



**CENTRO
UNIVERSITÁRIO**

Centro Universitário FAG

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ANTIDEPRESSIVOS EM
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Cascavel

2017

ANDERSON BORILLE

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ANTIDEPRESSIVOS EM
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Trabalho de conclusão apresentado
ao Centro Universitário Assis
Gurgacz. FAG, Curso de Farmácia.
Profa. Orientadora: Suelem
Tavares da Silva Penteado.

**Cascavel
2017**

ANDERSON BORILLE

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ANTIDEPRESSIVOS EM
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Trabalho apresentado no Curso de Farmácia do Centro Universitário Assis Gurgacz, como requisito parcial para obtenção do título em Bacharel em Farmácia, sob a orientação da Professora Suelem Tavares da Silva Penteado.

BANCA EXAMINADORA

Suelem Tavares da Silva Penteado
Docente/Orientadora

Giovane Douglas Zanin
Docente

Patrícia Stadler Rosa Lucca
Docente

Cascavel, 30 de novembro de 2017.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, a minha família em especial minha esposa Ingredi e meu filho Leonardo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, José Carlos e Gentilha, pois foram sempre meus mestres, ensinando os valores mais nobres que uma pessoa pode ter.

Agradeço minha amada esposa, pois ela sempre esteve ao meu lado me apoiando e incentivando em todos os momentos difíceis. Além de tudo, me presenteou com um filho maravilhoso que hoje é a razão de nossas vidas.

A minha estimada orientadora, Professora Suelem, uma pessoa justa, de nobre coração. Gostaria de agradecer a paciência, seriedade, dedicação e simplicidade. Sua atenção, disposição e ensinamentos permitiram a concretização deste trabalho.

Gostaria de agradecer a todos os professores, que contribuíram durante essa jornada, pelo compromisso, profissionalismo e dedicação. Em especial os professores Giovane, Patricia, Claudinei, Emerson, Graça, Eleone e Leyde que estão nos acompanhando desde o início dessa jornada, que além de transmitirem os conhecimentos acadêmicos nos preparam para os desafios da vida.

Aos meus amigos e colegas, por todos os momentos que passamos juntos, momentos de dificuldades, erros, acertos, vitórias e alegrias. Em especial meus amigos Edivaldo, Adriano, Davi e Rafael.

Agradecimento especial aos voluntários, que se propuseram a participar da pesquisa. Muito obrigado.

SUMÁRIO

REVISÃO DA LITERATURA	6
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
ARTIGO.....	26
ANEXO 1 – NORMAS DA REVISTA	50
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO PHQ9	57

REVISÃO DA LITERATURA

DEPRESSÃO

O termo depressão já é mencionado em dicionários médicos desde os anos 1860, como uma diminuição do ânimo de uma pessoa sofrendo de alguma determinada doença. Os médicos da época preferiam utilizar o termo depressão ao invés de melancolia, porque evocava uma explicação fisiológica. Porém, no final do século passado a depressão tornou-se um sinônimo de melancolia: “uma condição caracterizada pela diminuição de coragem, falta de motivação, desinteresse, falta de iniciativa, tendência a pensamentos tristes” (DEL PORTO, 1999).

Segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no mês de fevereiro de 2017, a depressão afeta 322 milhões de pessoas no mundo (estudos referentes até o ano de 2015). Em 10 anos, de 2005 a 2015, esse número cresceu 18,4%. A prevalência do transtorno na população mundial é de 4,4%. No Brasil 5,8% da população sofre com esse problema, que afeta um total de 11,5 milhões de brasileiros. Segundo esses dados, o Brasil é o país com maior prevalência de depressão da América Latina e o segundo com maior prevalência nas Américas, ficando atrás somente dos Estados Unidos, que têm 5,9% de depressivos (OMS, 2017).

Segundo Moreno *et. al.* (2003) a doença afeta pessoas de ambos os sexos independentemente da idade, causada por uma série de fatores – sociais, profissionais, psicológicos, saúde física – geralmente a depressão ocorre em pessoas com predisposição genética que se tornam vulneráveis a doença. Para FLECK *et. al.* (2009), a prevalência de depressão é duas a três vezes mais frequente em mulheres do que em homens, mesmo considerando estudos realizados em diferentes países, comunidades ou pacientes que procuram serviços psiquiátricos.

O aspecto mais aceito quanto ao índice depressivo em mulheres é devido ao fato de sofrer com variáveis sociais, como gestação, jornada de trabalho, estado marital e número de filhos, aumentando a incidência da doença (FLECK *et. al.* 2002).

Segundo DUALIBI *et. al.* (2014), para o ano de 2020 se projeta que a depressão será a segunda maior causa de incapacidade em países desenvolvidos, e

a primeira em países em desenvolvimento. No entanto, ela segue sendo subdiagnosticada em serviços de cuidados primários e outros serviços médicos gerais e, quando corretamente detectada, é muitas vezes tratada de forma inadequada, com subdoses de medicamentos e manutenção de sintomas residuais, que comprometem a evolução clínica dos pacientes.

Os atuais critérios utilizados para o diagnóstico e classificação dos estados depressivos se encontram no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, em sua quinta edição (DSM-V, lançado em maio de 2013).

CLASSIFICAÇÕES DE DEPRESSÃO

Segundo o manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM-V, 2013), os transtornos depressivos mais comuns são:

Transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior): Os sintomas dos critérios para transtorno depressivo maior devem estar presentes quase todos os dias para serem considerados presentes, com exceção de alteração do peso e ideação suicida. Humor deprimido deve estar presente na maior parte do dia, além de estar presente quase todos os dias. Insônia ou fadiga frequentemente são a queixa principal apresentada, e a falha em detectar sintomas depressivos associados resultará em subdiagnóstico. A tristeza pode ser negada inicialmente, mas pode ser revelada por meio de entrevista ou inferida pela expressão facial e por atitudes. A característica essencial de um episódio depressivo maior é um período de pelo menos duas semanas durante as quais há um humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades.

Transtorno depressivo persistente (distímia): Esse é o termo que se refere aquela depressão persistente. Embora ela possa ir e voltar, os médicos fazem este diagnóstico quando a doença persiste por dois meses, num período de dois anos. Os principais sintomas são indecisão e baixa autoestima. A psicoterapia pode funcionar melhor do que um tratamento com medicamentos nos casos mais moderados.

Transtorno depressivo induzido por substância/medicamento: Um transtorno depressivo associado ao uso de substância (álcool, drogas ilícitas ou um tratamento prescrito para um transtorno mental ou outra condição médica) deve ter seu início enquanto o indivíduo está usando a substância ou durante a abstinência, se houver uma síndrome de abstinência associada à substância. Com mais frequência, o transtorno depressivo tem seu início nas primeiras semanas ou após um mês de uso da substância. Depois que esta é descontinuada, os sintomas depressivos geralmente desaparecem no período de dias a várias semanas, dependendo da meia-vida da substância/medicamento e da presença de uma síndrome de abstinência. Se os sintomas persistem quatro semanas além do curso de tempo esperado da abstinência de uma substância/medicamento particular, outras causas para os sintomas de humor depressivo devem ser consideradas.

Transtorno disruptivo da desregulação do humor: A característica central do transtorno disruptivo da desregulação do humor é a irritabilidade crônica grave. Essa irritabilidade grave apresenta duas manifestações clínicas proeminentes, sendo a primeira as freqüentes explosões de raiva. Essas explosões tipicamente ocorrem em resposta à frustração e podem ser verbais ou comportamentais.

A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida.

Para Del Porto (1999), a depressão recebe termos de classificação genéricos como:

Depressão Leve: Na depressão leve o baixo astral apresenta variações constantes e a doença inicia após um acontecimento estressante específico, geralmente apenas algumas mudanças de vida do indivíduo podem melhorar seu quadro clínico.

Depressão Moderada: Na depressão moderada o baixo astral é persistente, a pessoa manifesta sintomas físicos, geralmente é necessária intervenção médica.

Depressão Grave: Na depressão grave os sintomas são intensos e colocam em risco a vida do paciente que geralmente apresenta sintomas como: delírios,

alucinações, problemas físicos. É necessária intervenção médica o mais rápido possível.

Para Silva (2002), a depressão possui termos mais bem definidos que explicam de forma mais abrangente e os classifica como subtipos de depressão:

Depressão reativa (transtorno de adaptação): A depressão reativa indica a reação causada por um acontecimento estressante, tal como a perda de emprego e geralmente não tem longa duração. Pode ser descrita como uma reação exagerada de curta duração, a uma adversidade. Aconselhamento, apoio da família e gestão do stress podem ser suficientes para tratá-la.

Depressão endógena (transtornos depressivos): A depressão endógena aparece sem motivo aparente, geralmente é intensa e a pessoa provavelmente terá sintomas físicos da depressão, tais como perdas de apetite e peso, despertar muito cedo pela manhã, piora na sua disposição de humor pela manhã e perda do interesse pela vida sexual. Geralmente deve ser acompanhado por tratamento psiquiátrico.

Depressão neurótica: É uma forma leve de depressão na qual a pessoa passa por dias bons e ruins aleatoriamente. Ela tende a se sentir mais deprimida durante a noite e apresenta dificuldades para dormir, outras dormem demasiadamente e se apresentam mais irritáveis que o habitual.

Depressão psicótica: Nesse tipo de depressão as pessoas sofrem processos físicos e chegam até perder o contato com a realidade, podendo apresentar delírios e alucinações. É necessária intervenção médica urgente.

Depressão bipolar (transtorno bipolar): A depressão bipolar é outro nome para a depressão maníaco-depressiva. As pessoas com essa psicose passam por períodos continuados de humor deprimido que podem variar de depressão leve a grave. Quando esta em seu período de euforia (mania) tende a se sentir exultante e necessita de menos horas de sono e também se alimenta menos.

Depressão unipolar (transtorno depressivo): É a depressão que a maioria das pessoas são afetadas, tendo somente humor deprimido não apresentando fases de euforia.

Depressão agitada: A depressão agitada é aquela em que a pessoa apresenta sintomas específicos de agitação, apresentando ansiedade, preocupação e inquietação.

Depressão mascarada: As pessoas com depressão mascarada dizem que não se sentem deprimidas embora apresentem numerosos sintomas que apontam uma possível depressão. Antes do diagnóstico da doença torna-se necessário fazer uma investigação e verificar quais os sintomas físicos que o indivíduo apresenta.

Depressão orgânica: Essa é o tipo de depressão causada por doença física ou por uso de medicamentos.

Distímia: Esse é o termo que se refere aquela depressão persistente. Embora ela possa ir e voltar, os médicos fazem este diagnóstico quando a doença persiste por dois meses, num período de dois anos. Os principais sintomas são indecisão e baixa autoestima. A psicoterapia pode funcionar melhor do que um tratamento com medicamentos nos casos mais moderados.

