



Universidade Federal do Maranhão
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Curso de Farmácia

MÔNICA CRISTINA DUTRA RODRIGUES

**CUIDADOS FARMACÊUTICOS EM PACIENTE COM
TRANSTORNO DEPRESSIVO**

SÃO LUÍS – MA

2019

MÔNICA CRISTINA DUTRA RODRIGUES

**CUIDADOS FARMACÊUTICOS EM PACIENTE COM
TRANSTORNO DEPRESSIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de graduação em Farmácia da Universidade Federal do Maranhão, como requisito necessário para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Karla Frida Torres Flister

SÃO LUÍS – MA

2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

RODRIGUES, MÔNICA CRISTINA DUTRA.

CUIDADOS FARMACÊUTICOS EM PACIENTE COM TRANSTORNO
DEPRESSIVO / MÔNICA CRISTINA DUTRA RODRIGUES. - 2019.
104 f.

Orientador(a): KARLA FRIDA TORRES FLISTER.
Monografia (Graduação) - Curso de Farmácia,
Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUIS, 2019.

1. CUIDADOS FARMACÊUTICOS. 2. DEPRESSÃO. 3.
QUALIDADE DE VIDA. 4. SÍNDROME METABÓLICA. 5. TRATAMENTO
FARMACOLÓGICO. I. FLISTER, KARLA FRIDA TORRES. II.
Título.

MÔNICA CRISTINA DUTRA RODRIGUES

CUIDADOS FARMACÊUTICOS EM PACIENTE COM TRANSTORNO DEPRESSIVO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada
ao Curso de graduação em Farmácia da
Universidade Federal do Maranhão, como
requisito necessário para obtenção do título de
Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Karla Frida Torres
Flister

Data da Aprovação: _____ de _____ de 2019.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Karla Frida Torres Flister (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

(1º examinador)

(2º examinador)

À minha amada mãe, Marcelina, minha
motivação diária, inspiração e exemplo de vida,
força e fé. A quem eu devo tudo que sou.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida, com quem eu me conectava em todos os momentos, a quem eu pedia proteção, agradecia pelas conquistas dos dias bons, e rogava por forças nos dias não tão bons. À Nossa Senhora, que intercedeu por mim e me acalmava o coração nos momentos de tribulação.

À minha mãezinha querida, que acompanha todos os momentos da minha vida há 23 anos, que lutou comigo durante os 5 anos de graduação, que confortava minha mente ansiosa e meu coração acelerado quando achava que não haveria saída diante das dificuldades da vida; que apesar de tudo, nunca me deixou faltar nada; que foi e é muito além de mãe, mas pai também; que conhece a mim muito mais do que eu mesma, e que apesar do seu “jeitão” marrento de ser, foi a pessoa mais paciente do mundo para tentar compreender minhas fases. Suas falas, oportunas ou não, moldaram a pessoa que sou hoje, e suas atitudes como ser humano e mãe, vão ser meus exemplos eternos. Essa conquista é tão minha quanto sua.

Aos meus tios Raimundo e Francinete, peças fundamentais nessa passagem da vida acadêmica, que me ofereceram bem mais que um lar, mas também afeto, conselhos e amor. Sem a ajuda de vocês, a caminhada teria sido muito mais árdua.

À minha madrinha, Irlanda, segunda mãe e grande amiga, com quem eu conversei sem medo ou vergonha, que me alegrava os dias não importando o quão exaustivo ele tivesse sido, que estava sempre ali por mim. Obrigada.

Às minhas tias, Celeste e Maria do Carmo, mulheres fortes, que mesmo distantes, se mantinham presentes em oração, torcendo e me ajudando.

Aos meus tios, Manuel, João, José e Pedro, as referências de pai que eu tenho, presentes nas lembranças mais fortes de proteção e generosidade. Gratidão.

Aos meus primos, Celena, Emanuel, Letícia, Frank, Stênio, Cláudio, Amilton, Railma, Francilene, Raylson, e tia Antônia, cada um à sua maneira, me ajudando direta ou indiretamente, saibam que tenho grande amor e gratidão por cada um.

Às minhas bonequinhas afilhadas, Ester e Maria Cecília, e o meu príncipezinho Ariel, ainda tão pequenos, sem terem muita noção do mundo, mas de uma grandiosidade de valor incalculável. Meus filhos de alma, que alegravam meus dias apenas com uma simples foto ou áudio. A dindinha ama muito.

À minha amada amiga Letícia Paz, irmãzinha de vida desde o fundamental, quem me tirava do estresse da rotina apenas com uma ligação. Sabia entender o “não”

necessário, outras vezes insistia para o “sim”, mas sempre ali, por perto. Sua amizade foi essencial em mais essa etapa da minha vida.

À minha grande amiga Brenda, quem eu conheci no meio da graduação, e hoje, está comigo todos os dias, me orientando sobre a vida e a Farmácia, sendo uma irmã mais velha a quem eu recorro nos momentos difíceis. Grata pela amizade forte e leve que construímos.

Aos meus amigos da graduação Anderson Assis, Anderson Oliveira, Fernanda Teixeira, Enderson Paulo, Eduardo Raiol, Larissa Ferreira e Tainara Reis, com quem tive a honra de compartilhar os melhores 5 anos da minha vida; que me acompanharam nas melhores e piores fases dessa etapa, que cuidaram de mim, que me ajudaram. Obrigada por cada crise de risos dadas em sala de aula. Em todas as lembranças acadêmicas (dentro e fora da faculdade), vocês se fazem presentes. Sem vocês essa passagem teria sido a mais sem graça!

Às mais recentes amigas do 402, Adylla, Anderson, Dandara e Renata, pessoas incríveis e fundamentais que 2019 trouxe; obrigada pelos momentos de sorrisos e “bad”. Vocês têm os melhores conselhos. Sem dúvida a amizade de vocês só veio somar. Gratidão.

Ao meu querido amigo Andrew, às vezes conselheiro e confidente, sempre disposto a me ouvir sem julgamentos; pessoa essencial no processo de finalização deste trabalho, a quem eu recorria nos momentos de dúvida e que me ajudava direta ou indiretamente.

À minha querida ex professora, Maria Luíza, que sempre foi um exemplo de profissional, que tive a honra de conhecer mais de perto e ouvir grandes conselhos; que me apresentou o mundo da Farmácia Clínica fazendo-me apaixonar e querer fazer isso para sempre. Gratidão.

À minha querida orientadora Karla Frida, a quem sempre admirei, que estava sempre disposta a me ouvir e ajudar sem tanta pressão ou prazos; quem teve paciência; não poderia ter sido direcionada para outra pessoa como orientanda. Obrigada.

À todos vocês minha eterna gratidão!

“A fé e a razão (fides et ratio) constituem como que as duas asas pelas quais o espírito humano se eleva para a contemplação da verdade. Foi Deus quem colocou no coração do homem o desejo de conhecer a verdade e, em última análise, de O conhecer a Ele, para que, conhecendo-O e amando-O, possa chegar também à verdade plena sobre si próprio” (São João Paulo II)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A depressão é caracterizada por alterações do humor e apresenta uma correlação com outras condições crônicas como obesidade, hipertensão e dislipidemias, que necessitam de politerapia e acompanhamento adequado. Neste contexto, o cuidado farmacêutico é importante para garantir uma farmacoterapia racional e contribuir com a melhora da qualidade de vida do indivíduo. **OBJETIVOS:** Desenvolver o cuidado farmacêutico de paciente com transtorno depressivo e polimedicado. **METODOLOGIA:** O acompanhamento da paciente foi realizado pelo período de seis meses utilizando o método SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*) para o registro da evolução clínica e obtenção dos parâmetros clínicos da paciente (exames laboratoriais, aferição de pressão, determinação do índice de massa corporal). Os instrumentos de medidas de adesão (*BaMQ*), grau de depressão (*PHQ- 9*) e qualidade de vida (*SF- 36*) foram aplicados antes e após as intervenções. **RESULTADOS:** Paciente com diagnóstico e tratamento de depressão (fluoxetina/ bromazepam), hipertensão (besilato de anlodipino), dislipidemia (sinvastatina) e automedicação (omeprazol). No início do acompanhamento apresentava depressão grave devido à baixa adesão medicamentosa, uso indiscriminado de omeprazol, configurando um problema relacionado ao uso de medicamentos (PRM- 2- necessidade), oscilações na pressão arterial (PRM- 3 -efetividade), dislipidemia não controlada, maus hábitos alimentares e sedentarismo. Após as intervenções farmacológicas (resolução dos PRMs) e não farmacológicas (incentivo ao autocuidado) melhorou a adesão ao tratamento o que refletiu positivamente com a redução dos sintomas da depressão e aumento na qualidade de vida da paciente. **CONCLUSÃO:** Após o acompanhamento farmacoterapêutico observou-se o sucesso das intervenções aplicadas resultando na melhora da qualidade de vida da paciente, confirmando a importância do farmacêutico na promoção da saúde. **Palavras -chaves:** cuidados farmacêuticos, depressão, qualidade de vida, síndrome metabólica, tratamento farmacológico.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Depression is characterized by mood disorders and correlates with other chronic conditions such as obesity, hypertension and dyslipidemias, which require polytherapy and adequate follow-up. In this context, pharmaceutical care is important to ensure rational pharmacotherapy and contribute to the improvement of the individual's quality of life. **OBJECTIVES:** To develop pharmaceutical care for patients with depressive and polymedic disorders. **METHODS:** Patient follow-up was performed for a period of six months using the SOAP method (Subjective, Objective, Assessment, Plan) to record the clinical evolution and obtain the clinical parameters of the patient (laboratory tests, pressure gauging, index determination of body mass). The measures of adherence (BaMQ), degree of depression (PHQ-9) and quality of life (SF-36) were applied before and after the interventions. **RESULTS:** Patient with diagnosis and treatment of depression (fluoxetine / bromazepam), hypertension (amlodipine besylate), dyslipidemia (sinvastanthine) and self-medication (omeprazole). At the beginning of the follow-up he had severe depression due to low drug adherence, indiscriminate use of omeprazole, configuring a problem related to medication use (PRM-2 need), blood pressure oscillations (PRM-3- effectiveness), uncontrolled dyslipidemia, poor eating habits and sedentary lifestyle. After pharmacological interventions (PRMs resolution) and non-pharmacological interventions (self-care incentive), treatment adherence improved, which reflected positively with the reduction of depression symptoms and an increase in the patient's quality of life. **CONCLUSION:** After the pharmacotherapeutic follow-up, the success of the applied interventions was observed, resulting in an improvement in the patient's quality of life, confirming the importance of the pharmacist in health promotion.

Keywords: pharmaceutical care, depression, quality of life, metabolic syndrome, pharmacological treatment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Sequência de mecanismo de ação dos ISRS.	30
Figura 1. Resultado dos questionários <i>Patient Health Questionnaire (PHQ- 9)</i> e <i>Beliefs about Medicines Questionnaire (BaMQ)</i> antes e depois das intervenções.	47
Figura 2: Resultado do questionário <i>Medical Outcome Study 36-item Short Form (MOS SF- 36)</i> antes e depois do das intervenções.	50
Quadro 1 - Critérios diagnóstico para depressão conforme DSM - V	22
Quadro 2 – Critérios diagnósticos para os episódios depressivos conforme a CID-10	23
Quadro 3 - Terminologia do quadro clínico da depressão	27
Quadro 4 - Classificação dos antidepressivos quanto ao mecanismo de ação	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados gerais da paciente obtidos dos exames laboratoriais e 45
mensurados durante o acompanhamento farmacoterapêutico

Tabela 2. Farmacoterapia da paciente para o tratamento da depressão, 47
hipertensão e hipertrigliceridemia

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

5HT	Serotonina
AIRS	Antagonistas/Inibidores da Recaptação de Serotonina
ANASE	Antidepressivo Noradrenérgico e Serotoninérgico Específico
BaMQ	<i>Beliefs about Medicines Questionnaire</i>
Ca ²⁺	Cálcio
CID-10	Classificação Internacional de Doenças 10ª versão
DA	Dopamina
DSM - 5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5
Eixo HHA	Eixo hipotálamo-hipófise-adrenal
Eixo HHA	Eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HDL	Lipoproteínas de alta densidade
IBP's	Inibidores de bomba de prótons
IL - 6	Interleucina - 6
ISRN	Inibidores Seletivos da Recaptação de Noradrenalina
ISRND	Inibidores Seletivos de Recaptação de Noradrenalina e Dopamina
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
ISRSN	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
LDL	Lipoproteínas de baixa densidade
MAO	Enzima monoaminoxidase
MOS SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36-Item Short Form</i>
NA	Noradrenalina
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão arterial
PGC-1 α	Coativador 1 alfa do receptor ativado
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire 9</i>
PRM's	Problemas Relacionados aos Medicamentos
QV	Qualidade de vida
RAM's	Reações adversas a medicamento
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SERT	Transportador de serotonina
SM	Síndrome metabólica
SNC	Sistema nervoso central
SOAP	<i>Subjective, Objective, Assessment, Plan</i>

SUS	Sistema Único de Saúde
TDM	Transtorno depressivo maior
TG	Triglicerídeos
TNF- α	Fator de necrose tumoral alfa
TyG	Índice triglicerídeos x glicemia
VLDL	Lipoproteínas de densidade muito baixa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 Transtornos Mentais e Depressão.....	21
2.2 Epidemiologia da Depressão.....	24
2.3 Antidepressivos e Polifarmácia.....	26
2.4 Cuidados Farmacêuticos em Transtornos Depressivos.....	31
2.5 Acompanhamento Farmacoterapêutico e o método <i>SOAP</i>	33
2.5.1. Gravidade da depressão.....	34
2.5.2. Adesão ao tratamento antidepressivo.....	35
2.5.3. Qualidade de vida.....	35
3. OBJETIVOS.....	37
3.1 Objetivo geral.....	37
3.2 Objetivos específicos.....	37
4. RESULTADOS.....	38
ARTIGO.....	39
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICES.....	70
ANEXOS.....	85

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais e comportamentais são uma série de perturbações que podem aparecer com diferentes apresentações, geralmente por uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamentos anormais, que podem interferir na qualidade de vida do indivíduo sob o ponto de vista biológico, psicológico e/ou social (WHO, 2017). Na dimensão biológica existem fatores que podem envolver alterações anatômicas e bioquímicas, que se relacionam com o desenvolvimento da doença, além do fator genético, expressivo na grande maioria das doenças mentais; os fatores psicológicos geralmente estão relacionados aos acontecimentos estressantes da vida, traumas ou ansiedade; e os fatores socioculturais que envolvem as relações familiares, perdas de parentes próximos e rompimentos de laços afetivos, como divórcio (BARLOW, 2009).

Dentre os principais transtornos mentais encontra-se os transtornos de humor ou afetivos, designados como “depressão” e “mania” que, por serem polos opostos, geraram dois termos diferentes: transtornos unipolares, quando os pacientes vivenciam apenas o polo depressivo (depressão maior – DM – e a distímia – depressão menor intermitente, por exemplo); e os transtornos bipolares, quando os pacientes vivenciam tanto o polo maníaco como o polo depressivo (incluem o transtorno bipolar – desordem maníaco-depressiva – e a ciclotímia – forma branda da desordem bipolar caracterizada por episódios de hipomania e depressão alternada) (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014; STAHL, 2014). No entanto, na maior parte do mundo, essas perturbações ainda são muito negligenciadas, favorecendo o aumento de problemas referentes à saúde mental sem tratamento (BRASIL, 2002).

Os transtornos depressivos, assim como os outros transtornos do humor, não possuem apenas uma causa específica, mas sim uma fisiopatologia multifatorial, que pode compreender tanto fatores somáticos como genéticos e ambientais (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014). Dessa forma, os episódios depressivos podem não depender de apenas um fator desencadeante evidente, mas, de um conjunto de fatores, como: genético-hereditários, psicossociais, psicodinâmicos, de aprendizagem, secundários a doenças já existentes, principalmente neurodegenerativas, entre outros (NETO; BALDONI; GUIDONI, 2013). Essa condição comumente se apresenta com curso crônico e recorrente, e a principal característica desse transtorno é a presença de humor triste, vazio

ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam diretamente a capacidade funcional do indivíduo (STAHL, 2014).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5 (DSM - 5), os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. Cada um destes apresentam os sintomas semelhantes, diferindo em aspectos de duração, momento ou etiologia presumida. No entanto, é necessário perceber como se integram as dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais para a compreensão das causas e o desencadeamento de cada um (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014).

Dentro desse quadro de transtorno depressivo, a depressão maior representa a condição clássica desse grupo. É um dos mais antigos distúrbios psiquiátricos dos quais há evidências, e ela é caracterizada por afetar o estado de humor de uma pessoa, deixando-a com um predomínio anormal de tristeza em episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (que podem variar) envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e apresenta remissões interepisódicas (STAHL, 2014; CORYELL; WINOKUR, 2018).

O conjunto de alterações no humor que envolvem o seguimento da depressão (sentimentos de dor profunda, raiva, frustração, solidão, desânimo, anedonia, desinteresse geral, redução de energia ou fadiga, distúrbios do sono e apetite, desconforto somático, falhas de concentração e memória, sentimento de culpa e baixa autoestima, visão pobre do futuro, comorbidade com outras doenças e, frequentemente, a possibilidade de suicídio) impedem as pessoas acometidas de continuar com sua vida normal, por isso é uma das principais causas de incapacitação no mundo (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014).

Fisiologicamente, a depressão manifesta-se como desequilíbrio químico no cérebro, situação que constitui a principal característica observada em mais da metade dos pacientes em consultas psicológicas ambulatoriais. Entretanto, o mecanismo real que desencadeia esse processo de desequilíbrio ainda não é totalmente claro (HELM; VIOL; WEIGER; TASS; GREFKES; DEL MONTE; SCHIEPEK, 2018). A etiologia da depressão é

incerta devido à complexidade e heterogeneidade do transtorno. No entanto, uma das abordagens mais aceitas é baseada na deficiência de monoaminas, (hipótese monoaminérgica), especialmente serotonina (5HT), dopamina (DA) e noradrenalina (NA) (RUIZ; DEL ÁNGEL; OLGUÍN; SILVA, 2018). Com o passar dos anos, foi havendo novos estudos e incorporação de novas informações, sugerindo melhoramento desta hipótese; hoje, sabe-se que a base neurobiológica da depressão também pode estar relacionada ao sistema hipófise- hipotálamo- adrenal (especialmente circuito córtico- límbico, responsável por controlar as emoções e o humor), além do envolvimento de receptores GABA, colinérgicos e glutaminérgicos (KRISHNA et al, 2008; GOTLIB et al, 2010; LEVY et al, 2018; KADRIU et al, 2018).

Atualmente, a depressão ocupa o 4º lugar entre as 10 principais enfermidades no mundo, representando cerca de 13% de todas as doenças mentais e ocupa o 5º lugar como causa de incapacidade que afeta as atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (RUIZ; DEL ÁNGEL; OLGUÍN; SILVA, 2018). Estimativas demonstram que a prevalência de episódios depressivos é maior em mulheres do que em homens, em uma proporção de 2: 1, e no Brasil já é considerado um problema de saúde pública com uma estimativa de crescimento nos próximos anos (ANVISA, 2012).

Com o crescimento do número de pessoas diagnosticadas com transtornos depressivos, há, conseqüentemente, um crescente aumento do consumo de psicotrópicos (WHO, 2017). Os psicotrópicos são substâncias que agem no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição. Essas substâncias químicas atuam sobre a função psicológica e alteram o estado mental, e no tratamento antidepressivo, a terapia medicamentosa ainda é a primeira opção que garante resultados positivos mais rápidos (WHO, 2007).

