

## DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE E A RELAÇÃO COM O CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Fernanda Salloume Sampaio Bonafé<sup>1</sup>, Jéssica de Souza Carvalho<sup>2</sup> & Juliana Alvares Duarte Bonini Campos<sup>1</sup>✉

<sup>1</sup>Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Departamento de Odontologia Social, Araraquara, Brasil; <sup>2</sup>Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara, Araraquara, Brasil

---

**RESUMO:** Depressão, Ansiedade e Estresse, consumo de medicamentos e prática de automedicação têm sido elevados em amostras normativas e clínicas. Assim, o objetivo deste estudo foi estimar o consumo de medicamentos, prática de automedicação e o nível de Depressão, Ansiedade e Estresse de pacientes odontológicos e sua relação com as variáveis demográficas. Participaram 209 indivíduos adultos (84,7% mulheres; idade 38,66 ± 11,06 anos), atendidos na Faculdade de Odontologia de Araraquara. Utilizou-se a escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21). As propriedades psicométricas da DASS-21 foram avaliadas por análise fatorial confirmatória ( $\chi^2/gl$ , CFI, TLI e RMSEA). Os escores finais de Depressão, Ansiedade e Estresse foram computados. A associação entre o consumo de medicamentos e automedicação segundo as variáveis demográficas foi verificada por meio do teste do qui-quadrado. Para comparação dos escores médios de Depressão, Ansiedade e Estresse segundo as variáveis de interesse foi realizada Análise de Variância (ANOVA). A DASS-21 foi válida e confiável ( $\chi^2/gl=2,362-2,740$ ; CFI=0,98-0,99; TLI=0,97-0,99; RMSEA=0,078-0,091; VEM=0,543-0,726;  $\alpha=0,846-0,920$ ; CC=0,892-0,948). Observou-se alta prevalência de consumo de medicamentos e automedicação. O maior consumo de medicamento foi entre indivíduos com idade entre 51-60 anos, com menor escolaridade e nível econômico C. A automedicação foi menor entre aqueles com idade entre 51-60 anos. Os escores de Depressão, Ansiedade e Estresse foram maiores entre os que consumiram medicamentos (antidepressivos, ansiolíticos, analgésicos e relaxantes musculares) com frequência. O consumo de medicamento e a automedicação estiveram associados com características demográficas e os maiores escores da DASS-21 foram encontrados entre aqueles consumiram algum tipo medicamento recentemente.

**Palavras-Chave:** Depressão, Ansiedade, Estresse Psicológico, Preparações Farmacêuticas, Automedicação, Escalas

---

✉Rua Humaitá, 1680, Centro, CEP:14801-903 - Araraquara, São Paulo, Brasil (+5516) 3301-6358, E-mail: [jucampos@cfar.unesp.br](mailto:jucampos@cfar.unesp.br)

## DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS AND THE RELATIONSHIP WITH THE MEDICINE CONSUMPTION

**ABSTRACT:** Depression, Anxiety and Stress levels has been high in normative and clinical population samples as well as the consumption of medicines and self-medication. The aim of this study was to estimate the consumption of medicine, practice of self-medication and the level of Depression, Anxiety and Stress among dental patients and its relationship with demographic variables. The individuals ( $n=209$  adults; 84.7% women; age:  $38.66 \pm 11.06$  years) who sought dental care at Araraquara Dentistry School participated in the study. The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) was used. The psychometric properties of the DASS-21 by confirmatory factor analysis ( $\chi^2/df$ , *CFI*, *TLI* and *RMSEA*). The scores of Depression, Anxiety and Stress were computed. The association between consumption of medicine and self-medication according to demographic variables was performed using the chi-square test. To compare the mean scores of Depression, Anxiety and Stress according to variables of interest was performed analysis of variance (*ANOVA*). The DASS-21 presented adequate validity and reliability ( $\chi^2/df=2.362-2.740$ ; *CFI*=0.98-0.99; *TLI*=0.97-0.99; *RMSEA*=0.078-0.091; *AVE*=0.543-0.726;  $\alpha$ =0.846-0.922; *CR*=0.892-0.948). There was a high prevalence of consumption of medicines and self-medication. Individuals aged 51-60 years, with low educational and economic level C consumed more medicine. The practice of self-medication was lower among those aged 51-60 years. The Depression, Anxiety and Stress were higher among those who consumed antidepressants, anxiolytics, analgesics and muscle relaxants more often. It was concluded that the consumption of medicine and practice of self-medication were associated with demographic characteristics and major DASS-21 scores were found among individuals who consumed of medicine recently.