Transtorno afetivo sazonal (TAS): Esse termo é usado para significar qualquer transtorno depressivo que aparece regularmente em certas épocas do ano. As pessoas com TAS sentem uma necessidade irresistível de ingerir carboidratos ou chocolate e uma vontade cada vez mais forte de dormir durante os meses de inverno.

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS

No decorrer dos séculos, nunca o estudo da longevidade e do envelhecimento em seres humanos esteve tão presente. Essa temática sempre foi abordada superficialmente, no entanto no século XX esse cenário mudou

radicalmente, com o aumento expressivo da expectativa de vida, fruto da implantação de políticas de saúde pública e da medicina preventiva (SOUZA, 2006).

No Brasil, o crescimento do envelhecimento populacional é exponencial e a projeção para o ano de 2025 mostra que o número de pessoas com idade igual ou maior que 60 anos serão de 32 milhões, sendo que ocorre maior proporção de pessoas com 60 anos ou mais está nas regiões Sul com índices de 12,7% e Sudeste 12,3% (IBGE, 2009).

A população mundial vem de um crescente aumento, isso tem evoluído proporcionalmente ao aumento de outras doenças, assim como as crônico-degenerativas. Dentre essas doenças a depressão vem ganhando grande destaque como uma enfermidade neuropsiquiátrica. No entanto, embora o envelhecimento normal possa apresentar uma lentificação dos processos mentais, isto não representa perda de funções cognitivas (FRADE *et al*, 2015).

Segundo Stella *et al* (2002) a depressão no idoso costuma manifestar-se por meio de queixas físicas frequentes e associadas à doenças clínicas gerais, sobretudo aquelas que imprimem sofrimento prolongado, levando à dependência física e à perda da autonomia, e que induzem à hospitalização ou institucionalização. Por outro lado, a depressão nesses pacientes agrava as enfermidades clínicas gerais e eleva a mortalidade (STELLA, *et al*. 2002).

Os idosos são a faixa etária que mais crescem com a doença nos censos demográficos, pelo fato de sofrerem inúmeras perdas do ponto de vista vivencial, como: perda do status ocupacional, diminuição do suporte sócio-familiar, suporte econômico e fatores bio-psico-sociais que ocasionam rebaixamento de humor, apesar de não ser uma causa evidente. Do aspecto biológico pode se levar em conta o declínio físico continuado, doenças degenerativas, idade avançada, ou doenças físicas que podem levar ou contribuir para que o idoso obtenha uma sintomatologia depressiva (SILVA *et. al.*, 2010).

O uso de instrumentos de rastreio, como escalas, são muito utilizados para avaliação de depressão. Entre os instrumentos usados para identificar indivíduos em risco de depressão, encontra-se o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) que caracteriza-se por ser um instrumento de aplicação relativamente rápido, contendo nove questões, que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior, que consistem em: anedonia (perda de interesse ou prazer em

fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas (SANTOS *et al*, 2013).

Esse instrumento de avaliação de quadro depressivo é categorizado por quatro opções de resposta por pergunta, que vão de “não, nenhum dia” (zero pontos) com “quase todos os dias” (três pontos); no total, os valores resultam de zero a 27 pontos. Assim, quanto maior a pontuação, pior a gravidade dos indícios depressivos. Esta escala tem demonstrado boas características psicométricas e operacionais, com sensibilidade entre 77 e 98% e especificidade de 75 a 80%, tendo sido validada para população de adultos e idosos (MATIAS *et al*, 2016).

O tratamento da depressão, como também de outras doenças neuropsiquiátricas no idoso, constitui um desafio que envolve intervenção especializada, de modo a facilitar a identificação dos fatores desencadeadores de um processo depressivo, contribuindo para a orientação dos familiares, cuidadores e do próprio paciente. Existem terapias ocupacionais no qual o idoso tem participação em atividades artísticas e de lazer que tem como papel tratar ou amenizar um quadro depressivo no idoso deprimido. Porém, quando os sintomas da depressão colocam em risco a condição clínica do paciente e o sofrimento psíquico é significativo, faz-se necessário uma intervenção psicofarmacológica (STELLA *et. al.*, 2002).

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Na atualidade os antidepressivos são os fármacos utilizados para tratar a depressão, sendo classificados em função de sua ação farmacológica e divididos de acordo com o seu mecanismo de ação. De um modo geral, os antidepressivos melhoram a transmissão serotoninérgica ou noradrenérgica, embora a natureza desse efeito possa mudar com o tratamento crônico (GOODMAN *et al*, 2012).

Inibidores da monoamino-oxidase (IMAO)

Os inibidores da monoamino-oxidase (IMAOs) já estiveram entre os primeiros fármacos introduzidos clinicamente como antidepressivos, com o decorrer

do tempo foram substituídos por outras classes, cujas eficácias clínicas são consideradas menores, assim como reações adversas (RANG *et. al.*, 2011).

A enzima monoamino-oxidase (MAO) está localizada na membrana mitocondrial externa e é expressa na maioria dos tecidos corporais, existindo duas formas moleculares semelhantes, codificadas por genes separados. A MAO-A que tem preferência pelo substrato de serotonina (5-HT), que é o principal alvo para os IMAOS antidepressivos. Já a MAO-B tem preferência de substrato pela feniletilamina e dopamina (RANG *et. al.*, 2011).

Os principais exemplos dessa classe de medicamentos são os fármacos: fenelzina, isocarboxazida, tranilcipromina, iproniazida. são IMAOs não seletivos que se ligam de forma irreversível às MAOs A e B. A redução na atividade da MAO resulta em aumento na concentração desses neurotransmissores nos locais de armazenamento no sistema nervoso central (SNC) e no sistema nervoso simpático. O efeito farmacológico das IMAO está relacionado com o aumento da capacidade de armazenamento e liberação dos neurotransmissores serotonina e noradrenalina pelos neurônios no SNC (PEIXOTO *et. al.*; 2008).

A principal desvantagem dos IMAOS são as reações adversas, onde a estimulação central excessiva pode causar tremores, excitação, insônia, hipotensão e em superdosagem, convulsões. Os efeitos atropínicos como, boca seca, visão embaçada, retenção urinária são comuns para essa classe. A interação com alimentos também é outro fator importante, o queijo contém tiramina (monoamina derivada da tirosina), que normalmente é metabolizada pela MAO na parede do intestino e fígado, onde uma pequena fração desse composto chega a circulação sistêmica. A inibição da MAO permite que a tiramina seja absorvida e também aumente seu efeito simpático, resultando em uma hipertensão aguda, originando uma cefaléia latejante intensa, podendo resultar uma hemorragia intracraniana (RANG *et. al.*, 2011).

Antidepressivos tricíclicos (ADT)

Os fármacos ADT foram introduzidos na clínica na década de 1950 para o tratamento da depressão, contudo, devido aos efeitos colaterais deixaram de ser os fármacos de primeira escolha. No entanto, esses fármacos valor de tratamento da depressão maior, tem sido usado a anos em doses relativamente baixas para

tratamento de insônia. Além disso, devido ao papel da norepinefrina e da serotonina na transmissão da dor, esses fármacos são comumente usados para tratar uma variedade de condições de dor. Os principais fármacos ADT são: Imipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Clomipramina, Desipramina, Maprotilina, Doxepina (GOODMAN *et al*, 2012).

O mecanismo que os ADT atuam está relacionado ao aumento da concentração da serotonina e noradrenalina nas fendas sinápticas do sistema nervoso central, inibindo a recaptação desses neurotransmissores pelos neurônios pré-sinápticos. Além disso, também atuam como antagonistas dos receptores pós-sinápticos: histamina, serotonina, alfa adrenérgicos e muscarínicos (GOODMAN *et al*, 2012).

A desvantagem dos ADT é que em indivíduos não depressivos causam sedação, confusão e falta de coordenação motora, esses efeitos são perceptíveis em pacientes na fase inicial do tratamento antidepressivo, porém, tendem a desaparecer no decorrer de uma ou duas semanas de tratamento. Outros efeitos adversos como boca seca, visão embaçada, retenção urinária são comuns. A superdosagem pode causar arritmias ventriculares associadas ao prolongamento do intervalo, trazendo risco de morte súbita de causa cardíaca (RANG *et. al.*, 2011).

A probabilidade dos ADT causarem efeitos adversos quando administrados com outros fármacos que dependem do metabolismo hepático por enzimas CYP microssômicas para sua eliminação, como medicamentos antipsicóticos e alguns esteroides. Além disso, os ADT potencializam o efeito do álcool e de anestésicos ainda por motivos não compreendidos, podendo levar a morte do indivíduo, caso o mesmo faça uso concomitante de bebidas com teor alcoólico (RANG *et. al.*, 2011).

Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS)

Estes fármacos foram introduzidos no mercado desde 1984, e hoje estão entre os mais prescritos em psiquiatria, são eficazes no tratamento de depressão maior, e apresentam uma clara melhora na margem de segurança em comparação com os ADT. Além disso, são ansiolíticos com eficácia demonstrada no tratamento de ansiedade generalizada, pânico, ansiedade social e transtorno obsessivo compulsivo, tratamento da síndrome pré-menstrual disfórica e para prevenir sintomas vasovagais em mulheres pós-menopausa (GOODMAN *et al*, 2012).

Todos os ISRS agem inibindo a recaptação de serotonina nos neurônios pré-sinápticos, apesar de possuírem estrutura química distinta, o que aumenta a quantidade de neurotransmissor na fenda sináptica e neurotransmissão serotoninérgica potencializada e prolongada. Os medicamentos dessa classe são: Fluoxetina, citalopram, escitalopram, paroxetina, sertralina, sibutramina e fluvoxamina (RANG *et. al.*, 2011).

Os efeitos adversos mais comuns são náusea, anorexia, insônia, perda de libido e frigidez. A utilização para tratamento utilizando os ISRS não são recomendadas para pacientes com idade inferior a 18 anos, pois sua eficácia é duvidosa e seus efeitos adversos como insônia, excitação e agressividade podem ocorrer nas primeiras semanas de tratamento, a possibilidade de tendência suicida também é preocupante nessa faixa etária (RANG *et. al.*, 2011).

Inibidores de recaptura de serotonina e norepinefrina (IRSN)

Quatro medicamentos com estrutura não tricíclica que inibem a recaptação tanto de serotonina quanto norepinefrina foram aprovados para uso no EUA para tratamento de depressão, transtornos de ansiedade e dor: venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina e milnacirano (aprovado somente para dor da fibromialgia nos EUA) (GOODMAN *et al.*, 2012).

Os IRSN provocam aumento de neurotransmissão serotoninérgica e/ou noradrenérgica. Semelhante a ação dos ISRSs a inibição inicial de sertralina induz ativação de auto-receptores, diminuindo a ação serotoninérgica por um mecanismo de retroalimentação negativa até que esses receptores serotoninérgicos sejam dessensibilizados (RANG *et. al.*, 2011).

