSKI, J.J. *Oftalmologia Clínica: uma abordagem sistemática*/ Jack J. Kanski e Brad Bowling; [tradução de Alcir Costa Fernandes. et al.]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 7ed.

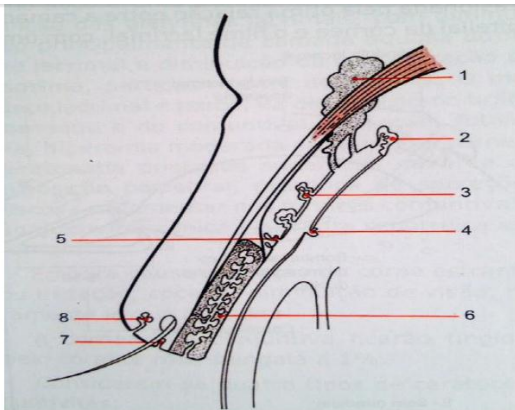
A glândula lacrimal principal apresenta uma porção orbitária, localizada na fossa lacrimal, no segmento temporal anterior superior da órbita e uma porção palpebral menor que está localizada acima do segmento temporal do fórnice conjuntival superior. Esta glândula é responsável pela produção de cerca de 95% do componente aquoso da lágrima (KANSKI, 2012; OLIVEIRA, 2011; SULLIVAN; SHETLAR; WHITCHER, 2011).

As glândulas acessórias de Wolfring e de Krause são glândulas serosas e estão localizadas na substância própria (formada por tecido conjuntivo laxo) da conjuntiva e produzem o restante do componente aquoso do filme lacrimal (KANSKI, 2012; OLIVEIRA, 2011; SULLIVAN; SHETLAR; WHITCHER, 2011).

As glândulas de Meibomius e Zeiss são glândulas oleosas, ambas localizadas na margem palpebral, e que contribuem com a camada lipídica da lágrima (ALVES, 2010; KANSKI, 2012; OLIVEIRA, 2011; STANDRING, 2010; SULLIVAN; SHETLAR; WHITCHER, 2011).

Já as células caliciformes conjuntivais, Manz e criptas de Henle, estão espalhadas por toda a conjuntiva e secretam glicoproteína em forma de mucina. A perda destas leva ao ressecamento da córnea, mesmo com lacrimagem abundante pela glândula lacrimal (OLIVEIRA, 2011; SULLIVAN; SHETLAR; WHITCHER, 2011).

FIGURA 2 – Esquema das diferentes glândulas que participam da secreção lacrimal



Fonte: Glândula principal. 2. Glândulas de Wolfring. 3. Glândulas de Krause. 4. Célula mucosa. 5, Cripta de Henle. 6. Glândulas de Meibomius. 7. Glândulas de Zeiss. 8. Glândulas de Moll. (MAURIN, J.F.; RENARD, J.P.; Anatomie de Conjonctive. Encycl Méd Chir Ophthalmologie, 21004 A, 1989, p. 4. In: DANTAS, A. M. *Essencial em oftalmologia* / Coordenador Adalmir Morterá Dantas. – Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2011. 1217 pg).

A lágrima desempenha diversas funções essenciais à homeostase da superfície ocular ao fornecer oxigênio para a córnea e a conjuntiva, regularizar o epitélio corneal (superfície refrativa anterior do olho), arrastar substâncias nocivas à superfície ocular, manter a superfície íntegra e transparente, prover lubrificação entre as pálpebras e a superfície ocular, nutrição e proteção antibacteriana da

córnea, além de retirar células epiteliais descamadas e outros *debris* (BJALILIAN et al., 2005; PASCHOAL; PASCHOAL, 2008; ALVES, 2010; OLIVEIRA, 2011; SOUSA et al., 2011; KANSKI, 2012).

O filme lacrimal contém, aproximadamente, 95% de água e sua composição apresenta um fluxo dinâmico. O volume líquido lacrimal é cerca de 5 a 10 μL , com velocidade de secreção normal com cerca de 1 – 2 μL (FUSTER, 2000; ALVES, 2010; SULLIVAN; SHETLAR; WHITCHER, 2011). Tem pH próximo a 7,4 e osmolaridade de 295 a 310 $\mu\text{Osm/l}$. Seu índice refrativo é em torno de 1.357 km/s (ALVES, 2010; OLIVEIRA, 2011; SULLIVAN; SHETLAR; WHITCHER, 2011).

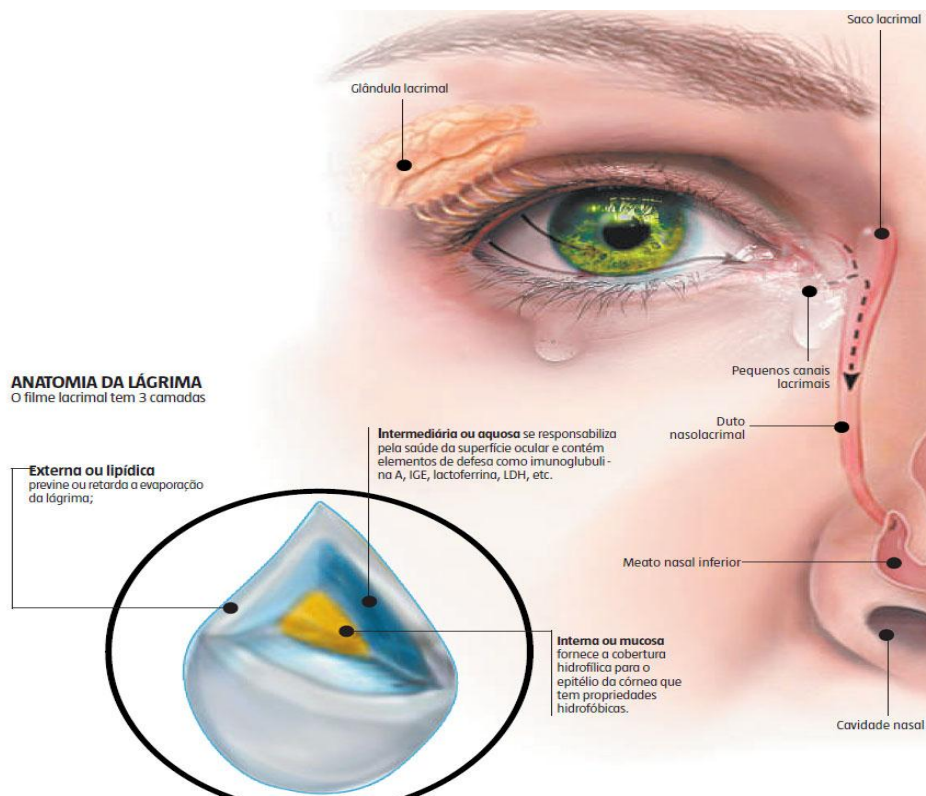
Distribuída sobre a superfície ocular pelo ato de piscar dos olhos, a película lacrimal é tradicionalmente constituída por três camadas distintas (FIG. 3) (ALVES, 2010; HOLLY, LEMP, 1997; KANSKI, 2012; LEMP, 1995; OLIVEIRA, 2011; PASCHOAL; PASCHOAL, 2008; SOUSA et al., 2011; SARIRI, GHAFUORI, 2008; SULLIVAN; SHETLAR; WHITCHER, 2011; TORPY; LYNM; GOLUB, 2012).

A camada lipídica (0,02%) possui uma espessura de 0,1 a 0,2 μm , é derivada das glândulas de Meibomius e Zeiss. Trata-se de uma película monomolecular de lipídios que atua como barreira à evaporação entre as piscadas. Seus componentes reduzem a tensão superficial da lágrima, possibilitando mantê-la mais delgada de modo a melhorar a sua capacidade de cobertura da superfície ocular (ALVES, 2010; BUTOVICH; MILLAR; HAM, 2008; FONSECA *et al.*, 2010; KANSKI, 2012; SOUSA et al., 2011; SARIRI, GHAFUORI, 2008; SULLIVAN; SHETLAR; WHITCHER, 2011).

A camada mucina (0,2%) possui uma espessura que varia de 0,02 a 0,04 μm . Produzida pelas criptas de Henle, glândulas de Manz, células epiteliais corneanas e, principalmente, pelas células calciformes da conjuntiva, é composta por glicoproteínas. Atua como interface entre a superfície ocular hidrofóbica e a camada aquosa do filme lacrimal, essenciais para a lubrificação da superfície ocular. Alterações em sua concentração têm sido especialmente associadas a prejuízos na tensão superficial e na estabilidade da lágrima (ALVES, 2010; KANSKI, 2012; PASCHOAL; PASCHOAL, 2008; SOUSA et al., 2011; SULLIVAN; SHETLAR; WHITCHER, 2011).

A camada aquosa (99,78%), produzida pelas glândulas lacrimais principais (maiores e menores) é, entre as três, a mais espessa. Possui espessura variando de 7,0 a 10 μm e se constitui no “corpo” da lágrima, contendo eletrólitos, proteínas, sais e outras substâncias hidrossolúveis. É responsável pela maioria das funções atribuíveis à lágrima (ALVES, 2010; CHEN et al., 1997; KANSKI, 2012; WALLCOTT, 1994).

FIGURA 3 – As três camadas do filme lacrimal

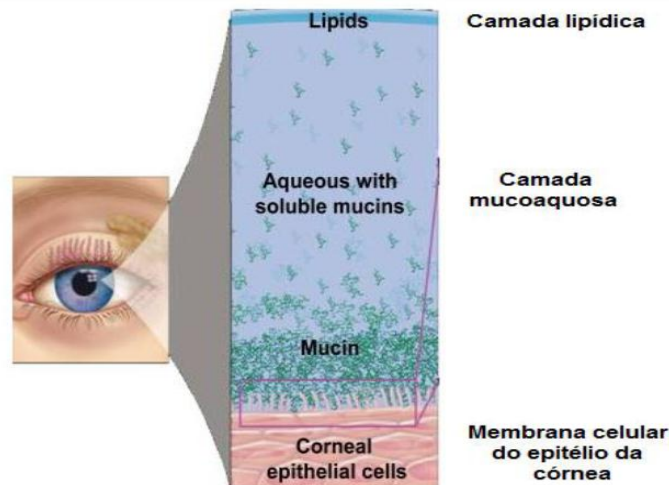


Fonte:

http://imgsapp.sites.uai.com.br/app/noticia_133890394703/2014/07/06/149273/20140706091409983953a.jpg

Nos últimos anos estão sendo conduzidos novos estudos sobre o tema que propõem revisão a respeito da constituição do filme lacrimal. Modernamente, há uma tendência de se considerar que a lágrima é composta por apenas duas camadas: lipídica e mucoaquosa. Nessa, a camada aquosa é mais espessa e contém o muco de densidade regressiva à medida que se aproxima da camada lipídica superficial (FIG. 4) (ALVES, 2010; FONSECA et al., 2010; GAYTON, 2009; SATO, LEORATTI, 2001).