O uso de antidepressivos tem aumentado consideravelmente, e na prática clínica, a introdução da terapia medicamentosa para depressão leva a uma intervenção mais imediata, limitando as situações de perturbações mentais e diminuindo mais rapidamente os sinais e sintomas (LOYOLA; CASTRO-COSTA; FIRMO; PEIXOTO, 2014). No entanto, o abuso e a automedicação pela população são questionados. O uso irracional desses medicamentos é um fato preocupante, pois sabe-se que essa prática pode provocar dependência química, inefetividade medicamentosa, gerar dificuldades quanto ao término do tratamento, além de efeitos colaterais indesejáveis (MONTEIRO, 2008).

Como o tratamento da depressão é primariamente medicamentoso, o esquema terapêutico pode variar de acordo com a indicação, fatores pessoais, sociais, familiares, etc. A investigação minuciosa de cada fator justifica-se pelo fato de que, juntos, podem determinar os vários motivos que levam à não adesão do indivíduo ao tratamento (WANNMACHER, 2011).

Neste caso, entendendo que a adesão medicamentosa é primordial para a resposta efetiva no tratamento da depressão, os indivíduos incluídos neste grupo devem ser orientados, as comorbidades e possíveis interações medicamentosas devem ser consideradas, e os possíveis fatores para não- adesão devem ser avaliados a fim de minimizar os riscos e maximizar a resposta terapêutica (ANVISA, 2012).

No atual cenário mundial que caracteriza os indivíduos com depressão e sua terapia medicamentosa, é imprescindível os inúmeros benefícios fornecidos pela atuação do farmacêutico neste âmbito, para promover, dentre outros, a promoção da segurança e eficácia da farmacoterapia, que na maioria das vezes é politerápica, deixando o indivíduo mais susceptível aos Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM's). De acordo com o Segundo Consenso de Granada (2002), PRM's são "problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, devidos à farmacoterapia que, provocados por diversas causas, conduzem ao não alcance do objetivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos não desejados" (BRASIL, 2014).

As causas dos PRM's são variadas e possivelmente relacionadas ao Sistema de Saúde, ao paciente e seus aspectos biopsicossociais, ao medicamento e aos profissionais de saúde (IVAMA, et al 2002). Neste contexto, os serviços clínicos farmacêuticos devem focar principalmente no paciente e nos diversos fatores que influenciam a farmacoterapia como um todo, e não apenas no medicamento (LUCCHETA R.C, 2012; GOMES, E. F., 2013).

Uma das ferramentas utilizadas para promover o cuidado farmacêutico com ênfase na clínica, é o acompanhamento farmacoterapêutico, onde o farmacêutico avalia as necessidades do paciente e determina possíveis PRM's e, se houver, trabalha com o paciente e outros profissionais de saúde para determinar, programar e monitorar um plano de cuidado (WHO, 2006; GOMES, 2013). Este deve ser um ciclo contínuo de atividades, com o objetivo de aumentar a adesão do paciente, resolver e prevenir problemas

relacionados com o uso de medicamentos e assegurar que o paciente tenha uma terapia medicamentosa que seja a mais efetiva e segura possível (WHO, 2006).

Além disso, esse grupo específico de indivíduos em uso de terapia antidepressiva, apresenta-se mais vulnerável ao uso irracional dos medicamentos prescritos, devido diversos fatores externos e internos à terapia, podendo gerar erros na farmacoterapia e interações medicamentosas, necessitando de maior atenção em relação aos seus medicamentos (GOMES, 2013; ROMANO-LIEBER et al, 2002).

Sendo assim, ratificando a importância do cuidado farmacêutico em saúde mental e no acompanhamento de pacientes depressivos, o trabalho realizou-se na forma de acompanhamento farmacoterapêutico, envolvendo ações de promoção, prevenção, orientação e resolução de possíveis problemas relacionados aos medicamentos, fornecendo especialmente subsídios educativos para paciente com transtorno depressivo, justificando-se pela importância de promover adesão medicamentosa e uma farmacoterapia segura e eficaz.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Transtornos Mentais e Depressão

Existe uma variedade enorme de transtornos mentais que são classificados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças 10ª versão (CID-10) que vão do F00 ao F99. Todos eles estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais, etc. (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014).

Dentre os transtornos mentais existe um grupo caracterizado como Transtornos de humor também chamados de afetivos, onde o afeto é a expressão externa do humor; esses transtornos consistem em períodos prolongados de tristeza e/ou felicidade excessiva, prejudicando significativamente a capacidade funcional do indivíduo (STAHL, 2014; CORYELL; WINOKUR, 2018).

Segundo o CID 10, os transtornos de humor são divididos em: Episódio maníaco (F30), Transtorno Afetivo Bipolar (F31), Episódio Depressivo (F32), Transtorno Depressivo Recorrente (F33), Transtorno Resistente de Humor (F34), Outros Transtornos do Humor (F38) e Transtorno de Humor Não Especificado (F39). O Transtorno Depressivo ou Episódio Depressivo representa um dos principais grupos responsáveis por causar maior incapacidade no mundo, com destaque para a Depressão Unipolar (FUCHS; WANNMACHER; FERREIRA, 2006; NETO; BALDONI; GUIDONI, 2013).

A depressão “unipolar” ou Transtorno Depressivo Maior, é diagnosticada em pacientes que sofreram pelo menos um episódio depressivo maior, ou recorrente, e não apresentam história de mania ou hipomania (BAUER; WHYBROW; MÖLLER; VERSIANI; ANGST, 2009; STAHL, 2014). O DSM - V, estipula nove critérios para depressão maior, dos quais cinco devem estar presentes. Para firmar um diagnóstico, é necessário que os sintomas estejam presentes por pelo menos duas semanas, representem uma alteração em relação ao funcionamento anterior e que um deles seja obrigatoriamente humor deprimido ou perda de interesse ou prazer (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014). (Quadro 1)

QUADRO 1 - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICO PARA DEPRESSÃO CONFORME DSM - 5

<ul style="list-style-type: none"> • Presença de pelo menos cinco entre os nove critérios. • Sintomas devem persistir por pelo menos duas semanas e um deles deve ser obrigatoriamente humor deprimido ou perda de interesse/prazer.
1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex. sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso) (Nota: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável).
2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (por exemplo, mudança de mais de 5% do peso corporal em menos de um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias.
4. Insônia ou hipersonia quase diária.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias.
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Fonte: American Psychiatric Association, 2014.

Já a CID – 10 descreve o episódio depressivo maior ou unipolar em três graus (leve, moderado e grave), conforme o quadro 2. Para diagnosticar o episódio depressivo em um

dos três graus, deve-se analisar o número e a gravidade dos seguintes sintomas: rebaixamento do humor; redução da energia; diminuição da atividade; alteração da capacidade de experimentar o prazer; perda de interesse; diminuição da capacidade de concentração; fadiga; alterações do sono; diminuição do apetite; diminuição da autoestima e da autoconfiança; ideias de culpabilidade e ou de indignidade; lentidão psicomotora; perda de peso; perda da libido.

QUADRO 2 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA OS EPISÓDIOS DEPRESSIVOS CONFORME A CID-10

Episódio depressivo	Descrição
Leve	Geralmente o paciente apresenta pelo menos dois ou três dos sintomas citados, os quais lhe causam sofrimento, mas, provavelmente, será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.
Moderado	Geralmente o paciente apresenta quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades diárias.
Grave	Geralmente vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, principalmente a perda da autoestima, a ideia de desvalia ou culpa e as ideias e os atos suicidas. O paciente também apresenta, geralmente, muitos sintomas somáticos, como perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce – várias horas antes da hora habitual de despertar – agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido

Fonte: WHO, 1992.

A teoria clássica sobre a etiologia biológica da depressão propõe a hipótese da deficiência de neurotransmissores monoamínicos (noradrenalina, serotonina e dopamina). Os fatores responsáveis por essa redução da concentração sináptica dos neurotransmissores monoaminérgicos e seu papel no desencadeamento de episódios

depressivos ainda são estudados. Entre eles estão a hiperatividade da enzima monoaminoxidase (MAO), as rotas metabólicas, fusão das vesículas para liberação dos neurotransmissores e a concentração dos precursores dos neurotransmissores, além de alterações estruturais ou funcionais dos receptores pré e pós-sinápticos (BELMAKER et al., 2008).

Contudo, esta teoria mostrou-se simplista, visto que o aumento da concentração de monoaminas sinápticas com os antidepressivos é imediato, mas a resposta clínica aparece de forma gradual, no intervalo de algumas semanas. Assim, a teoria monoaminérgica foi sendo modificada, a fim de incorporar novas informações (SCLOSS & HENN, 2004). Com o tempo foram surgindo novas evidências de que vários outros sistemas de neurotransmissores, incluindo receptores GABA, colinérgicos e glutamatérgicos e vários neuropeptídeos (substância P, a colecistoquinina, a dinorfina e outros opióides e a ocitocina), também podem ser envolvidos na depressão (STONE et al., 2007).

Uma série de evidências sugerem também que a depressão está relacionada a uma hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA). Essa característica, um dos achados mais consistentes da psiquiatria biológica segundo alguns, parece estar relacionada com a intensidade dos sintomas. Pacientes mais severos apresentam maior hiperatividade daquele eixo, enquanto a remissão dos sintomas depressivos, espontânea ou decorrente do uso de drogas antidepressivas ou eletrochoque, é geralmente acompanhada de normalização desse eixo (GUIMARÃES, 2000).

Em meio a todos os esforços, o conhecimento real sobre a fisiopatologia da depressão continua inacabado, e muito disso se deve ao fato de que, observar as alterações patológicas no cérebro ainda é marcadamente mais difícil do que em todos os outros órgãos, apesar da prevalência da depressão e do seu impacto considerável (KRISHNA et al, 2008; KADRIU et al, 2018).

2.2 Epidemiologia da Depressão

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é uma das causas líderes de incapacidade no mundo todo, e o suicídio associado à depressão vitimiza cerca de 850.000 pessoas por ano (WHO, 2006). O total estimado de pessoas vivendo com depressão aumentou em 18,4% entre 2005 e 2015 (GBD, 2015); isso reflete o crescimento

da população global, bem como um aumento proporcional nas faixas etárias em que a depressão é mais prevalente. A proporção da população global com depressão em 2015 foi estimada em 4,4%, mais comum entre as mulheres (5,1%) do que os homens (3,6%) (WHO, 2017).

Atualmente a depressão ocupa o 4º lugar entre as 10 principais enfermidades, e nos próximos anos, a depressão deve se tornar a doença mais comum do mundo, afetando mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde, incluindo câncer e doenças cardíacas. Estima-se que hoje em dia existam 322 milhões de pessoas no mundo sofrendo com esta doença, com maior prevalência entre mulheres e idosos (WHO, 2017).

As taxas de prevalência variam de acordo com a idade, com um pico na idade adulta mais velha em torno de 7,5% entre as mulheres de 55 a 74 anos e acima de 5,5% entre os homens. A depressão também ocorre em crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos, mas em um nível inferior aos grupos de idade mais avançada (WHO, 2017).

Em relação à população brasileira, os transtornos mentais crescem a cada ano, e por isso, essa doença será considerada a segunda maior preocupação de saúde pública em 2020 no Brasil (ANVISA, 2012). Os dados da OMS divulgados no relatório global mostraram que cerca de 5,8% da população brasileira sofre de depressão, um total de 11,5 milhões de casos registrados no país, enquanto que os distúrbios relacionados à ansiedade afetam mais de 18,6 milhões de brasileiros, ou seja, 9,3% da população (WHO, 2017). Em relação ao gênero, a depressão tem probabilidade de ocorrer em mulheres duas vezes mais do que em homens, com o aparecimento geralmente entre os 20 e 40 anos, assim como a depressão unipolar é significativamente mais elevada também em mulheres (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014).

Essa disparidade entre os gêneros tem sido descrita em estudos epidemiológicos de depressão, e pode ser observada desde a puberdade até os anos reprodutivos da mulher (DERRY et al, 2015). Algumas razões que explicariam a maior prevalência da depressão no sexo feminino envolvem seus papéis sociais, elas costumam se sentir mais livres para expressar seus sentimentos em geral, e, em particular, aqueles sentimentos negativos associados à depressão, o que facilita o diagnóstico; são frequentemente mais expostas aos tipos de situações que desencadeiam um processo depressivo: baixos níveis de

escolaridade, baixa renda, doença atual e doença recente; e também, existem diferenças fisiológicas e hormonais entre os sexos que as predispõe à depressão (HOLMES, 2001; DERRY, et al, 2015; GEORGAKIS et al, 2016). Além disso, existem outros fatores extremamente relevantes neste cenário de prevalência feminina no contexto dos transtornos depressivos, que levam a essa discrepância de gênero, como a violência contra a mulher, racismo, divórcio e episódios de perda e morte; de modo geral, esse padrão é bastante significativo e consistente entre as culturas (BRASIL, 2002).

Neste cenário, há também indícios de que a prescrição de medicamentos psicotrópicos é mais elevada entre as mulheres; o uso excessivo de medicamentos pode ser parcialmente explicado por uma maior prevalência de perturbações mentais e um elevado índice de comportamentos de procura de ajuda (BRASIL, 2002).

2.3 Antidepressivos e Polifarmácia

Os antidepressivos fazem parte de um grupo de fármacos, os psicotrópicos, que são substâncias químicas que agem diretamente no sistema nervoso central (SNC) alterando o estado mental na depressão (WHO, 2017). Estes medicamentos têm como princípio geral reforçar a ação sináptica das aminas biológicas envolvidas na depressão (DA, NA e 5-HT), por meio do bloqueio de um ou mais transportadores pré-sinápticos dessas monoaminas (STAHL, 2014).

Quando o antidepressivo bloqueia o transportador de recaptção de monoaminas, os respectivos neurotransmissores se acumulam na fenda sináptica, fazendo com que ocorra a sub-regulação adaptativa dos receptores pós-sinápticos que estavam suprarregulados na depressão. Portanto, o tempo para adaptação desses receptores explica o efeito clínico retardado dos antidepressivos (perceptivos com o tempo), e sua dessensibilização explica o desenvolvimento de tolerância aos efeitos colaterais destes medicamentos. Como este processo ocorre de forma gradual, os efeitos terapêuticos desta classe medicamentosa só são observados após algumas semanas do início do tratamento (STAHL, 2014).

Existem mais de 30 antidepressivos disponíveis, que variam em modo de ação, indicação, efeitos colaterais, etc. A terapia medicamentosa e o tempo de tratamento são pontos determinantes que levam em consideração a história clínica de cada indivíduo (GOMES, 2013).

O uso de antidepressivos tem aumentado significativamente em função da melhora nos diagnósticos de transtornos psiquiátricos, do aparecimento de novos fármacos no mercado farmacêutico e das novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes. Além disso, observa-se a importância dos psicotrópicos em resgatar o potencial funcional dos indivíduos após a estabilização clínica da doença, especialmente na depressão, onde é notória a intervenção positiva e a limitação dos sintomas (LOYOLA; CASTRO-COSTA; FIRMO; PEIXOTO, 2014).

O esquema farmacoterápico da depressão é uma das opções de tratamento, e a mais imediata para melhorar a qualidade de vida, diminuir a necessidade de hospitalização, minimizar o risco de suicídio e reduzir as reincidências das crises depressivas, ou seja, eliminar sintomas, recuperar a capacidade funcional e social e impedir a recorrência da doença (WANNMACHER, 2011). No entanto, o paciente pode evoluir positivamente ou negativamente ao tratamento medicamentoso, dependendo da adesão e dos inúmeros fatores que permeiam a farmacoterapia (NETO; BALDONI; GUIDONI, 2013).

Para que a farmacoterapia da depressão promova um efeito terapêutico, é necessário a avaliação do transcurso de tratamento baseado no quadro clínico de melhora ou piora do paciente (STAHL, 2014), como demonstrado no quadro 3:

QUADRO 3 - TERMINOLOGIA DO QUADRO CLÍNICO DA DEPRESSÃO
MELHORA DO QUADRO

Resposta	Quando há redução de 50% dos sintomas apresentados
Remissão	Quando praticamente todos os sintomas desaparecem
Recuperação	Quando a remissão perdura por seis a 13 meses
PIORA DO QUADRO	
Recidiva	Quando o paciente piora antes de atingir a remissão completa ou a recuperação
Recorrência	Quando o paciente piora alguns meses após a recuperação

Fonte: Stahl, 2014.

A depressão é um distúrbio altamente recorrente. Mais de 75% dos pacientes deprimidos têm mais de um episódio depressivo, muitas vezes recaindo dentro de dois anos de recuperação de um episódio (BOLAND & KELLER 2009). Além disso, pelo menos metade das pessoas que já foram clinicamente deprimidas terão um episódio em qualquer

ano durante o resto de suas vidas (KESSLER & WANG 2009). Essa taxa alta de recorrência na depressão sugere que existem fatores específicos que aumentam o risco das pessoas desenvolverem episódios repetitivos desse transtorno, e estudos sinalizam que dentre esses fatores estão o funcionamento cognitivo e vieses cognitivos no processamento de informações emocionais (GOTLIB et al, 2010).

O planejamento da farmacoterapia possui três fases distintas:

- Tratamento da fase aguda: compreende os dois a três primeiros meses de tratamento, objetivando a resposta ou até a remissão do quadro;
- Continuação do tratamento: compreende os quatro a seis meses após o início do tratamento, objetivando evitar recidivas. Se ao final dessa fase o paciente permanecer com a melhora alcançada no tratamento da fase aguda, será considerado recuperado do atual episódio da depressão;
- Fase de manutenção: com o objetivo de evitar a recorrência, ou seja, que novos episódios acometam o paciente. Em geral, essa fase é longa e indicada aos pacientes com probabilidade de recorrência (STAHL, 2014).

Algumas vezes esse tratamento precisa ser continuado por tempo variável após a remissão dos sintomas (FLECK; BENY; SOUGEY; DEL PORTO; BRASIL; JURUENA, 2003). Em outros casos, alguns pacientes precisam de tratamento de manutenção ou preventivo, que pode levar anos ou a vida inteira para evitar o aparecimento de novos episódios (GOMES, 2013).

O número de prescrições de antidepressivos é crescente, e atrelado a isto deve-se observar fatores como necessidade de indicação, efetividade da farmacoterapia, segurança do tratamento e adesão medicamentosa, que juntos, tornam a terapia racional (ANVISA, 2012).

Em pelo menos 30% dos episódios depressivos, os pacientes não apresentam uma resposta satisfatória ao primeiro antidepressivo prescrito. Esta situação acaba por sugerir uma possível correção ao diagnóstico, a dose dos fármacos e principalmente, a adesão ao tratamento (STAHL, 2014).

Existem diversas formas de classificar os antidepressivos, porém, a mais utilizada é quanto ao mecanismo de ação (Quadro 4).