Inibidores de recaptura/antagonistas da serotonina-2 (IRAS)

São inibidores de dupla ação, apresentando uma fraca inibição na recaptação de serotonina, com forte antagonismo nos receptores pós-sinápticos serotoninérgicos 5HT-2. Duas drogas fazem parte desse grupo, a trazodona que apresenta uma diminuição na pressão ortostática e sedação, por esse motivo seu uso em idosos é restrito justamente pelo risco de quedas e fraturas (FRADE *et. al.*, 2015).

Inibidor seletivo de recaptura de dopamina (ISRD)

O fármaco dessa classe é o Bupropiona que age através de mecanismo múltiplo, melhorando tanto a neurotransmissão noradrenérgica quanto dopaminérgica através da inibição da recaptação. A bupropiona é indicada para tratamento de depressão, prevenção de transtorno depressivo sazonal e como tratamento para cessação do tabagismo (GOODMAN *et al*, 2012).

Outras Drogas Antidepressivas

Mirtazapina

Sua efetividade se assemelha aos ADT, não possui efeitos cardiovasculares e seus principais efeitos adversos são ganho de peso, aumento e apetite, boca seca e tontura. Não possui potencial relevante para interações medicamentosas (SCALCO, 2002).

O uso deste medicamento ainda não apontam estudos sobre o uso do mesmo durante gestação em humanos, sendo aconselhável não utilizá-lo durante a gestação. Quanto à eliminação ou excreção do medicamento do organismo se difere entre pacientes idosos, sendo 40% nos homens e 10% em mulheres), assim como a diminuição da função renal é necessário ajuste da dose (MORENO *et. al.*, 1999).

Reboxetina

Foi o primeiro composto comercializado da nova classe de antidepressivos inibidores da recaptação de noradrenalina, com atividade antagonista alfa-2. Seus principais efeitos colaterais são impotência, retenção urinária, sudorese excessiva, insônia, obstipação intestinal, taquicardia, boca seca (SCALCO, 2002).

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS E TERAPIAS ALTERNATIVAS

A realização de atividades físicas regulares é considerada uma opção não farmacológica no tratamento de transtorno depressivo. O exercício físico regular apresenta, em relação ao tratamento medicamentoso, o benefício de não apresentar efeitos indesejáveis como as terapias medicamentosas, além de sua prática demandar, um maior comprometimento ativo por parte do paciente que pode trazer

efeitos benéficos como a melhoria da autoestima e autoconfiança (FRADE *et. al.*, 2015).

O exercício físico ajuda a diminuir a progressão de perda funcional, estudos relatam que o indivíduo que pratica atividade física apresentam uma melhora de saúde tanto física quanto mental, tendo papel importante como agente terapêutico para a prevenção e tratamento de diversas doenças, não só como a depressão, mas também hipertensão, aterosclerose, osteoporose, diabetes, entre outros (GALLO *et. al.*, 2001).

A participação dos idosos em ambientes como clubes de terceira idade, proporciona uma capacidade de interação ainda maior com outras pessoas, onde o idoso tem capacidade de refazer um novo círculo de amizades. Além de trocarem informações e adquirirem novos conhecimentos se mantendo atualizados, tendo mais abertura para conversar e se relacionar com os familiares e outras pessoas. Em virtude desses e de outros fatores vivenciados no grupo, os mesmos apresentam melhora em sua autoestima, no que acaba refletindo em um senso de maior auto-eficácia. De uma forma simplificada, autoestima significa gostar de si mesmo, isto é, apreciar-se de modo genuíno e realista. Deste modo o idoso que tem autoestima elevada acaba se sentindo mais capaz para resolver os seus problemas de forma proporcional elevando sua autoconfiança (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2007).

Estudos revelam que a atividade física quando praticada em grupo eleva a bem estar do idoso, além de contribuir para implementação de relações psicossociais e reequilíbrio emocional, que ajudam a constituir funções cognitivas imprescindíveis na vida cotidiana do idoso e que são estimuladas durante a prática de exercícios bem planejados (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2007).

AVALIAÇÃO DA FARMACOTERAPIA

É de extrema importância a existência de uma equipe multiprofissional no cuidado à saúde dos idosos, pois a mesma pode influenciar positivamente na adaptação de uma determinada doença e também na efetivação da farmacoterapia. Uma equipe possui múltiplas abordagens e objetivos com ação diferenciada, com intuito de corrigir a grande limitação no tratamento dos idosos, melhorando a adesão ao programa de atendimento e o controle da doença. Os erros na utilização de

medicamentos, mais comuns, estão divididos nas etapas de prescrição, dispensação e administração (LYRA et. al., 2008).

O farmacêutico é o profissional adequado para orientar a respeito dos medicamentos prescritos e dispensados aos idosos, pois estão em contato frequente com os pacientes, podendo iniciar discussões sobre os problemas de saúde, informar sobre a natureza da doença crônica e identificar as razões do tratamento (LYRA et. al., 2008).

O principal objetivo da atenção farmacêutica baseia-se no acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes, que visa obter resultados terapêuticos satisfatórios solucionando problemas melhorando a qualidade de vida do paciente, exercendo uma atividade clínica, tendo o paciente como parte fundamental para a solução dos seus problemas com os medicamentos (PEREIRA, FREITAS; 2008).

Uma ferramenta muito utilizada como seguimento farmacoterapêutico é o método dâder, desenvolvido pelo “Grupo de Investigação e Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada”. Essa ferramenta possibilita que o farmacêutico siga normas claras, objetivas e simples para que realize o seguimento farmacoterapêutico de forma sistematizada. A obtenção de dados sobre a farmacoterapia ajuda o profissional farmacêutico a elaborar a história farmacoterapêutica do paciente, elaborando-se estados de situação do paciente sobre sua saúde e seu tratamento em distintos momentos e posteriormente avaliar seu estado da farmacoterapia. Em consequência da avaliação desses parâmetros é estabelecido um plano de atuação com o paciente, onde ficarão registradas todas as intervenções farmacêuticas que se considerem oportunas para melhorar ou preservar o estado de saúde do paciente (HERNÁNDEZ et. al., 2014).

Dentro desse contexto, a Atenção Farmacêutica na prática tem uma nova ideologia, onde o profissional farmacêutico tem papel fundamental de desempenhar um bom atendimento que atenda as necessidades dos pacientes idosos e crônicos, em relação aos medicamentos. Com isso, o farmacêutico, pode contribuir com outros profissionais de saúde, planejando, orientando e acompanhando a farmacoterapia, com objetivo de obter resultados satisfatórios que possam trazer uma melhora significativa na saúde do paciente. O principal problema em relação a recuperação de um paciente de uma determinada patologia está relacionado aos (PRM) problemas relacionados com medicamentos, por esse motivo, a atenção

farmacêutica necessita de seguimento farmacoterapêutico documentado, através desses dados o profissional pode verificar e corrigir problemas podendo intervir no tratamento e entrar em contato com o médico prescritor buscando uma melhor efetividade no tratamento do mesmo. Os farmacêuticos atuam como último elo entre a prescrição e a administração, identificando na dispensação os pacientes de alto risco, enfatizando a importância da monitorização da farmacoterapia e controle das patologias, evitando futuras complicações (GREGORI et. al., 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition**. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. Disponível em: <<http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>>. Acesso em 10 de Outubro de 2017.

BRUNTON, L.L. Goodman & Gilman: **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 12^a ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

DEL PORTO, José Alberto. **Conceito e diagnóstico**. *Rev. Bras. Psiquiatria*. 1999, vol.21, suppl.1, pp.06-11. ISSN 1516-4446. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>>. Acesso em 15 de Abril de 2017.

DUALIBI, Kalil; DA SILVA, Anderson Sousa Martins; MODESTO, Bárbara. **Depressão**. *Rev. Bras. Clin. Terap*, v. 71, n. 12, p. 23-31, 2014. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5955>. Acesso em 23 de Julho de 2017.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; LIMA, Ana Flávia Barros da Silva; LOUZADA, Sérgio; SCHESTASKY, Gustavo; HENRIQUES, Alexandre; BORGES, Vivian Roxo; CAMEY, Suzi. **Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 36, n. 4, p. 431-438, Aug. 2002 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400008>>. Acesso em 18 Julho de 2017.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; LAFERB, Beny; SOUGEYC, Everton Botelho; PORTOD, José Alberto; BRASIL, Marco Antônio; JURUENA, Mário Francisco. **Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral)**. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 25, n. 2, p. 114-122, Junho

2003 . Available from <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000200013>>. Acesso em 20 de Outubro de 2017.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; LIMA, Ana Flávia Barros da Silva; LOUZADA, Sérgio; SCHESTASKY, Gustavo; HENRIQUES, Alexandre; BORGES, Vivian Roxo; CAMEY, Suzi. **Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral)**. Rev. Bras. Psiquiatr. 2009, vol.31, suppl.1, pp.S7-S17. ISSN 1516-4446. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500003>>. Acesso em 14 de Julho de 2017.

FRADE, João; BARBOSA, Patrícia; CARDOSO, Susana; NUNES, Carla. **Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados**. Rev. Enf. Ref. 2015, vol.serIV, n.4, pp.41-49. ISSN 0874-0283. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14030>>. Acesso em: 25 de Abril de 2017.

FREIRE, Manoela Ávila; FIGUEIREDO, Vera Lúcia Marques; GOMIDE Alina; JANSEN Karen. **Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil**. J Bras Psiquiatr, v. 63, n. 4, p. 281-9, 2014. Disponível em:<https://www.researchgate.net/profile/Alina_Vasconcelos/publication/272397676_Escala_Hamilton_estudo_das_caracteristicas_psicometricas_em_uma_amostra_do_sul_do_Brasil/links/560424aa08aea25fce30b89c/Escala-Hamilton_estudo-das-caracteristicas-psicometricas-em-uma-amostra-do-sul-do-Brasil.pdf>. Acesso em 18 de Maio de 2017.

GALLO, J.J.; WHITEHEAD, J. B.; RABINS, P.V.; SILLIMAN, R. A.; MURPHY, J. B. **Assistência Ao Idoso Aspectos Clínicos Do Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2001. 635p.

GREGORI, Fransuelen; ZIULKOSKI Ana Luiza; ANDRIGHETTI Letícia Hoerbe; HERNÁNDEZ Daniel Sabater; CASTRO Martha Milena Silva; DÁDER María José

Faus. **Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico**. Terceira edição. Editora Universidade Federal de Alfenas, 2014. Disponível em: < http://www.unifal-mg.edu.br/gpaf/files/file/Guia%20dader%20interior%20brasil%20v4_.pdf>. Acesso em: 05 de Maio de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Brasília -DF: IBGE; 2009. Disponível em: < <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>>. Acesso em 15 de Abril de 2017.