*Key-words:* Depression, Anxiety, Stress Psychological, Pharmaceutical Preparations, Self-medication, Scales

---

Recebido em 07 de Março de 2016/ Aceite em 20 de Abril de 2016

O rastreamento da Depressão, da Ansiedade e do Estresse em estudos epidemiológicos é usualmente realizado utilizando-se instrumentos psicométricos. Diversos instrumentos foram propostos na literatura para mensurar essas variáveis como exemplo a Escala de Depressão de Beck, Escala de Estresse Percebido, Inventário de Ansiedade Traço-Estado, a escala de Depressão, Ansiedade e Estresse-DASS, entre outras. A escala DASS (Lovibond & Lovibond, 1993) conjuga a avaliação dessas três condições em um único instrumento.

A literatura têm encontrado níveis elevados de Depressão, Ansiedade e Estresse na população normativa (Apóstolo, Figueiredo, Mendes, & Rodrigues, 2011; Kulsoom & Afsar, 2015). Muitos são os fatores podem ser desencadeadores dessas condições, entre eles estão o ritmo acelerado de vida, representações sociais em constantes modificações, falta de suporte social, problemas de relacionamento, problemas crônicos de saúde, acúmulo de atividades, jornada dupla de trabalho, aumento da demanda psicológica, insegurança e risco no trabalho. Características individuais como sexo, idade, estado civil e nível educacional também podem estar associados a essas condições (Annequin, Weill, Thomas, & Chaix, 2015; Apóstolo et al., 2011; Schofield & Khan, 2014).

Gascon et al. (2012) apontam que a falta de diagnóstico/tratamento dessas condições podem levar ao sofrimento psíquico e somático, discriminação, isolamento social, interrupção ou diminuição do rendimento dos estudos/trabalho, abuso de drogas/álcool e aumento da mortalidade (suicídio, homicídio). A alta prevalência de sinais/sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse verificada nos tempos atuais tem levado à reflexão tanto sobre seus fatores desencadeantes e diagnóstico quanto ao comportamento dos indivíduos em relação a busca de orientação/tratamento médico e consumo de medicamentos (Annequin et al., 2015). A literatura aponta que o consumo de medicamento, principalmente os psicofármacos, tem aumentado (Abbing-Karahagopian et al., 2014) e que apesar de muitas vezes serem prescritos sob orientação médica, nem sempre são seguidos com rigor (Marchi, Bárbaro, Miasso, & Tirapelli, 2013), e algumas vezes podem ser utilizados sob prática de automedicação (Badiger et al., 2012).

Em estudos epidemiológicos, tem se verificado que o consumo de medicamento tem sido maior entre as mulheres (Annequin et al., 2015). A relação entre consumo de medicamentos e nível de depressão, ansiedade e estresse também tem sido reportada (Annequin et al., 2015; Schofield & Khan, 2014).

Assim, sugere-se que investigações acerca dos níveis de Depressão, Ansiedade e Estresse e sua relação com o consumo de medicamentos são relevantes para alertar os indivíduos e fornecer subsídios aos profissionais para elaboração de medidas educativas/preventivas direcionadas para a minimização dos problemas relacionados à Depressão, Ansiedade e Estresse e ao consumo de medicamentos.

Diante disto, propõe-se a realização desse estudo com o objetivo de: i) verificar a associação entre o consumo de medicamentos e prática de automedicação segundo as variáveis demográficas, ii) estimar o nível de Depressão, Ansiedade e Estresse de indivíduos adultos e sua relação com o consumo de medicamentos, presença de automedicação e variáveis demográficas.

## MÉTODOS

### *Desenho de estudo e delineamento amostral*

Trata-se de estudo transversal. Foram convidados a participar indivíduos adultos que buscaram atendimento junto à Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP nos anos de 2014 e 2015.

Foram incluídos os pacientes com faixa etária economicamente ativa, compreendida entre 25 a 59 anos de idade. O tamanho amostral foi estimado seguindo proposta de Hair, Black, Babin, Anderson, e Tatham (2005) que recomendam a inclusão de 5 a 10 sujeitos por parâmetro da escala utilizada. A escala de Depressão, Ansiedade e Estresse utilizada apresenta 21 itens, assim, o tamanho amostral necessário esteve pautado entre 105 e 210 participantes.

### *Participantes*

Participaram 209 pacientes sendo 177 (84,7%) mulheres. A média de idade foi de 38,66 (DP=11,06) anos. Dos participantes, 35 (16,7%) não exerciam atividade laboral, a maioria eram casados ( $n=114$ , (54,5%)), com ensino médio completo ( $n=89$ , 42,6%) e pertencentes à classe econômica média ( $n=118$ , 56,5%)

## *Material*

Para caracterização da amostra foram levantadas informações demográficas como sexo, idade, estado civil, presença de atividade laboral, remunerada ou não, nível de escolaridade e econômico. A atividade laboral foi avaliada de forma dicotômica (presença/ausência). Os níveis de escolaridade e econômico foram classificados segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2014).