QUADRO 4 - CLASSIFICAÇÃO DOS ANTIDEPRESSIVOS QUANTO AO MECANISMO DE AÇÃO

Inibidores de MAO não seletivos e irreversíveis	Tranilcipromina
Inibidores de MAO seletivos e reversíveis	Moclobemida e selegilina
Inibidores não seletivos da recaptação de monoaminas (Tricíclicos)	Amitriptilina, clomipramina, imipramina
Antagonistas/Inibidores da Recaptação de Serotonina (AIRS)	Trazodona
Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)	Citalopram, fluoxetina, paroxetina e sertralina
Inibidores Seletivos de Recaptação de Noradrenalina e Dopamina (ISRND)	Bupropiona
Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (ISRSN)	Desvenlafaxina, duloxetina e venlafaxina
Antidepressivo Noradrenérgico e Serotoninérgico Específico (ANASE)	Mirtazapina
Inibidores Seletivos da Recaptação de Noradrenalina (ISRN)	Reboxetina

Fonte: Stahl, 2014.

De acordo com as diretrizes internacionais, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) são recomendados como tratamentos de primeira escolha para depressão, pois esta classe provou ser eficaz na melhora dos sintomas e prevenção de recorrências, e têm melhor tolerabilidade do que os medicamentos mais antigos, como os antidepressivos tricíclicos ou os inibidores da monoamina oxidase (LAM et al, 2009; GELENBERG et al 2010; CLEARE et al 2015).

Os ISRS agem inibindo potente e seletivamente a recaptação de serotonina (5HT) por meio do bloqueio do SERT (transportador de serotonina), fazendo com que a neurotransmissão serotoninérgica seja potencializada. Além disso, cada inibidor seletivo da recaptação de 5HT possui outras características farmacológicas secundárias, como, por exemplo, o bloqueio da recaptação de noradrenalina (NA) e de dopamina. Isso pode explicar a variedade de fenômenos clínicos observados individualmente em cada paciente exposto a diferentes ISRS (STAHL, 2004).de cada paciente exposto a diferentes ISRS (STAHL, 2014). A figura 1 mostra o mecanismo de ação dos ISRS.

Figura 1. Sequência de mecanismo de ação dos ISRS.

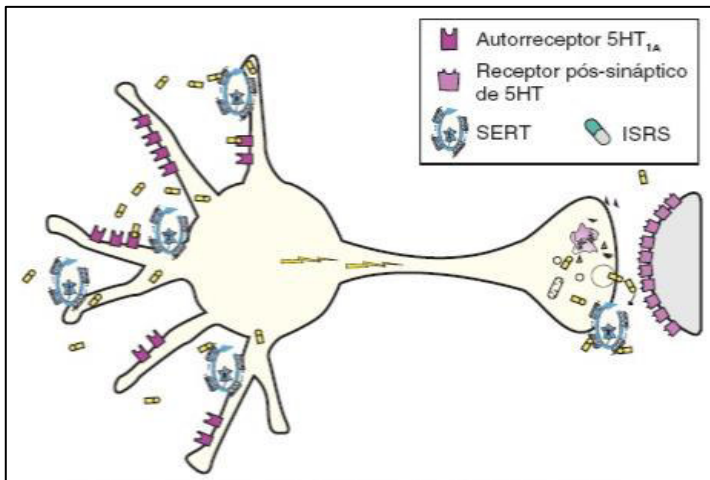


IMAGEM 1: ESTADO DEPRESSIVO – baixo nível de 5HT, suprarregulação dos receptores, poucos sinais no neurônio para liberar mais 5HT.

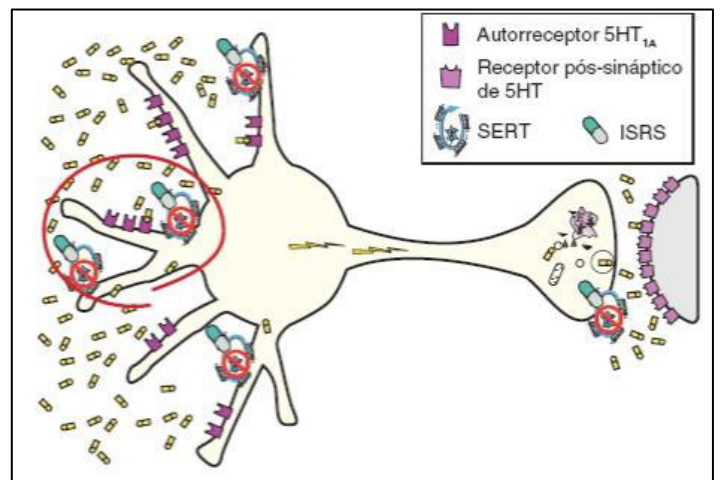


IMAGEM 2: AÇÃO DOS ANTIDEPRESSIVOS – o antidepressivo bloqueia a recaptação de 5HT, tanto nos dendritos quanto no axônio.

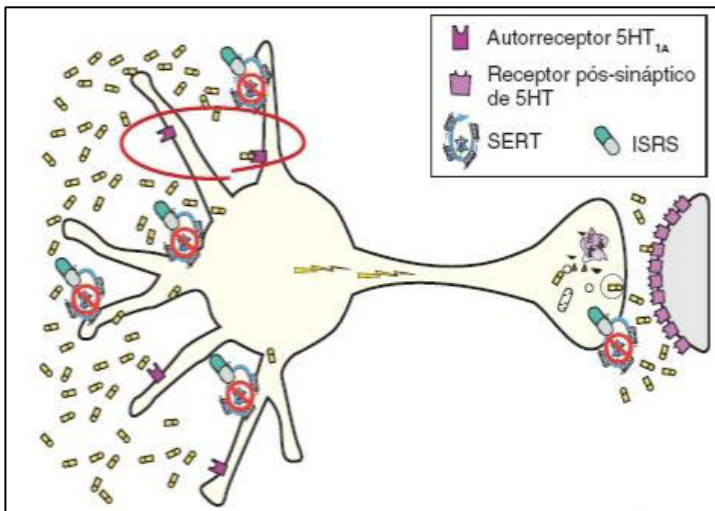


IMAGEM 3: O aumento de 5HT causa desensibilização/ infrarregulação dos autorreceptores.

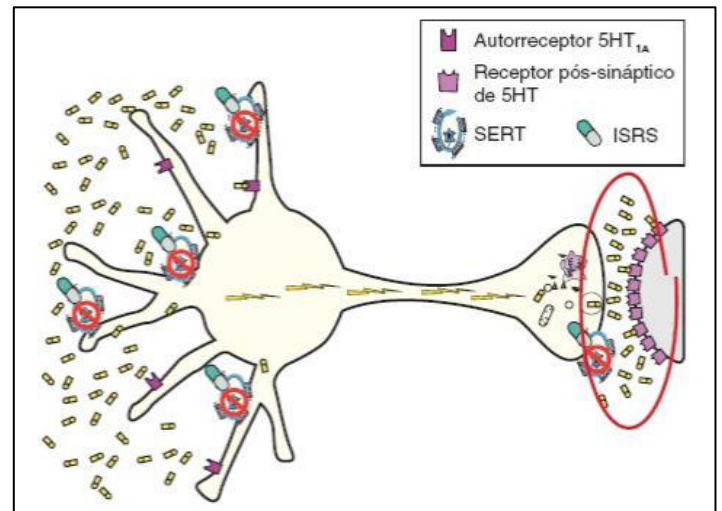


IMAGEM 4: A infrarregulação dos autorreceptores causa a liberação de mais 5HT no axônio pelo neurônio.

Adaptado de Stahl, 2014.

Apesar de os benefícios da terapia medicamentosa para depressão, existem alguns problemas, como a existência de múltiplos tratamentos, cuja eficácia pode não superar os efeitos colaterais (cada paciente apresenta características reativas próprias), dificultando no diagnóstico diferencial e na adesão medicamentosa (FLECK, et al, 2009).

No tratamento medicamentoso em pacientes depressivos, a adesão é decisiva para evolução clínica do paciente, uma vez que, na maioria das vezes, o medicamento em

questão é de uso imprescindível. Mas, de modo geral, observa-se que vários fatores podem influenciar a adesão do paciente ao tratamento, entre eles o acesso aos medicamentos, condições socioeconômicas e culturais, conhecimento sobre os medicamentos, capacidade cognitiva, complexidade da farmacoterapia, aspectos religiosos, expectativas e medos ligados ao tratamento, melhora ou agravamento da condição clínica, entre outros (ALMEIDA; 2007, CUNHA et al, 2009).

Todos esses fatores que explicam a não adesão, quando atrelados à polifarmácia e ao acometimento de outras condições clínicas (especialmente em públicos específicos como mulheres e idosos), tendem a expor o paciente a maiores problemas relacionados ao uso de medicamentos. Além disso, Gunn e colaboradores (2012), afirmaram em seu estudo que independentemente da idade, sexo ou doença específica, o risco de depressão aumenta com cada condição crônica adquirida. Isso contribui para o aumento do risco de reações adversas, interações medicamentosas, possíveis intoxicações, etc.

Diante disto, é determinante a participação do profissional farmacêutico em conjunto com os envolvidos nesse processo de cuidados em saúde mental, para investigar e monitorar toda a farmacoterapia do paciente depressivo e garantir seu uso racional (COUTINHO, 2015).

2.4 Cuidados Farmacêuticos em Transtornos Depressivos

A expressão “Cuidado Farmacêutico” foi empregada pela primeira vez por Brodie, em 1984. Entretanto, apenas em 1990 foi mais profundamente definida como “o fornecimento responsável de medicamentos com objetivo de atingir o resultado desejado, que levará a uma melhora na qualidade de vida do paciente” (HEPLER; STRAND, 1990). Ou seja, buscar a racionalidade do uso de medicamentos, com o objetivo de prevenir e resolver os PRM's, caracterizando-se, principalmente, por ser centrado no paciente e não no medicamento.

Com a mudança de perfil do farmacêutico ao longo dos anos, deixando pra trás os serviços mais tecnicistas e transformando-se mais humanizado, buscou-se a reaproximação deste profissional ao paciente ou usuário de medicamentos; com isso, durante a III Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica no Brasil, foi proposta a revisão da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), bem como uma política de assistência farmacêutica no âmbito de saúde mental, na qual esteja incluso

métodos de seguimento terapêutico, avaliação do uso de medicamentos e exigência da presença do profissional farmacêutico nos programas de saúde mental objetivando a promoção do uso racional dos psicotrópicos (BRASIL, 2005). Sendo assim, ratificou a importância do farmacêutico nesse âmbito para promover, dentre outros, a oferta de orientações e informações em relação ao uso dos medicamentos aos usuários e familiares.

Essa prática pode contribuir decisivamente para a compreensão e para a adesão do usuário ao tratamento medicamentoso, aumentando sua efetividade, e incrementando a racionalidade no seu uso. Além disso, o cuidado farmacêutico também colabora com medidas não farmacológicas, uma vez que este profissional acaba sendo a o contato primário com o paciente, ou a porta de saída do ciclo de serviços de saúde, sendo então necessário saber identificar distúrbios de saúde mental não diagnosticados, particularmente para pessoas com outras condições de saúde, como por exemplo hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, resistência insulínica, diabetes, que juntos, contribuem para a síndrome metabólica (SM), condição que atua de forma bidirecional sobre a saúde mental. Promover a educação do paciente com intervenções pactuadas de orientações, promoção de materiais educativos, sanando dúvidas sobre o uso racional de medicamentos e bons hábitos de vida, tendem a aumentar o envolvimento no tratamento (principalmente em saúde mental associado às outras comorbidades) promovendo melhora na saúde geral. Toda essa atenção e cuidado, ajuda diretamente a comunicação, tanto com o paciente quanto deste com outros profissionais da saúde, que integram a equipe multidisciplinar que promovem o cuidado (STANNERS et al, 2014; SANCHEZ et al, 2016; SABOYA et al, 2017).

Neste sentido, como os pacientes com transtornos depressivos fazem uso de medicamentos essenciais, é importante que tenham uma assistência farmacêutica eficaz e principalmente, um cuidado farmacêutico integral para efetivar o melhor tratamento para esses pacientes (uma vez que na maioria dos casos esses medicamentos são indispensáveis). É de extrema relevância que exista um processo educacional e que o profissional farmacêutico seja um elo entre o paciente e o medicamento, esclarecendo o porquê de ele utilizar um dado medicamento, e que o mesmo deve ser administrado de forma correta e racional (LEITE et al, 2016).

Ao assegurar a utilização de medicamentos de forma correta, promovendo um seguimento, o farmacêutico auxilia o paciente na recuperação da saúde. Ao prestar o

cuidado farmacêutico, o profissional identifica as situações de risco na farmacoterapia, rastreando, prevenindo ou solucionando a ocorrência de PRM's (LEITE et al, 2016). De modo geral, o farmacêutico deve possibilitar condições para que o paciente venha a entender a sua doença e a importância da racionalidade do tratamento, para que seja efetivo, seguro e de qualidade.

2.5 Acompanhamento Farmacoterapêutico e o método SOAP

No cenário de saúde representado por um processo ordenado de protocolos e atendimentos, o profissional farmacêutico muitas vezes representa uma das últimas oportunidades de identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapia. As recomendações farmacêuticas para o uso racional de medicamentos são relevantes, e uma das ferramentas utilizadas para promover esse processo seguro, é o acompanhamento farmacoterapêutico, onde o profissional orienta acerca do uso de medicamentos focando no paciente e em toda o seu histórico de vida, familiar, história médica pregressa e histórico de medicação (RUBIO-VALERA et al, 2014).

Como já observado, a ocorrência de interações medicamentosas tende a aumentar a medida em que se prescreve um maior número de medicamentos. Por isso, há necessidade de acompanhar e avaliar as associações entre esses medicamentos para, dentre outros, intervir na prevenção de outros agravos à saúde (MARQUES, 2013). Nesse sentido, compete ao farmacêutico averiguar os possíveis riscos para o paciente e prevenir eventuais erros de prescrição que possam invalidar os efeitos terapêuticos, potencializar a ação de certo fármaco ou intensificar reações adversas, bem como coletar informações relevantes para o acompanhamento (LEITE et al, 2016).

Um dos métodos de registro utilizados nos serviços farmacêuticos, especialmente no acompanhamento clínico para identificação e registro de informações coletadas durante as consultas, é o *SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan)* que envolve quatro etapas de coleta de dados subjetivos (S), os dados objetivos (O), a avaliação (A) e o plano (P), onde as informações são anotadas em ordem cronológica (com a data da consulta e o tempo) e de forma definida (ANEXO 1).

Os dados subjetivos (S) compreendem as queixas dos pacientes e outras informações fornecidas por eles, pelos parentes ou pelos acompanhantes. Os dados objetivos (O) incluem os achados de exame físico e os exames complementares. Segue-

se com uma anamnese e exame clínico, observando parâmetros concretos e dados mensuráveis como pressão arterial, peso, altura, IMC, exames de imagens, exames laboratoriais cedidos pelo paciente etc. A avaliação (A) refere-se às conclusões sobre a situação do paciente, especialmente os problemas da farmacoterapia identificados a fim de solucioná-los e ajudar o paciente a atingir a meta de benefício dos medicamentos. Por fim o plano (P) inclui os exames a serem solicitados, as informações prestadas aos pacientes e familiares visando à orientação e à educação, as sugestões feitas para mudanças na farmacoterapia e os encaminhamentos a outros profissionais. Neste ponto é essencial envolver o paciente como promotor de sua saúde, onde suas ações são fundamentais (CORRER; OTUKI, 2011).

No final do acompanhamento é feita a avaliação dos resultados, para analisar se os objetivos terapêuticos foram alcançados, e se a farmacoterapia está sendo devidamente processada pela evolução do paciente, através dessa construção do prontuário.

2.5.1. Gravidade da depressão

Para auxiliar no diagnóstico da depressão, que é realizado através da história clínica do paciente e da evolução dos sinais e sintomas, faz-se necessário também a aplicação de escalas específicas que medem a gravidade da doença. Existem aproximadamente 49 escalas utilizadas na avaliação multidimensional da depressão, entre as quais se destaca a *Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)* (ANEXO 2). Este instrumento avalia a presença de sintomas depressivos por meio de uma escala do tipo Likert composta por nove perguntas que pontuadas, determinam a gravidade da depressão. Na população geral brasileira os estudos com esse instrumento têm demonstrado boas características psicométricas e operacionais, com sensibilidade de 77% a 98% e especificidade de 75% a 80%, tendo sido também validado para a população de adultos e idosos (STAAB et al, 2001; MATIAS et al, 2016).

Este instrumento é essencialmente importante durante o acompanhamento, pois, por ser simples de aplicar, tem grande capacidade para rastrear o risco de episódio depressivo maior pelo paciente acompanhado (BÄCHLE et al, 2015).

2.5.2. Adesão ao tratamento antidepressivo

Segundo Freire e colaboradores (2013), a depressão exige um tratamento contínuo e a adesão à farmacoterapia é fundamental para o controle dessa doença. Aderir ao tratamento medicamentoso significa que o paciente precisa aceitar e seguir as recomendações médicas e de outros profissionais de saúde, sobre o uso de uma determinada conduta terapêutica (MARQUES, 2013).

Uma vez que o tratamento da depressão envolve muitas vezes o uso de politerapia, sendo um tratamento prolongado, pode causar vários efeitos adversos, interações, que podem contribuir significativamente para a não adesão medicamentosa, fator determinante para o sucesso da terapia (COUTINHO, 2015).

Neste contexto, como há um leque de fatores que podem interferir na adesão medicamentosa no tratamento para depressão, o farmacêutico tem muito a contribuir, explicando a necessidade e os benefícios do tratamento medicamentoso ao paciente, uma vez que este possibilita a melhora no seu quadro clínico, esclarecendo que poderá ocorrer efeitos colaterais, que muitas vezes fazem parte do tratamento medicamentoso; além de orientar sobre a correta posologia, horário e forma de administração, armazenamento e descarte corretos, etc. (GOMES, 2013).

Para auxiliar o profissional a identificar o nível de adesão medicamentosa que o paciente possui, existem alguns questionários como o *Beliefs about Medicines Questionnaire (BaMQ)*, instrumento que mensura as crenças dos pacientes sobre a terapia e sua tendência a aderir ou não ao tratamento (ANEXO 3). Esse questionário avalia a correlação entre a percepção do paciente sobre necessidade do tratamento, preocupações sobre os danos causados por medicamentos e a adesão do paciente ao tratamento de diferentes condições de saúde; é considerado um dos mais sensíveis à captação dessas relações. (SALGADO et al 2013).

Além disso, existem diversos manejos que podem ser realizadas para ajudar o paciente depressivo a melhorar sua adesão medicamentosa. Medidas educacionais, que tornem esse paciente mais participativo em sua terapia, orientações, compartilhamento de informações, esclarecimentos de dúvidas, manobras lúdicas, são ferramentas essenciais que ajudam tanto no tratamento medicamentoso como também na melhora da qualidade de vida desse paciente (APÊNDICES).

2. 5. 3. Qualidade de vida

Para a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida (QV) é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Por se tratar de um conceito dinâmico, amplo e subjetivo, vários termos têm sido utilizados na literatura para definir qualidade de vida, e a ampla dimensão da saúde e sua relação com diversos aspectos positivos e negativos da vida, permitem distintas formas de avaliação, levando indivíduos com a mesma morbidade a manifestarem diferentes níveis de saúde e de bem-estar, físico e emocional. Baseado nessas questões e na multidimensionalidade da qualidade de vida, surgiram vários instrumentos para medir esse parâmetro, criados para transformar sensações subjetivas em pontuações passíveis de mensuração e análise objetiva (FERRANS, 1996; GUYATT et al, 1993).