FIGURA 4 – Constituição contemporânea do filme lacrimal



Fonte: Membrana celular do epitélio da córnea - uma camada com muco de densidade regressiva à medida que se aproxima da camada lipídica superficial (Adaptado de: GAYTON, J.L. Etiology, prevalence, and treatment of dry eye disease. *Clinical Ophthalmology (Auckland, NZ)*, v. 3, p. 405, 2009).

2.2 Etiopatogenia do olho seco

A última década trouxe uma melhora significativa na compreensão da etiologia e patogênese do olho seco, o que permitiu que sua história natural fosse delineada em quatro fases e em dois grandes grupos etiopatogênicos (AAO, 2011; DEWS, 2007; FRIDMAN *et al.*, 2004; FONSECA *et al.*, 2010; GAYTON, 2009; KANSKI, 2012; MÓDIS, SZALAI, 2011; TSENG; TSUBOTA, 1997).

As alterações na composição da lágrima, que caracterizam a primeira fase do olho seco ocorrem devido à redução na produção do filme lacrimal ou aumento em sua evaporação (AAO, 2011; FRIDMAN *et al.*, 2004; LEMP, 1995; OLIVEIRA, 2011; PASCHOAL; PASCHOAL, 2008; ROCHA *et al.*, 2011). Sucede assim, a elevação do teor de sódio e dos outros eletrólitos (K^+ , Ca^+ , Mg^+ , Cl^- e HCO_3^-) (FUSTER, 2000; JOHNSON, MURPHY, 2004). A superfície ocular requer um filme lacrimal com produção adequada, retenção e eliminação equilibrada para manter a

completa saúde e função. Qualquer desequilíbrio destes componentes pode conduzir ao estado de olho seco (TOMLINSON; KHANAL, 2005).

Na segunda fase, devido à hiperosmolaridade do filme lacrimal, a inflamação da superfície ocular emerge no olho seco e em consequência, a inflamação e a retenção de fatores inflamatórios. Inicia-se assim o processo de comprometimento e danos da superfície ocular (JOHNSON, MURPHY, 2004; TSENG; TSUBOTA, 1997).

Na fase seguinte ocorrem rupturas das ligações intercelulares do epitélio com consequente descamação. Erosões epiteliais superficiais podem ser observadas pelo tingimento corneano (ROSENBERG, EISEN, 2008, TSENG, TSUBOTA, 1997).

A quarta e última fase é caracterizada pela redução de células produtoras de mucina, assim, há perda de glicoproteína na superfície corneana, que se associa à desestabilização da interface córnea - lágrima. Ocorrem prejuízos na tensão superficial e na estabilidade da lágrima. Com o agravamento dessa situação, pode dar-se o desenvolvimento de úlceras de córnea, perfuração corneana, comprometimento da visão e danos nos mecanismos de proteção ocular (GILBARD et al., 1988; TSENG, TSUBOTA, 1997).

FIGURA 5 – Grupos etiopatogênicos do olho seco



Fonte: Adaptado de: INTERNATIONAL DRY EYE WORKSHOP (DEWS). The definition and classification of dry eye disease: report of the Definition and Classification Subcommittee of the International Dry Eye Workshop. *Ocul Surface*. v. 5, p. 75-92, 2007.

Medicamentos sistêmicos incluem diuréticos e aqueles com os efeitos antimuscarínicos, tais como anti-histamínicos, os betabloqueadores e os agentes ansiolíticos, pois atuam na inibição do sinal principal colinérgico, podendo ocorrer à diminuição da produção aquosa (AAO, 2011). Por fim a obstrução dos ductos das glândulas lacrimais, que podem resultar em deficiência aquosa devido cicatrizes conjuntivais, estreitamento e obstrução de ductos secretores e orifícios das glândulas lacrimais (JOHNSON, MURPHY, 2004).

O olho seco evaporativo é causado pelo aumento da taxa de evaporação ou perda do filme lacrimal e ocorre principalmente por deficiência da camada lipídica. As causas podem ser intrínsecas ou extrínsecas, apresentando alguns fatores de

risco (AAO, 2011; CANO *et al.*, 2011; DEWS, 2007; JOHNSON, MURPHY, 2004; MÓDIS, SZALAI, 2011).

2.3 Conceito e definição de olho seco

O olho seco é uma das condições clínicas mais frequentes na prática oftalmológica e sua ocorrência é estimada entre 7,4% e 40%, sendo as mulheres e os idosos os grupos mais atingidos (GALOR *et al.*; 2011; GOMES *et al.*, 1999; LEE *et al.*, 2002; LIN *et al.*, 2003; MCCARTY *et al.*, 1998; MOSS, *et al.*, 2000; 2004; SHIMMURA; SHIMAZAKI; TSUBOTA, 1999; PASCHOAL; PASCHOAL, 2008). Por se tratar de uma alteração de etiologia multifatorial, apesar das tentativas para defini-lo, as dificuldades em sua avaliação se iniciam pelas divergências conceituais (AAO, 2011; LEMP, 1995; FRIDMAN *et al.*, 2004; PFLUGFELDER; SOLOMON; STERN, 2000; FONSECA *et al.*, 2010; ROCHA *et al.*, 2011).

A superfície ocular requer um filme lacrimal completo para manter a sua saúde e função (produção, osmolaridade, pH e estabilidade adequados, retenção e eliminação equilibrada). Qualquer desequilíbrio nestes componentes pode conduzir ao estado de olho seco (SCARPI, 1997; TOMLINSON, KHANAL, 2005).

A síndrome do olho seco é causada pela disfunção das glândulas lacrimais, com redução principalmente da camada aquosa e diminuição da concentração de lisozimas (OLIVEIRA, 2011).

O olho seco está associado a deficiência na produção de lágrimas ou a excesso em sua evaporação, resultando em sintomas de desconforto ocular e danos interpalpebrais (AAO, 2011; LEMP, 1995; ROCHA *et al.*, 2011). Sugere-se que a hiperosmolaridade lacrimal seja a principal causa de desconforto, danos na superfície ocular e da inflamação em olho seco (FARRIS *et al.*, 1983; GILBARD *et al.*, 1978; LEMP, 1995; ROCHA *et al.*, 2011).

2.4 Sintomas do olho seco

Os sinais e sintomas que normalmente afetam ambos os olhos podem incluir:

- ✓ Uma sensação de picada, queimadura ou arranhão nos olhos;
- ✓ Muco viscoso dentro ou em redor dos olhos;
- ✓ Maior irritação nos olhos devido ao fumo ou vento;
- ✓ Fadiga ocular;
- ✓ Sensibilidade à luz;
- ✓ Olhos vermelhos;
- ✓ Uma sensação de ter algo dentro dos olhos;
- ✓ Dificuldade em utilizar lentes de contato;
- ✓ Períodos de lágrimas excessivas;
- ✓ Visão turva, por vezes pior ao final do dia ou depois de tentar focar durante um período prolongado.

Assim, há uma série de fatores de risco reconhecidos para o desenvolvimento do olho seco. Estes incluem: envelhecimento, sexo feminino, alterações hormonais, terapia com estrogênio na pós-menopausa, terapia de radiação, quimioterapia sistêmica, doença autoimune sistêmica (a mais importante é a síndrome de Sjögren), cirurgia refrativa, anormalidades intermitentes na superfície ocular e região interpalpebral, efeitos de medicamentosos (anticolinérgicos, ansiolíticos, antipsicóticos, diuréticos, sedativos e betabloqueadores). Infecções virais, como imunodeficiência humana vírus, citomegalovírus e hepatite C, diabetes mellitus; deficiência de vitamina A, uso de lentes de contato, uso prolongado de computador, piscar de olhos defeituoso, além de fatores ambientes como a baixa umidade, clima árido e correntes de ventos (AAO, 2011; ALVES; 2010; FRIDMAN *et al.*, 2004; FONSECA *et al.*, 2010; GALOR *et al.*; 2011; GAYTON, 2009; KANSKI, 2012; KHANAL, *et al.*, 2008; LEE *et al.*, 2002; LEMP, 1995, 2008; MOSS *et al.*, 2000, 2004; OLIVEIRA, 2011; PASCHOAL; PASCHOAL, 2008; PFLUGFELDER; SOLOMON; STERN, 2000; ROCHA *et al.*, 2011; SOUSA *et al.*, 2011; STERN, PFLUGFELDER, 2004; SHIMMURA; SHIMAZAKI; TSUBOTA, 1999; SULLIVAN;

SHETLAR; WHITCHER, 2011; TORPY; LYNM; GOLUB, 2012; VICENTE *et al.*, 2014).

2.5 Depressão: Conceito, etiologia, sintomas e tratamento

São muitos os autores que afirmam que a depressão se tornou um problema de saúde pública no último século (ROUQUAYROL, 2003; ALMEIDA FILHO, 2000 e BAHLS, 2003).

Considerando os dados estatísticos atuais, cerca de 12 a 15% da população adulta teve ou terá episódios de depressão de severidade clínica considerável para justificar seu tratamento. Segundo Calábria (2005, p.33) “A depressão é um dos distúrbios mentais mais frequentes nos dias de hoje, de 4 a 24% da população vive em depressão”.