O consumo de medicamentos foi avaliado segundo proposta de Pizzol et al. (2006) modificada. Foram apresentadas aos participantes as categorias específicas dos medicamentos (antidepressivo, ansiolítico, analgésico, relaxante muscular, fitoterápico, vitaminas e anti-hipertensivo) e os respondentes relataram a frequência de consumo variando de “nunca utilizei” a “uso de 20 ou mais vezes nos últimos 30 dias”. Foram levantadas também informações sobre o consumo na última semana e a prática de automedicação.

A Depressão, a Ansiedade, e o Estresse serão estimados utilizando a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS – 21) (Lovibond & Lovibond, 1993) descrita abaixo.

### *Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse – 21 (DASS-21)*

A Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (*Depression, Anxiety and Stress Scales - DASS*) foi originalmente proposta por Lovibond e Lovibond (1993) na língua inglesa sendo composta por 42 itens. Os mesmos autores propuseram uma versão reduzida com 21 itens. A estrutura trifatorial da escala foi mantida sendo que os itens 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21 constituem o fator Depressão, os itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 constituem o fator Estresse e o fator Ansiedade é composto pelos itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20. A escala apresenta 4 opções de resposta (0=não se aplicou a mim, 1=aplicou-se a mim um pouco ou durante parte do tempo, 2= aplicou-se bastante a mim ou durante uma boa parte do tempo, 3=aplicou-se muito a mim ou a maior parte do tempo). A versão em português da escala utilizada nesse estudo foi elaborada seguindo o acordo ortográfico estabelecido entre os países de língua portuguesa em 2009. Para tanto, utilizou-se as 3 versões existentes em português de Portugal (Apóstolo, Mendes, & Azeredo, 2006; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) e em português do Brasil (Vignola & Tucci, 2014) e a proposta original em inglês do instrumento.

Para computo do escore final do instrumento e classificação dos indivíduos segundo os graus (normal, leve, moderado, severo e muito severo) de Depressão, Ansiedade e Estresse, foram seguidas as recomendações dos autores originais (Lovibond & Lovibond, 1993)

### *Procedimentos e Aspectos éticos*

Esta proposta foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP (CAAE: número disponível na página de identificação). Participaram apenas os indivíduos que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os pacientes foram convidados pelo pesquisador a participar da pesquisa enquanto aguardavam seu atendimento nas salas de espera (local da coleta) das clínicas de atendimento da Faculdade de Odontologia de Araraquara. A recolha dos dados foi realizada por meio de entrevista.

### *Avaliação das qualidades psicométricas da DASS-21*

As características métricas do instrumento na amostra foram avaliadas por meio da sensibilidade psicométrica (Maroco, 2014; Kline, 1998), validade de construto (fatorial, convergente) e confiabilidade.

A sensibilidade psicométrica dos itens foi estimada pelos valores absolutos de assimetria ( $Sk$ ) e curtose ( $Ku$ )  $< 3$ . A estrutura ortogonal para cada um dos construtos Depressão, Ansiedade e Estresse da DASS-21 foi testada na amostra conduzindo-se análise fatorial confirmatória utilizando o método de estimação *Weighed Least Squares Mean and Variance Adjusted - WLSMV*. Foram utilizadas as matrizes de correlações policóricas com auxílio do Mplus 6.12 (Muthén & Muthén, 2015). Foram utilizados como índices de qualidade de ajustamento a razão de qui-quadrado pelos graus de liberdade ( $\chi^2/gl$ ), *comparative fit index (CFI)*, *Tucker-Lewis index (TLI)* e *root mean square error of approximation (RMSEA)* (Maroco, 2014).

A validade convergente foi avaliada a partir Variância Extraída Média (*VEM*) (Fornell & Larcker, 1981; Maroco, 2014). A confiabilidade foi avaliada pela Confiabilidade Composta (*CC*) [20] e pela consistência interna - Coeficiente alfa de Cronbach padronizado ( $\alpha$ ) (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

### *Análise Estatística*

O estudo de associação entre o consumo de medicamentos e prática de automedicação segundo as variáveis demográficas foi realizado por meio do teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Para comparação dos escores finais de Depressão, Ansiedade e Estresse segundo o consumo de medicamentos, prática de automedicação e as variáveis demográficas foi utilizada Análise de Variância (*ANOVA*) (homocedástico) e *ANOVA* de Welch (heterocedástico) após assumida a normalidade dos dados. A homocedasticidade dos dados foi avaliada pelo Teste de Levene. Para comparações múltiplas foi utilizado o pós-teste de Tukey (homocedástico) e de Games-Howell (heterocedástico). Para tomada de decisão foi utilizado nível de significância de 5%.