Comumente, os instrumentos para mensurar a qualidade de vida apresentam questões divididas em grupos (também chamados de domínios) e visam avaliar alguns aspectos específicos. Dentre os instrumentos mais utilizados, pode-se destacar o *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36)* (ANEXO 4), um instrumento de fácil compreensão, aplicado para mensurar aspectos gerais da saúde, bem como atividades geralmente afetadas por agravos. É composto por 36 itens, divididos em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, saúde mental, vitalidade, aspectos sociais e aspectos emocionais (CICONELLI et al, 19).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar os efeitos dos cuidados farmacêuticos em usuária com depressão e em politerapia, através do acompanhamento farmacoterapêutico a fim de melhorar sua qualidade de vida.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar e construir uma história clínica da usuária selecionada de acordo com seus problemas de saúde;
- Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico da paciente depressiva para detectar os resultados negativos associados ao medicamento;
- Identificar os medicamentos utilizados pela usuária em doses usuais e os principais motivos para a prescrição e utilização;
- Investigar a adesão ao tratamento medicamentoso;
- Verificar a prática da automedicação ou a utilização de medicamentos sem prescrição;
- Avaliar o nível de depressão antes e após o acompanhamento farmacoterapêutico;
- Avaliar o impacto do cuidado farmacêutico na qualidade de vida das pacientes;

4 RESULTADOS

- Artigo a ser submetido na Revista Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Visa em Debate)
- ISSN 2317-269X
- QUALIS B1
- Regras: (ANEXO 6)

Título: **“CUIDADOS FARMACÊUTICOS EM PACIENTE COM TRANSTORNO DEPRESSIVO”**

- Autores: **Mônica Cristina Dutra Rodrigues; Karla Frida Torres Flister.**

CUIDADOS FARMACÊUTICOS EM PACIENTE COM TRANSTORNO DEPRESSIVO

Acompanhamento farmacoterapêutico na depressão

RODRIGUES, Mônica Cristina Dutra¹; FLISTER, Karla Frida Torres²

INTRODUÇÃO: A depressão é um transtorno de humor comumente encontrado em pacientes com diferentes condições crônicas que necessitam de politerapia. Neste contexto, o cuidado farmacêutico surge como uma importante ferramenta para garantir uma farmacoterapia racional e melhorar a qualidade de vida. **OBJETIVOS:** Avaliar o impacto do cuidado farmacêutico sobre a qualidade de vida de paciente com depressão e polimedicado. **METODOLOGIA:** Foi realizado acompanhamento farmacoterapêutico pelo período de seis meses, onde foram avaliadas, antes e após as intervenções, a adesão (BaMQ), grau de depressão (PHQ- 9) e qualidade de vida (SF- 36) da paciente. **RESULTADOS:** Paciente com diagnóstico e tratamento para depressão, hipertensão, dislipidemia, além de automedicação (omeprazol). Antes do acompanhamento apresentava um quadro de depressão grave, baixa adesão medicamentosa, oscilações na pressão arterial, maus hábitos alimentares e sedentarismo e após as intervenções apresentou melhora do quadro depressivo, maior adesão medicamentosa, conciliada a melhores hábitos de vida. **CONCLUSÃO:** As intervenções realizadas durante o acompanhamento farmacoterapêutico demonstraram resultados positivos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da paciente e reforçando a importância do farmacêutico na atenção básica e promoção da saúde.

Palavras- chave: Depressão; tratamento farmacológico; qualidade de vida;

¹ Curso de Farmácia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís, MA

² Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís, MA,

E mail: karlaflister@yahoo.com.br

PHARMACEUTICAL CARE IN A PATIENT WITH DEPRESSIVE DISORDER

Pharmacotherapeutic follow-up in depression

RODRIGUES, Mônica Cristina Dutra¹; FLISTER, Karla Frida Torres²

BACKGROUND: Depression is a mood disorder commonly found in patients with different chronic conditions that require polytherapy. In this context, pharmaceutical care emerges as an important tool to ensure rational pharmacotherapy and improve the quality of life. **AIMS:** To evaluate the impact of pharmaceutical care on the quality of life of patients with depression and polymedicine. **METHODS:** A pharmacotherapeutic follow-up was performed for a period of six months, where the patient's adherence (BaMQ), degree of depression (PHQ-9) and quality of life (SF-36) were assessed before and after the interventions. **RESULTS:** Patient diagnosed and treated for depression, hypertension, dyslipidemia, and self-medication (omeprazole). Before the follow-up, she presented severe depression, low medication adherence, blood pressure fluctuations, poor eating habits and sedentary lifestyle, and after the interventions, she presented improvement of the depressive condition, greater medication adherence, combined with better life habits. **CONCLUSIONS:** The interventions performed during the pharmacotherapeutic follow-up showed positive results, contributing to the patient's quality of life improvement and reinforcing the importance of the pharmacist in primary care and health promotion.

¹ Curso de Farmácia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís, MA

² Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís, MA,

E mail: karlaflister@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

De acordo com dados recentes da OMS a depressão deve se tornar a doença mais comum do mundo nos próximos anos⁽¹⁾. Atualmente, ela é uma das causas líderes de incapacidade, ocupando o 4º lugar entre as dez principais enfermidades do mundo, atingindo cerca de 322 milhões de pessoas com maior prevalência entre mulheres e idosos, afetando negativamente a vida do indivíduo⁽²⁾. No Brasil, cerca de 5,8% da população sofre de depressão, um total de 11,5 milhões de casos registrados no país, já sendo considerado um problema de saúde pública⁽³⁾.

A depressão pode se manifestar como transtorno depressivo maior (TDM), em que a principal queixa exibida pelo paciente é o humor depressivo e às vezes irritável⁽⁴⁾. Por não possuir uma causa específica, a depressão é caracterizada por seu aspecto multifacetado envolvendo fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, que se relacionam e desencadeiam o conjunto de sintomas de alterações de humor, perda de energia, ansiedade, concentração reduzida, sentimentos de inutilidade, e pensamentos de autolesão ou suicídio⁽⁵⁾.

Com o crescimento do número de pessoas diagnosticadas com transtorno depressivo, há, conseqüentemente, um aumento do consumo de antidepressivos, que agem no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição⁽⁶⁾. Na prática clínica, a introdução da terapia antidepressiva leva a uma melhora dos sintomas depressivos de forma imediata, no entanto seu uso deve ser monitorado para evitar o risco de efeitos colaterais indesejáveis, o uso irracional, a inefetividade medicamentosa (pela não adesão, por exemplo), bem como o risco de provocar dependência e gerar dificuldades quanto ao término do tratamento^(7,8).

Como o tratamento para depressão é primariamente medicamentoso, é importante a avaliação dos fatores individuais que podem levar a não adesão medicamentosa, fator determinante para a evolução clínica do paciente⁽⁹⁾. Além disso, os indivíduos em terapia antidepressiva, em sua maioria são polimedicados e acometidos por outras comorbidades como hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias, o que contribui para o aumento de problemas relacionados aos medicamentos (PRM's)^(10, 11). Contudo, a associação de medidas não farmacológicas complementa a ação do medicamento, favorecendo a melhora do estado depressivo⁽¹²⁾. Essas medidas perpassam pelo estímulo do autocuidado através da educação do paciente, ressocialização, disposição de materiais proativos, que auxiliam

na redução do estresse e aumentam o engajamento do paciente para melhorar a sua condição clínica ⁽¹³⁾.

Neste contexto, o cuidado farmacêutico que envolve ações de promoção, prevenção, orientação e resolução de PRM's, fornece subsídios educativos para que os indivíduos atendidos possam aderir o tratamento farmacológico de forma segura e eficaz , além de incentivar o uso racional de medicamentos e evitar as complicações associadas a difícil adesão ao tratamento farmacológico devido a cronicidade dessa doença^(10, 14). Sendo assim, o objetivo do presente relato foi desenvolver os cuidados farmacêuticos em paciente com transtorno depressivo e polimedicado, através do acompanhamento farmacoterapêutico, a fim de garantir uma terapia segura que favoreça maior adesão ao tratamento, além de contribuir com a melhora na qualidade de vida desse paciente.

METODOLOGIA

O estudo de caso caracteriza-se como exploratório descritivo com abordagem quantitativa, de delineamento prospectivo e experimental, com acompanhamento de uma paciente com transtorno depressivo, durante o período de dezembro de 2018 a maio de 2019. Para tanto, incluiu-se sob os critérios de inclusão paciente do sexo feminino com idade igual ou superior a 30 anos, diagnosticada com depressão, em uso contínuo de antidepressivos e em politerapia.

As consultas farmacêuticas foram realizadas no Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão de Cuidados Farmacêuticos na Universidade Federal do Maranhão, intercalando com visitas domiciliares. Como estratégia para realizar o acompanhamento, foi acordado com a paciente, a frequência das consultas que se iniciou com 4 entrevistas no primeiro mês, 3 entrevistas no segundo mês, e as demais consultas foram marcadas conforme planejamento prévio e/ou necessidade da paciente, sendo a mesma orientada sobre o plano de cuidado, as intervenções farmacêuticas, a necessidade da aferição de parâmetros (pressão arterial, peso, altura), obtenção dos últimos exames laboratoriais para avaliação da situação geral e cálculo do índice TyG: $\text{Ln} [\text{Triglicerídeos de jejum (mg/dL)} \times \text{Glicemia de jejum (mg/dL)} / 2]$ ⁽¹⁵⁾ e quanto a orientação sobre as principais dúvidas com relação aos seus medicamentos.

O método definido para registro da evolução clínica da paciente foi o *SOAP* (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*) envolvendo desde a coleta de dados (subjetivos

e objetivos), avaliação e elaboração de um plano com posterior análise dos resultados. As informações foram anotadas em ordem cronológica (com a data da consulta e o tempo) e de forma definida. As informações coletadas e as intervenções farmacêuticas propostas foram comparadas, analisadas e definidas conforme as informações contidas na literatura científica⁽¹⁴⁾.

Durante as entrevistas foram utilizados questionários validados, baseados nos materiais adotados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entre eles foi definido o questionário PHQ - 9 (*Patient Health Questionnaire - 9*) para avaliação da gravidade da depressão; o questionário BaMQ (*Beliefs about Medicines Questionnaire*) para avaliar a adesão ao tratamento pela paciente; e o questionário MOS SF-36 (*Medical Outcome Study 36-item Short Form*) para avaliação da qualidade de vida da paciente. Estas ferramentas foram aplicadas no início e no final do acompanhamento, para avaliar o impacto dos serviços realizados e das intervenções propostas durante esse período.

A presente pesquisa obedeceu a Resolução CNS/MS N°466, de 12/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – UFMA (n° 84791318.5.0000.5087).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

História clínica da paciente: Paciente S.M.N., sexo feminino, negra, 52 anos, divorciada, alfabetizada, aposentada, natural e procedente de São Luís. S.M.N foi diagnosticada com depressão há 14 anos logo após o início da fase de climatério e em um período de problemas financeiros; faz acompanhamento desde 2004 quando apresentou os primeiros sintomas da depressão (tristeza profunda, angústia, ansiedade, desmaios, etc.). Desde então passou por diversos estabelecimentos especializados em saúde mental, sendo submetida a tratamentos com diferentes medicamentos. Houveram episódios de internação devido abandono de tratamento e a partir de então, a paciente voltou a frequentar um dos estabelecimentos de saúde onde recebia o medicamento e praticava atividades de socialização.

Em 2015 iniciou o acompanhamento em outro hospital, utilizando diazepam (que logo em seguida foi substituído pelo clonazepam) e cloridrato de sertralina. Após exames em 2017, e diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica foi prescrito o besilato de anlodipino. Em 2018, com a mudança de prescritor, o clonazepam foi substituído pelo

bromazepam e, a pedido da paciente (devido ao aumento de peso), a sertralina foi substituída pela Fluoxetina. Desde então faz acompanhamento psiquiátrico a cada 3 meses e psicológico a cada 2 meses. Em meados de 2018, após desconfortos estomacais, os exames confirmaram gastrite, esteatose hepática e cálculo biliar. Foi prescrito, em questão, esomeprazol por 28 dias. Com a persistência dos sintomas, a paciente passou a se automedicar com omeprazol. Durante a entrevista afirmou ter problemas com a adesão a terapia farmacológica. A paciente se autodeclara intolerante à laticínios, com queixas de constipação, além de ansiedade e dificuldades de adesão ao antidepressivo.

A depressão é uma desordem heterogênea caracterizada por alterações do humor geralmente acompanhadas de sintomas cognitivos, comportamentais e somáticos, e é influenciada por múltiplos fatores como gênero, idade, condições sociais, presença de fatores estressores, polimorfismo genético e variações hormonais⁽¹⁶⁾. A prevalência da depressão é duas vezes maior em mulheres do que em homens, devido as diferenças entre os fatores psicológicos, neuroquímicos, anatômicos, personalidade e a variável considerada determinante nesta prevalência são as alterações hormonais que ocorrem durante o ciclo reprodutivo da mulher ^(17,18).

Os estágios finais da vida reprodutiva da mulher, o climatério e a menopausa, são marcados pela redução dos níveis de 17 β -estradiol, hormônio sexual com atividade anti-inflamatória, neuroprotetora e cardioprotetora⁽¹⁹⁾. Ademais, mulheres negras entram na menopausa mais cedo, um risco adicional para o desenvolvimento da depressão nessa população⁽²⁰⁾, e apresentam biomarcadores inflamatórios mais elevados em comparação as caucasianas no período que antecede a menopausa⁽²¹⁾.

A redução dos níveis de 17- β estradiol favorece o aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias (interleucina-6 - IL-6 e fator de necrose tumoral alfa TNF- α) e redução das citocinas anti-inflamatórias (interleucina-10) e consequente instalação do processo inflamatório de baixo grau⁽²²⁾. O aumento das citocinas inflamatórias durante a menopausa são responsáveis pela desregulação do *feedback* negativo no eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal (HHA) levando à hipercortisolemia, aumento da liberação do hormônio liberador de corticotropina e redução da resposta dos receptores glicocorticoides, alterações que estão envolvidas com os sinais e sintomas comportamentais observados em pacientes com depressão⁽²³⁾.

Além da depressão, as mulheres na pós-menopausa são mais propensas a desenvolver outras doenças como obesidade, hipertensão e dislipidemia provavelmente devido à combinação dos fatores como redução hormonal, envelhecimento ⁽²⁴⁾ e estilo de vida⁽²⁵⁾.

Por conseguinte, o extenso histórico clínico da paciente e os valores mensurados durante o acompanhamento evidenciaram obesidade grau 2 (35, 9 Kg/m²) com circunferência abdominal elevada (90 cm, risco elevado de doenças cardiovasculares), hipertensão arterial sistêmica (130x 80 mmHg), hipertrigliceridemia (258 mg/dl), presença de resistência à insulina (índice Tyg: 9,44) (Tabela 1) e esteatose hepática gordurosa não alcoólica. Esse conjunto de dados inferem a presença de síndrome metabólica (SM), além de favorecer o desenvolvimento de eventos cardiovasculares mais graves⁽²⁶⁾.

Tabela 1. Dados gerais da paciente obtidos dos exames laboratoriais e mensurados durante o acompanhamento farmacoterapêutico

PARÂMETROS AFERIDOS			
Altura	1, 54 cm		
Peso *	85,37 Kg		
Circunferência abdominal	90 cm		
Índice de massa corpórea	35, 9 Kg/m ²		
Pressão arterial *	130 x 80 mmHg		
(oscilações a partir da 7 ^ª consulta 140 x 80 mmHg)			
EXAMES LABORATORIAIS			
DOSAGENS SÉRICAS	JULHO/ 2018	MARÇO/2019	VALORES DE REFERÊNCIA
Glicemia	98 mg/dL	107 mg/dL	<100 mg/dL
Glicemia pós-prandial	xx	109 mg/dL	<160 mg/dL
Hemoglobina glicada	xx	6,5 mg/dL	< 7,0 mg/dL
Triglicerídeos	258 mg/dl	203 mg/dL	<150 mg/dL
HDL	54 mg/dl	80 mg/dL	>60 mg/dL
LDL	104,4 mg/dl	138 mg/dL	<130 mg/dL
VLDL	51, 6 mg/dL	34 mg/dL	<40 mg/dL
Índice TyG	9,44	9,2	<4,5

HDL: lipoproteínas de alta densidade; LDL: lipoproteínas de baixa densidade; VLDL: lipoproteínas de densidade muito baixa.* parâmetros obtidos pela média dos valores das 15 consultas.

A prevalência de SM entre pessoas mais velhas deprimidas é maior em comparação a pessoas sem sintomas depressivos, existindo uma relação bidirecional entre depressão e o aumento de SM⁽²⁷⁾. Os mecanismos fisiopatológicos que podem explicar esta relação são: a) na depressão a hipercortisolemia ativa o sistema nervoso autônomo simpático promovendo acúmulo da gordura visceral, desregulação do metabolismo de carboidratos e elevação da pressão arterial⁽²⁸⁾; b) a depressão está intimamente relacionada com a inflamação crônica ⁽²²⁾; a redução de enzimas antioxidantes desencadeando o estresse oxidativo⁽²⁹⁾; e à resistência à insulina⁽³⁰⁾; ; c) os indivíduos com depressão são

sedentários, apresentam alimentação inadequada e distúrbios do sono em conjunto todos esses fatores favorecem o desenvolvimento da SM em pacientes com depressão. E a presença de obesidade e SM exercem efeito sinérgico na piora do quadro depressivo⁽³¹⁾.

Ademais, a depressão é considerada um fator de risco altamente prevalente associada ao aumento da mortalidade por doença cardiovascular, além de afetar o tratamento e o prognóstico dessas condições clínicas⁽³²⁾. Uma vez que a depressão pode influenciar negativamente o curso de doenças cardiometabólicas, pode comprometer também a adesão ao tratamento pela maior exposição a reações adversas e interações, contribuindo para o abandono da terapia medicamentosa⁽³²⁾.

Como descrito na história clínica da paciente, seu contexto médico é marcado por acontecimentos que a expuseram a diferentes tratamentos farmacológicos, e no início do acompanhamento, sua farmacoterapia estava voltada para o tratamento da depressão (cloridrato de fluoxetina e bromazepam), da hipertensão (besilato de anlodipino) e da hipertrigliceridemia (sinvastatina) (Tabela 2).

O uso da fluoxetina, segundo a paciente, demonstrou melhores efeitos no controle das crises depressivas que até então eram persistentes. Este inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS), apresenta a capacidade de aumentar a plasticidade dos neurônios e melhorar a anedonia nos quadros depressivos, especialmente quando combinado ao exercício físico⁽³³⁾.

A ansiedade frequentemente co-ocorre com o transtorno depressivo, e indivíduos afetados por ambos transtornos em geral, têm desfechos mais desfavoráveis com maior comprometimento funcional e redução da qualidade de vida, do que qualquer um dos transtornos isoladamente⁽³⁴⁾. O bromazepam é frequentemente adicionado no início da farmacoterapia para melhorar a insônia e a adesão medicamentosa, porém, no geral, é recomendado que deve ser gradualmente descontinuado após o progresso do tratamento devido seu elevado risco de causar dependência⁽³⁵⁾. A paciente utiliza esse medicamento a cerca de um ano e relatou ter dificuldades no fracionamento do bromazepam e na adesão a terapia antidepressiva.