Cordeiro (2002) afirma que é possível isolar um conjunto de fatores associados à depressão, dentre eles, podemos ressaltar os seguintes: a incidência maior no sexo feminino; as mulheres casadas; homens vivendo sozinhos; idade compreendida entre 20 e 40 anos; perdas parentais antes da adolescência; depressão na história familiar; puerpério; ausência de um confidente, acontecimentos vitais negativos e residência em área urbana.

A depressão pode ser caracterizada, segundo o DSM-5 (2014), como um Episódio Depressivo em um período mínimo de duas semanas, ao qual o indivíduo apresenta humor deprimido, perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades na maior parte do dia, causando prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas relevantes na vida.

Segundo Kaplan *et al* (1997) e Holmes (2001), são vários os fatores que influenciam na depressão, dentre os quais fatores biológicos, genéticos, ambientais e os genéticos e ambientais associados.

Para estes autores, os aspectos biológicos da depressão resultam de um baixo nível de atividade neurológica nas áreas do cérebro, responsáveis pelo prazer. O baixo nível de atividade neurológica origina quantidades insuficientes de neurotransmissores nas sinapses. São dois, os neurotransmissores implicados na depressão: a norepinefrina, também conhecida como catecolaminas e a serotonina.

Considerando a classificação da depressão, Ajuriguera (1977) afirma que a depressão pode ser classificada de acordo com a causa, com a presença ou não de um componente genético (história familiar), com os sintomas e com a gravidade do quadro, em: I) primária ou secundária, II) genética, III) unipolar ou bipolar e IV) leve ou grave.

A primária não tem uma causa detectável. A secundária, por sua vez, possui causa atribuída às doenças físicas ou a utilização de medicamentos. A genética dá-se quando outros membros da família que possuem o quadro. A Unipolar, quando não há ocorrência de episódios de mania, e a bipolar quando há tais episódios. Por fim, leve ou grave, de acordo com a gravidade dos sintomas e o grau de comprometimento funcional.

Segundo o DSM-5 (2014), a classificação dos tipos de depressão é: depressão reativa ou secundária, depressão menor ou distímia, depressão maior ou unipolar e depressão maior ou psicose maníaco-depressivo.

No que diz respeito ao diagnóstico, segundo o DSM-5 (2014), os critérios são:

A – Cinco ou mais dos sintomas estiverem presentes durante o período de duas semanas e representam uma alteração no funcionamento anterior: Os sintomas do grupo A são:

- ✓ Humor deprimido na maior parte do dia;
- ✓ Interesse ou prazer acentuadamente diminuído por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia;
- ✓ Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta;
- ✓ Distúrbio do sono (insônia ou hipersonia);

- ✓ Agitação ou letargia;
- ✓ Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- ✓ Sentimentos de desvalia ou de culpa sem causa aparente;
- ✓ Concentração diminuída ou dificuldades para tomar decisões quase todos os dias;
- ✓ Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida.

B - Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto.

C - Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional.

D - Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral e,

E – Os sintomas não são mais bem explicados por luto, ou seja, perda de um ente querido.

Com base no tratamento farmacológico, este se utiliza de medicamentos antidepressivos que atuam na química do cérebro e seus efeitos terapêuticos derivam aparentemente da correção do desequilíbrio químico causador da depressão.

No Brasil, existe um grande número de psicofármacos antidepressivos, incluindo antidepressivos tricíclicos (ATC), inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (DUAIS).

Observamos durante este estudo, que os psicofármacos mais utilizados no dispositivo de saúde mental do município de Tauá foram:

- ✓ Fluoxetina: é indicada no tratamento da depressão, associada ou não com ansiedade. Fluoxetina também é indicada para o tratamento da bulimia nervosa, do transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e do transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), incluindo tensão pré-menstrual (TPM), irritabilidade e

disforia. Fluoxetina é um inibidor seletivo da recaptação de serotonina, e deve ser administrado por via oral.

Foram relatadas as seguintes reações adversas com o cloridrato de Fluoxetina: Reação muito comum (ocorre em mais de 10% dos pacientes que utilizam este medicamento): diarreia, náusea, cansaço (fadiga), incluindo astenia (perda ou diminuição da força muscular), dor de cabeça e insônia (incluindo despertar cedo, insônia inicial, insônia de manutenção do sono).

Reação comum (ocorre entre 1% e 10% dos pacientes que utilizam este medicamento): palpitações, visão turva, boca seca, desconforto gastrointestinal (dispepsia), vômitos, calafrios, sensação de tremor, diminuição de peso, diminuição do apetite (incluindo anorexia), distúrbio de atenção, vertigem, alteração do paladar (disgeusia), sensação de lentidão de movimentos e raciocínio (letargia), sonolência (incluindo hipersonia e sedação), tremor, sonhos anormais (incluindo pesadelos), ansiedade, diminuição do desejo sexual (diminuição ou perda da libido), nervosismo, cansaço, distúrbio do sono, tensão, micções frequentes ou anormalmente frequentes (polaciúria), distúrbios da ejaculação, sangramentos e hemorragias ginecológicas, disfunção erétil, bocejo, suor em excesso (hiperidrose), coceira (prurido), erupções da pele, erupções da pele com coceira (urticária) e rubor (incluindo fogachos).

Reação incomum (ocorre entre 0,1% e 1% dos pacientes que utilizam este medicamento): aumento do diâmetro da pupila (midríase), dificuldade de deglutição (disfagia), sensação de anormalidade, sensação de frio, sensação de calor, mal-estar, contusão, contração muscular, inquietação psicomotora, desequilíbrio (ataxia), distúrbios do equilíbrio, ranger de dentes (bruxismo), movimentos involuntários (discinesia), contração muscular involuntária (mioclonia), despersonalização, humor elevado, humor eufórico, alteração do orgasmo incluindo anorgasmia, pensamento anormal, dificuldade ou dor para urinar (disúria), disfunção sexual, perda de cabelos (alopecia), suor frio, tendência para equimose aumentada e redução da pressão arterial (hipotensão).

Reação rara (ocorre entre 0,01% e 0,1% dos pacientes que utilizam este medicamento): dor no esôfago, reação alérgica generalizada (reação anafilactoide), doença do soro, problemas no sistema nervoso que atingem a boca – especialmente

a língua (síndrome bucoglossal), convulsão, hipomania, crise de euforia (mania), coceira seguida de inchaço nas camadas mais profundas da pele (angioedema), estrias roxas pela pele (equimose), reação de fotossensibilidade, inflamação dos vasos sanguíneos (vasculite) e vasodilatação.

- ✓ Sertralina: O cloridrato de Sertralina é indicado no tratamento de sintomas de depressão, incluindo depressão acompanhada por sintomas de ansiedade, em pacientes com ou sem história de mania. Após uma resposta satisfatória, a continuidade do tratamento com cloridrato de Sertralina é eficaz tanto na prevenção de recaída dos sintomas do episódio inicial de depressão, assim como na recorrência de outros episódios depressivos.

Reação muito comum (ocorre em = 1/10 dos pacientes que utilizam este medicamento): insônia, sonolência, tontura, dor de cabeça, diarreia, boca seca, náusea, distúrbios da ejaculação e fadiga (cansaço).

Reação comum (ocorre entre = 1/100 e < 1/10 dos pacientes que utilizam este medicamento): diminuição ou aumento do apetite, sintomas de depressão, diminuição do desejo sexual, agitação, ansiedade, formigamento, aumento da tensão muscular, tremor, contrações musculares involuntárias, deficiência visual, zumbido, palpitações, rubor, bocejo, vômito, dor abdominal, prisão de ventre, dispepsia, rash, hiperidrose (suor excessivo), artralgia, disfunção sexual, menstruação irregular, dor no peito, mal-estar.

Reação incomum (ocorre entre = 1/1.000 e < 1/100 dos pacientes que utilizam este medicamento): hipersensibilidade (reação alérgica), hipotireoidismo, alucinação, agressividade, euforia, confusão mental, bruxismo, coma, convulsões, síncope, distúrbios extrapiramidais (tremores grosseiros, movimentos lentos), hipercinesia (atividade muscular excessiva), acatisia, enxaqueca, hipoestesia, midríase, edema periorbital, taquicardia, hemorragia, hipertensão, broncoespasmo, epistaxe, hemorragia gastrointestinal, urticária, púrpura, prurido, alopecia, espasmos musculares, urina presa, urina solta, distúrbios da marcha, edema facial, edema periférico, febre, astenia, aumento da ALT ou TGP, aumento da AST ou TGO, diminuição ou aumento do peso, exames laboratoriais anormais.

Reação rara (ocorre entre = 1/10.000 e <1/1.000 dos pacientes que utilizam este medicamento): leucopenia, trombocitopenia, reação anafilactoide (reação alérgica), secreção inapropriada de hormônio antidiur, hiperprolactinemia, diabetes mellitus, hiponatremia, hipoglicemia, hiperglicemia, distúrbio psicótico (alucinação e delírio), pesadelos, síndrome do aumento da serotonina, distonia (movimentos involuntários), torsade de pointes (tipo grave de arritmia do coração), vasoconstrição cerebral (incluindo síndrome da vasoconstrição cerebral reversível ou síndrome de Call Fleming), pancreatite, lesão hepática, necrólise epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, angioedema, rash esfoliativo, reação de fotossensibilidade, hematúria, enurese, priapismo, galactorreia, ginecomastia, síndrome de abstinência medicamentosa, prolongamento do intervalo QT no eletrocardiograma (alteração do eletrocardiograma), teste de função plaquetária anormal, colesterol sanguíneo aumentado, fratura.

- ✓ Escitalopram: O oxalato de Escitalopram é um medicamento da classe dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), que é uma classe do grupo dos antidepressivos. O oxalato de Escitalopram é o mais seletivo ISRS, e age no cérebro, onde corrige as concentrações inadequadas de determinadas substâncias denominadas neurotransmissores, em especial a serotonina, que causam os sintomas na situação de doença. Antidepressivo indicado para alguns tipos de depressão do espectro monopolar.

Como todos os medicamentos, o oxalato de Escitalopram pode causar efeitos adversos, apesar do que, nem todos os pacientes os apresentam.