IRIGARAY, Tatiana Quarti; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto. **Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade**. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]. 2007, vol.29, n.1, pp.19-27. ISSN 0101-8108. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000100008>>. Acesso em: 03 de Abril 2017.

LOURENÇO Eloir Dutra; PERASSOLO Magda Susana. **Acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes dislipidêmicos de um lar de idosos da cidade de Novo Hamburgo-RS**. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2013, vol.16, n.1, pp.171-180. ISSN 1981-2256. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100017>>. Acesso em: 25 de Maio de 2017.

LYRA Junior, Divaldo Pereira de; MARCELLINI, Paulo Sergio; PELA, Irene Rosemir. **Effect Of Pharmaceutical Care Intervention On Blood Pressure Of Elderly Outpatients With Hypertension**. Rev. Bras. Cienc. Farm. 2008, vol.44, n.3, pp.451-457. ISSN 1516-9332. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000300015>>. Acesso em 08 de Maio de 2017.

MATIAS, Amanda Gilvani Cordeiro et al . **Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento**. Einstein (São Paulo), São Paulo , v. 14, n. 1, p. 6-11, Mar. 2016 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082016000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3447>.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld; SOARES, Márcia Britto de Macedo. **Psicofarmacologia de antidepressivos**. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 1999, vol.21, suppl.1, pp.24-40. ISSN 1516-4446. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500006>>. Acesso em: 06 de Abril de 2017.

MORENO, Doris Hupfeld; BERNIK, Márcio; MATTOS, Paulo; CORDÁS, Táki Athanássios. **Recuperação em Depressão**. São Paulo: Editora Livre, 2003.

OLIVEIRA, B. de. **Psicologia do envelhecimento e do idoso**. 3ª Edição. Porto Alegre: Livresic-psicologia, 2008.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, Elizabete Viana de...et al org. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap.14, pag 147-153.

PEIXOTO, Helicínia Giordana Espíndola; VASCONCELOS, Ivana Aragão Lira; SAMPAIO, Ana Cláudia Moreira and ITO, Marina Kiyomi. **Antidepressivos e alterações no peso corporal**. Rev. Nut. 2008, vol.21, n.3, pp.341-348. ISSN 1678-9865. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000300009>>. Acesso em: 25 de Maio de 2017.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo. **A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil**. Rev. Bras. Cienc. Farm. 2008, vol.44, n.4, pp.601-612. ISSN 1516-9332. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000400006>>. Acesso em 03 de Maio de 2017.

RANG, HP; Dale, MM; RITTER, JM; FLOWER, RJ; HENDERSON, G. **Farmacologia**. Rio de Janeiro; Elsevier; 2011. 778 p.

SANTOS, Iná S. et al . **Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 29, n. 8, p. 1533-1543, Aug. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013000800006&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00144612>.

SILVA, Gabriel Brito; SILVA, Vitor Brito; LOPES, Rafael de Carvalho; SILVA, Jordano Watson Ferreira. **Caracterizando A Depressão No Idoso: Uma Revisão Bibliográfica.** Centro Científico Conhecer - Goiânia, vol.6, n.9, 2010 Pág.1. Disponível em: < <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2010/caracterizando.pdf>>. Acesso em: 05 de Abril de 2017.

SCALCO, Mônica Z. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. Rev. Bras. Psiquiatria. 2002, vol.24, suppl.1, pp.55-63. ISSN 1516-4446. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000500011>>. Acesso em 14 de Abril de 2017.

SOUZA, T. R. **Lazer, Turismo e Políticas Publicam Para a Terceira idade.** Ano base 2006. Disponível em < http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/AOFXoT8dR4BEfd6_2013-5-20-16-24-21.pdf >. Acesso em 17 Abril de 2017.

SOUZA, Fábio Gomes de Matos. **Tratamento da depressão.** Rev. Bras. Psiquiatr. 1999, vol.21, suppl.1, pp.18-23. ISSN 1516-4446. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500005>>. Acesso em: 23 de Maio de 2017.

STELLA, Florindo; GOBBI Sebastião; CORAZZA Danilla Icassatti; COSTA José Luiz Riani. **Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física.** Motriz, Rio Claro,Ago/Dez 2002, Vol.8 n.3, pp. 91-98. Disponível em: < <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31114044/6473-33320-1-SM.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1495807767&Sig> >

nature=f2vKUk0p3kUjfl3vLiYCq%2BY%2BGNw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDepressao_no_idoso_diagnostico_tratament.pdf>. Acesso em: 06 de Abril de 2017.

TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 371 p. ISBN 978-85-7983-113-3. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/j42t3/pdf/tavares-9788579831003-03.pdf>>. Acesso em 10 de Abril de 2017.

VERAS, R. Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Caderno Saúde Pública**. v.23, n.10, p. 2463-2466, 2007.

Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em idosos institucionalizados

Prevalence and factors associated with the use of antidepressants in institutionalized elderly

Anderson Borille¹
Suelem Tavares da Silva Penteado²

1. Faculdade Assis Gurgacz, Curso de Farmácia. Acadêmico. Endereço: Av. das Torres, 500, 85806-095 Loteamento Fag, Cascavel/PR. Email: andersomborille@gmail.com

2. Faculdade Assis Gurgacz, Curso de Farmácia. Docente. Endereço: Av. das Torres, 500, 85806-095 Loteamento Fag, Cascavel/PR. Email: suelemtpenteado@gmail.com.

Resumo

Objetivo: Avaliar a prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em idosos institucionalizados. *Método:* Estudo prospectivo de abordagem quantitativa, com idosos residentes de um condomínio da terceira idade do município de Capitão Leônidas Marques, Paraná, Brasil. Os dados foram coletados no período de setembro a outubro de 2017. A variável dependente do presente estudo foi o uso contínuo de medicamentos antidepressivos. Os sintomas depressivos foram rastreados pelo questionário (PHQ-9) *Patient Health Questionnaire-9*. As interações medicamentosas potenciais foram pesquisadas na base de dados Micromedex®.

Resultado: Foram incluídos 26 idosos que preencheram os critérios de inclusão. A prevalência de uso de antidepressivos foi de 31,0%, destes, 50,0% obtiveram escore equivalente a um quadro de depressão mínima, 37,0% depressão leve e 13,0% depressão moderada. Os fármacos antidepressivos com maior número de prescrições foram: cloridrato de fluoxetina 25,0% e cloridrato de imipramina 25,0%. Foram identificadas 16 interações medicamentosas graves dentre os medicamentos prescritos, sendo 50,0% dessas interações com antidepressivos.

Conclusão: O uso de antidepressivos está associado à presença de comorbidades crônicas e polimedicação. A prescrição de antidepressivos em idosos deve ser avaliada com prudência, levando em consideração as alterações fisiológicas

associadas à idade avançada, as interações medicamentosas e os eventos adversos relacionados aos medicamentos. A inserção de uma equipe multiprofissional em instituições que abrigam pacientes idosos é fundamental no cuidado integral devido à complexidade deste perfil de paciente.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Depressão. Antidepressivos. Institucionalização.

Abstract

Objective: To evaluate the prevalence and factors associated with the use of antidepressants in institutionalized elderly. *Method:* Prospective study of a quantitative approach with elderly residents of a third age condominium in the municipality of Capitão Leônidas Marques, Paraná, Brazil. Data were collected from September to October 2017. The dependent variable of the present study was the continuous use of antidepressant drugs. The depressive symptoms were tracked by the questionnaire (PHQ-9) Patient Health Questionnaire-9. Potential drug interactions were searched in the Micromedex® database.

Result: We included 22 elderly people who met the inclusion criteria. The prevalence of antidepressant use was 31.0%, 50.0% of them had a score of minimum depression, 37.0% mild depression and 13.0% moderate depression. The antidepressant drugs with the greatest number of prescriptions were: fluoxetine hydrochloride 25.0% and imipramine hydrochloride 25.0%. A total of 16 serious drug interactions were identified among the drugs prescribed, with 50.0% of these interactions with antidepressants.

Conclusion: The use of antidepressants is associated with the presence of chronic comorbidities and polypharmacy. Prescribing antidepressants in the elderly should be evaluated with caution, taking into account the physiological changes associated with old age, drug interactions, and drug-related adverse events. The inclusion of a multiprofessional team in institutions that house elderly patients is fundamental in integral care due to the complexity of this patient profile.

Keywords: Health of the Elderly. Depression. Antidepressants. Institutionalization.

INTRODUÇÃO

O crescente aumento da população mundial tem evoluído proporcionalmente com o aumento de outras doenças, assim como as crônico-degenerativas. Dentre essas doenças a depressão vem ganhando grande destaque como uma enfermidade neuropsiquiátrica. No entanto, embora o envelhecimento normal possa apresentar uma lentificação dos processos mentais, isto não representa perda de funções cognitivas¹.

Os idosos representam a faixa etária que mais cresce com a doença nos censos demográficos. Pelo fato de sofrerem inúmeras perdas do ponto de vista vivencial, como: perda do status ocupacional, diminuição do suporte sócio-familiar, suporte econômico e fatores bio-psico-sociais, pode surgir rebaixamento de humor, apesar de não ser uma causa evidente. Do aspecto biológico pode se levar em conta o declínio físico continuado, doenças degenerativas, idade avançada, ou doenças físicas que podem levar ou contribuir para que o idoso obtenha uma sintomatologia depressiva².

O tratamento da depressão, como também de outras doenças neuropsiquiátricas no idoso, constitui um desafio que envolve intervenção especializada, de modo a facilitar a identificação dos fatores desencadeadores de um processo depressivo, contribuindo para a orientação dos familiares, cuidadores e do próprio paciente. Existem terapias ocupacionais no qual o idoso tem participação em atividades artísticas e de lazer que tem como papel tratar ou amenizar um quadro depressivo no idoso deprimido. Porém, quando os sintomas da depressão colocam em risco a condição clínica do paciente e o sofrimento psíquico é significativo, faz-se necessário uma intervenção psicofarmacológica³.

Os fármacos de escolha para o tratamento farmacológico da depressão são os antidepressivos, que são classificados de acordo com sua estrutura química e propriedades farmacológicas⁵. No entanto, a prescrição de psicofármacos em idosos acarreta maior probabilidade de ocorrência de problemas relacionados com sua farmacoterapia, podendo gerar graves consequências, como aumento de interações medicamentosas, reações adversas, desenvolvimento de dependência e tolerância⁴. Diante do exposto, o estudo apresenta como objetivo avaliar a prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em idosos institucionalizados.

MÉTODO

O presente trabalho trata-se de um estudo prospectivo de abordagem quantitativa, com idosos residentes de um condomínio da terceira idade do município de Capitão Leônidas Marques, Paraná, Brasil.