## **RESULTADOS**

A distribuição dos indivíduos segundo a frequência de consumo de medicamentos pode ser observada no Quadro 1. Entre os que relataram consumir medicamentos pelo menos uma vez na vida, foi investigada a prática de automedicação e o consumo na última semana (Quadro 1).

**Quadro 1.** Distribuição dos indivíduos segundo frequência de consumo de medicamento, prática de automedicação e ao consumo de medicamento na última semana. Araraquara, 2015.

Medicamento	Frequência de consumo <i>n</i> (%)						Automedicação			Consumo última semana		
	0	1	2	3	4	5	<i>n</i> (%)		Total	<i>n</i> (%)		Total
							Não	Sim		Não	Sim	
<b>Antidepressivo</b>	136(65)	26(12)	14(7)	9(4)	5(2)	19(10)	68(93)	5(7)	73(100)	47(64)	26(36)	73(100)
<b>Ansiolítico/Tranquilizante</b>	152(73)	22(10)	14(7)	7(3)	2(1)	12(6)	47(82)	10(17)	57(100)	38(67)	19(33)	57(100)
<b>Analgésico</b>	3(1)	17(8)	42(20)	118(56)	15(7)	14(7)	58(28)	148(72)	206(100)	107(52)	99(48)	206(100)
<b>Relaxante muscular</b>	18(9)	20(10)	57(27)	91(43)	16(8)	7(3)	43(22)	148 (77)	191(100)	113(59)	78(41)	191(100)
<b>Fitoterápico</b>	192(92)	6(3)	6(3)	1(1)	-	4(2)	8 (47)	9(53)	17(100)	13(76)	4(23)	17(100)
<b>Vitaminas</b>	158(76)	20(10)	11(5)	-	2(1)	18(9)	34(67)	17(33)	51(100)	33(65)	18(35)	51(100)
<b>Anti-hipertensivo</b>	168(80)	4(2)	-	-	1(1)	36(17)	40(98)	1(2)	41(100)	9(22)	32(78)	41(100)

0: Nunca; 1: Uso na vida (Pelo menos 1 vez na vida e nenhuma vez no último ano); 2: Uso no ano (Pelo menos 1 vez no último ano e nenhuma vez no último mês); 3: Uso no mês (1 a 5 vezes no último mês); 4: Uso frequente (6 a 19 vezes no último mês); 5: Uso pesado (20 ou mais vezes no último mês)

A maioria dos pacientes já consumiram analgésicos e relaxantes musculares. Entre os que relataram consumir medicamentos o anti-hipertensivo foi a categoria com maior frequência de uso pesado.

O consumo de analgésico, relaxante muscular e fitoterápico se dá frequentemente com a prática de automedicação. Apesar de menor prevalência, houve prática de automedicação entre aqueles que consumiram antidepressivos e ansiolíticos. Ressalta-se que 20% dos indivíduos que relataram consumir antidepressivo e 9% dos que relaram consumir ansiolítico no mês em que foram entrevistados não haviam consumido esses medicamentos na semana anterior à entrevista e entre os 9 indivíduos que relataram não ter consumido anti-hipertensivo na última semana 4 estavam entre os que faziam uso pesado do medicamento.

No Quadro 2 apresenta-se o estudo de associação entre a prática de automedicação e consumo de medicamento na última semana segundo as variáveis demográficas.

**Quadro 2.** Estudo de associação entre prática de automedicação e consumo de medicamento na última semana segundo as variáveis demográficas.