Reação muito comum (ocorre em mais de 10% (> 1/10) dos pacientes que utilizam este medicamento): Náusea.

Reação comum (ocorre entre 1% e 10% (> 1/100 e < 1/10) dos pacientes que utilizam este medicamento): Nariz entupido ou com coriza (sinusite); Aumento ou diminuição do apetite; Ansiedade, inquietude, sonhos anormais, dificuldades para dormir, sonolência diurna, tonturas, bocejos, tremores, sensação de agulhadas na pele; Diarreia, constipação, vômitos, boca seca; Aumento do suor; Dores musculares e nas articulações (mialgias e artralguas); Distúrbios sexuais, cansaço, febre; Aumento do peso.

Reação incomum (ocorre entre 0,1% e 1% ($> 1/1.000$ e $< 1/100$) dos pacientes que utilizam este medicamento): Sangramentos inesperados, o que inclui sangramentos gastrointestinais; Urticária, eczemas (rash), coceira; Ranger de dentes, agitação, nervosismo, ataque de pânico, estado confusional;

Alterações no sono, alterações no paladar e desmaio; Pupilas aumentadas, distúrbios visuais, barulhos nos ouvidos (tinnitus); Perda de cabelo; Sangramento vaginal; Diminuição de peso; Aceleração dos batimentos cardíacos;

Inchaços nos braços ou pernas; Sangramento nasal.

- ✓ Citalopram: Antidepressivo indicado para alguns tipos de depressão do espectro monopolar. O citalopram é o inibidor seletivo da recaptção de serotonina (ISRS) de maior seletividade descrita até o momento, com nenhum ou mínimo efeito sobre a recaptção da noradrenalina (NA), dopamina (DA) e ácido gamaminobutírico (GABA). É indicado para o tratamento e prevenção da recaída ou recorrência da depressão; de transtornos do pânico com ou sem agorafobia e em transtornos obsessivo compulsivo.

As reações adversas observadas com citalopram são em geral leves e transitórias. Elas são mais frequentes durante a primeira ou segunda semana de tratamento e geralmente se atenuam em seguida. Os efeitos adversos mais comumente observados com o uso de citalopram (N=1083) em estudos duplo-cegos, controlados por placebo e não observados com uma incidência igual entre pacientes tratados com placebo (N=486) foram: náuseas, boca seca, sonolência, sudorese aumentada, tremor, diarreia e distúrbio de ejaculação. A incidência excedente de cada um desses efeitos em relação ao placebo é baixa. Os eventos adversos mais comumente relatados em estudos clínicos com o citalopram (N=3107) foram: sudorese aumentada, cefaleia, tremor, sonolência, insônia, boca seca, náuseas, constipação e astenia.

- ✓ Amitriptilina: O cloridrato de amitriptilina é indicado para a depressão e para o tratamento de casos de perda involuntária de urina durante o sono, em adultos e crianças. Amitriptilina tem na sua composição cloridrato de

amitriptilina, um antidepressivo com propriedades ansiolíticas, sedativas e calmantes.

As principais reações adversas deste fármaco incluem: Cardiovasculares: hipotensão, síncope, hipertensão, taquicardia, palpitações, infarto do miocárdio, arritmias, bloqueio cardíaco, acidente vascular cerebral, alterações não específicas no ECG e alterações na condução A.V. SNC e Neuromuscular: estados confusionais, distúrbio de concentração, desorientação, delírios, alucinações, excitação, ansiedade, inquietação, sonolência, insônia, pesadelos, torpor, formigamento e parestesias das extremidades, neuropatia periférica, incoordenação, ataxia, tremores, crises convulsivas, alteração dos traçados EEG, sintomas extrapiramidais incluindo movimentos involuntários anormais e discinesia tardia, disartria, zumbidos. Anticolinérgicos: secura na boca, turvação visual, midríase, distúrbios da acomodação, aumento da pressão intra-ocular, constipação, íleo paralítico, hiperpirexia, retenção urinária, dilatação do trato urinário.

Alérgicos: exantemas, urticária, fotossensibilização, edema da face e da língua.

Hematológicos: depressão da medula óssea incluindo agranulocitose, leucopenia, eosinofilia, púrpura, trombocitopenia. Gastrointestinais: náusea, desconforto epigástrico, vômitos, anorexia, estomatite, alteração do paladar, diarreia, tumefação da parótida, língua negra e raramente hepatite (inclusive disfunção hepática e icterícia). Endócrinos: no homem: tumefação testicular e ginecomastia; na mulher: aumento das mamas e galactorréia; aumento ou diminuição da libido, impotência, elevação ou abaixamento dos níveis da glicemia, síndrome da secreção inapropriada do HAD (hormônio antidiurético). Outros: tontura, fraqueza, fadiga, cefaléia, aumento ou perda de peso, edema, aumento da perspiração e da frequência urinária, midríase, sonolência e alopecia.

- ✓ Nortriptilina: O cloridrato de nortriptilina é um antidepressivo tricíclico não inibidor da monoaminoxidase. O mecanismo de melhora do humor por antidepressivos tricíclicos é, no momento, desconhecido. O cloridrato de

nortriptilina inibe a recaptação de norepinefrina e serotonina no Sistema Nervoso Central, mas sua atividade como antidepressivo é mais complexa e não muito elucidada.

Algumas reações podem ser consideradas quando a nortriptilina for administrada. Cardiovasculares: Aumento ou diminuição da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca, palpitação, infarto do miocárdio, ritmo irregular do coração, parada cardíaca, acidente vascular cerebral. Psiquiátricas: Estados de confusão mental (principalmente em idosos) com alucinações, desorientação; ansiedade, inquietação, agitação; insônia, pânico, pesadelos; hipomania; exacerbação de psicoses. Neurológicas: Torpor, formigamentos, alteração de coordenação, alteração de equilíbrio, tremores; neuropatia periférica; sintomas de incoordenação; convulsões, alteração do traçado de eletroencefalograma; zumbido. Anticolinérgicas: Boca seca e, raramente, aumento do volume de glândulas debaixo da língua; visão turva, distúrbios da acomodação visual, aumento do diâmetro das pupilas; intestino preso, retenção e diminuição da urina, dilatação do trato urinário. Alérgicas: Erupções na pele, pontos avermelhados na pele, urticária, coceira, fotossensibilidade, inchaço (generalizado ou da face e da língua), aumento de temperatura da pele, sensibilidade cruzada com outros tricíclicos. Hematológicas: Depressão da medula óssea, inclusive agranulocitose; eosinofilia; púrpura; trombocitopenia. Gastrointestinais: Náusea e vômito, anorexia, dor epigástrica, diarreia, alterações do paladar, estomatite, cólicas abdominais, inflamação de língua. Endócrinas: Aumento de volume das mamas em homens e mulheres, aumento da produção de leite pelas glândulas mamárias em mulheres; aumento ou diminuição do desejo sexual, impotência sexual; inchaço testicular; elevação ou redução da glicemia; síndrome da secreção inapropriada de HAD (hormônio antidiurético). Outras: Icterícia (simulando quadro obstrutivo); alterações de função do fígado; ganho ou perda de peso; aumento do suor; vermelhidão na face; aumento da frequência da necessidade de urinar durante o dia e durante à noite; sonolência, tonturas, fraqueza, cansaço; dor de cabeça; inflamação das parótidas e queda de cabelo.

- ✓ Venlafaxina: O cloridrato de Venlafaxina é indicado para o tratamento da depressão, incluindo depressão associada com ansiedade, tanto em pacientes hospitalizados como ambulatoriais.

Foi relatada a ocorrência de midríase em associação ao uso da Venlafaxina; dessa forma, pacientes com pressão intraocular elevada ou que apresentam risco de glaucoma de ângulo estreito agudo devem ser monitorados.

Efeitos adversos: Gerais: cefaléia, astenia, infecção, calafrios, dor torácica, trauma. Cardiovascular: vasodilatação, aumento da pressão arterial / hipertensão, taquicardia, hipotensão postural. Dermatológico: sudorese, erupções cutâneas, prurido. Gastrointestinal: náuseas, constipação, anorexia, diarreia, vômitos, dispepsia, flatulência. Sistema nervoso: sonolência, boca seca, tontura, insônia, nervosismo, ansiedade, tremores, sonhos anormais, hipertonia, parestesia, diminuição da libido, agitação, confusão, raciocínio anormal, despersonalização, depressão, retenção urinária, fibrilações musculares. Órgãos dos sentidos: visão turva, alteração do paladar, tinido, midríase. Sistema Urogenital: ejaculação anormal / orgasmo, impotência, aumento da frequência urinária, comprometimento da micção, distúrbio de orgasmo.

- ✓ Duloxetina: O cloridrato de duloxetina é indicado para o tratamento da depressão. O cloridrato de duloxetina é eficaz na manutenção da melhora clínica durante o tratamento contínuo, por até seis meses, em pacientes que apresentaram resposta ao tratamento inicial. É um medicamento da classe dos inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina. Duloxetina é um medicamento antidepressivo que age no sistema nervoso central (SNC), proporcionando melhora de: sintomas depressivos em pacientes com transtorno depressivo maior; sintomas dolorosos em pacientes com neuropatia diabética; sintomas dolorosos em pacientes com fibromialgia; sintomas dos estados de dor crônica associados à dor lombar crônica; sintomas dos estados de dor crônica associados à dor devido à osteoartrite de joelho (doença articular degenerativa) em pacientes com idade superior a 40 anos e sintomas ansiosos em pacientes com transtorno de ansiedade generalizada.

Reação muito comum ($\geq 10\%$): Boca seca, náusea e dor de cabeça.

Reação comum ($\geq 1\%$ e $< 10\%$): Palpitação, zumbido no ouvido, visão borrada, constipação, diarreia, vômito, dispepsia, dor abdominal, flatulência, fadiga,

queda, diminuição de peso, aumento da pressão sanguínea, diminuição do apetite, rigidez muscular, dor musculoesquelética, espasmo muscular, tontura, sonolência, tremor, parestesia, insônia, alteração do orgasmo, diminuição da libido, ansiedade, agitação, sonhos anormais, alteração da frequência urinária, distúrbio da ejaculação, disfunção erétil, retardo na ejaculação, dor orofaríngea, bocejo, hiperidrose, suores noturnos, prurido e rubor.