Os dados foram coletados no período de setembro a outubro de 2017. Foram adotados como critérios de inclusão: idosos (idade maior ou igual 60 anos), residentes no condomínio de terceira idade que aceitaram participar da pesquisa. Foram utilizados como critérios de exclusão, pessoas com menos de 60 anos, alterações do nível de consciência e cognição¹⁰, além de pessoas que se recusassem a participar da pesquisa.

A variável dependente do presente estudo foi o uso contínuo de medicamentos antidepressivos. Para idosos que relataram fazer uso de medicamentos antidepressivos foi aplicado o questionário (PHQ-9) *Patient Health Questionnaire-9*, para avaliar o nível de depressão do idoso no momento da entrevista. Este instrumento possui nove questões que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior, que consistem em: anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas⁶. Idosos com escore de (1-4) são classificados como depressão mínima, (5-9) depressão leve, (10-14) depressão moderada, (15-19) depressão moderadamente grave e (20-27) depressão grave⁹.

Os dados coletados foram organizados e analisados, utilizando-se inicialmente a análise descritiva dos dados que compõem o perfil de medicamentos, em seguida, foi identificada a prevalência de polifarmacoterapia. A polifarmácia foi definida como uso de cinco ou mais medicamentos de forma concomitante⁸. O tempo de tratamento contínuo com antidepressivos foi estratificado em tempo superior a seis meses de tratamento. Para tanto, a variável polifarmacoterapia foi construída com base na categorização da quantidade de medicamentos usados.

As variáveis independentes foram avaliadas como: a) características sociodemográficas: sexo (masculino/feminino), faixa etária, estado civil (classificados em casados, solteiros ou viúvos), escolaridade (analfabeto, menos de 4 anos de

estudo, 4 anos ou mais), tempo residindo no condomínio (menos de 1 ano, 1 ano, 2 anos, 3 anos, mais de 4 anos), utilização de serviços de saúde (sim/não), quais serviços de saúde (nenhum, unidade básica de saúde, médico particular, hospital, outros), satisfação com o serviço médico prestado (sim/não), realização de consulta médica (menos de três meses, mais de 4 meses, mais de 1 ano); b) prática de exercícios físicos, presença de comorbidades crônicas autorreferidas c) variáveis relacionadas a polifarmácia, medicamentos de uso contínuo, acesso aos medicamentos: dificuldades financeiras para aquisição do medicamento (sim/não), dificuldade em obter receita de medicamentos controlados (sim/não).

Para a realização da primeira entrevista dos pacientes foi utilizado o Método Dáder, uma ferramenta desenvolvida pelo “Grupo de Investigação e Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada”. Essa ferramenta possibilita que o farmacêutico siga normas claras, objetivas e simples para que realize o seguimento farmacoterapêutico de forma sistematizada. O questionário avaliou as cinco primeiras fases propostas pelo método de seguimento farmacoterapêutico (oferta do serviço, primeira entrevista, análise da situação, fase de estudo e avaliação) considerando as peculiaridades da população estudada e as limitações para a coleta dos dados⁷.

Foi realizada revisão da farmacoterapia nos indivíduos com quadro clínico depressivo a fim de identificar as interações medicamentosas graves entre os medicamentos prescritos, incluindo antidepressivos e medicamentos para demais condições clínicas. Para tanto, as interações foram pesquisadas na base de dados Micromedex[®].

Os dados coletados foram inseridos no software SPSS[®] (Statistical Package for Social Sciences) versão 23.0 para análise estatística. Foi avaliada a normalidade da distribuição da amostra para definição dos testes estatísticos a serem empregados. As variáveis categóricas são apresentadas como frequência e porcentagem e as variáveis contínuas como média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil.

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Assis Gurgacz (FAG) de Cascavel/PR e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido obedecendo à resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Participaram do presente estudo 26 idosos, com média de idade de 69,5 anos ($\pm 5,1$). Da população estudada, 77,0% são homens e 23,0% mulheres, sendo a grande maioria viúvos (42,0%), solteiros (42,0%) e divorciados (16,0%) e a média de escolaridade foi de 4,0 anos ($\pm 3,2$).

Referente ao tempo de institucionalização, cerca de 38,0% dos idosos relataram durante a entrevista que residem no condomínio há cerca de dois anos. Quando indagados se utilizavam algum serviço de saúde, 92,0% responderam que sim, sendo que 76,0% utilizavam a unidade básica de saúde (UBS). Quanto ao nível de satisfação com o serviço médico prestado na comunidade 88,0% estavam satisfeitos. A prevalência de realização de consulta médica nos últimos três meses foi de 80,0%. As características da amostra segundo variáveis independentes estão descritas na tabela 1, a seguir.

Tabela 1. Características sociodemográficas. Capitão Leônidas Marques, PR, 2017.

Características sociodemográficas	N=26 (%)
Idade por grupo etário	
60-69 anos	11 (42)
70-79 anos	15 (58)
Média de idade/desvio padrão	69,8/±7,3
Sexo	
Masculino	19 (73)
Feminino	7 (27)
Escolaridade (anos de estudo)	
Mais de 4 anos	6 (23)
4 anos	18 (69)
Analfabeto	2 (8)
Média de anos de estudo	4,0/±3,2
Estado civil	
Solteiro	11 (42)
Divorciado	4 (16)
Viúvo	11 (42)
Tempo que reside no condomínio	
Menos de 1 ano	3 (12)
1 ano	6 (23)
2 anos	10 (38)
3 anos	5 (19)
Mais de 4 anos	2 (8)
Utiliza serviço de saúde	
Sim	24 (92)
Não	2 (8)
Quais serviços de saúde	
Nenhum	2 (8)
Unidade básica de saúde	20 (76)
Médico particular	2 (8)
Hospital	1 (4)
Outros	1 (4)
Satisfação com serviço médico prestado	
Sim	24 (92)
Não	2 (8)
Última consulta médica	
Menos de 3 meses	21 (81)
Mais de 4 meses	5 (19)
Mais de 1 ano	1 (4)

Tabela elaborada pelos próprios autores.

A presença de comorbidades foi relatada em 54,0% dos idosos. Dentre as comorbidades destacam-se: hipertensão arterial sistêmica (88,0%), dislipidemias (35,0%), doenças gastrointestinais (31,0%), diabetes mellitus tipo II (27,0%), artrite reumatóide (8,0%), doenças endócrinas (4,0%), doença respiratória (4,0%), osteoporose (4,0%) e transtornos mentais e comportamentais (4,0%).

No que se refere à terapia farmacológica, 96,0% dos idosos utilizam pelo menos um medicamento de uso contínuo. Destes, 46,0% fazem uso de cinco ou mais medicamentos, caracterizando polifarmácia. A mediana de medicamentos utilizados por idoso foi de 3 (2-5), conforme exposto na tabela 2.

Tabela 2. Características relacionadas à saúde. Capitão Leônidas Marques, PR, 2017.

Características relacionadas à saúde	N=26 (%)
Prática de atividade física	
Sim	4 (15)
Não	22 (85)
Comorbidades crônicas	
Presença	14 (54)
Ausência	12 (46)
Hipertensão arterial sistêmica	23 (88)
Dislipidemias	10 (39)
Doenças Gastrointestinais	8 (31)
Diabetes mellitus tipo II	7 (27)
Artrite reumatoide	2 (8)
Doenças endócrinas	1 (4)
Doença respiratória	1 (4)
Osteoporose	1 (4)
Transtornos mentais e comportamentais	1 (4)
Polifarmácia	
Sim	12 (46)
Não	14 (53)
Mediana de medicamentos utilizados	3 (2-5)
Medicamentos de uso contínuo	
Sim	25 (96)
Não	1 (4)
Acesso fácil aos medicamentos	
Sim	22 (85)
Não	3 (12)
Dificuldade financeira para adquirir o medicamento	
Sim	15 (58)
Não	10 (39)
Dificuldade para obter receita do medicamento	
Sim	3 (12)
Não	22 (85)

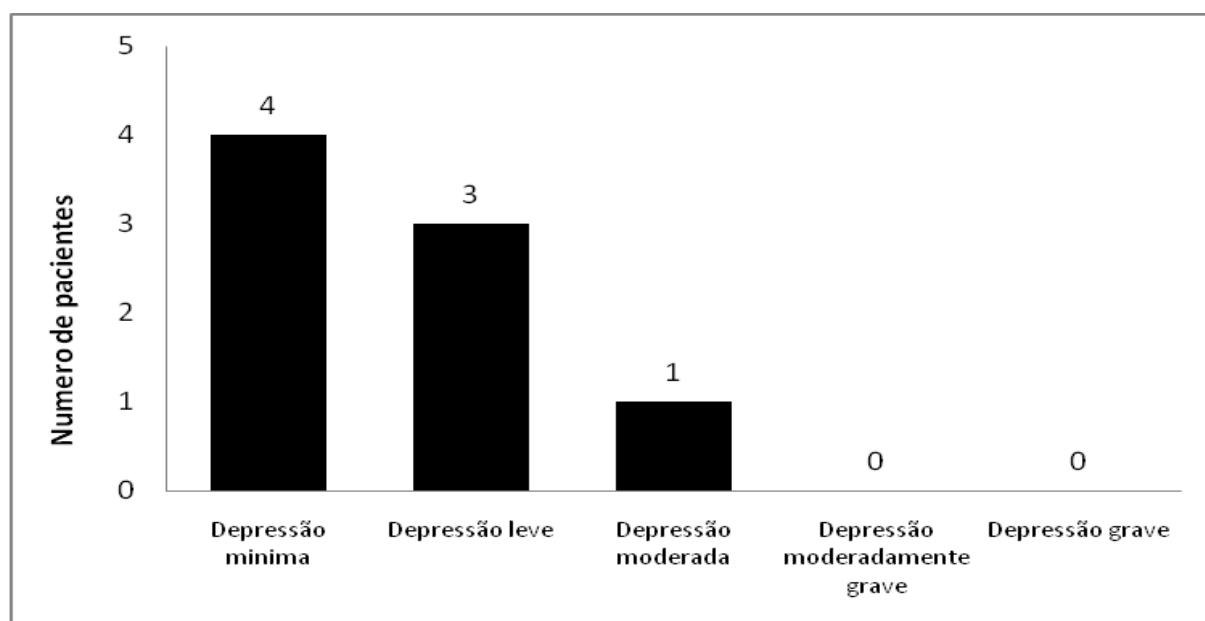
Tabela elaborada pelos próprios autores.

Pelo Teste de Fisher foi verificado que não há diferença significativa entre os idosos com idade entre 60 e 69 anos e idosos com 70 a 79 anos quanto ao índice de polifarmácia (Valor-p=0,238) e quanto ao índice de depressão (Valor-p= 1,00), sendo

considerado significativo quando $p \leq 0,05$. Além disso, não há provas suficientes para indicar que os idosos com depressão são mais polimedicados (Valor- $p = 0,0895$).