Tabela 2. Farmacoterapia da paciente para o tratamento da depressão, hipertensão e hipertrigliceridemia

FÁRMACO	CLASSE	POSOLOGIA	PRESCRIÇÃO MÉDICA
Cloridrato de Fluoxetina 20mg	Antidepressivo ISRS	1 comprimido após o almoço/ 1 ano	sim
Bromazepam 3mg	Benzodiazepínico	1/2 comprimido à noite/ 1 ano	sim
Besilato de Anlodipino 10mg	Anti-hipertensivo Bloqueador de canal de Ca ²⁺	1 comprimido à noite, antes de dormir/ 2 anos	sim
Omeprazol 20mg	Inibidor da bomba de prótons	1 comprimido pela manhã, em jejum/ 1 ano	não*
Sinvastatina 40mg	Estatina	1 comprimido à noite, antes de dormir/ 1 mês	sim

ISRS: Inibidores seletivos da recaptação de serotonina; **Ca²⁺:** cálcio; * automedicação sem orientação de qualquer profissional de saúde

No início do acompanhamento (consulta 1) a paciente estava em um quadro de depressão grave (PHQ-9: score 22; ideal scores ≤ 5) possivelmente relacionada a baixa adesão ao tratamento (BaMQ: score 0,96; ideal (N/P>1), evidenciando a falha de terapia antidepressiva (Figura 1). A adesão a farmacoterapia é um fator decisivo no sucesso terapêutico da depressão, entretanto esta é muitas vezes insatisfatória, o que prejudica consideravelmente o tratamento⁽³⁶⁾. Sendo assim, algumas medidas foram aplicadas para melhorar essa adesão, através de orientações acompanhadas de medidas educativas como folheto informativo, materiais lúdicos para lembrete de administração de todos os medicamentos, organização dos medicamentos com orientações sobre o correto armazenamento e materiais de apoio para partição adequada do bromazepam.

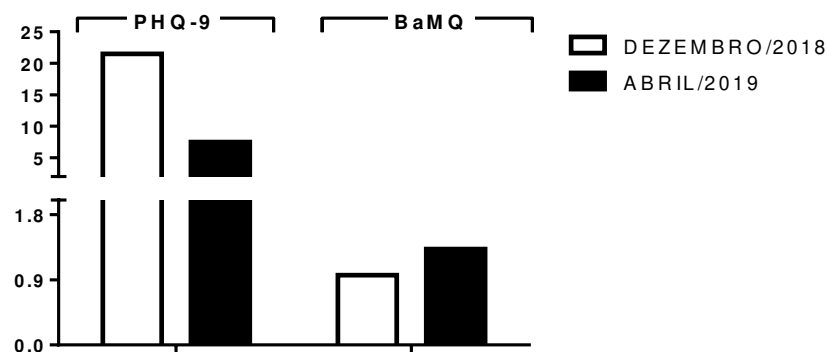


Figura 1: Resultado dos questionários *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* e *Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)* antes e depois das intervenções: PHQ – 9: Score - 22

(depressão grave); Score 7 (depressão leve); *BMQ*: $N/P < 1$ (menor tendência a aderir ao tratamento); $N/p > 1$ (maior tendência a aderir ao tratamento).

Para a hipertensão arterial sistêmica (HAS) o uso de bisilato de anlodipino em monoterapia é a primeira opção nos casos de hipertensão leve⁽³⁷⁾. No início das primeiras consultas não foram observadas alterações na pressão arterial (PA) (120 x 80 mmHg), entretanto ocorreram oscilações consideráveis a partir da 7ª consulta (130 x 80 mmHg a 140 x 80 mmHg) até o final do acompanhamento (Tabela 1). O controle da PA é importante na redução da morbi-mortalidade cardiovascular de pacientes hipertensos, e uma das estratégias utilizadas neste sentido é o emprego da combinação de fármacos com diferentes mecanismos de ação, visto que a HAS apresenta uma fisiopatologia complexa o que torna mais difícil seu controle na monoterapia⁽³⁸⁾. Neste momento foi sugerido a necessidade de realizar uma nova consulta e exames a fim de investigar a incorporação de novo medicamento que, combinado, poderá ter maior impacto sobre o controle da PA, também não sendo descartada a não adesão a terapia anti-hipertensiva durante o monitoramento.

Após o resultado dos últimos exames laboratoriais, foi prescrito pelo médico, sinvastatina por três meses, para tratar o quadro de dislipidemia da paciente (Tabela 2). A sinvastatina é utilizada especialmente nas populações de maior risco cardiovascular^(39,40). Contudo, essa estatina, quando incorporada à politerapia da paciente, deve ser monitorada uma vez que foi observado interação medicamentosa grave com o Anlodipino, pois administração concomitante pode elevar a concentração plasmática de sinvastatina e aumentar o risco de miopatia e rabdomiólise⁽⁴¹⁾. Durante o acompanhamento, esta possível interação foi acompanhada, não sendo observado nenhuma alteração característica de lesão, entretanto o monitoramento deve ser considerado ao longo do tratamento.

Dessa forma, após a avaliação da terapia prescrita algumas medidas não farmacológicas foram aplicadas para complementar a farmacoterapia, como caminhadas leves e as orientações nutricionais realizadas conjuntamente com o nutricionista presente no acompanhamento da paciente, visando somar com a terapia medicamentosa e reduzir suas queixas iniciais. Assim, o tratamento farmacológico associado as mudanças nutricionais direcionadas como consumo de dietas ricas em frutas, vegetais, com redução de carboidratos e gorduras e restrição de sódio, reduzem a PA de pacientes hipertensos,

favorecem a perda de peso, o controle da glicemia, além de contribuir com a melhora do quadro de dislipidemia, esteatose hepática não alcoólica e intolerância a lactose^(40,42)

No contexto da depressão, o exercício físico reduz o processo inflamatório periférico, a neuroinflamação, os sintomas depressivos, além de melhorar a perda da cognição que persiste mesmo após o tratamento com antidepressivos^(43,44). O exercício físico atua sobre o metabolismo do triptofano aumentando a expressão do coativador 1 alfa do receptor ativado (PGC-1 α) que interfere na via da quinurenina. PGC-1 α exerce seu efeito neuroprotetor e anti-inflamatório ao reduzir a produção das citocinas pró- inflamatórias (IL-6 e TNF- α) que indiretamente inibe a atividade da enzima indolamina 2,3 dioxigenase favorecendo síntese do neurotransmissor serotonina, a partir do triptofano, além de reduzir a entrada do ácido quinolínico metabolito neurotóxico no sistema nervoso central⁽⁴⁵⁾.

Além do mais, a prática regular de exercícios físicos promove uma série de benefícios como melhora da ansiedade⁽⁴⁶⁾, aumento das funções cognitivas e neuroplasticidade⁽⁴⁷⁾, redução da resistência à insulina, redução da adiposidade e doença hepática gordurosa não alcoólica⁽⁴⁸⁾, melhora a função do endotélio vascular com consequente redução de doenças cardiovasculares⁽⁴⁸⁾.

Além da terapia prescrita, a paciente relatou fazer automedicação de omeprazol devido persistência dos sintomas iniciais da gastrite diagnosticada há um ano e após tratamento com esomeprazol. Estes fármacos fazem parte da classe dos inibidores de bomba de prótons (IBP's) e seu uso é conduzido até 12 semanas excetuando o tratamento de distúrbios crônicos do trato gastrointestinal. Apesar de serem fármacos que necessitam de prescrição médica, passaram a ser indiscriminadamente vendidos e utilizados, induzidos especialmente pela automedicação⁽⁵⁰⁾. Após a análise da farmacoterapia da paciente e o histórico descrito, foi observado o uso indiscriminado de Omeprazol, configurando um PRM – 2 – necessidade. A automedicação pode causar reações adversas a medicamento (RAM's), que neste caso está relacionado à dose cumulativa e ao tempo de uso do medicamento (RAM C – crônico)⁽⁵¹⁾.

O uso prolongado de Omeprazol reduz a absorção de cálcio, vitamina B₁₂ e outros nutrientes devido à hipocloridria prolongada, e está associado a evidências crescentes de eventos adversos como fraturas ósseas, pneumonia, hipomagnesemia e doenças renais⁽⁵²⁾. E recentemente os IBP foram associados ao risco de desenvolvimento de demência, provavelmente relacionado ao déficit de vitamina B₁₂, formação das proteínas TAU

(estabilizadoras dos microtúbulos neuronais que quando aglomeradas, pelo aumento da fosforilação, geram disfunção neuronal e morte celular) e acúmulo de placas β -amiloide culminado com o declínio cognitivo⁽⁵³⁾. Diante deste cenário foi orientada a suspensão gradual do omeprazol para evitar a acidez rebote, além da falta de indicação médica e consequente uso irracional. Neste momento a paciente foi orientada a realizar uma nova consulta com o gastroenterologista para avaliar a necessidade de um novo tratamento para a gastrite bem como a necessidade de medidas cirúrgicas para retirada do cálculo biliar.

Os instrumentos utilizados durante o acompanhamento para avaliar a depressão (PHQ-9), a adesão ao tratamento (BaMQ) (Figura 1) e a qualidade de vida (SF- 36) (Figura 2) antes e após as intervenções, foram organizados comparando os dois períodos, no início e no final do acompanhamento (dezembro/2018 e abril/2019). Como observado na Figura 1, tanto a gravidade da depressão quanto a adesão ao tratamento sofreram mudanças positivas, o que refletiu diretamente na melhora da qualidade de vida da paciente com o aumento de todos os domínios avaliados (Figura 2) ao final do acompanhamento farmacoterapêutico. Tais resultados são considerados positivos na presença de um transtorno mental, visto que a depressão está intimamente associada à redução da qualidade de vida de um indivíduo gerada principalmente pelo comprometimento cognitivo (baixa memória, aprendizado, concentração), que contribuem para a incapacidades funcionais e ocupacionais⁽⁵⁴⁾.

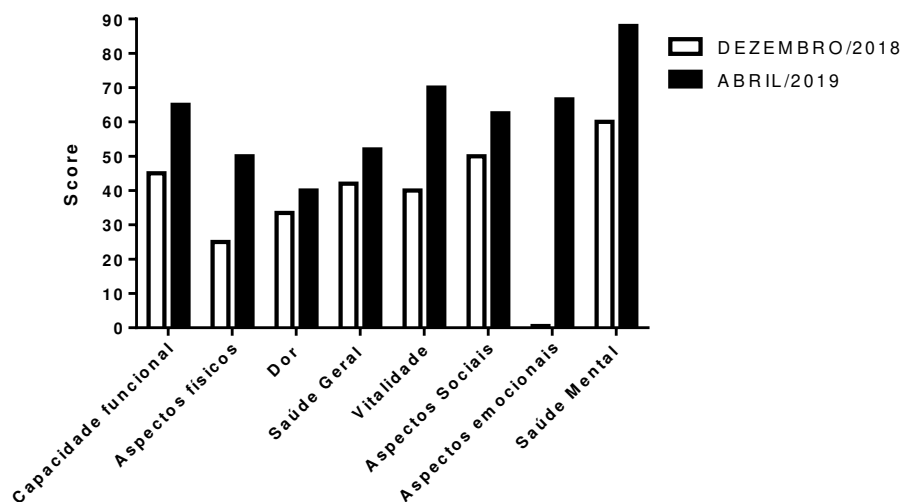


FIGURA 2: Resultado do questionário *Medical Outcome Study 36-item Short Form (MOS SF-36)* antes e depois do das intervenções. Cálculo do Raw Scale onde as notas dos questionários aplicados são transformadas em oito domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem). Onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio avaliado.

Entretanto, apesar da melhora na adesão (Figura 1) ocorreram oscilações na PA da paciente, indicando um PRM – 3 – de efetividade, evidenciado a necessidade da incorporação ou troca da medicação anti-hipertensiva pelo prescritor na próxima consulta ⁽³⁸⁾. Os dados de PA foram coletados para serem apresentados para o prescritor na próxima avaliação da paciente.

Além disso, os últimos exames de imagem da paciente demonstraram ausência de esteatose hepática, como consequência direta de melhores hábitos de vida e nutricionais adotados, bem como menor valor de TG (203 mg/dL) (Tabela 2). A paciente adotou melhor cuidado em relação à sua saúde mental, participando mais ativamente de atividades em grupos, visitas familiares, e as orientações educacionais propostas para armazenamento e descarte dos medicamentos, foram prontamente acolhidas.

Ao término do acompanhamento farmacoterapêutico, além de observar os resultados positivos em relação as intervenções farmacêuticas pactuadas com a paciente, observou-se a necessidade de prosseguir com o cuidado farmacêutico, uma vez que estamos diante do tratamento de doenças crônicas. Somando-se à estas, as intervenções não farmacológicas foram medidas complementares que interferiram positivamente à terapia medicamentosa, contribuindo para diminuição das queixas iniciais da paciente e para melhora de sua qualidade de vida.

CONCLUSÕES

O presente trabalho realizado a partir de um acompanhamento farmacoterapêutico para avaliar o caso de uma paciente com transtorno depressivo, demonstrou resultados positivos em todos os quesitos e melhora condicional de estilo de vida, hábitos diários e adesão à terapia medicamentosa, melhorando a qualidade de vida da mesma. Além disso, veio fortalecer a importância deste profissional no cenário das multimorbidades e da politerapia, especialmente no que se refere às doenças crônicas. O farmacêutico é o profissional de saúde, e seu preparo educacional e profissional deve perpassar por todas as áreas, principalmente em saúde mental. Promover o cuidado farmacêutico é imprescindível para, dentre outros, auxiliar na farmacoterapia e melhorar as condições de saúde do usuário.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization(WHO).Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates–2017.[cited 2019 ago 25].Availablefrom:https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/
2. Ruiz NAL, Del Ángel DS, Olgún HJ, Silva ML. Neuroprogression: the hidden mechanism of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018;14:2837-2845. Published 2018 Oct 30. doi:10.2147/NDT.S177973.
3. World Health Organization. Ministério da Saúde (BR). A report of the assessment of the mental health system in Brazil using the World Health Organization – Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) [Internet]. Brasília (DF): World Health Organization; 2007. [cited 2019 jan 26] 51 p. Available from:http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf.
4. Cizil M, Beluco, A. As contribuições da terapia cognitivo comportamental no tratamento da depressão. *Rev. UNINGA.* jan./mar. 2019.Maringá, v. 56, n. S1, p. 33-42.
5. American Psychiatric Association (APA) DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders] Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5®. 5ª Edition. American Psychiatric Association; 2014.
6. Stahl SM. Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas / Stephen M. Stahl; tradução Patricia Lydie Voeux; revisão técnica Irismar Reis de Oliveira. – 4. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
7. Loyola Filho AI, Castro-Costa E, Firmo JOA, Peixoto SV. Tendências no uso de antidepressivos entre idosos mais velhos: Projeto Bambuí. *Rev Saúde Publica.* 2014 dez;48(6):857-65.
8. Monteiro VFF. Perfil dos Medicamentos Ansiolíticos Atendidos na Farmácia Municipal de Campos dos Goytacazes – RJ no ano de 2008. [monography].66f. Campos de Goytacazes: Faculdade de Medicina de Campos; 2008.
9. Cunha MF, Gandini RC. Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão. *Psic.: Teor. e Pesq.,* 2009.Brasília, v. 25, n. 3, p. 409-418.

10. Gunn JM, Ayton DR, Densley K, Pallant JF, Chondros P, Herrman HE, et al. The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(2)
11. Gomes, EF. Importância da Assistência e da atenção farmacêutica aplicada a pacientes com transtornos mentais. 2013.86f.[monography]Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Espírito Santo, 2013.
12. Sanchez K, Eghaneyan B, Trivedi M. Depression Screening and Education: Options to Reduce Barriers to Treatment (DESEO): protocol for an educational intervention study. *BMC Health Services Research*, 2016, Volume 16, Number 1.
13. Ell K, Katon W, Cabassa LJ, Xie B, Lee PJ, Kapetanovic S, Guterman J. Depression and diabetes among low-income Hispanics: Design elements of a socio-culturally adapted collaborative care model randomized controlled trial. *Int J Psychiatr Med.* 2009;39(2):113–32
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 308 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica ; caderno 2.
15. Vasques AC, Novaes FS, de Oliveira Mda S, Souza JR, Yamanaka A, Pareja JC, et al. TyG index performs better than HOMA in a Brazilian population: a hyperglycemic clamp validated study. *Diabetes research and clinical practice.* 2011;93(3):e98-e100.
16. Bromberger JT, Epperson CN. Depression During and After the Perimenopause: Impact of Hormones, Genetics, and Environmental Determinants of Disease. *Obstet Gynecol Clin North Am*, Dec 2018.v. 45, n. 4, p. 663-678, ISSN 0889-8545.
17. Grigoriadis S, Robinson GE. Gender issues in depression. *Ann Clin Psychiatry*, Oct-Dec 2007.v. 19, n. 4, p. 247-55. ISSN 1040-1237.
18. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull*, Aug 2017.v. 143, n. 8, p. 783-822. ISSN 0033-2909.

19. Arevalo MA, Azcoitia I, Garcia-Segura LM. The neuroprotective actions of oestradiol and oestrogen receptors. *Nat Rev Neurosci*, Jan 2015 v. 16, n. 1, p. 17-29. ISSN 1471-003x.
20. Georgakis MK, Thomopoulos TP, Diamantaras AA, Kalogirou EI, Skalkidou A, Daskalopoulou SS, et al. Association of Age at Menopause and Duration of Reproductive Period With Depression After Menopause: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2016;73(2):139-49.
21. Nowakowski ACH, Graves KY. Does Inflammation Mediate Relationships Between Racial Identity and Onset of Menopause Among US Adults? *J Racial Ethn Health Disparities*, Dec 2017 v. 4, n. 6, p. 1128-1137. ISSN 2196-8837.
22. Kohler-Forsberg O, Buttenschon HN, Tansey KE, Maier W, Hauser J, Dernovsek MZ, et al. Association between C-reactive protein (CRP) with depression symptom severity and specific depressive symptoms in major depression. *Brain, behavior, and immunity*. 2017;62:344-50.
23. Suarez EC, Sundry JS, Erkanli A. Depressogenic vulnerability and gender-specific patterns of neuro-immune dysregulation: What the ratio of cortisol to C-reactive protein can tell us about loss of normal regulatory control. *Brain Behav Immun*, Feb 2015 v. 44, p. 137-47. ISSN 0889-1591.
24. de Kat AC, Dam V, Onland-Moret NC, Eijkemans MJ, Broekmans FJ, van der Schouw YT. Unraveling the associations of age and menopause with cardiovascular risk factors in a large population-based study. *BMC medicine*. 2017;15(1):2.
25. Blumel JE, Fica J, Chedraui P, Mezones-Holguin E, Zuniga MC, Witis S, et al. Sedentary lifestyle in middle-aged women is associated with severe menopausal symptoms and obesity. *Menopause (New York, NY)*. 2016;23(5):488-93.
26. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2018. 47, pp. 1-5.
27. Pan A, Sun Q, Czernichow S, Kivimaki M, Okereke OI, Lucas M, et al. Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *International journal of obesity (2005)*. 2012;36(4):595-602.
28. Carney RM, Freedland KE, Veith RC. Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease. *Psychosom Med*, May-Jun 2005.v. 67 Suppl 1, p. S29-33. ISSN 0033-3174.