Reação incomum ($\geq 0,1\%$ e $< 1\%$): Taquicardia, vertigem, dor de ouvido, midríase, distúrbio visual, ressecamento ocular, eructação, gastroenterite, gastrite, hemorragia gastrointestinal, disfagia, sensação de anormalidade, sensação de frio, sensação de calor, mal-estar, sede, calafrio, laringite, achados laboratoriais relacionados a alterações de enzimas hepáticas, aumento de peso, contração muscular, distúrbio de atenção, letargia, disgeusia, mioclonia, baixa qualidade do sono, distúrbios do sono, bruxismo, desorientação, apatia, noctúria, hesitação urinária, retenção urinária, disúria, diminuição do fluxo urinário, dor testicular, disfunção sexual, distúrbio menstrual, reação de fotossensibilidade, suor frio, dermatite de contato, maior tendência à contusão, extremidades frias e hipotensão ortostática.

Reação rara ($\geq 0,01\%$ e $< 0,1\%$): Hipotireoidismo, estomatite, halitose, distúrbio da marcha, aumento do colesterol sanguíneo, desidratação, discinesia, odor urinário anormal, poliúria, sintomas da menopausa e constrição da orofaringe.

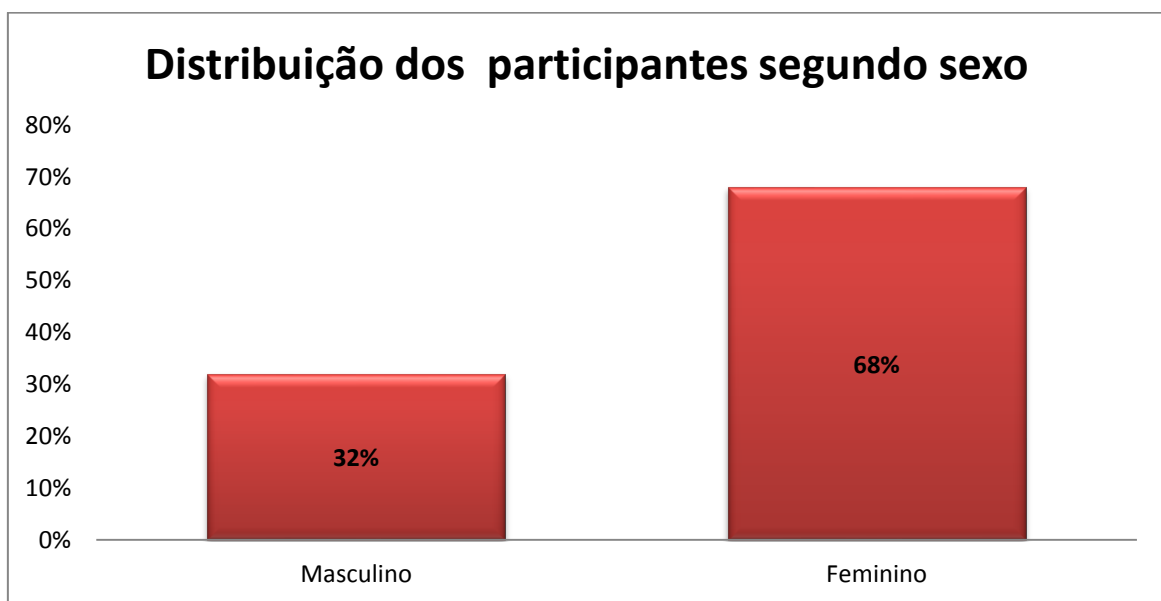
A posologia e a duração do tratamento devem ser adequadas para as necessidades de cada paciente. De forma geral, a indicação para o uso de psicofármacos irá depender do diagnóstico, considerando fatores como o tipo de droga, a dosagem, a farmacocinética e a sensibilidade individual (ROCHA, 1999). A efetividade no tratamento da depressão depende da terapêutica empregada, da colaboração do paciente ao tratamento e ainda da participação e apoio dos familiares destes indivíduos.

Com relação à psicoterapia, Coutinho (1999) afirma ser o tratamento mais escolhido na maioria dos casos de depressão. Este tratamento, na visão dos autores, deve ter um suporte psicológico contínuo, auxiliando a desmembrar sentimentos e percepções não saudáveis presentes nos quadros depressivos.

3 ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS DADOS

Tratou-se de um estudo epidemiológico, descritivo, exploratório e documental, de pacientes em acompanhamento no CAPS-II de Tauá-CE, com ênfase na evolução dos quadros de transtorno de humor em uso de antidepressivos e sua relação com olho seco. Os resultados foram obtidos mediante aplicação de entrevistas estruturadas, com amostragem de 50 sujeitos, sendo aplicado durante as interconsultas de enfermagem. Os dados foram tabulados em gráficos em barras e apresentados de forma estatística descritiva.

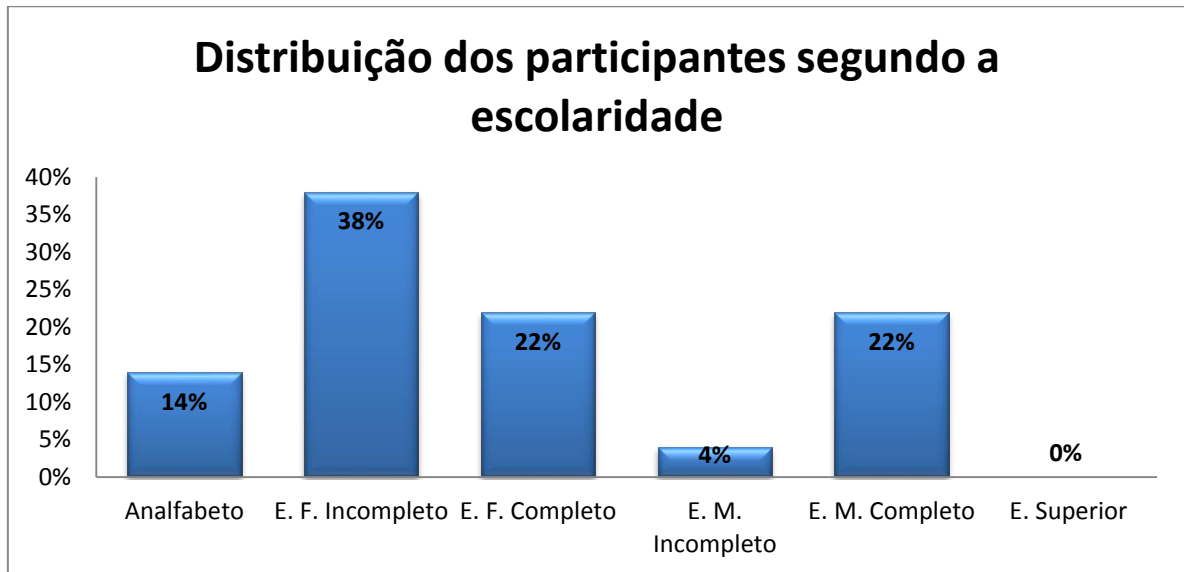
Gráfico 1: Distribuição dos participantes segundo sexo.



Fonte: CAPS II de Tauá-Ceará.

Dentre o público pesquisado, 68% pertenciam ao sexo feminino e 32% eram do sexo masculino, fato este que corrobora com a epidemiologia mundial do transtorno depressivo, evidenciando serem as mulheres duas vezes mais acometidas pelo transtorno depressivo que os homens. Ressaltamos também, que as mulheres tendem a procurar mais ajuda médica e/ou psicológica quando se sentem deprimidas, quando comparadas a população masculina.

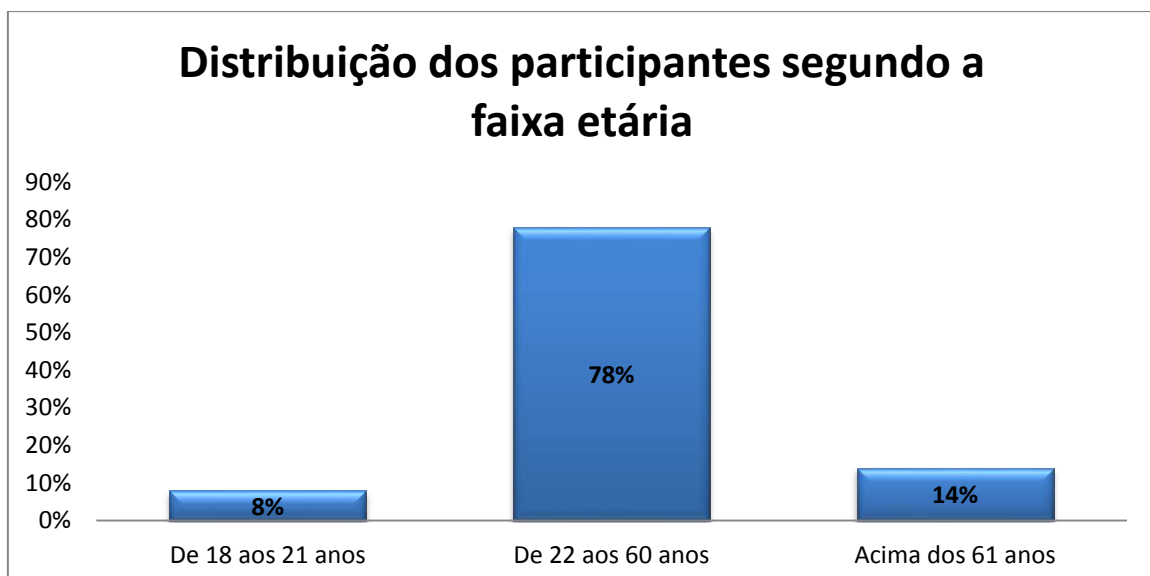
Gráfico 2: Distribuição dos participantes segundo a escolaridade.



Fonte: CAPS II de Tauá-Ceará.