Conforme os resultados da aplicação do questionário PHQ-9 evidenciados na figura 1, a prevalência de depressão encontrada na amostra foi de 31,0%. Destes, 50,0% obtiveram escore equivalente a um quadro de depressão mínima, 37,0% depressão leve e 13,0% depressão moderada, não sendo evidenciados quadros de depressão moderadamente grave ou grave.

Figura 1. Distribuição da amostra quanto ao grau de depressão. Capitão Leônidas Marques, PR, 2017.



Os fármacos antidepressivos com maior número de prescrições foram: cloridrato de fluoxetina (25,0%) e cloridrato de imipramina (25,0%). A caracterização do uso de medicamentos antidepressivos pelos idosos encontra-se apresentada na tabela 3, a seguir.

Tabela 3. Caracterização do uso de medicamentos antidepressivos. Capitão Leônidas Marques, PR, 2017.

Variáveis	N = 26 (%)
Uso de medicamentos antidepressivos	
Sim	8 (31)
Não	18 (69)
Princípio Ativo	
Cloridrato de Fluoxetina	2 (8)
Cloridrato de Imipramina	2 (8)
Cloridrato de Amitriptilina	1 (4)
Cloridrato de Nortriptilina	1 (4)
Citalopram	1 (4)
Cloridrato de Venlafaxina	1 (4)
Tempo de uso	
Até 6 meses	1 (4)
Superior a 6 meses	7 (27)

Tabela elaborada pelos próprios autores.

Quanto às características dos pacientes com depressão observou-se que a grande maioria é do sexo feminino (62,0%), e 75,0% são viúvos. Outro fator importante é que 62,0% são pacientes polimedicados e 88,0% dos idosos acometidos com quadro depressivo sofrem com outras comorbidades.

Não há provas suficientes para indicar que os idosos com depressão moderada são mais polimedicados que os idosos com depressão de mínima a leve ($p \geq 0,05$), conforme Teste de Fisher (Valor-P = 1).

Foram identificadas 16 interações medicamentosas graves dentre os medicamentos prescritos em 5 pacientes com depressão sendo em sua maioria interações envolvendo antidepressivos (50,0%). Na tabela 4 a seguir, encontram-se dispostas as interações medicamentosas graves identificadas pela busca na base de dados. Do total, destaca-se a interação envolvendo o ácido acetilsalicílico (AAS), representando 56,3% do total de interações identificadas.

Tabela 4. Interações medicamentosas graves identificadas nas prescrições de idosos com depressão. Capitão Leônidas Marques, PR, 2017.

Interação medicamentosa	N (%)	Frequência cumulativa (%)
AAS X Fluoxetina	2 (12,5)	12,5
AAS X Hidroclorotiazida	2 (12,5)	25,0
AAS X Meloxicam	1 (6,25)	31,5
AAS X Cilostazol	1 (6,25)	37,5
AAS X Furosemida	1 (6,25)	43,8
AAS X Bisoprolol	1 (6,25)	50,0
AAS X Nortriptilina	1 (6,25)	56,3
Cilostazol X Omeprazol	1 (6,25)	62,5
Cilostazol X Venlafaxina	1 (6,25)	68,8
Cilostazol X Fluoxetina	1 (6,25)	75,0
Hidroclorotiazida X Meloxicam	1 (6,25)	81,3
Fluoxetina X Meloxicam	1 (6,25)	87,5
Clorpromazina X Nortriptilina	1 (6,25)	93,8
Ciclobenzaprina X Imipamina	1 (6,25)	100
TOTAL	16 (100,0%)	

Tabela elaborada pelos próprios autores.

Dentre os antidepressivos, a fluoxetina foi a mais implicada com interações medicamentosas (51,0%), conforme disposto no gráfico 1 a seguir.

Gráfico 1. Interações medicamentosas envolvendo antidepressivos nas prescrições de idosos com depressão. Capitão Leônidas Marques, PR, 2017.

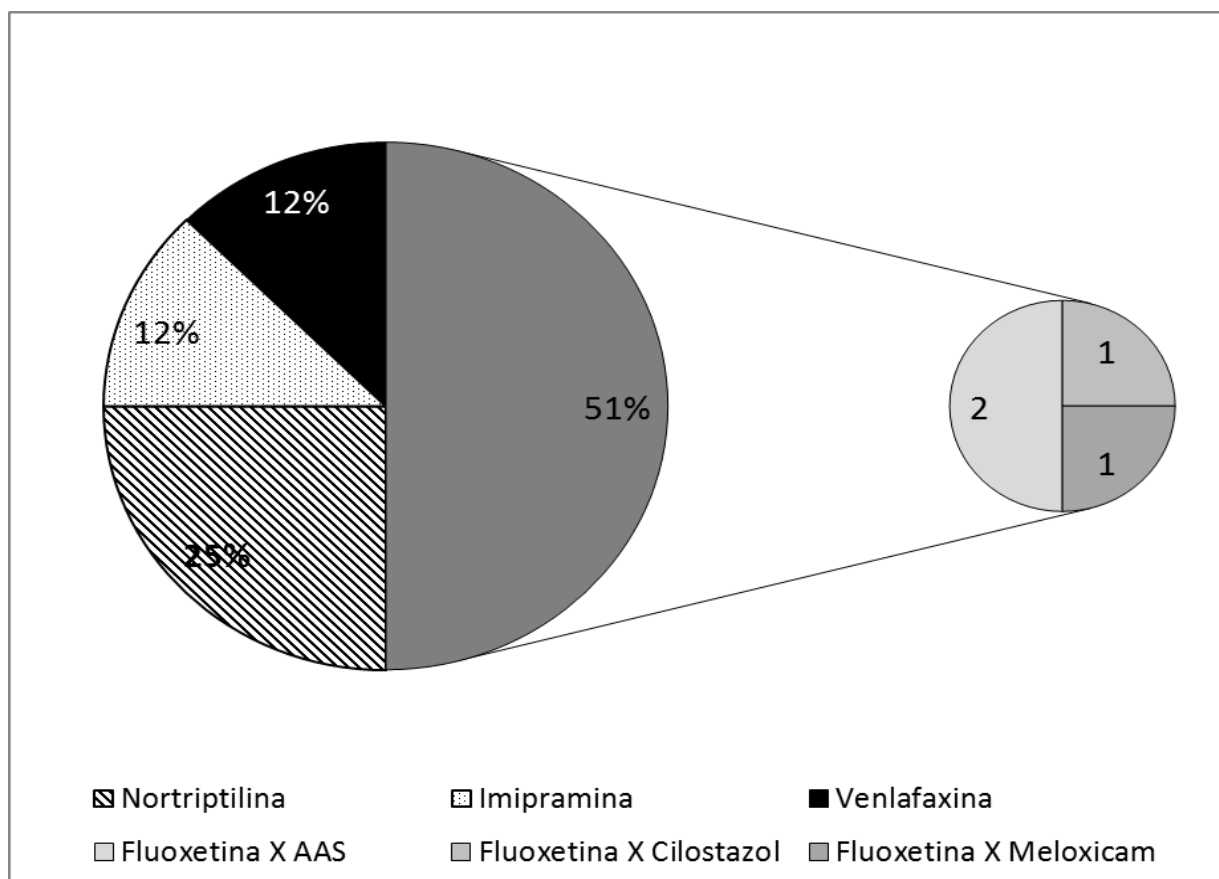


Gráfico elaborado pelos próprios autores.

As interações de fluoxetina (ISRS) ou nortriptilina (ADT) com AAS ou com meloxicam implicam no aumento da toxicidade do destes antiinflamatórios não-esteroidais (AINEs): risco aumentado de hemorragia intracraniana e sangramento gastrointestinal, sendo recomendado considerar outros tipos de manejo da dor ou antidepressivo, ou ainda, a prescrição de profilaxia com fármacos antiulcerosos³⁰. Os riscos da ocorrência destes eventos adversos também é aumentado quando fluoxetina (ISRS) ou venlafaxina (INSRS) são prescritas concomitante ao cilostazol e a recomendação é considerar a redução da dose de cilostazol e monitoramento do paciente para a ocorrência de sangramento.

A nortriptilina (ADT) administrada com clorpromazina (antipsicótico) apresenta potencial de prolongamento do intervalo QT. A recomendação é monitoramento da toxicidade cardíaca por meio do eletrocardiograma.

DISCUSSÃO

A prevalência do uso de medicamentos antidepressivos em idosos institucionalizados no presente estudo foi de 31,0%. Destes, 50,0% obtiveram escore equivalente a um quadro de depressão mínima, 37,0% depressão leve e 13,0% depressão moderada. Em estudo semelhante realizado em Curitiba-PR, 42,8% dos idosos apresentava sintomatologia depressiva, sendo que 28,5% possuíam depressão leve e 14,2% depressão severa¹¹. Já em estudo realizado no distrito de Bragança, Portugal, a taxa encontrada foi de 46,7%, onde 33,3% dos pacientes apresentavam depressão leve e 13,4% depressão grave¹². Em João Pessoa-Paraíba, o índice encontrado foi de 24,2%, onde 19,6% dos idosos apresentavam quadro de depressão leve e 4,6% depressão severa¹³. Divergências de prevalência observadas entre os estudos podem ser justificadas pelas diferenças de desenho do estudo, local e número da população estudada, assim como o período de observação.

A depressão constitui-se como a perturbação afetiva mais frequente no idoso¹². Segundo estudo realizado por Galhardo et al¹⁴ estima-se que 15,0% dos idosos no Brasil apresentam sintomatologia depressiva associada ou não a distúrbios psiquiátricos. Ainda, segundo o mesmo autor, a incidência de depressão é maior em idosos institucionalizados do que nos que vivem na comunidade.

Para Teng et al¹⁵ a presença de depressão piora diversos fatores relacionados à saúde em pacientes clínicos. Estudos recentes descreveram maior mortalidade associada a sintomas depressivos em pacientes idosos com doenças clínicas crônicas¹⁴. No presente estudo observou-se que 54,0% dos idosos entrevistados são acometidos por comorbidades, sendo que 88,0% desses pacientes fazem o uso de medicamentos antidepressivos. Boing et al¹⁶ descreve que pessoas com doenças crônicas podem apresentar limitações, como de mobilidade, alimentação, atividade física e na realização de atividades cotidianas na vida

pessoal, social ou no trabalho. Os problemas e implicações inerentes dessas restrições podem levar a transtornos de humor e depressão.

A polifarmacoterapia encontrada no presente estudo foi de 46,0%, sendo que a média de medicamentos utilizados por idoso foi 3 (2-5). Estudos semelhantes encontraram resultados que variaram de 29,4% a 71,0%^{19,21,22}.