29. Kodydkova J, Vavrova L, Zeman M, Jirak R, Macasek J, Stankova B, et al. Antioxidative enzymes and increased oxidative stress in depressive women. *Clinical biochemistry*. 2009;42(13-14):1368-74.
30. Kan C, Silva N, Golden SH, Rajala U, Timonen M, Stahl D, et al. A systematic review and meta-analysis of the association between depression and insulin resistance. *Diabetes care*. 2013;36(2):480-9.
31. Moazzami K, Lima BB, Sullivan S, Shah A, Bremner JD, Vaccarino V. Independent and joint association of obesity and metabolic syndrome with depression and inflammation. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2019;38(7):586-95.
32. Lasserre AM, Strippoli M-PF, Glaus J, Gholam-Rezaee Vandeleur CL, Castelao E, Marques-Vidal P, Waeber G, Vollenweider P, Preisig M. Prospective associations of depression subtypes with cardio-metabolic risk factors in the general population. *Molecular Psychiatry*, 2017 volume22, pages1026–1034.
33. Hill AS, Sahay A, Hen R. Increasing adult hippocampal neurogenesis is sufficient to reduce anxiety and depression-like behaviors. *Neuropsychopharmacology*, 2015, pp. 2368-2378, 10.1038/npp.2015.85
34. Zhou Y, Cao Z, Yang M, Xi X, Guo Y, Fang M, et al. Comorbid generalized anxiety disorder and its association with quality of life in patients with major depressive disorder. *Scientific reports*. 2017;7:40511.
35. McIntyre RS, Weiller E, Zhang P, Weiss C. Brexpiprazole as adjunctive treatment of major depressive disorder with anxious distress: Results from a post-hoc analysis of two randomised controlled trials. *J Affect Disord*. 2016;201:116. Epub 2016 May 12.
36. Keyloun KR, Hansen RN, Hepp Z, Gillard P, Thase ME, Devine EB. Adherence and Persistence Across Antidepressant Therapeutic Classes: A Retrospective Claims Analysis Among Insured US Patients with Major Depressive Disorder (MDD). *CNS Drugs*. 2017 31: 421.
37. Malachias MVB, Jardim PCV, Almeida FA, Júnior E, Feitosa GS. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 7 - Tratamento Medicamentoso. *Arq. Bras. Cardiol. set.* 2016. São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, p. 35-43.

38. Póvoa RB, Weimar S, Brandão, AA, Jardim, PCV, Barroso et al. I Brazilian Position Paper on Antihypertensive Drug Combination. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2014 102(3), 203-210.
39. Chou R, Dana T, Blazina I, Daeges M, Jeanne TL. Statins for Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 15 de novembro de 2016;316(19):2008–24.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Relatório - CONITEC. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. Janeiro, 2019. [cited 2019 maio 09]
Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_P_CDT_Dislipidemia_CP04_2019.pdf
41. Schroder J, Goltz L, Knoth H. [Medication management: Simvastatin and Amlodipin - a clinically relevant drug-interaction?]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*. 2016;141(21):1575-7
42. de la Iglesia R, Loria-Kohen V, Zulet MA, Martinez JA, Reglero G, Ramirez de Molina A. Dietary Strategies Implicated in the Prevention and Treatment of Metabolic Syndrome. *International journal of molecular sciences*. 2016;17(11).
43. Shilyansky C, Williams LM, Gyurak A, Harris A, Usherwood T, Etkin A. Effect of antidepressant treatment on cognitive impairments associated with depression: a randomised longitudinal study. *The lancet Psychiatry*. 2016;3(5):425-35.
44. Gourgouvelis J, Yelder P, Murphy B. Exercise Promotes Neuroplasticity in Both Healthy and Depressed Brains: An fMRI Pilot Study. *Neural Plast*, v. 2017, p. 8305287, 2017. ISSN 1687-5443.
45. Ignacio ZM, da Silva RS, Plissari ME, Quevedo J, Reus GZ. Physical Exercise and Neuroinflammation in Major Depressive Disorder. *Molecular neurobiology*. 2019.
46. Stubbs B, Vancampfort D, Rosenbaum S, Firth J, Cosco T, Veronese N, et al. An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis. *Psychiatry research*. 2017;249:102-8.
47. Karssemeijer EGA, Aaronson JA, Bossers WJ, Smits T, Olde Rikkert MGM, Kessels RPC. Positive effects of combined cognitive and physical exercise training

on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A meta-analysis. *Ageing research reviews*. 2017;40:75-83.

48. Abdelbasset WK, Tantawy SA, Kamel DM, Alqahtani BA, Soliman GS. A randomized controlled trial on the effectiveness of 8-week high-intensity interval exercise on intrahepatic triglycerides, visceral lipids, and health-related quality of life in diabetic obese patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Medicine*. 2019;98(12):e14918.

49. Orsano VSM, de Moraes W, de Sousa NMF, de Moura FC, Tibana RA, Silva AO, et al. Comparison of the acute effects of traditional versus high velocity resistance training on metabolic, cardiovascular, and psychophysiological responses in elderly hypertensive women. *Clinical interventions in aging*. 2018;13:1331-40.

50. Morschel CF, Mafra D, Eduardo JCC. The relationship between proton pump inhibitors and renal disease. *Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.)* 2018;40(3):301-306.

51. Correr CJ, Otuki MF. *Método Clínico de Atenção Farmacêutica*. Março, 2011.

52. Schnoll-Sussman F, Katz PO. Clinical Implications of Emerging Data on the Safety of Proton Pump Inhibitors. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2017;15:1-9.

53. Forgerini M, Mieli S, Mastroianni PC. Safety assessment of omeprazole use: a review. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*. 2018;136(6):557-70.

54. Pan Z, Park C, Brietzke E, Zuckerman H, Rong C, Mansur R, Fus D, Subramaniapillai M, Lee Y, McIntyre R. Cognitive impairment in major depressive disorder. *CNS Spectrums*, 2019. 24(1), 22-29. doi:10.1017/S1092852918001207.

REFERÊNCIAS

1. ABDELBASSET WK, TANTAWY SA, KAMEL DM, ALQAHTANI BA, SOLIMAN GS. A randomized controlled trial on the effectiveness of 8-week high-intensity interval exercise on intrahepatic triglycerides, visceral lipids, and health-related quality of life in diabetic obese patients with nonalcoholic fatty liver disease. **Medicine**. 2019;98(12):e14918.
Acesso em: 03 dez. 2018.
2. ALMEIDA, E. O.; VERSIANI, E. R.; DIAS, A. R.; NOVAES, M. R. C. G.; TRINDADE, E. M. V. Adesão ao tratamento entre idosos. **Comunicação em Ciências da Saúde, Brasília**, v. 18, n. 3, p. 57-67, 2007.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) [DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders] Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5®. 5ª Edition. **American Psychiatric Association**; 2014.
4. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION** (APA) DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders] Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5®. 5ª Edition. American Psychiatric Association; 2014.
5. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Antidepressivos no Transtorno Depressivo Maior em Adultos. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS)**. Ano VI, n. 18, 2012. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/brats_18.pdf Acesso em: 03 dez. 2018
6. AREVALO MA, AZCOITIA I, GARCIA-SEGURA LM. The neuroprotective actions of oestradiol and oestrogen receptors. **Nat Rev Neurosci**, Jan 2015 v. 16, n. 1, p. 17-29. ISSN 1471-003x.
7. BÄCHLE, C.; LANGE, K.; STAHL-PEHE, A.; CASTILLO, K.; SCHEUING, N.; HOLL, R. W.; et al. Symptoms of eating disorders and depression in emerging adults with early-onset, long-duration type 1 diabetes and their association with metabolic control. **PLoS One**. 2015 Jun;10(6):e0131027.
8. BARLOW, D. H. Psicopatologia: uma abordagem integrada. São Paulo: **Cengage learning**, 2009.

9. BAUER, M.; WHYBROW, P.C.; MÖLLER, H-J.; VERSIANI, M.; ANGST, J. Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares. 1ª parte: tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, supl. 2, São Paulo, 2009.
10. BELMAKER, R. H.; AGAM, G. Invited review: Major Depressive Disorder. **New England Journal of Medicine, Mechanisms of Disease**. 2008. 385:47-60.
11. BLUMEL JE, FICA J, CHEDRAUI P, MEZONES-HOLGUIN E, ZUNIGA MC, WITIS S, et al. Sedentary lifestyle in middle-aged women is associated with severe menopausal symptoms and obesity. **Menopause (New York, NY)**. 2016;23(5):488-93.
12. BOLAND, R. J.; KELLER, M. B. Course and outcome of depression. In: Gotlib IH, Hammen CL, editors. Handbook of Depression. 2 New York: Guilford; 2009. pp. 23–43.
13. **Brasil**. Ministério da Saúde (MS). Relatório - CONITEC. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. Janeiro, 2019. [cited 2019 maio 09]
Availablefrom::http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_PCDT_Dislipidemia_CP04_2019.pdf
14. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília, 2005.
15. **BRASIL**. Ministério da saúde. Relatório mundial da saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Direção-Geral da Saúde/OMS, Lisboa, 1ª edição, 205p, 2002.
16. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014; 308 p.
17. **Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos

- Estratégicos. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 308 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica ; caderno 2.
18. BROMBERGER JT, EPPERSON CN. Depression During and After the Perimenopause: Impact of Hormones, Genetics, and Environmental Determinants of Disease. **Obstet Gynecol Clin North Am**, Dec 2018.v. 45, n. 4, p. 663-678, ISSN 0889-8545.
 19. CARNEY RM, FREEDLAND KE, VEITH RC. Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease. **Psychosom Med**, May-Jun 2005.v. 67 Suppl 1, p. S29-33. ISSN 0033-3174.
 20. CHOU R, DANA T, BLAZINA I, DAEGES M, JEANNE TL. Statins for Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. **JAMA**. 15 de novembro de 2016;316(19):2008–24.
 21. CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA M. R. Tradução Para a Língua Portuguesa e validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de vida Sf-36 (Brasil Sf-36). **Rev Bras Reumatol**. 1997.
 22. CIZIL M, BELUCO, A. As contribuições da terapia cognitivo comportamental no tratamento da depressão. **Rev. UNINGA**. jan./mar. 2019.Maringá, v. 56, n. S1, p. 33-42.
 23. CLEARE, A.; PARIANTE, C. M.; YOUNG, A. H.; et al. Members of the Consensus Meeting Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. **J Psychopharmacol**. 2015;29(5):459–525.
 24. CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **Método Clínico de Atenção Farmacêutica**. Março, 2011.
 25. CORYELL, W.; WINOKUR, G. Visão geral dos transtornos do humor. 2018. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/transtornos-do-humor/vis%C3%A3o-geral-dos-transtornos-do-humor> Acesso em: 06 dez. 2018.

26. COUTINHO, M. B. Atuação farmacêutica no campo de saúde mental: uma revisão da literatura. João Pessoa – PB, 2015.
27. CUNHA MF, GANDINI RC. Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão. **Psic.: Teor. e Pesq.**, 2009. Brasília, v. 25, n. 3, p. 409-418.
28. CUNHA, MARINES DE FÁTIMA; GANDINI, RITA DE CÁSSIA. Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 409-418, Sept. 2009 .
29. DE KAT AC, DAM V, ONLAND-MORET NC, EIJKEMANS MJ, BROEKMANS FJ, VAN DER SCHOUW YT. Unraveling the associations of age and menopause with cardiovascular risk factors in a large population-based study. **BMC medicine**. 2017;15(1):2.
30. DE LA IGLESIA R, LORIA-KOHN V, ZULET MA, MARTINEZ JA, REGLERO G, RAMIREZ DE MOLINA A. Dietary Strategies Implicated in the Prevention and Treatment of Metabolic Syndrome. **International journal of molecular sciences**. 2016;17(11).
31. DERRY, H. M.; PADIN, A. C.; KUO, J. L.; HUGHES, S.; KIECOLT-GLASER, J. K. Sex Differences in Depression: Does Inflammation Play a Role?. **Curr Psychiatry Rep**. 2015;17(10):78.
Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
32. ELL K, KATON W, CABASSA LJ, XIE B, LEE PJ, KAPETANOVIC S, GUTERMAN J. Depression and diabetes among low-income Hispanics: Design elements of a socio-culturally adapted collaborative care model randomized controlled trial. **Int J Psychiatr Med**. 2009;39(2):113–32
33. FERRANS, C. E. Development of a conceptual model of quality of life. **Sch Inq Nurs Pract** 1996; 10(3):293-304.
34. FLECK, M. P. A.; BENY, L.; SOUGEY, E. B.; DEL PORTO, J. A.; BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, p.114-122. 2003.
35. FLECK, M. P., BERLIM, M. T., LAFER, B., SOUGEY, E. B., DEL PORTO, J. A., BRASIL, M. A., et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2009;31(Supl I):S7-S17;

36. FORGERINI M, MIELI S, MASTROIANNI PC. Safety assessment of omeprazole use: a review. Sao Paulo medical journal = **Revista paulista de medicina**. 2018;136(6):557-70.
37. FREIRE, E. C.; FEIJÓ, C. F. C.; FONTELES, M. M. F.; SOARES, J. E. S.; CARVALHO, T. M. J. P.. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtorno do humor de centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 34, p. 565-570, 2013.
38. FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia Clínica: Fundamentos da Terapêutica Nacional**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
39. GBD 2015. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, and others. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, 388: 10053. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31678-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31678-6/fulltext) Acesso em: 09 dez. 2018
40. GELENBERG, A. J.; FREEMAN, M. P.; MARKOWITZ, J. C.; et al. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder third edition. **Am J Psychiatry**. 2010;167(10):1.
41. GEORGAKIS MK, THOMOPOULOS TP, DIAMANTARAS AA, KALOGIROU EI, SKALKIDOU A, DASKALOPOULOU SS, et al. Association of Age at Menopause and Duration of Reproductive Period With Depression After Menopause: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA psychiatry**. 2016;73(2):139-49
42. GOMES, EF. **Importância da Assistência e da atenção farmacêutica aplicada a pacientes com transtornos mentais**. 2013.86f.[monography]Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Espírito Santo, 2013.
43. GOTLIB, I.H.; JOORMANN, J. Cognition and depression: current status and future directions. **Annu Rev Clin Psychol**. 2010;6:285-312.
44. GOURGOUVELIS J, YIELDER P, MURPHY B. Exercise Promotes Neuroplasticity in Both Healthy and Depressed Brains: An fMRI Pilot Study. **Neural Plast**, v. 2017, p. 8305287, 2017. ISSN 1687-5443.

45. GRIGORIADIS S, ROBINSON GE. Gender issues in depression. **Ann Clin Psychiatry**, Oct-Dec 2007.v. 19, n. 4, p. 247-55. ISSN 1040-1237.
46. GUIMARÃES, L. M. Série Saúde Mental e Trabalho. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
47. GUNN JM, AYTON DR, DENSLEY K, PALLANT JF, CHONDROS P, HERRMAN HE, et al. The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.** 2012;47(2)
48. GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. **Ann Intern Med** 1993; 118(8):622-629.
49. HELM, K.; VIOL, K.; WEIGER, T. M.; TASS, P. A.; GREFKES, C.; DEL MONTE, D. & SCHIEPEK, G. Neuronal connectivity in major depressive disorder: a systematic review. **Neuropsychiatric disease and treatment**, 2018;14, 2715-2737. doi:10.2147/NDT.S170989
50. HEPLER, C. D., STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am. J. Hosp. Pharm.** 47(3): 533-542, 1990.
51. HILL AS, SAHAY A, HEN R. Increasing adult hippocampal neurogenesis is sufficient to reduce anxiety and depression-like behaviors. **Neuropsychopharmacology**, 2015, pp. 2368-2378, 10.1038/npp.2015.85
52. HOLMES, D. S. Psicologia dos transtornos mentais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
53. IGNACIO ZM, DA SILVA RS, PLISSARI ME, QUEVEDO J, REUS GZ. Physical Exercise and Neuroinflammation in Major Depressive Disorder. **Molecular neurobiology.** 2019.
54. IVAMA, A. M; NOBLAT, M. S. L; CASTRO, N. M; JARAMILLO, N. V. B. V. OLIVEIRA & N. RECH. "Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos: relatório 2001-2002". Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2002.
55. KADRIU, B.; MUSAZZI, L.; HENTER, I. D.; GRAVES, M.; POPOLI, M.; ZARATE, C. A. Glutamatergic Neurotransmission: Pathway to Developing Novel Rapid-Acting Antidepressant Treatments. **International Journal of Neuropsychopharmacology** , 2018, ppy094, <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyy094>

56. KAN C, SILVA N, GOLDEN SH, RAJALA U, TIMONEN M, STAHL D, et al. A systematic review and meta-analysis of the association between depression and insulin resistance. **Diabetes care**. 2013;36(2):480-9.
57. KARSSEMEIJER EGA, AARONSON JA, BOSSERS WJ, SMITS T, OLDE RIKKERT MGM, KESSELS RPC. Positive effects of combined cognitive and physical exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A meta-analysis. **Ageing research reviews**. 2017;40:75-83.
58. KESSLER, R. C.; WANG, P. S. The epidemiology of depression. In: Gotlib IH, Hammen CL, editors. Handbook of Depression. **2 New York: Guilford**; 2009. pp. 5–22.
59. KEYLOUN KR, HANSEN RN, HEPP Z, GILLARD P, THASE ME, DEVINE EB. Adherence and Persistence Across Antidepressant Therapeutic Classes: A Retrospective Claims Analysis Among Insured US Patients with Major Depressive Disorder (MDD). **CNS Drugs**. 2017 31: 421.
60. KODYDKOVA J, VAVROVA L, ZEMAN M, JIRAK R, MACASEK J, STANKOVA B, et al. Antioxidative enzymes and increased oxidative stress in depressive women. **Clinical biochemistry**. 2009;42(13-14):1368-74.
61. KOHLER-FORSBERG O, BUTTENSCHON HN, TANSEY KE, MAIER W, HAUSER J, DERNOVSEK MZ, et al. Association between C-reactive protein (CRP) with depression symptom severity and specific depressive symptoms in major depression. **Brain, behavior, and immunity**. 2017;62:344-50.
62. KRISHNAN, V.; NESTLER, E. J. The molecular neurobiology of depression. **Nature**. 2008;455(7215):894-902.
63. LAM, R. W.; KENNEDY, S. H.; GRIGORIADIS, S.; et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. **Pharmacotherapy. J Affect Disord**. 2009;117(Suppl 1):S26–S43.
64. LASSERRE AM, STRIPPOLI M-PF, GLAUS J, GHOLAM-REZAAE VANDELEUR CL, CASTELAO E, MARQUES-VIDAL P, WAEBER G, VOLLENWEIDER P, PREISIG M. Prospective associations of depression subtypes with cardio-metabolic risk factors in the general population. **Molecular Psychiatry**, 2017 volume22, pages1026–1034.