Segundo a escolaridade dos entrevistados na pesquisa, nenhum participante possuía nível superior, 22% tinham E.F. completo e E.M. completo na mesma proporção, 4% E.M. incompleto, 14% eram analfabetos e a maioria do público, perfazendo 38% com E.F. incompleto.

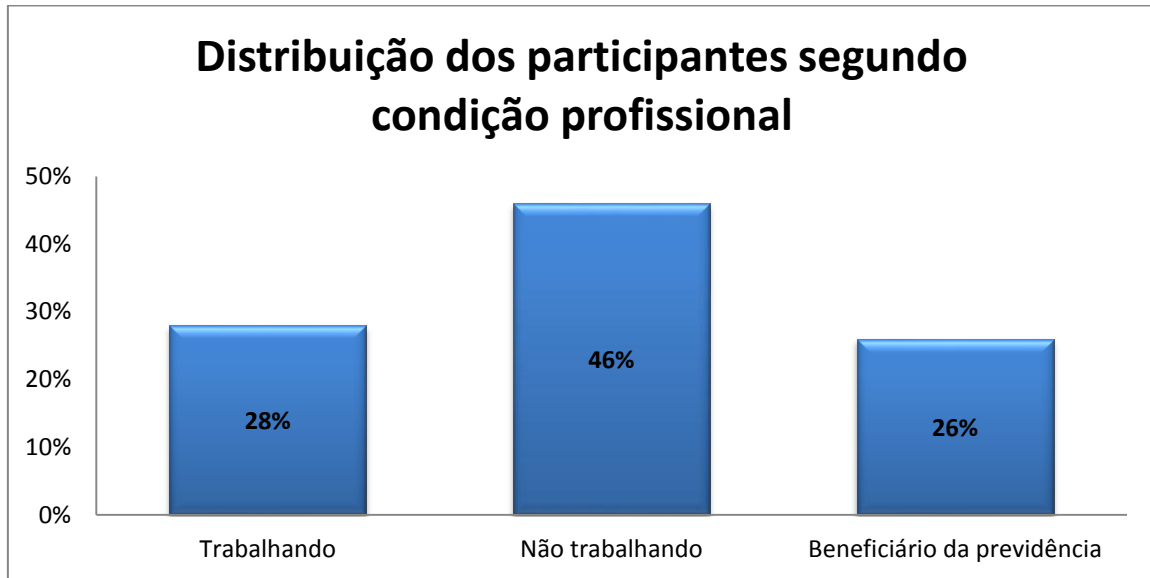
Gráfico 3: Distribuição dos participantes segundo a faixa etária.



Fonte: CAPS II de Tauá-Ceará.

Os extremos de idade estão na menor proporção em tratamento para depressão no CAPS II de Tauá, 8% dos entrevistados estão na faixa etária de 18 aos 21 anos, 14% acima de 61 anos e a maioria dos participantes da pesquisa com 78% estão entre 22 aos 60 anos.

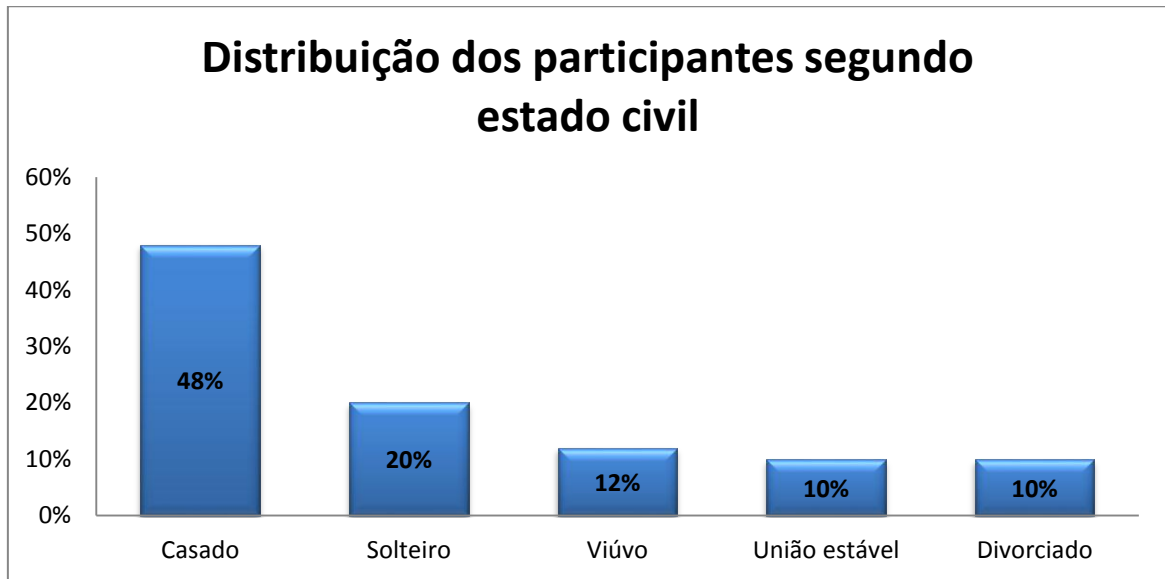
Gráfico 4: Distribuição dos participantes segundo condição profissional.



Fonte: CAPS II de Tauá-Ceará.

Os sujeitos da pesquisa estão em sua maioria, fora do mercado de trabalho, 46% estão desempregados, 26% são beneficiários da previdência social, enquanto apenas 28% continuam a desempenhar alguma atividade profissional remunerada.

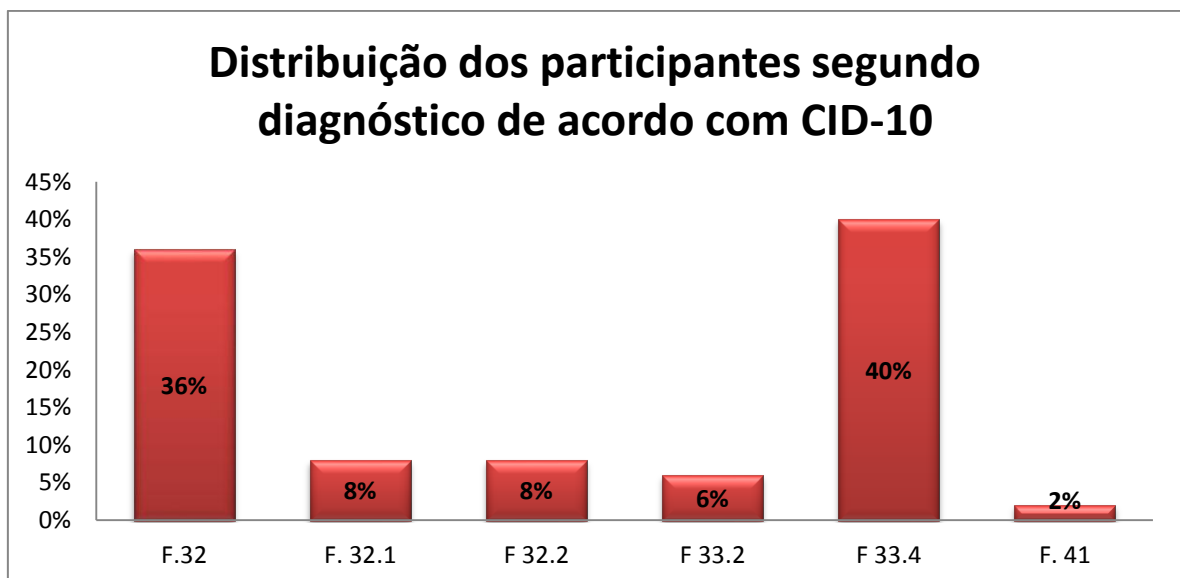
Gráfico 5: Distribuição dos participantes segundo estado civil.



Fonte: CAPS II de Tauá-Ceará.

Dentre os usuários em acompanhamento para depressão no dispositivo de saúde mental de Tauá, a maioria de 48% estão casados, 20% solteiros, 12% viúvos, 10% em união estável e 10% divorciados.

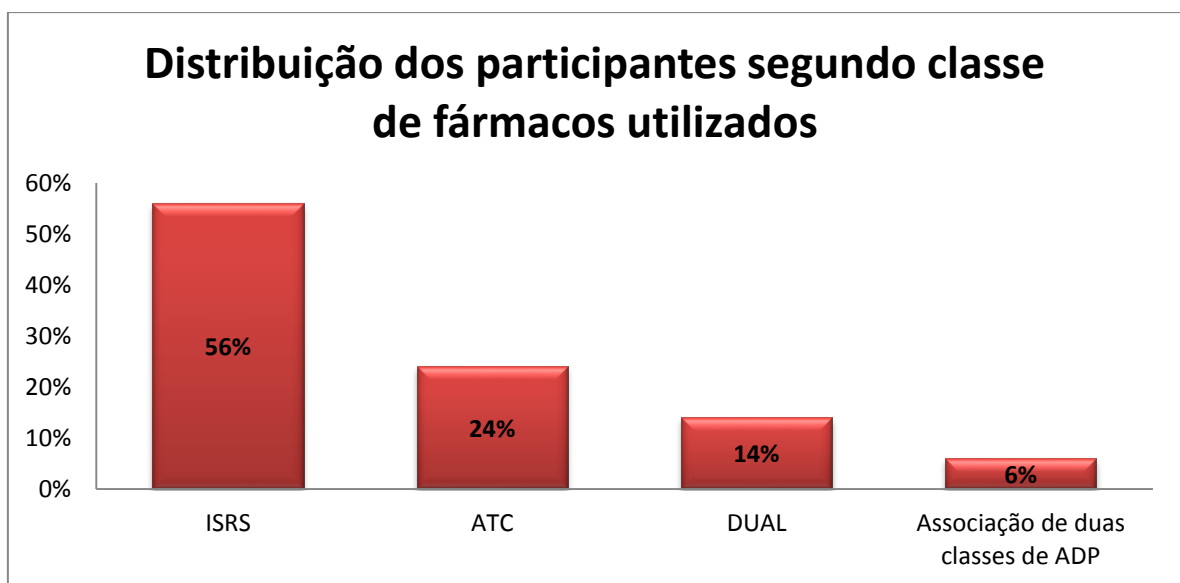
Gráfico 6: Distribuição dos participantes segundo diagnóstico de acordo com CID-10.