Para Santos et al¹⁸, os idosos são mais propensos ao uso de muitos medicamentos em função de apresentarem mais alterações fisiológicas de farmacocinética e farmacodinâmica decorrentes da idade. Verifica-se também que é frequente o uso de muitos medicamentos de forma simultânea por idosos, o que, talvez, esteja relacionado à tentativa de amenizar situações decorrentes do processo de envelhecer, além de atuarem como tratamento para doenças comuns no processo de envelhecimento¹⁹. O uso concomitante de múltiplos medicamentos pode trazer diversos desfechos indesejáveis à saúde, como o aumento na ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas, menor adesão à terapia medicamentosa, diminuição da capacidade funcional e declínio cognitivo do idoso²⁰. Segundo Alvim et al⁴ a presença de outras comorbidades também está diretamente associada a polifarmácia em idosos, podendo resultar em problemas de farmacoterapia.

Observou-se no presente estudo que 62,0% dos idosos que fazem uso de antidepressivos são polimedicados. Segundo Nóbrega et al¹⁷ estima-se que a prevalência de psicofármacos em pacientes residentes em asilo chegue a 63,0%, sendo esses medicamentos usualmente prescritos por médicos não psiquiatras em decorrência da necessidade de controle comportamental, presença de sintomas de depressão e transtornos do sono.

Os fármacos antidepressivos prescritos mais observados na presente pesquisa foram: cloridrato de fluoxetina que pertence a classe dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e imipramina (ADT) antidepressivos tricíclicos. Em estudos semelhantes Loyola et al²⁶ observou-se predomínio dos ADT, seguidos dos ISRSs e dos IMAOs. Segundo o mesmo autor, dentre essas classes de antidepressivos mencionadas, os ISRSs são os de lançamento mais recente, e vêm substituindo progressivamente os tricíclicos. Segundo Silva²³ Os ISRS são eficazes no tratamento de depressão maior e também prescritos como ansiolíticos com eficácia demonstrada no tratamento de ansiedade generalizada, pânico,

ansiedade social e transtorno obsessivo compulsivo. São difundidos como drogas seguras e eficazes em idosos, porém, é necessário levar em conta os riscos de interações medicamentosas com essa classe de medicamentos, principalmente com a fluoxetina.

No presente estudo a fluoxetina foi dentre os antidepressivos, o mais implicado com interações medicamentosas de gravidade maior (51,0%), representando 25,0% do total de interações medicamentosas identificadas. Em estudos semelhantes o índice de interações medicamentosas com esse fármaco variou de 9,5% - 11,6%^{31 32}. Apesar desta prevalência nestes estudos refletir as interações medicamentosas observadas entre vários medicamentos, não tão somente os antidepressivos, é notável a importância do monitoramento destas interações em idosos em tratamento com fluoxetina.

Colaborando Paradela²⁴ menciona que, dentre os ISRS, citalopram e sertralina tem menor potencial de interação medicamentosa, devendo-se sempre levar em conta a dose necessária para a remissão total dos sintomas e tolerância dos indivíduos aos eventos adversos, assim como as doses sugeridas pelos fabricantes. Além disso, os ISRS e os inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina (IRSNs) têm maior eficácia e segurança em relação à maioria dos medicamentos anteriormente descritos como de primeira geração²⁵.

Por outro lado, os ADTs deixaram de ser usados como fármacos de primeira linha no tratamento de depressão, devido a seu potencial para provocar efeitos colaterais graves. No entanto esses fármacos apresentam valor no tratamento de depressão maior e são utilizados principalmente para tratamento de insônias, desde que em doses relativamente baixas²⁵. A principal desvantagem em relação a esta classe é que em indivíduos não depressivos causam sedação, confusão e falta de coordenação motora e uma superdosagem pode causar arritmias ventriculares associadas ao prolongamento do intervalo, trazendo risco de morte súbita de causa cardíaca²⁶.

Os inibidores da monoaminoxidase (IMAO) não são indicados para prescrição em idosos, pelo seu alto risco de interações medicamentosas e alimentares. Alimentos que contêm tiramina (monoamina derivada da tirosina) como queijos maturados e vinhos tintos, favorecem a inibição da MAO-A levando ao acúmulo de tiramina nas terminações nervosas e vesículas de neurônios

neurotransmissores, resultando em uma hipertensão aguda, originando uma cefaléia latejante intensa, podendo resultar uma hemorragia intracraniana²⁵.

Segundo critérios de Beers²⁹, a utilização de antidepressivos tricíclicos pode causar eventos adversos de relevância clínica devido à sua atividade anticolinérgica e à capacidade de induzir hipotensão ortostática e estimulação do sistema nervoso central. Os antidepressivos ISRS e ADT devem ser usados com cautela, devido à capacidade de exacerbar ou causar a síndrome de secreção inapropriada do hormônio antidiurético ou hiponatremia. Outra justificativa para que se evite o uso em idosos é a indução de sedação que prejudica a função psicomotora aumentando o risco de quedas e fraturas³⁰.

Neste sentido, o uso concomitante de dois ou mais medicamentos, e principalmente a polifarmácia, e o uso de antidepressivos pode expor o usuário a um risco real que pode ser prevenido com acompanhamento e orientações. Diante disso, é necessário ressaltar a importância do farmacêutico atuando na revisão da farmacoterapia e acompanhamento farmacoterapêutico desses pacientes. É necessário que este profissional esteja inserido na equipe multidisciplinar, observando as interações medicamentosas, a ocorrência de reações adversas e identificando problemas relacionados a medicamentos, a fim de otimizar o quadro clínico dos usuários, promovendo o uso racional de medicamentos e melhorando desfechos de efetividade clínica no tratamento de pacientes idosos com depressão.

Sobre o manejo não-farmacológico da depressão, para Frade et al²⁷ a realização de atividades físicas regulares é considerada uma opção não farmacológica no tratamento de transtorno depressivo. No presente estudo observou-se que nenhum dos indivíduos com quadro clínico depressivo pratica algum tipo de atividade física. Um estudo comparativo entre idosos com quadro clínico depressivo que foram separados em grupos praticantes e não praticantes de atividade física, evidenciou que exercícios físicos bem supervisionados melhoram a capacidade funcional dos idosos com depressão maior, principalmente do equilíbrio e da flexibilidade²⁸. Frade et al²⁷ descreve ainda que o exercício físico regular apresenta, em relação ao tratamento medicamentoso, o benefício de não apresentar efeitos indesejáveis como as terapias medicamentosas, além de sua prática demandar, um maior comprometimento ativo por parte do paciente que pode trazer efeitos benéficos como a melhoria da autoestima e autoconfiança.

Algumas limitações observadas na realização do presente estudo foram inerentes ao próprio desenho metodológico do estudo. O número da amostra pequeno é intrinsecamente relacionado às características da população incluída no estudo. A instituição de abrigo não suporta um número muito alto de idosos por limitações de estrutura, espaço físico e disponibilidade de recursos e de profissionais, sendo assim, justifica-se o número de pacientes. Além disso, foram observadas dificuldades relacionadas à coleta dos dados, pois não há prescrição médica de posse pela instituição e nem prontuário com registro de atendimentos por profissionais da saúde, bem como, impossibilidade de contato com o cuidador, sendo utilizado o relato do próprio participante da pesquisa. Ainda, a análise de prevalência de depressão na população incluída foi realizada pela prescrição médica de antidepressivos ou pelo próprio relato do paciente, uma vez que, diagnóstico de depressão sendo estritamente clínico, torna-se difícil mensurar quais pacientes realmente possuem o diagnóstico desta condição clínica.

CONCLUSÃO

A prevalência de uso de antidepressivos em idosos é considerada alta na população estudada, semelhante aos achados de outros estudos já realizados. O uso de antidepressivos está associado à presença de comorbidades crônicas e polimedicação.

A prescrição de antidepressivos em idosos, assim como o uso prolongado, deve ser avaliada com prudência, levando em consideração as alterações fisiológicas associada à idade avançada, interações medicamentosas e ocorrência de eventos adversos associados aos medicamentos.

Além disso, o presente estudo constatou problemas na adesão ao tratamento farmacológico, da prática de atividade física e outras formas de medidas não-farmacológicas, o que evidencia a importância de um acompanhamento integral com uma equipe multiprofissional voltada a saúde do idoso.

AGRADECIMENTO

À Prefeitura Municipal de Capitão Leônidas Marques, em parceria com a Secretária de Assistência Social por possibilitar a coleta de dados para a realização deste trabalho. Em especial gostaria de agradecer todos os idosos que participaram da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Frade, J; Barbosa, P; Cardoso, S; Nunes, C. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Rev. Enf. Ref.* 2015 [acesso em 03 Ago. 2017], vol.serIV, n.4, pp.41-49. ISSN 0874-0283. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14030>>.
2. Silva, GB; Silva, VB; Lopes, RC; Silva, JWF. Caracterizando a depressão no idoso: uma revisão bibliográfica. Centro Científico Conhecer - Goiânia, 2010 [acesso em 05 Ago. 2017], vol.6, n.9, Pág.1. Disponível em: <<http://www.conhecer.org.br/enciclop/2010/caracterizando.pdf>>.
3. Stella, F; Gobbi S; Corazza DI; Costa JLR. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz. Journal of Physical Education.* UNESP, 2002 [acesso em 08 Ago. 2017], v. 8, n. 3, p. 90-98,. Disponível em: <<http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/08n3/Stela.pdf>>.
4. Alvim, MM; Cruz, DT; Vieira, MT; Bastos, RR. Prevalência e fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da comunidade. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, 2017 [acesso em 10 Ago. 2017], v. 20, n. 4, p. 463-473, ago. . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232017000400463&lng=pt&nrm=iso>.
5. Bittencourt, SC; Caponi, S; Maluf, S. Medicamentos antidepressivos: inserção na prática biomédica (1941 a 2006) a partir da divulgação em um livro-texto de

farmacologia. *Mana*. 2013 [acesso em 03 Set. 2017], vol.19, n.2, pp.219-247. ISSN0104-9313. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132013000200001>>.

6. Santos, IS.; Tavares, BF; Munhoz, TN.; Almeida, LSP ; Silva, NTB; Tams, BD; et. al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad. Saúde Pública*. 2013, [acesso em 23 Ago. 2017], vol.29, n.8, pp.1533-1543. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00144612>>.

7. Hernández DS; Castro MMS; Dáder MJF. Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. Terceira edição. Editora Universidade Federal de Alfenas, 2014 [acesso em 05 Set. 2017]. Disponível em:<http://www.unifalmg.edu.br/gpaf/files/file/Guia%20dader%20interior%20brasil%20v4_.pdf>.

8. Secoli, SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. bras. enferm.* 2010 [acesso em 05 Set. 2017], vol.63, n.1, pp.136-140. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>>.

9. Matias, AGC; Fonseca, MA; Gomes, MLF; Matos, MAA. Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. *Einstein, São Paulo*, 2016 [acesso em 08 Set. 2017],v. 14, n. 1, p. 6-11, Mar. . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3447>>.