65. LEITE, L. O. B.; SALGADO, P. R. R.; ROSA, S. P. S.; GONÇALVES, S. A. A.; MEDEIROS, A. P. de.; DIAS, J. M. F.; PAIVA, A. C. C. de. Os principais medicamentos prescritos em centros de atenção psicossocial – CAPS. **Rev Informativo Técnico do Seminário**, v. 10, n. 2, p. 76-91, 2016.
66. LEVY, M. J. F.; BOULLE, F.; STEINBUSCH, H. W.; VAN DEN HOVE, D. L. A.; KENIS, G.; LANFUMEY, L. Neurotrophic factors and neuroplasticity pathways in the pathophysiology and treatment of depression. **Psychopharmacology (Berl)**. 2018;235(8):2195-2220.
67. LOYOLA FILHO AI, CASTRO-COSTA E, FIRMO JOA, PEIXOTO SV. Tendências no uso de antidepressivos entre idosos mais velhos: Projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública**. 2014 dez;48(6):857-65.
68. LUCCHETA, R.C.; MASTROIANNI. Intervenções farmacêuticas na atenção à saúde mental: uma revisão. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v.33, 2012.
69. MALACHIAS MVB, JARDIM PCV, ALMEIDA FA, JÚNIOR E, FEITOSA GS. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 7 - Tratamento Medicamentoso. **Arq. Bras. Cardiol**. set. 2016. São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, p. 35-43.
70. MARQUES, L. X. F.. A intervenção farmacêutica como ferramenta do acompanhamento farmacoterapêutico visando melhor qualidade de vida em portadores de transtornos psicossociais. Teresina – Piauí, 2013.
71. MATIAS, A. G. C.; FONSÊCA, M. A.; GOMES, M. L. F.; MATOS, M. A. A. Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. **Einstein**. 2016 Jan/Mar;14(1):6-11
72. MCINTYRE RS, WEILLER E, ZHANG P, WEISS C. Brexpiprazole as adjunctive treatment of major depressive disorder with anxious distress: Results from a post-hoc analysis of two randomised controlled trials. **J Affect Disord**. 2016;201:116. Epub 2016 May 12.
73. MOAZZAMI K, LIMA BB, SULLIVAN S, SHAH A, BREMNER JD, VACCARINO V. Independent and joint association of obesity and metabolic syndrome with depression and inflammation. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology*, **American Psychological Association**. 2019;38(7):586-95.
74. MONTEIRO VFF. **Perfil dos Medicamentos Ansiolíticos Atendidos na Farmácia Municipal de Campos dos Goytacazes** – RJ no ano de 2008.

- [monography].66f. Campos de Goytacazes: Faculdade de Medicina de Campos; 2008.
75. MORSCHER CF, MAFRA D, EDUARDO JCC. The relationship between proton pump inhibitors and renal disease. **Braz. J. Nephrol.** (J. Bras. Nefrol.) 2018;40(3):301-306.
76. NETO, P. R. O.; BALDONI, A. O.; GUIDONI, C. M. **Farmacoterapia: Guia terapêutico de doenças prevalentes.** São Paulo: Pharmabooks, 2013. 422p.
77. NOWAKOWSKI ACH, GRAVES KY. Does Inflammation Mediate Relationships Between Racial Identity and Onset of Menopause Among US Adults? **J Racial Ethn Health Disparities**, Dec 2017 v. 4, n. 6, p. 1128-1137. ISSN 2196-8837.
78. ORSANO VSM, DE MORAES W, DE SOUSA NMF, DE MOURA FC, TIBANA RA, SILVA AO, et al. Comparison of the acute effects of traditional versus high velocity resistance training on metabolic, cardiovascular, and psychophysiological responses in elderly hypertensive women. **Clinical interventions in aging.** 2018;13:1331-40.
79. PAN A, SUN Q, CZERNICHOW S, KIVIMAKI M, OKEREKE OI, LUCAS M, et al. Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. **International journal of obesity (2005).** 2012;36(4):595-602.
80. PAN Z, PARK C, BRIETZKE E, ZUCKERMAN H, RONG C, MANSUR R, FUS D, SUBRAMANIAPILLAI M, LEE Y, MCINTYRE R. Cognitive impairment in major depressive disorder. **CNS Spectrums**, 2019. 24(1), 22-29. doi:10.1017/S1092852918001207.
81. PÓVOA RB, WEIMAR S, BRANDÃO, AA, JARDIM, PCV, BARROSO et al. I Brazilian Position Paper on Antihypertensive Drug Combination. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2014 102(3), 203 210.
82. ROMANO-LIEBER, N.S.; TEIXEIRA, J. J. V.; FARHAT, F. C. L. G.; RIBEIRO, E. LONARDONI, M. T. C.; OLIVEIRA, G. S. A. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p.1499-1507, 2002.
83. RUBIO-VALERA, M., CHEN, T. F., O'REILLY, C. L. New roles for pharmacists in community mental health care: a narrative review. **Int J Environ Res Public Health** 2014; 11(10):10967-10990.

84. RUIZ NAL, DEL ÁNGEL DS, OLGUÍN HJ, SILVA ML. Neuroprogression: the hidden mechanism of depression. **Neuropsychiatr Dis Treat**. 2018;14:2837-2845. Published 2018 Oct 30. doi:10.2147/NDT.S177973.
85. SABOYA, P. P.; BODANESE, L. C.; ZIMMERMANN, P. R.; GUSTAVO, A. S.; MACAGNAN, F. E.; FEOLI, A. P.; OLIVEIRA, M. S. Lifestyle Intervention on Metabolic Syndrome and its Impact on Quality of Life: A Randomized Controlled Trial. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo v. 108, n. 1, p. 60-69, Jan. 2017.
86. SALGADO, T.; MARQUES, A.; GERALDES, L.; BENRIMOJ, S.; HORNE, R.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. Cross-cultural adaptation of the Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese. **São Paulo Medical Journal**, v. 131, n. 2, p. 88-94, 2013.
87. SALK RH, HYDE JS, ABRAMSON LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. **Psychol Bull**, Aug 2017.v. 143, n. 8, p. 783-822. ISSN 0033-2909.
88. SANCHEZ K, EGHANEYAN B, TRIVEDI M. Depression Screening and Education: Options to Reduce Barriers to Treatment (DESEO): protocol for an educational intervention study. **BMC Health Services Research**, 2016, Volume 16, Number 1.
89. SCHLOSS, P.; HENN, FA. New Insights Into The Mechanisms Of Antidepressant Therapy. **Pharmacol Ther**. 2004. 1: 47-60.
90. SCHNOLL-SUSSMAN F, KATZ PO. Clinical Implications of Emerging Data on the Safety of Proton Pump Inhibitors. **Curr Treat Options Gastroenterol** 2017;15:1-9.
91. SCHRODER J, GOLTZ L, KNOTH H. [Medication management: Simvastatin and Amlodipin - a clinically relevant drug-interaction?]. **Deutsche medizinische Wochenschrift** (1946). 2016;141(21):1575-7
92. SHILYANSKY C, WILLIAMS LM, GYURAK A, HARRIS A, USHERWOOD T, ETKIN A. Effect of antidepressant treatment on cognitive impairments associated with depression: a randomised longitudinal study. **The lancet Psychiatry**. 2016;3(5):425-35.
93. STAAB, J. P.; DATTO, C. J.; WEINRIEB, R. M.; GARITI, P.; RYNN, M.; EVANS, D. L. Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings. **Med Clin North Am**. 2001 May;85(3):579-96.

94. STAHL SM. **Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas** / Stephen M. Stahl; tradução Patricia Lydie Voeux; revisão técnica Irismar Reis de Oliveira. – 4. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
95. STANNERS, M. N.; BARTON, C. A.; SHAKIB, S.; WINEFIELD, H. R. Depression diagnosis and treatment amongst multimorbid patients: a thematic analysis. *BMC Fam Pract.* 2014 Jun 19;15:124. doi: 10.1186/1471-2296-15-124. PubMed PMID: 24947875; PubMed Central PMCID: PMC4074384.
96. STONE, E. A.; LIN, Y.; QUARTERMAIN, D. A final common pathway for depression? Progress toward a general conceptual framework. *Neurosci Biobehav Rev.* 2007;32(3):508–524. doi:10.1016/j.neubiorev.2007.08.007
97. STUBBS B, VANCAMPFORT D, ROSENBAUM S, FIRTH J, COSCO T, VERONESE N, et al. An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis. *Psychiatry research.* 2017;249:102-8
98. SUAREZ EC, SUNDY JS, ERKANLI A. Depressogenic vulnerability and gender-specific patterns of neuro-immune dysregulation: What the ratio of cortisol to C-reactive protein can tell us about loss of normal regulatory control. *Brain Behav Immun,* Feb 2015 v. 44, p. 137-47. ISSN 0889-1591.
99. VASQUES AC, NOVAES FS, DE OLIVEIRA MDA S, SOUZA JR, YAMANAKA A, PAREJA JC, et al. TyG index performs better than HOMA in a Brazilian population: a hyperglycemic clamp validated study. *Diabetes research and clinical practice.* 2011;93(3):e98-e100
100. WANNMACHER L. Uso Racional de Antidepressivos. In: Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados. No 9. Ano 2011.
101. WORLD HEALTH ASSOCIATION. **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines.** Geneva: World Health Organization; 1992. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf> Acesso em 18 já. 2019.
102. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates** – 2017. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_globalhealth_estimates/en/ Acesso em: 09 dez. 2018
103. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Developing pharmacy practice. A focus on patient care.** Handbook, 2006. Disponível em:

<https://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeEN.pdf> Acesso em: 09 dez. 2018

104. WORLD HEALTH ORGANIZATION. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **A report of the assessment of the mental health system in Brazil using the World Health Organization** – Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) [Internet]. Brasília (DF): World Health Organization; 2007. 51 p. Disponível em:
http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf
Acesso em: 05 dez. 2018
105. ZHANG Y, CHEN Y, MA L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. **Journal of Clinical Neuroscience**. 2018. 47, pp. 1-5.
106. ZHOU Y, CAO Z, YANG M, XI X, GUO Y, FANG M, et al. Comorbid generalized anxiety disorder and its association with quality of life in patients with major depressive disorder. **Scientific reports**. 2017;7:40511.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Cuidados Farmacêuticos em Pacientes com Transtorno Depressivo

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Orientadora: Profa. Msc. Karla Frida Torres Flister (karla.flister@yahoo.com)

Aluno Responsável: Mônica Cristina Dutra Rodrigues (monica.dutra@outlook.com)

Contatos: (98) 984315398/ (98) 98788-4525

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar de um Acompanhamento Farmacoterapêutico que tem como objetivo de conhecer as suas preocupações de saúde, como utiliza, guarda e descarta os seus medicamentos; acompanhar o seu tratamento médico identificar as possíveis interações medicamentosas e reações adversas aos medicamentos utilizados e, se necessário, propor maneiras de melhorar a sua qualidade de vida. Essa pesquisa faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da estudante **Mônica Cristina Dutra Rodrigues**, do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), sob orientação e responsabilidade da **Profa. Dr^a. Karla Frida Torres Flister**. Considerando que o Sr(a). realiza tratamento para depressão o objetivo principal desta proposta é melhorar o resultado do seu tratamento através do acompanhamento farmacoterapêutico para que isso seja desenvolvido o Sr(a) precisará: Comparecer a um primeiro encontro, que será agendado conforme sua disponibilidade, trazendo a sua “sacola com medicamentos”, isto é, uma sacola contendo todos os medicamentos existentes em sua casa, independente de utilizá-los atualmente ou não, e, ainda, exames laboratoriais e de imagem e suas receitas médicas. A seguir responder aos questionamentos sobre a sua saúde e hábitos de vida, além de comparecer aos encontros agendados semanalmente ou sempre que for necessário.

Sua participação pode lhe trazer alguns benefícios, como:

- Um tratamento medicamentoso que realmente melhore seu estado de saúde e fornecimento de informações sobre suas doenças, riscos e tratamentos;
- Prevenção e/ou redução de problemas relacionados aos medicamentos que o(a) Sr(a) utiliza;
- Orientações para melhorar sua qualidade de vida.

Mas, sua participação também pode trazer alguns riscos e desconforto para o(a) Sr(a), como por exemplo sentir vergonha de falar sobre seus problemas de saúde ou mostrar os resultados dos seus exames ou ficar desconfortável ao falar sobre seus hábitos, crenças e costumes e/ou sentir medo de ser julgado por causa dos seus problemas.

Mas, para redução dos desconfortos gerados durante a entrevista, iremos realizar os procedimentos em uma sala reservada apenas com o pesquisador responsável para assegurar sua privacidade, com proteção da imagem e a não estigmatização, inclusive em

termos de auto estima. Serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes.

Sua participação não terá custos e o(a) Sr(a) não receberá qualquer recompensa por isso, inclusive financeira. Sua participação não é obrigatória e o(a) Sr(a) pode desistir de participar a qualquer momento sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. O Sr(a) tem a garantia de não ter seu nome divulgado em qualquer dado dessa proposta que vier a ser publicado e também terá o livre acesso a todas as informações relacionadas com o estudo. O Sr(a) pode entrar em contato com os responsáveis a qualquer momento para o esclarecimento de dúvidas sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à proposta, enfim, tudo o que o(a) Sr(a) quiser saber antes, durante e depois de sua participação. Poderei manter contato principalmente pelos telefones: 987884525 – Karla Frida Torres Flister (professora responsável) e aluna (98) 984315398 Mônica Cristina Dutra Rodrigues.

Caso o(a) Sr(a) queira tirar suas dúvidas pessoalmente, poderá comparecer ao local onde será feito o estudo que é o Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão de Cuidados Farmacêuticos (LACUFA /UFMA) do Departamento de Farmácia, localizado no prédio de Farmácia da UFMA, localizada na avenida dos Portugueses, nº 1966, Campus do Bacanga, São Luís, Maranhão.

Esse trabalho foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMA e caso a senhor (a) tenha alguma dúvida ou se sentir desrespeitado (a) nos seus direitos poderá comparecer nesse Comitê de Ética que está localizado no prédio CEB-Velho, da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), para o esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a proposta. A UFMA está localizada na Avenida dos Portugueses, nº 1966, Campus do Bacanga e o CEP-UFMA atende no telefone 3272-8708. O (A) Sr(a) irá receber uma cópia completa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo(a) pesquisador(a) responsável.

PROFESSOR RESPONSÁVEL:

Profa. Dra. Karla Frida Torres Flister. Tel (98) 9 8788-4525

Paciente

Telefone

APÊNDICE 2: Armazenamento e conservação de medicamentos antes e após as intervenções farmacêuticas

ANTES DAS INTERVENÇÕES	APÓS AS INTERVENÇÕES
	
<p>Estoque dos medicamentos recebidos no Farina sem identificação</p>	<p>Estoque dos medicamentos recebidos no Farina com identificação</p>
	
<p>Medicamentos de uso pessoal misturado com os de uso da família</p>	<p>Organização das medicações de uso da paciente em casa e para transporte</p>
	
<p>Armazenamento do Bromazepam fracionado sem identificação</p>	<p>Armazenamento do Bromazepam fracionado com identificação e aquisição do cortador de medicamentos</p>

APÊNDICE 3: Lembrete para tomar o antidepressivo

APÊNDICE 4: Orientação nutricional elaborando em conjunto com a Nutricionista.

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL, GASTRITE CRÔNICA E ESTEATOSE HEPÁTICA	
PREFIRA	EVITE
Fracionar a alimentação em pequenas refeições, evitando assim fazer refeições volumosas; (5 a 6 refeições por dia (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite). Mastigar bem os alimentos.	Ficar sem se alimentar por longos períodos, pular refeições, comer rapidamente, refeições gordurosas próximas ao horário de dormir.
Carnes magras: brancas (filé de peixe ou frango sem pele) ou vermelhas (patinho, coxão mole, lombo de porco sem gorduras).	Carnes gordurosas (cupim, costelas, picanha, leitoa, pernil, torresmo, bacon), embutidos (linguiça, salsicha, mortadela etc).
Alimentos cozidos, a vapor, assados ou grelhados. Priorize os <i>in natura</i> .	Alimentos gordurosos à milanesa, fritos, empanados, preparações como feijoada, mocotó e dobradinha.
Temperos naturais (manjeriço, alecrim, hortelã, cebolinha, salsinha etc.	Condimentos (pimentas, temperos prontos, caldos de carne etc. Produtos industrializados (macarrão instantâneo, sopas prontas etc)
Ingira bastante água no decorrer do dia (6- 8 copos)	Bebidas alcoólicas, refrigerantes, bebidas gasosas, café, chás (preto, verde, mate), alimentos muito quentes, ingerir líquidos durante as refeições. Doces em geral: Chocolate, goiabada, bolachas e bolos recheados, chicletes e balas.

PREFIRA	EVITE
Suco de fruta natural. Utilizar frutas não cítricas e laxativas (pera, maçã com casca, mamão, melão etc.), verduras e legumes em abundância.	Frutas ácidas/cítricas (abacaxi, acerola, ameixa, cupuaçu, laranja etc) e constipantes (caju, goiaba, banana, maçã sem casca etc).
Óleos e gorduras de origem vegetal com moderação: azeite de oliva na salada, óleos vegetais (soja/canola), creme vegetal, manteiga, castanhas, nozes e amêndoas.	Óleos e gorduras de origem animal: banha de porco, margarina e creme de leite.
Alimentos integrais (macarrão integral, arroz, integral, aveia, biscoito integral etc).	Carboidratos simples (arroz branco, macarrão, pão branco etc).

ATENÇÃO!

- Retire da sua alimentação os alimentos que não lhe forem toleráveis.
- Use sal com moderação, e para não exagerar no consumo de sal, evite deixar o saleiro na mesa. A comida já contém o sal necessário!
- Ingira alimentos ricos em fibras.
- Evite alimentos gordurosos.
- Pratique atividade física orientada regularmente, pois auxilia na manutenção do peso adequado, controle da pressão, no combate ao estresse e melhora a qualidade de vida.
- Mantenha o peso saudável.
- Leia sempre o rótulo dos alimentos verificando a quantidade de sódio, inclusive de adoçantes, pois podem conter sódio (sacarina sódica/ciclamato monossódico). Caso possuam consuma com moderação.
- Ingira água em abundância.

APÊNDICE 5: Folheto informativo sobre a depressão fornecido para a paciente e seus familiares.



DEPRESSÃO

TERAPIA, ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

Guia de Informações

Mônica Cristina Dutra Rodrigues
E-mail: monica.dutra@outlook.com
Tel: (98) 9 8431 - 5398

O QUE É DEPRESSÃO?

- A Depressão (Transtorno Depressivo) é o transtorno mental mais comum na sociedade;
- Faz parte de um grupo de doenças conhecido como “Transtornos de Humor ou Afetivo”;
- É uma perturbação que modifica a cognição, a regulação emocional e o comportamento de um indivíduo, gerando problemas nos processos psicológicos, biológicos ou no desenvolvimento do funcionamento mental;

- A Depressão é considerada atualmente a maior causa de incapacidade no mundo, prejudicando os aspectos pessoais, sociais e profissionais da pessoa.



DADOS E CONTEXTO

- Existem pelo menos 322 milhões de pessoas no mundo sofrendo com esta doença;
- A depressão ocupa o 4º lugar entre as 10 principais enfermidades do globo;
- Cerca de 5,8% da população brasileira sofre de depressão, um total de 11,5 milhões de casos registrados no país;
- A depressão tem probabilidade de ocorrer em mulheres duas vezes mais do que em homens, sendo mais comum no público feminino e em idosos.

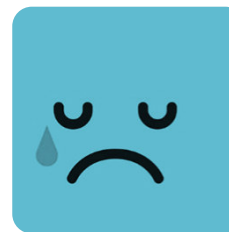


- Alguns dos fatores que contribuem para a mulher deprimir mais que o homem são: diferenças hormonais, violência contra a mulher, racismo, divórcio, episódio de perda ou morte, dívidas, e seu próprio papel na sociedade de mãe, mentora e detentora de grande responsabilidade.

CAUSAS, SINAIS E SINTOMAS

- A depressão não possui uma causa específica e por isso a sua origem é considerada multifatorial;
- Os episódios depressivos podem se desenvolver a partir de diversos fatores como: genético-hereditários (se alguém da família já teve depressão antes de você), ambientais, sociais (divórcio, luto dívidas), secundários a doenças já existentes, principalmente neurodegenerativas (Alzheimer por exemplo), entre outros;
- Essa condição comumente se apresenta de forma crônica e recorrente;

- Os principais sinais e sintomas característicos da depressão são: sentimentos de dor profunda, raiva, frustração, solidão, desânimo, desinteresse geral, redução de energia ou fadiga, distúrbios do sono e apetite, falhas de concentração e memória, sentimento de culpa e baixa autoestima, visão pobre do futuro e, frequentemente, a possibilidade de suicídio.