Fonte: CAPS II de Tauá-Ceará.

De acordo com o diagnóstico dos usuários, baseando-se ao CID-10, 40% dos participantes da pesquisa tinham como diagnóstico F33.4 - Transtorno depressivo recorrente atualmente em remissão, 36% encontrava-se com diagnóstico de F32.0 - Transtorno depressivo episódio leve, 8% tinham o diagnóstico concomitante de F32.1 e F32.2 - Episódio depressivo moderado e Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos, enquanto apenas 6% apresentava F33.2 - Transtorno depressivo recorrente episódio atual grave sem sintomas psicóticos.

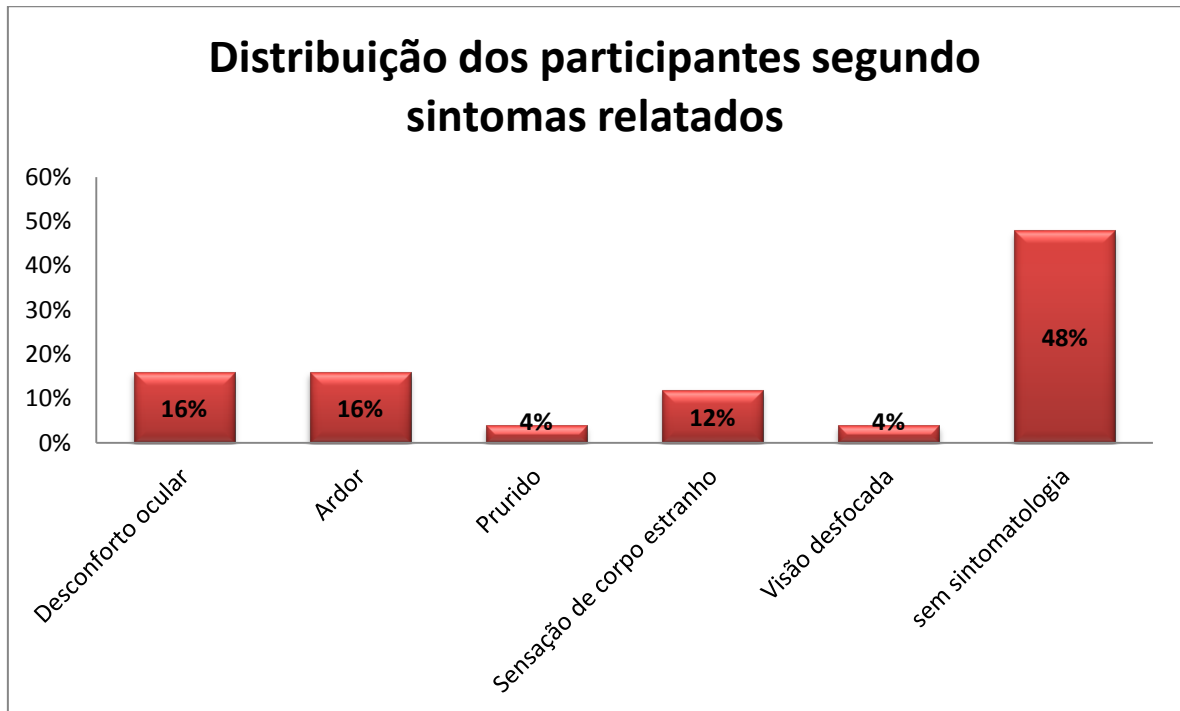
Gráfico 7: Distribuição dos participantes segundo classe de fármacos utilizados.



Fonte: CAPS II de Tauá-Ceará.

De acordo com a classe dos fármacos utilizados nos tratamentos dos transtornos depressivos, 56% dos participantes faziam uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), 24% utilizavam antidepressivo tricíclico (ATC), 14% faziam uso inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (DUAL), e apenas 6% utilizavam associação entre duas classes de antidepressivos.

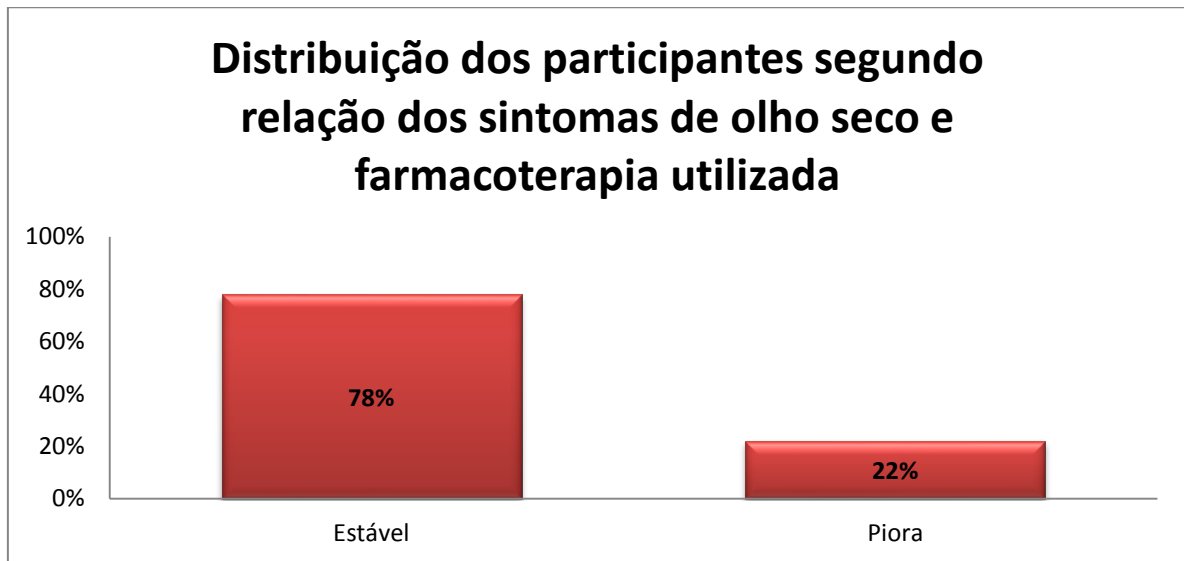
Gráfico 8: Distribuição dos participantes segundo sintomas relatados.



Fonte: CAPS II de Tauá-Ceará.

Segundo sintomas de olho seco relatado pelos participantes da pesquisa a grande maioria com 48% não referiram nenhum dos sintomas pesquisados, enquanto que em igual proporção de 16% referiram ardor ou desconforto ocular, seguido pela sensação de corpo estranho com 12% e prurido ou visão desfocada com apenas 4% concomitantemente.

Gráfico 9: Distribuição dos participantes segundo relação dos sintomas de olho seco e farmacoterapia utilizada.



Fonte: CAPS II de Tauá-Ceará.

Apenas 22% dos sujeitos da pesquisa relataram piora dos sintomas oculares relacionados aos psicofármacos utilizados, enquanto, 78% não referiram nenhuma alteração ocular após o início da terapêutica medicamentosa, nos levando a pensar que alguns deles poderiam apresentar tais sintomas antes do início da farmacoterapia.

4 CONCLUSÕES

Os transtornos depressivos apresentam alta e crescente prevalência na população geral e existem evidências científicas suficientes situando as depressões entre as doenças mais comuns, prejudiciais e que causam mais custos sociais, representando um problema dos mais graves em saúde pública, com impacto em todos os níveis da sociedade (BAHLS, 2003).

A Organização Mundial de Saúde indica que nas próximas duas décadas haverá uma mudança nas necessidades de saúde da população mundial devido ao fato de que doenças como a depressão estão, rapidamente, substituindo os tradicionais problemas das doenças infecciosas e cardíacas (EDUSP, 2003).

Analisando as entrevistas e pela incidência do transtorno depressivo no sexo feminino, observou-se que: entre os diferentes elementos econômicos, os múltiplos papéis desempenhados pela mulher na sociedade, colocam-na em maior risco de transtornos mentais e comportamentais.

Pela análise dos dados, percebemos que grande parte dos sujeitos da pesquisa possuía, ensino fundamental incompleto, estando estes pacientes em fase economicamente ativa da vida profissional, porém encontravam-se fora do mercado de trabalho, embora tratando-se de transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão, sendo utilizado em sua maioria a classe farmacológica dos ISRS.

De acordo com os resultados das entrevistas, percebeu-se que a maioria dos usuários ao serem questionados com relação às manifestações clínicas do olho seco, apresentavam tais sintomas. De forma significativa e superior, quando indagados sobre a estabilidade dos sintomas, esta prevaleceu, sendo notório que muitos destes pacientes já poderiam apresentar sintomas de olho seco antes do início da farmacoterapia para o tratamento de transtorno de humor.

Observamos no decorrer deste estudo que os psicofármacos utilizados para o tratamento de transtorno de humor, têm como efeitos adversos, reações oftalmológicas que incluem o olho seco, sendo desta forma a utilização de tais

medicamentos considerados fator de risco para o surgimento de tal perturbação visual. Desta forma, o optometrista deve ser conhecedor da farmacodinâmica e farmacocinética destas classes de fármacos, aplicando tais conhecimentos em sua prática optométrica cotidiana e realizando atendimentos primários de saúde visual de excelência de forma inclusive, mais ampliada.

Diante do resultado do estudo, evidenciou-se a necessidade de aprofundar-se acerca da relação entre olho seco e o tratamento da depressão, associando as sintomatologias de olho seco ao uso de psicofármacos prescritos para o tratamento de tal enfermidade psiquiátrica. Essas informações foram consideradas ao questionar pacientes com olho seco após início de tratamento para depressão, visto que 22% dos entrevistados relataram piora do quadro clínico de olho seco após início do uso dos psicofármacos. Foi útil explicar aos pacientes que os sintomas de olho seco podem estar relacionados ao uso dos fármacos utilizados para tratamento do transtorno depressivos.

5 REFERÊNCIAS

AJURIQUERA, Julian. **Manual de Psicopatologia da infância**. 5 ed. São Paulo: editora São Paulo, 1977.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A ciência da Saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 255, 2000.

AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY (AAO). Corneal / External Disease Panel. Preferred Practice Pattern Guidelines. Dry Eye Syndrome – Limited Revision. **San Francisco: American Academy of Ophthalmology**, 2011. Disponível em: www.aao.org/ppp. Acesso em: 22 Jul. 2017.

ALVES, J. S. **Olho seco: uma abordagem didática**. Rio de Janeiro: E-papers. 2010. 120 p.

BAHLS, Flávia Rocha Campos. Depressão na adolescência: características clínicas. **Interação em Psicologia**, Universidade Federal do Paraná, v. 6, nº 1, p. 49-57, jan/jun 2002.

BJALILIAN, A.; HAMRHA, P.; PFLUGFELDER, S. Dry eye. In: KRACHMER, J. H., MANNIS, M. J.; HOLLAND, E.J. Editors. **Cornea**. 2. ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005. v. 1.

BUTOVICH, I.A.; MILLAR, T.J.; HAM, B.M. Understanding and analyzing meibomian lipids-a review. **Curr Eye Res**. v. 33, n. 5, p. 405-20, 2008.

CALÁBRIA, Luanda; CALÁBRIA, Querles de Paula Alves. Câncer de Mama: a relação com estresse e depressão. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 23, nº 40, p. 31-36, jan. /março 2005.

CANO, F.P.; PAZOS, P.F.B.; PAZOS, H.S.B.; GOMES, J.A.P. Classificação das doenças da superfície ocular. In: GOMES, J.A.P.; ALVES, M.R. **Superfície ocular: córnea, limbo, conjuntiva, filme lacrimal**. Editores José Alves Pereira Gomes, Milton Ruiz Alves; coeditores Myrna Serapião dos Santos [et al.]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2011.

CORDEIRO, J. C. Dias. **Manual de psiquiatria clínica**. 2. ed Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. p. 814.

COUTINHO, Tadeu; COUTINHO, Conrado Milani. Depressão-pós-parto. **Femina**. Curitiba, v.27, n.7, p.571-577, ago. 1999.

DISPONÍVEL EM: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492004000100033. Acesso em: 05 Jun. 2017.

DISPONÍVEL EM: http://www.deficienciavisual.pt/sd-olhos_secos.htm. Acesso em: 22 Jun. 2017

DISPONÍVEL

EM:

https://www.researchgate.net/publication/26340787_Olho_seco_conceitos_historia_natural_e_classificacoes. Acesso em: 05 Jun. 2017.

DISPONÍVEL EM:

http://imgsapp.sites.uai.com.br/app/noticia_133890394703/2014/07/06/149273/20140706091409983953a.jpg. Acesso em: 11 Set. 2017.

DISPONÍVEL EM: http://www.medicinanet.com.br/categorias/bulas_remedios.htm. Acesso em: 12, 13 e 14 Dez. 2017.

DSM –5. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª ed. Porto Alegre: Artemed, 2014. p.161.

FARRIS, R.L.; STUCHELL, R.N.; MANDEL, I.D. Tear osmolarity variation in the dry eye. **Transactions of the American Ophthalmological Society**, v. 84, p. 250, 1986.

FONSECA, E. C.; ARRUDA, G. V.; ROCHA, E. M. Olho seco: etiopatogenia e tratamento. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 73, n. 2, Apr. , p. 197-203, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-7492010000200021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 Maio 2017.

FRIDMAN, D. et al. Olho seco: conceitos, história natural e classificações. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 67, n. 1, Feb. P. 181-5, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492004000100033&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Jun. 2017.

GALOR, A.; FEUER, W.; LEE, D.J.; FLOREZ, H.; CARTER, D.; POUYEH, B.; PRUNTY, W.J.; PEREZ, V.L. Prevalence and risk factors of dry eye syndrome in a United States veterans affairs population. **American journal of ophthalmology**, v. 152, n. 3, p. 377-384. e2, 2011.

GAYTON, J.L. Etiology, prevalence, and treatment of dry eye disease. **Clinical Ophthalmology**, Auckland, NZ, v. 3, p. 405-12, 2009.

HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2. ed Porto Alegre: Artemed, 2001. p. 565.

JOHNSON, M.E.; MURPHY, P.J. Changes in the tear film and ocular surface from dry eye syndrome. **Progress in retinal and eye research**, v. 23, n. 4, p. 449-474, 2004.

KANSKI, J.J. **Oftalmologia Clínica: uma abordagem sistemática/** Jack J. Kanski e Brad Bowling; [tradução de Alcir Costa Fernandes. *et al.*]. 7. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamin J; GREBB, Jack A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 493, 495, 497, 499 e 1169. Kaplan 1999- introdução, p. 7.

KHANAL, S. et al. Dry eye diagnosis. **Investigative ophthalmology & visual science**, v. 49, n. 4, p. 1407-1414, 2008.

LEE, A.J. et al. Prevalence and risk factors associated with dry eye symptoms: a population based study in Indonesia. **British journal of ophthalmology**, v. 86, n. 12, p. 1347-1351, 2002

MÓDIS, L.; SZALAI, E. Dry eye diagnosis and management. **Expert review of ophthalmology**, v. 6, n. 1, p. 67-79, 2011.

MOSS, S.E.; KLEIN, R.; KLEIN, B.E.K. Prevalence of and risk factors for dry eye syndrome. **Archives of Ophthalmology**, v. 118, n. 9, p. 1264, 2000.

PASCHOAL, M.A.V.; PASCHOAL, M.A.B. Aparelho Lacrimal. In: PASCHOAL, M.A.V. **Manual de oftalmologia** / Marco Antônio Vieira Paschoal. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2008.

PFLUGFELDER, S.C.; SOLOMON, A.; STERN, M.E. The diagnosis and management of dry eye: a twenty- five-year review. **Cornea**, v. 19, 2000.

ROCHA, E.M. et al. Olho Seco. In: GOMES, J.A.P.; ALVES, M.R. **Superfície ocular: córnea, limbo, conjuntiva, filme lacrimal** / Editores José Alves Pereira Gomes, Milton Ruiz Alves; coeditores Myrna Serapião dos Santos. [et al.]. – 2. ed. – Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2011.

ROSENBERG, J.B.; EISEN, L.A. Eye care in the intensive care unit: Narrative review and meta-analysis. **Crit Care Med**, v. 36, n. 12, p. 3151-55, 2008.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 780.

SARIRI, R.; GHAFoori, H. Tear proteins in health, disease, and contact lens wear. **Biochemistry (Mosc.)**, v. 73, n. 4, p. 381–392, 2008. 120

SATO, E. H.; LEORATTI, M.C.V. Olho seco. In: **Atualidades Doenças Externas e Córnea**. São Paulo: DEOC/UNIFESP, 2001.

SCARPI, M.J. Olho seco. In: BELFORT, JR.R.; KARA-JOSÉ, N.JR. **Córnea clínica – cirúrgica**. São Paulo: Roca; 1997.

SHIMMURA, S.; SHIMAZAKI, J.; TSUBOTA, K. Results of a population-based questionnaire on the symptoms and lifestyles associated with dry eye. **Cornea**, v. 18, n. 4, p. 408–411, 1999.

SOUSA, S.J.F. et al. Anatomia funcional da superfície ocular. In: GOMES, J.A.P.; ALVES, M.R. **Superfície ocular: córnea, limbo, conjuntiva, filme lacrimal** / Editores José Alves Pereira Gomes, Milton Ruiz Alves; coeditores Myrna Serapião dos Santos. [et al.]. 2 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2011.

STANDRING, S. **Gray's anatomia** / Susan Standring; [tradução Denise Costa Rodrigues. et al.]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

STERN, M.E.; PFLUGFELDER, S.C. Inflammation in dry eye. **The ocular surface**, v. 2, n. 2, p. 124-130, 2004.

SULLIVAN; SHETLAR; WHITCHER, J.H.; SHETLAR, D.J.; WHITCHER, J.P. Pálpebras, aparelho lacrimal e lágrimas. In: EVA, P.R.; WHITCHER, J.P. **Oftalmologia Geral de Vaughan & Asbury** / Paul Riordan-Eva, John P. Whitcher; tradução Denise Costa Rodrigues...[et al.]. – 17. Ed. – Porto Alegre: AMGH, 2011.

TODA, I.; FUJISHIMA, H.; TSUBOTA, K. Ocular fatigue is the major symptom of dry eye. **Acta ophthalmologica**, v. 71, n. 3, p. 347-352, 1993.

TORPY, J.M.; LYNN, C.; GOLUB, R.M. Jama Patient Page: Dry Eye. **JAMA, August**, v. 308, n. 6, p. 632, 2012.

VICENTE, H.M.T. et al. Síndrome del ojo seco. Factores de riesgo laboral, valoración y prevención. **SEMERGEN-Medicina de Familia**, v.40, n.2, p. 97-103, 2014.

APENDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Sexo: Masculino _____
Feminino _____

2. Escolaridade: Analfabeto _____
E. F. Completo _____
E. F. Incompleto _____
E. M. Completo _____
E. M. Incompleto _____
E. Superior _____

3. Faixa Etária: De 18 a 21 anos _____
De 22 a 60 anos _____
Acima de 61 anos _____

4. Condição Profissional: Trabalhando _____
Não Trabalhando _____
Beneficiário da Previdência _____

5. Estado Civil: Casado _____
Solteiro _____
Viúvo _____
União Estável _____
Divorciado _____

6. Diagnóstico: F 32 _____
F 32.1 _____
F 32.2 _____
F 32.3 _____
F 32.8 _____
F 32.9 _____
F 33.2 _____
F 33.4 _____

7. Classe do fármaco utilizado:
1 – ISRS _____
2 – ATC _____
3 – DUAL _____
4 – Associações de duas classes de antidepressivos _____

8. Sintomas de olho seco relatado:
Desconforto Ocular _____
Ardor _____
Prurido _____
Sensação de corpo estranho _____
Fotofobia _____
Visão desfocada _____
Olhos vermelhos _____

9. Relação dos sintomas do olho seco e farmacoterapia:

Estável _____

Piora _____