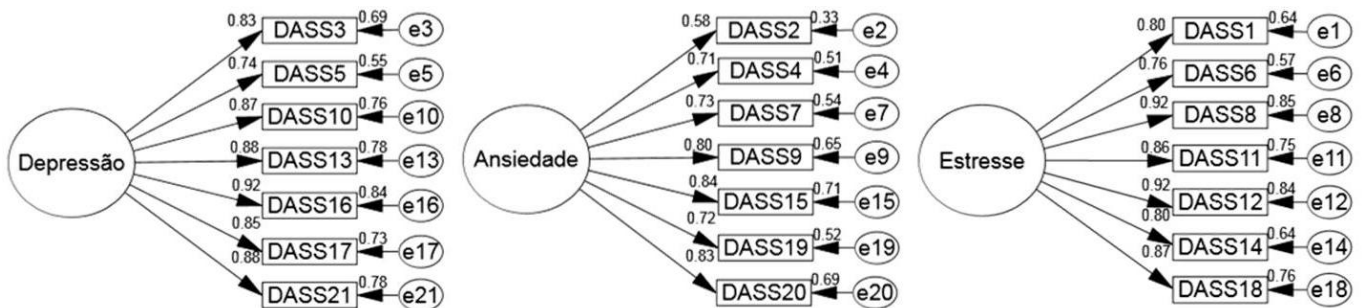
Variável	n	Automedicação		p	Consumo última semana		p
		Não	Sim		Não	Sim	
<b>Sexo</b>							
Masculino	32	5	27	0,934	14	18	0,161
Feminino	177	32	145		52	125	
<b>Idade</b>							
<30 anos	61	8	53	0,040	30	31	0,004*
31I-40 anos	61	13	48		16	45	
41I-50 anos	52	5	47		14	38	
51I-60anos	35	11	24		6	29	
<b>Atividade laboral</b>							
Não	35	6	29	1,00	14	21	0,325
Sim	174	31	143		52	122	
<b>Estado civil</b>							
Solteiro	76	10	56	0,627	29	37	0,019
Casado/ União Estável	119	24	95		33	86	
Viúvo/ Divorciado/Desquitado	24	3	21		4	20	
<b>Nível escolaridade</b>							
Até Médio incompleto	37	16	73	1,00	19	70	0,010
Médio completo à Superior completo	172	21	99		47	73	
<b>Nível Econômico</b>							
A/B	72	15	57	0,098	33	39	0,006
C	118	22	96		28	90	
D/E	19	-	19		5	14	



No grupo de indivíduos de 51 a 60 anos nota-se menor prática de automedicação e maior consumo de medicamentos na última semana. Observou-se associação significativa entre o consumo de medicamento na última semana e os níveis de escolaridade e econômico sendo que essa prática foi mais frequente entre aqueles com menor escolaridade e classe econômica C. A prevalência de consumo de medicamento na última semana entre os indivíduos com menos de 30 anos e solteiros foi menor do que os demais.

Todos os indivíduos responderam a todos os itens da DASS-21. Nenhum item apresentou violação severa em relação à normalidade ( $Sk = 0,62$  a  $1,82$ ;  $Ku = -0,72$  a  $2,86$ ).

Na Figura 1, encontra-se o modelo ortogonal das escalas de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21).



**Figura 1.** Modelo ortogonal das escalas de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) válido para amostra. Araraquara, 2015.

Os pesos fatoriais foram adequados ( $\lambda > 0,50$ ). Os modelos de Depressão ( $\chi^2/gl=2,362$ ;  $CFI=0,99$ ;  $TLI=0,99$ ;  $RMSEA=0,081$ ;  $VEM=0,725$ ;  $\alpha=0,920$ ;  $CC=0,948$ ), Ansiedade ( $\chi^2/gl=2,740$ ;  $CFI=0,98$ ;  $TLI=0,97$ ;  $RMSEA=0,091$ ;  $VEM=0,543$ ;  $\alpha=0,846$ ;  $CC=0,892$ ) e Estresse ( $\chi^2/gl=2,257$ ;  $CFI=0,99$ ;  $TLI=0,99$ ;  $RMSEA=0,078$ ;  $VEM=0,726$ ;  $\alpha=0,922$ ;  $CC=0,949$ ) apresentaram validade fatorial, convergente e confiabilidade adequadas.

A distribuição dos indivíduos segundo os graus de Depressão ( $n_D$ ), Ansiedade ( $n_A$ ) e Estresse ( $n_E$ ) foi grau normal:  $n_D=117$  (56%),  $n_A=113$  (54%),  $n_E=132$  (63%); grau leve:  $n_D=35$  (17%),  $n_A=14$  (7%),  $n_E=21$  (10%); grau moderado:  $n_D=28$  (13%),  $n_A=38$  (18%),  $n_E=20$  (10%); grau severo:  $n_D=6$  (3%),  $n_A=16$  (8%),  $n_E=14$  (7%); grau muito severo:  $n_D=23$  (11%),  $n_A=28$  (13%),  $n_E=22$  (10%);

A maioria dos participantes apresentaram grau normal de Depressão, Ansiedade e Estresse. Contudo, chama atenção o fato de mais de 25% dos participantes apresentarem nível de moderado a muito severo dessas condições.

As comparações dos escores médios de Depressão, Ansiedade e Estresse da amostra segundo variáveis demográficas, consumo de medicamentos e prática de automedicação encontram-se no Quadro 3.