OS ANTIDEPRESSIVOS

- São medicamentos que atuam no cérebro, aliviando os sintomas da depressão e ajudando a deixar a pessoa mais alegre e feliz;
- Pode demorar entre 2 a 4 semanas para aparecer o efeito do medicamento;
- É importante não interromper o tratamento sem conhecimento do médico (pode ter efeitos negativos);
- Caso apareça reações adversas desconfortáveis, como náusea, tontura, azia, insônia, cefaleia, ganho de peso, deve ser comunicado ao médico;



- Tomando o medicamento corretamente, respeitando os horários e o tempo de uso, você reduz a chance de voltar a ter os sintomas da depressão.

OUTRAS FONTES DE AJUDA

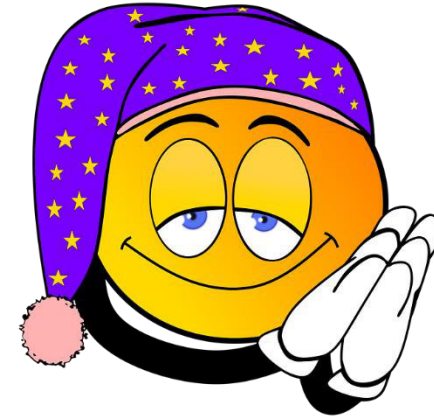
- Além da terapia medicamentosa, existem outras formas de tratamento que, em conjunto com os medicamentos, auxiliam na melhora dos sintomas da depressão;
- A exemplo tem:
 - ✦ Terapia com psicólogo;
 - ✦ Prática de atividade física;
 - ✦ Trabalho social voluntário;
 - ✦ Participar de grupos de apoio;
 - ✦ Fazer atividades práticas simples (dança, crochê, pintura, etc.);
 - ✦ Praticar atividades complementares (ir à Igreja, fazer meditação, ioga, acupuntura, utilizar florais de Bach, etc.).

- Complementar a terapia medicamentosa com outras terapias é muito importante para estimular a ressocialização e vivência pessoal. Isso faz com que as pessoas deprimidas se sintam úteis, mesmo em pequenas atividades diárias. Além disso, a integração familiar faz sentir-se acolhido, amenizando os sintomas de tristeza.



COMO MELHORAR O SONO?

- O sono é peça fundamental no tratamento para depressão, pois tem impacto direto na resolução de problemas como ansiedade e nervosismo;
- Para melhorar a noite de sono deve-se aderir a algumas práticas como:
 - ✚ Manter uma hora regular para deitar e levantar diariamente;
 - ✚ Diminuir a luz e barulhos do quarto;
 - ✚ Evitar bagunça e cores fortes no espaço;
 - ✚ Evitar ou diminuir a ingestão de café;
 - ✚ Evitar alimentação em horários tardes;
 - ✚ Controlar a temperatura do local.



- Além disso, o uso de medicamentos que ajudam a estimular o sono é comum durante o tratamento para depressão; sendo assim, é superimportante seguir corretamente a forma de utilização, dose e horário, respeitando cada orientação, para conseguir alcançar os resultados esperados e ter noites de sono saudáveis.

CUIDADOS COM O MEDICAMENTO

- Os medicamentos são as principais ferramentas no tratamento da depressão, e por isso devem receber muita atenção quanto ao uso;
- Alguns cuidados devem ser tomados antes, durante e após o uso de cada medicamento, tais como:
 - + Atenção no momento da consulta onde a prescrição deve vir legível e com orientações da posologia;
 - + Atenção na hora da compra, esclarecendo todas as dúvidas quanto a forma de administração, horário, armazenamento e descarte;
 - + Atenção no momento de utilizar o medicamento, respeitando todas as orientações médicas e farmacêuticas;

- Cada medicamento tem sua particularidade, então, na hora de utilizar, prestar bastante atenção à sua forma, cor, cheiro, sabor e data de validade.



Medicamento certo



Na dose Certa



Na hora certa

Dúvidas sobre medicamentos? Procure o FARMACÊUTICO



O farmacêutico é um profissional da saúde capacitado para ajudar na promoção, prevenção e recuperação da saúde. Ele é o profissional mais próximo do paciente, aquele que está na comunidade, com fácil acesso, e que deve contribuir no ciclo de assistência à saúde levando informações seguras, garantindo o acesso ao medicamento de forma efetiva e com qualidade e esclarecendo dúvidas sobre tudo que envolver o medicamento, desde a prescrição até o descarte correto.

Todo medicamento pode causar riscos, mas se utilizado corretamente e de forma racional, vai contribuir imensamente para o problema de saúde indicado, diminuindo as chances de aparecimento de sintomas.

Então, todas as dúvidas sobre os medicamentos que você utiliza deve ser esclarecida com o Farmacêutico.

MARQUES, L. A. M. Avaliação da efetividade da Atenção Farmacêutica pelo Método Dáder em pacientes ambulatoriais com depressão -- São Paulo, 2012. ix, 124p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia.

BRASIL. Ministério da saúde. Relatório mundial da saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Direção-Geral da Saúde/OMS, Lisboa, 1ª edição, 205p, 2002. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
Acesso em: 26 jan 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) [DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders] Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5®. 5ª Edition. American Psychiatric Association; 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates – 2017. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/
Acesso em: 26 jan 2018.

LOYOLA FILHO, A. I.; CASTRO-COSTA, E.; FIRMO, J. O. A.; PEIXOTO, S. V. Tendências no uso de antidepressivos entre idosos mais velhos: Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*. 2014 dez;48(6):857-65-

ANEXOS

ANEXO 1: Processo geral de coleta e registro de dados pelo método SOAP



Fonte: CORRER; OTUKI, 2011.

ANEXO 2: Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ- 9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas a seguir?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Sentir-se “para baixo”, deprimido(a) ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Sentir-se cansado(a) ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Sentir-se mal consigo mesmo(a) – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a)	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem. Ou o oposto – estar tão agitado(a) ou irrequieto(a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____				
= Total Escore: _____				
Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que eles lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?				
<input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade	<input type="checkbox"/> Alguma dificuldade	<input type="checkbox"/> Muita dificuldade	<input type="checkbox"/> Extrema dificuldade	

Fonte: De Lima et al, 2009.

ANEXO 3: Questionário sobre a adesão ao tratamento, considerando as crenças, as necessidades e as preocupações do paciente (BMaQ)

Opinião do paciente sobre os medicamentos que lhe foram receitados:			Concordo	Não tenho certeza	Discordo
N1 – Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos			[3]	[2]	[1]
P1 – Ter que tomar estes medicamentos me preocupa			[3]	[2]	[1]
N2 – A minha vida seria impossível sem estes medicamentos			[3]	[2]	[1]
P2 – Às vezes os efeitos em longo prazo destes medicamentos me preocupam			[3]	[2]	[1]
N3 – Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente			[3]	[2]	[1]
P3 – Estes medicamentos são um mistério para mim			[3]	[2]	[1]
N4 – A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos			[3]	[2]	[1]
P4 – Estes medicamentos perturbam a minha vida			[3]	[2]	[1]
P5 – Às vezes me preocupo em ficar muito dependente destes medicamentos			[3]	[2]	[1]
N5 – Estes medicamentos protegem-me de ficar pior			[3]	[2]	[1]
P6 – Estes medicamentos me dão efeitos secundários desagradáveis			[3]	[2]	[1]
SOMATÓRIA NECESSIDADE:	/15	Escala 0-100:	N	=	
SOMATÓRIA PREOCUPAÇÃO:	/18	Escala 0-100:	P		

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO PELA RAZÃO N/P
(NECESSIDADES/PREOCUPAÇÕES)**

N/P > 1	Maior tendência a aderir ao tratamento
N/P = 1	Tendência a aderir = Tendência a não aderir
N/P < 1	Menor tendência a aderir ao tratamento

Fonte: Salgado et al, 2013.

ANEXO 4: versão brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas. (TD: todo tempo, AM: a maior parte do tempo; UM: Uma boa parte do tempo; AL: Alguma parte do tempo; UP: Uma pequena parte do tempo, N: nunca)

	TD	AM	UM	AL	UP	N
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
02	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
06	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
07	6	1,0

08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6) Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de Raw Scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| - Capacidade funcional | - Limitação por aspectos físicos |
| - Dor | - Estado geral de saúde |
| - Vitalidade | - Aspectos sociais |
| - Aspectos emocionais | - Saúde mental |

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100 / Variação (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

ANEXO 5. Parecer Consubstanciado Do Comitê De Ética em Pesquisa

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADOS FARMACÊUTICOS EM PACIENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO

Pesquisador: Karla Frida Torres Flister

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84791318.5.0000.5087

Instituição Proponente: Departamento de Farmácia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.934.122

Apresentação do Projeto:

Os transtornos do humor são caracterizados por perturbações que causam alterações no humor ou no afeto, e que afetam diretamente nos processos fisiológicos no organismo do indivíduo e na sua qualidade de vida. A depressão é o transtorno de humor mais comum, que está acompanhado na maioria das vezes pela ansiedade. O tratamento para esse transtorno é essencialmente medicamentoso, confirmando a importância de maior atenção para a terapia com psicotrópicos e no seu reflexo para a vida de quem utiliza. Objetivando promover os cuidados farmacêuticos em saúde mental, esse trabalho será realizado a partir do acompanhamento farmacoterapêutico em paciente com transtorno depressivo, em prol de melhor qualidade de vida. Para isso será feito um seguimento na forma de entrevistas, utilizando o método clínico de registro, o SOAP, onde serão coletadas informações sobre a história clínica e história da medicação do paciente. E para avaliar e documentar os dados coletados, serão aplicados questionários validados específicos. Como resultado, espera-se a detecção dos problemas de saúde do indivíduo para que, a partir disso, possa ser traçado um plano de cuidado com intervenções que reflitam na recuperação de saúde e na melhor qualidade de vida. E a partir de então, concluir que a saúde física e mental do indivíduo avaliado foi otimizada, que sua terapia farmacológica está sendo seguida da maneira mais segura e efetiva possível, atestando a importância dos cuidados farmacêuticos na saúde mental, auxiliando no uso racional dos medicamentos e assegurando uma prestação de cuidado com foco na atenção ao paciente.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

ANEXO 5. Parecer Consubstanciado Do Comitê De Ética em Pesquisa

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.934.122

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver os cuidados farmacêuticos em uma usuária com depressão e em politerapia, através do acompanhamento farmacoterapêutico a fim de melhorar sua qualidade de vida. Objetivo Secundário: Caracterizar e construir uma história clínica da usuária selecionada de acordo com seus problemas de saúde;

Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico de um paciente depressivo para detectar os resultados negativos associados ao medicamento.

Identificar os medicamentos utilizados pelo usuário doses usuais e os principais motivos para a prescrição e utilização;

Investigar a adesão ao tratamento medicamentoso;

Verificar a prática da automedicação com medicamentos psicotrópicos: aumentando a dose ou a utilização de medicamentos sem prescrição;

Avaliar o nível de depressão antes e após o acompanhamento farmacoterapêutico;

Avaliar o impacto do cuidado farmacêutico na qualidade de vida do paciente;

Avaliar a satisfação da usuária em acompanhamento quanto aos cuidados farmacêuticos prestados;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos que podem vir a ocorrer eventualmente estão relacionados àqueles referentes à coleta dos dados do paciente, onde este pode se sentir constrangido em relatar sua história clínica, com receio da externalização de seus problemas de saúde.

Benefícios: benefícios da pesquisa para a saúde do paciente envolvem uma melhor adesão à terapia medicamentosa, o seguimento farmacoterapêutico mais seguro e efetivo, a promoção do uso racional de medicamentos, a educação em saúde, esclarecimento de dúvidas sobre a situação de saúde, a prevenção e/ou redução de reações adversas e interações medicamentosas a fim de proporcionando recuperação e restabelecimento de saúde e melhor qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

ANEXO 5. Parecer Consubstanciado Do Comitê De Ética em Pesquisa

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.934.122

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1067825.pdf	10/08/2018 00:23:07		Aceito
Outros	RESPOSTAAOPARECERPENDENTE.pdf	09/08/2018 23:52:40	Karla Frida Torres Flister	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/08/2018 23:31:40	Karla Frida Torres Flister	Aceito
Brochura Pesquisa	CUIDADOSFARMACEUTICOS.pdf	09/08/2018 23:26:08	Karla Frida Torres Flister	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CUIDADOSFARMACEUTICOS.docx	09/08/2018 23:20:41	Karla Frida Torres Flister	Aceito
Outros	autorizacaodolocal.pdf	21/05/2018 21:15:44	Karla Frida Torres Flister	Aceito
Outros	parecercolegiado.pdf	21/05/2018 21:05:41	Karla Frida Torres Flister	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	29/01/2018 12:58:49	Karla Frida Torres Flister	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

ANEXO 6: Regras da Revista

1. Objetivo e política editorial

Visa em Debate publica textos multi e interdisciplinares inéditos que contribuam para a estruturação do conhecimento da Vigilância Sanitária. Tais textos devem abordar temas próprios das Ciências da Saúde, assim como contribuições de outras áreas (por exemplo, Engenharias, Direito, História, Sociologia, Física, Filosofia etc).

A publicação dos manuscritos depende de avaliação e aprovação por parte dos membros da Comissão Editorial. Aceitam-se textos em português, inglês e espanhol.

Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1500 caracteres com espaço. Na intenção de evitar possíveis conflitos de interesse com os pareceristas, pede-se para que os autores evitem se identificar no corpo do texto.

2. Envio

O envio de artigos é feito pelo próprio *site* da publicação. Para que isso seja possível, basta aos autores se cadastrarem [aqui](#).

Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) .

A formatação do texto deve seguir os seguintes padrões: utilizar fonte Arial, parágrafo com alinhamento justificado e com espaçamento entre linhas de 1,5. A fonte deve estar em negrito e em tamanho 16 para o título, 14 para os subtítulos. Em itálico e tamanho 12 para a identificação dos autores. Para o corpo do texto, fonte normal e em tamanho 12. Favor não escrever nem título, nem subtítulo em letras capitais. O texto deverá ser numerado por linhas.

As figuras deverão vir na extensão .tiff ou .jpg em alta qualidade, sem compressão e com definição mínima de 300 dpi. Tabelas e legendas de figuras devem ser submetidos no corpo do texto. As ilustrações deverão ser encaminhadas como arquivo suplementar.

3. Seções de publicação

Os textos enviados para análise podem inserir-se nas seguintes seções:

Artigo – trabalho argumentativo que apresenta resultado de investigação empírica ou conceitual sobre determinado tema (máximo de 7.000 palavras e cinco ilustrações);

Debate* – texto que expresse o ponto de vista dos autores e que poderá ser confrontado ou complementado por um ou mais textos com opiniões distintas ou conforme às do primeiro (máximo de 7.000 palavras e cinco ilustrações);

Relato de experiência – descrição de episódio observado na prática científica ou durante exercício profissional e que deve ser confrontado com estudos acadêmicos (máximo de 4.500 palavras e quatro ilustrações);

Resenha – texto crítico sobre livro de interesse para a área (máximo de 2.000 palavras);

Revisão* – cotejamento reflexivo de artigos e bibliografia acadêmica (máximo de 3.500 palavras).

* Somente por meio de convite dos editores.

4. Apresentação dos manuscritos

Preferencialmente o manuscrito deve ser organizado de acordo com as seguintes categorias: título, título corrido, resumo, palavras-chave (no máximo cinco), introdução, metodologia, resultados e discussão, conclusão, considerações finais, agradecimento e referências.

Título – deve ser sucinto, preciso e refletir claramente o conteúdo do manuscrito (no idioma original e em inglês);

Título corrido – poderá ter no máximo 50 caracteres com espaços;

Resumo – deve ser preparado da forma mais concisa possível, conter no máximo 200 palavras e descrever a finalidade e os resultados do estudo; os textos em português e espanhol devem

apresentar resumo com versão em inglês. Se o original estiver em inglês, apresentar versão em português.

Palavras-chave – no máximo cinco termos que representem o assunto e o conteúdo do manuscrito. Serão utilizados na indexação do texto;

Introdução – Determina o propósito do estudo, apresentando claramente as justificativas, os objetivos do texto, o estado da arte e informações que possibilitem ao leitor avaliar adequadamente os resultados apresentados e, especificamente, quais novos avanços foram alcançados por meio da pesquisa. Não deve conter os dados ou conclusões do manuscrito;

Metodologia – descrição resumida dos métodos, técnicas e materiais (quando for o caso) empregados na pesquisa. Técnicas padronizadas não precisam ser descritas em detalhes;

Resultados e discussão – podem ser apresentados separadamente ou de forma combinada:

Resultados – Oferecem uma descrição pontual dos resultados obtidos nas experiências necessárias para sustentar as conclusões da pesquisa. A seção pode ser dividida em subseções, cada uma com um subtítulo. Não repetir no texto todos os dados contidos em tabelas e ilustrações.

Discussão – Deve limitar-se à importância das novas informações, relacionando-as ao conhecimento já existente. Somente citações indispensáveis devem ser incluídas.

Conclusões – devem ser apresentadas de forma clara e concisa.

Agradecimentos – Devem ser breves e citar pessoas, bolsas, projetos e apoio recebido de organismos de fomento. Os nomes de organizações de financiamento devem ser escritos integralmente. Esta seção é opcional.

Referências – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva¹). Para mais esclarecimentos, consultar <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (em português) ou <http://www.icmje.org> (em inglês).

Resultados não publicados não devem ser incluídos na lista de referências.

Alguns exemplos de referências:

I - Artigos em periódicos

a) Artigo padrão (inclua até seis autores, seguidos de *et al.* se esse número for excedido). Por exemplo:

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

b) Instituição como autor:

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4.

c) Sem indicação de autoria:

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

d) Número com suplemento:

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.

e) Indicação do tipo de texto, se necessário:

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

II - Livros e outras monografias

a) Indivíduo como autor:

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

b) Organizador ou compilador como autor:

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

c) Instituição como autor:

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

d) Capítulo de livro:

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

e) Resumo em Anais de congressos:

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

f) Trabalhos completos publicados em eventos científicos:

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

g) Dissertação e tese:

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

III - Outros tipos de trabalho publicado:

a) Artigo de jornal:

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

b) Material audiovisual:

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassete]. St. Louis (MO): M1osby-Year Book; 1995.

c) Documentos legais:

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

IV - Material no prelo:

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

V - Material eletrônico:

a) Artigo em formato eletrônico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

b) Monografia em formato eletrônico:

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

c) Programa de computador:

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

5. Ineditismo

Visa em Debate só aceita artigos inéditos e originais. Desse modo, durante o processo de submissão, os autores deverão declarar que seu texto não foi e nem será proposto ou enviado concomitantemente para nenhum outro periódico. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado, lembrando-se que tal episódio constitui grave falta de ética do autor.

6. Ética científica

Além de atenderem as legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, as questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000). O Conselho Editorial da *Visa em Debate* se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

7. Conflitos de interesse

Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse com pares e instituições. Inclui-se interesses políticos ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

8. Autoria

Cada autor deve especificar detalhadamente o tipo de contribuição dada na elaboração da pesquisa e do artigo dela resultante. Tal especificação não deve vir no corpo do texto e sim em separado.