**Quadro 3.** Média (desvio-padrão) dos escores de Depressão, Ansiedade e Estresse segundo variáveis de interesse. Araraquara, 2015.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>Depressão</b>	<b>p</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>p</b>	<b>Estresse</b>	<b>p</b>
<b>Sexo</b>							
Masculino	32	7,81(9,49)	0,146	7,81(9,47)	0,430	13,00(10,93)	0,464
Feminino	177	10,78(11,29)		8,40(8,79)		14,62(11,61)	
<b>Idade</b>							
<30 anos	61	10,88(12,03)	0,485†	9,80(11,54)	0,905†	14,59(12,16)	0,805†
31I-40 anos	61	11,67(12,61)		8,68(11,54)		15,14(12,93)	
41I-50 anos	52	9,15(9,17)		8,68(9,30)		14,31(10,04)	
51I-60anos	35	8,63(8,88)		8,68(8,65)		12,74(9,91)	
<b>Atividade laboral</b>							
Não	35	13,31(12,80)	0,124†	12,22(12,38)	0,089†	14,28(13,18)	0,961†
Sim	174	9,70(10,63)		8,40(8,79)		14,39(13,18)	
<b>Estado civil</b>							
Solteiro	66	11,18(10,87)	0,461	9,41(9,59)	0,251	15,36(11,51)	0,323
Casado/ União Estável	119	9,49(11,35)		8,31(9,06)		13,38(11,61)	
Viúvo/	24	11,91(11,10)		11,58(11,66)		16,58(10,79)	
Divorciado/Desquitado							
<b>Nível escolaridade</b>							
Analfabeto	19	8,52(8,73)	0,184	8,73(8,25)	0,091	12,10(11,84)	0,137
Médio incompleto	70	9,71(11,09)		9,88(10,44)		14,06(11,30)	
Médio completo	89	12,08(12,18)		9,82(9,46)		16,22(12,23)	
Supear completo	31	7,61(8,11)		5,09(5,63)		11,86(8,71)	
<b>Nível Econômico</b>							
A/B	72	9,67(10,34)	0,649	7,91(8,07)	0,149†	14,28(10,81)	0,436
C	118	10,37(11,44)		9,01(9,92)		13,91(11,78)	
D/E	19	12,31(11,70)		13,47(11,56)		17,58(12,37)	

**Consumo medicamento (frequência)****Antidepressivo\*\***

0	136	7,63(8,56) <sup>a</sup>	<0,001*†	6,75(7,56) <sup>a</sup>	<0,001*†	12,07(10,04) <sup>a</sup>	<0,001*†
1	40	14,60(12,45) <sup>b</sup>		12,50(11,41) <sup>b</sup>		18,25(12,94) <sup>b</sup>	
2	33	16,12(14,51) <sup>b</sup>		14,30(11,34) <sup>b</sup>		19,15(12,56) <sup>b</sup>	

**Ansiolítico\*\***

0	152	8,25(9,40) <sup>a</sup>	<0,001*†	7,34(8,40) <sup>a</sup>	<0,001*†	12,30(10,35) <sup>a</sup>	<0,001*†
1	36	13,72(11,38) <sup>b</sup>		12,72(10,56) <sup>b</sup>		19,83(12,67) <sup>b</sup>	
2	21	19,33(15,10) <sup>b</sup>		15,04(11,76) <sup>b</sup>		20,00(17,85) <sup>b</sup>	

**Analgésico\*\***

0	62	7,29(9,89)	0,010*	6,29(8,17)	0,007*	10,55(10,29)	0,002*
1	147	11,58(11,37)		10,20(9,89)		15,99(11,63)	

**Relaxante muscular\*\***

0-1	95	8,37(10,75)	0,021*	6,69(8,14)	0,001*	11,81(11,28)	0,003*
2	114	11,91(11,82)		11,00(10,75)		16,51(11,29)	

**Fitoterápico\*\*\***

0	192	9,95(10,93)	0,116	8,77(9,49)	0,167	14,18(11,57)	0,74
1	17	14,35(12,21)		12,11(10,16)		16,47(10,71)	

**Vitaminas\*\***

0	158	10,49(11,27)	0,599	9,37(9,67)	0,519	14,55(11,83)	0,591
1	31	8,58(11,30)		7,22(10,69)		12,58(10,93)	
2	20	11,50(9,17)		9,20(6,47)		15,70(9,72)	

**Anti-hipertensivo\*\*\***

0	168	10,08(11,10)	0,557	8,52(9,08)	0,112	15,92(11,28)	0,246
1	41	11,22(10,97)		11,17(11,21)		16,24(12,31)	

**Consumo Medicamento última semana**

Não	66	7,81(10,27)	0,027*	6,73(8,32)	0,017*	12,15(11,44)	0,058
-----	----	-------------	--------	------------	--------	--------------	-------

Sim	143	11,41(11,27)		10,11(9,93)		15,39(11,41)	
<b>Automedicação</b>							
Não	37	9,24(11,97)	0,521	8,89(10,84)	0,751	13,83(12,20)	0,756
Sim	172	10,53(10,89)		9,14(9,29)		14,49(11,37)	

\*\*0: nunca; 1: última vez antes do último ano; 2: último ano; \*\*\*0: nunca; 1: já consumiu; \*diferença estatisticamente significativa, nível de significância de 5%; †ANOVA de Welch; <sup>a,b</sup>: letras iguais indicam similaridade estatística.

Os escores médios de Depressão e Ansiedade e Estresse foram maiores entre os indivíduos que já consumiram antidepressivo e ansiolítico pelo menos uma vez na vida e que consumiram analgésico e relaxante muscular no último ano. Os indivíduos que consumiram algum medicamento na semana anterior à entrevista apresentaram maior pontuação na Escala de Depressão e Ansiedade.

## DISCUSSÃO

Nesse estudo verificou-se menor prevalência de consumo recente de medicamentos entre os indivíduos adultos jovens (< 30 anos) e solteiros, e maior prevalência entre aqueles pertencentes à classe econômica C, com menor nível de escolaridade e idade superior a 50 anos.

Annequin et al. (2015) e Schofield e Khan (2014) também reportaram maior prevalência de consumo de medicamentos entre os indivíduos pertencentes aos níveis econômicos mais baixos. Os autores também relataram maior prevalência de consumo de medicamentos entre as pessoas que vivem sozinhas. Com relação à idade Abbing- Karahagopian et al. (2014) relataram que a prescrição de medicamentos é maior entre indivíduos mais velhos corroborando com os achados do presente estudo.

Observou-se também elevada prevalência de indivíduos que relataram ter consumido analgésico e relaxante muscular. Este resultado pode estar relacionado ao fato dos participantes do estudo serem oriundos de um centro de atendimento odontológico onde é comum a utilização desses medicamentos no controle da dor odontogênica. Contudo, destaca-se que este consumo foi realizado por automedicação. Girariju (2014) também reportam alta prevalência de automedicação no consumo de analgésicos na população indiana, principalmente entre aqueles que apresentaram problemas com a saúde bucal.

Com relação à automedicação verificou-se uma alta prevalência (82,3%) desse comportamento na amostra o que pode estar relacionado às características culturais da população e à venda muitas vezes facilitada de medicamentos observada no Brasil. Observou-se relação significativa entre a prática de auto-medicação e a idade sendo que os indivíduos com idade acima de 50 anos realizam menos essa prática. Pode-se especular que esse resultado pode estar associado ao fato dos indivíduos mais velhos estarem mais atentos à sua saúde dos que os mais jovens (Girariju, 2014).

O consumo de antidepressivos relatado pela amostra foi semelhante aos achados na amostra francesa (Annequin et al., 2015) (10%) enquanto o consumo de ansiolíticos foi similar aos resultados apresentados por Marchi et al.(2013) (16%) para amostra de estudantes brasileiros. Apesar da prática de automedicação ser menos comum nessas classes de medicamentos essa pode ser considerada preocupante devido aos efeitos fisiológicos que essas substâncias podem apresentar.

Sabe-se que a prescrição, na maioria das vezes, de antidepressivos/ansiolíticos e anti-hipertensivos é para uso diário e prolongado. Contudo, observando-se o Quadro 1, foi possível observar que 9 a 20 % dos indivíduos apresentaram padrão de consumo que leva a especular que a adesão e/ou o rigor adotado frente à prescrição do tratamento farmacológico não é seguido pela totalidade dos indivíduos. Bet, Penninx, van Laer, Hoogendijk, e Hugtenburg (2015) reportam que 44% de indivíduos com diagnóstico de depressão/ansiedade não aderem adequadamente ao tratamento psicotrópico.

Em relação à investigação acerca da Depressão, Ansiedade e Estresse, é imprescindível a utilização escalas válidas e confiáveis para captura dos construtos. Os estudos de validação com a DASS-21 tem mostrado que este instrumento se ajusta a diferentes amostras (Apóstolo, Tanner, & Arfken, 2012; Lovibond & Lovibond, 1993) o que também foi verificado no presente estudo.

Pode-se observar a existência de uma prevalência considerável de Depressão, Ansiedade e Estresse na amostra, uma vez que, essa é supostamente uma amostra normativa em relação à essas condições. Esses achados vão ao encontro dos resultados observado por Apóstolo et al. (2011) em amostra portuguesa. Os autores ressaltam a importância da detecção precoce de doenças/condições, da promoção da Saúde Mental na comunidade e do rastreamento dessas condições para elaboração de ações que possam ser incluídas entre as atividades realizadas pelos centros de atendimentos de saúde primária.

Maiores níveis de Depressão, Ansiedade e Estresse estiveram relacionados ao maior consumo de medicamentos (Quadro 3), fato relatado também por Schofield e Khan (2014) e Gilan, Zakiei, Reshadat, Komasi, e Ghasemi (2015).

Assim, conclui-se que o consumo de medicamento e a prática de automedicação estiveram associados com características demográficas e os maiores escores da DASS-21 foram encontrados entre os indivíduos que relataram consumir algum tipo medicamento recentemente.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) processo nº 2014/14869-1 pelo apoio financeiro.

## REFERÊNCIAS

Abbing-Karahagopian, V., Huerta, C., Sovereign, P. C., De Abajo, F., Leufkens, H. G., Slattery, J., . . . De Bruin, M. L. (2014). Antidepressant prescribing in five European countries: application of common definitions to assess the prevalence, clinical observations, and methodological implications. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 70(7), 849-857. doi:10.1007/s00228-014-1676-z

ABEP. (2014). Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. Retrieved from <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>

Annequin, M., Weill, A., Thomas, F., & Chaix, B. (2015). Environmental and individual characteristics associated with depressive disorders and mental health care use. *Annals of Epidemiology*, 25(8), 605-612. doi:10.1016/j.annepidem.2015.02.002

Apóstolo, J. L. A., Figueiredo, M. H., Mendes, A. C., & Rodrigues, M. A. (2011). Depression, anxiety and stress in primary health care users. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 348-353. doi.org/10.1590/S0104-11692011000200017

Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptation to portuguese of the depression, anxiety and stress scales (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871. doi.org/10.1590/S0104-11692006000600006

Apóstolo, J. L. A., Tanner, B. A., & Arfken, C. L. (2012). Confirmatory factor analysis of the portuguese Depression Anxiety Stress Scales-21. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 590-596. doi.org/10.1590/S0104-11692012000300022

Badiger, S., Kundapur, R., Jain, A., Kumar, A., Pattanshetty, S., Thakolkaran, N., . . . Ullal, N. (2012). Self-medication patterns among medical students in South India. *Australasian Medical Journal*, 5(4), 217-220. doi: 10.4066/AMJ.2012.1007.

Bet, P. M., Penninx, B. W., van Laer, S. D., Hoogendijk, W. J., & Hugtenburg, J. G. (2015). Current and remitted depression and anxiety disorders as risk factors for medication nonadherence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(9), e1114-1121. doi:10.4088/JCP.14m09001

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50. doi: 10.2307/3151312

Gascon, M. R. P., Ribeiro, C. M., Bueno, L. M. D., Benute, G. R. G., de Lucia, M. C. S., Rivitti, E. A., & Neto, C. F. (2012). Prevalence of depression and anxiety disorders in hospitalized patients at the dermatology clinical ward of a university hospital. *Anais Brasileiros De Dermatologia*, 87(3), 403-407. doi.org/10.1590/S0365-05962012000300008

Gilan, N. R., Zakiei, A., Reshadat, S., Komasi, S., & Ghasemi, S. R. (2015). Perceived Stress, Alexithymia, and Psychological Health as Predictors of Sedative Abuse. *Korean Journal of Family Medicine*, 36(5), 210-215. doi:10.4082/kjfm.2015.36.5.210

Girariju, A. (2014). Perception about self-medication practices for oral health problems among the general population of Davangere city, Karnataka, India. *Journal of Indian Association Of Public Health Dentistry*, 12(3), 219-225. doi: 10.4103/2319-5932.144806

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2005). *Multivariate data analysis* (6th ed.): Prentice Hall.

Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.

Kulsoom, B., & Afsar, N. A. (2015). Stress, anxiety, and depression among medical students in a multiethnic setting. *Neuropsychiatr Disease and Treatment*, 11, 1713-1722. doi:10.2147/NDT.S83577

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1993). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (DASS)*. Psychology Foundation Monograph. Australia: The Psychology Foundation

Marchi, K. C., Bárbaro, A. M., Miasso, A. I., & Tirapelli, C. R. (2013). Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(3), 731-739. doi: 10.5216/ree.v15i3.18924.

Maroco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pero Pinheiro: ReportNumber.

Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90. doi: 10.14417/lp.763

Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2015). *Mplus User's Guide*. Los Angeles: Muthén & Muthén

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, L. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.

Pizzol, T. S. D., Branco, M. M. N., Carvalho, R. M. A., Pasqualotti, A., Maciel, E. N., & Migott, A. M. B. (2006). Uso não-médico de medicamentos psicoativos entre escolares do ensino fundamental e médio no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(1), 109-115. doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100012.

Schofield, M. J., & Khan, A. (2014). Predictors of prescribed medication use for depression, anxiety, stress, and sleep problems in mid-aged Australian women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(11), 1835-1847. doi:10.1007/s00127-014-0896-y

Vignola, R. C., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109. doi:10.1016/j.jad.2013.10.031