10. Ferreira, PCS; Tavares, DMS; Rodrigues, RAP. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta paul. enferm.* 2011 [acesso em 12 Set. 2017], vol.24, n.1, pp.29-35. ISSN 1982-0194. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000100004>>.

11. Kohlbeck, DMN; Lenardt, MH; Betioli, SE; Michel, T. Indicadores de depressão em idosos institucionalizados. *Cogitare Enfermagem*. 2011 [acesso em 16 Set.

2017], v. 16, n. 3,. ISSN 1414-8536.. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648968003>>.

12. Vaz, SFA; Gaspar, NMS. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. Rev. Enf. Ref., Coimbra. 2011 [acesso em 20 Set. 2017], v. serIII, n. 4, p. 49-58, jul. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832011000200005&lng=pt&nrm=iso>.

13. Oliveira, MF. Sintomatologia da depressão e representações sociais de ser idoso e depressão. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011 [acesso em 25 Set. 2017]. Disponível em: <<http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/handle/tede/5064>>.

14. Galhardo, VAC; Mariosa, MAS; Takata, JPI. Depressão e perfis sociodemográficos e clínicos de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010 [acesso em 25 Set. 2017], v.20, n.1, p. 16-21. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/195.pdf>

15. Teng, CT; Humes, EC; Demetrio, FN. Depressão e comorbidades clínicas. Rev. psiquiatr. clín. 2005 [acesso em 28 Set. 2017], vol.32, n.3, pp.149-159. ISSN 0101-6083. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000300007>>.

16. Boing, AF; Melo, GR; Boing, AC; Moretti, PRO; Peres, KG; Peres, MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. Rev. Saúde Pública. 2012 [acesso em 29 Set. 2017], vol.46, n.4, pp.617-623. Epub June 26, 2012. ISSN 1518-8787. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000044>>.

17. Nóbrega, IR; Alves, P; Leal, MCC; Marques, APO; Vieira, JDCM. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. Saúde debate, Rio de Janeiro. 2015 [acesso em 30 Set. 2017], v. 39, n. 105, p. 536-550,

Junho 2015 . Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/0103110420151050002020>.

18. Santos, TRA; Lima, DM; Nakatani, AYK; Pereira, LV; Leal, GS; Amaral, RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 2013 [acesso em 02 Out. 2017], v. 47, n. 1, p. 94-103, Feb. 2013 . Acesso em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100013>.

19. Costa, GM; Oliveira, MLC; Novaes, MRCG. Fatores associados à polifarmacoterapia entre idosos assistidos pela estratégia saúde da família. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro. 2017 [acesso em 03 Out. 2017], v. 20, n. 4, p. 525-533, ago. 2017 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232017000400525&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt >.

20. Alvim, MM; Cruz, DT; Vieira, MT; Bastos, RR; Leite, ICG. Prevalência e fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da comunidade. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro. 2017 [acesso em 04 Out. 2017], v. 20, n. 4, p. 463-473, ago. 2017 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232017000400463&lng=pt&nrm=iso.

21. Polaro, SHI; Fideralino, JCT; Nunes, PAO; Feitosa, ES; Gonçalves, LHT. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro. 2012 [acesso em 07 Out. 2017], v. 15, n. 4, p. 777-784, Dec. 2012 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S180998232012000400016>.

22. Lucchetti, G; Granero, AL; Pires, SL; Gorzoni, ML; Tamai, S. Fatores associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre. 2010 [acesso em 12 Out. 2017], v. 32, n. 2, p. 38-43, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082010000200003>.

23. Silva, IV. Efeitos adversos do uso de antidepressivos em idosos. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Teófilo Otoni, 2011 [acesso em 13 Out. 2017]. 52f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Efeitos_adversos_do_uso_de_antidepressivos_em_idosos/459>.
24. Paradela, E. Depressão em idosos. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2011 [acesso em 15 Out. 2017]. v. 10, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.epublicacoes_teste.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8850/6729>.
25. Brunton, L.L. GG: As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 12^a ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.
26. Loyola, FAI; Castro, CE; Firmo, JOIA; Peixoto, SV. Tendências no uso de antidepressivos entre idosos mais velhos: Projeto Bambuí. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 2014 [acesso em 24 Out. 2017], v. 48, n. 6, p. 857-865, Dec. . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005406>>.
27. Frade, J; Barbosa, P; Cardoso, S; Nunes, C. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Rev. Enf. Ref.* 2015 [acesso em 30 Out. 2017], vol.serIV, n.4, pp.41-49. ISSN 0874-0283. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14030>>.
28. Lanuez, FV; Jacob, FW; Lanuez, MV; Oliveira, ACB. Estudo comparativo dos efeitos de dois programas de exercícios físicos na flexibilidade e no equilíbrio em idosos saudáveis com e sem depressão maior. Einstein, São Paulo. 2011 [acesso em 30 Out. 2017], v. 9, n. 3, p. 307-312, Sept.. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082011ao1780>>.
29. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1531–6.

30. Lima, TAM; Furini, AAC; Atique, TSC; Di D, P; Machado, R L D; Godoy, MF. Análise de potenciais interações medicamentosas e reações adversas a anti-inflamatórios não esteroides em idosos. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro. 2016 [acesso em 02 Nov. 2017], v. 19, n. 3, p. 533-544, June. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150062>>.
31. Garske, C; Assis, MP; Schneider, APH; Machado, EO; Morsch, LM. Interações medicamentosas potenciais na farmacoterapia de idosos atendidos em farmácia básica do sul do brasil. Saúde (Santa Maria), [S.l.], p. 97-105, dez. 2016 [acesso em 03 Nov. 2017].. ISSN 2236-5834. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/21751>>.
32. Schenkela, M; Simão, J; Schwanbachc, KH; Colet, CF. Interação medicamentosa em usuários de antidepressivos do sistema público de um município do sul do Brasil. Ciência & Saúde, v. 8, n. 3, p. 107-114, 2015 [acesso em 04 Nov. 2017], Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/21093/13983>>.

ANEXO 1 – NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (RBGG) é a continuação do título Textos sobre Envelhecimento, fundado em 1998. É um periódico especializado que publica produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, com o objetivo de contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. A Revista tem periodicidade bimestral e é publicada nos idiomas Português e Inglês no formato eletrônico. Seu ISSN eletrônico é 1981-2256.

Categorias de publicação: Artigos originais, Revisões, Relatos, Atualizações e Comunicações Breves. Em 2017 a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia completou 19 anos.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Categorias de manuscritos

Todos os artigos, independente da sua respectiva categoria deverão ser elaborados de acordo com a orientação da RBGG, observando o desenho de estudo do artigo (indicado no Checklist do site da Revista – www.rbgg.com.br).

Artigos originais: são relatos de trabalho original, destinados à divulgação de resultados de pesquisas inéditas de temas relevantes para a área pesquisada, apresentados com estrutura constituída de Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos. Máximo de 4.000 palavras, excluindo resumo, referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo de 35 referências e de 5 tabelas e/ou figuras. Para aceitação de artigo original abrangendo ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos, será solicitado o número de identificação de registro dos ensaios.

Revisões:

a) Revisão sistemática - é uma revisão planejada para responder a pergunta específica, objeto da revisão. É feita por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, e descreve o processo de busca dos estudos, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram

incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos.

b) Revisão integrativa - método de revisão amplo, que permite incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão devem ser analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos. Máximo de 4.000 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 50 referências e de 5 tabelas e/ou figuras.

Relatos de caso: Relatos inéditos, de descrição bem documentada, relacionados ao campo temático da revista. Esta categoria tem por função anunciar novas variações de processos de doença, tratamento ou resultados inusitados etc.), enquanto ainda não houve tempo de uma análise com maior número de casos para submeter como "artigo original". Os autores devem informar, na argumentação do texto, os aspectos relevantes e sua relação aos casos publicados anteriormente na literatura da área. Devem apresentar Introdução, Método, Resultados (relatando a experiência inédita), Discussão e Conclusão. Máximo de 3.000 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 25 referências e de 3 tabelas e/ou figuras.

Atualizações: trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou potencialmente investigativo. Máximo de 3.000 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 25 referências e de 3 tabelas e/ou figuras.

Comunicações breves: Relatos breves, de resultados preliminares de pesquisa com estudos em andamento ou que tenham sido concluídos recentemente antecipando resultados inovadores. Necessitam ser publicados com urgência por demonstrar fortes indícios de relações entre variáveis que possam levar a riscos à saúde pública, ainda que nem todas as hipóteses alternativas ou nem todos os efeitos tenham sido compreendidos totalmente. Máximo de 1.500 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 10 referências e uma tabela/figura.

Carta ao editor: Trata-se a manifestação de opinião de uma pessoa sobre determinado artigo. Máximo de 600 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de referências: 08. Mais informações em: www.rbgg.com.br

Preparação de manuscritos

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

As páginas não devem ser numeradas.

Página de título:

a) Deve conter o Título completo e título curto do artigo, em português ou espanhol e em inglês.

Resumo: Os artigos deverão ser acompanhados de resumo com um mínimo de 150 e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos, resultados e conclusões mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave: Indicar, no campo específico, de três e a seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo: A quantidade de palavras no artigo é de até 4 mil, englobando Introdução; Método; Resultado; Discussão; Conclusão e Agradecimento (este último não é obrigatório).

Introdução: Deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Método: deve informar a procedência da amostra, o processo de amostragem, dados do instrumento de investigação e estratégia de análise utilizada. Nos estudos envolvendo seres humanos, deve haver referência à existência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido.

Resultado: devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem autoexplicativas, informando a significância estatística, quando couber. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é 5 (cinco).

Discussão: deve explorar os resultados, apresentar a interpretação / reflexão do autor fundamentada em observações registradas na literatura atual e as implicações/desdobramentos para o conhecimento sobre o tema. As dificuldades e limitações do estudo podem ser registradas neste item.

Conclusão: apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo .

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Referências: devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências. Solicitamos que 50% das referências devam ser publicações datadas dos últimos 5 anos. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto. Notas de rodapé: deverão ser restritas ao necessário; não incluir nota de fim.

Imagens, figuras, tabelas, quadros ou desenhos devem ser encaminhados e produzidos no formato Excel ou Word porém de forma editável, em tons de cinza ou preto. Gráficos devem ter fonte: 11, centralizados, com informação do local do evento/coleta e Ano do evento. Trabalhos feitos em outros softwares de estatística (como SPSS, BioStat, Stata, Statistica, R, Mplus etc.), serão aceitos, porém, deverão ser editados posteriormente de acordo com as solicitações do parecer final e, traduzidos para o inglês.

Pesquisas envolvendo seres humanos: deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Na parte

“Metodologia”, constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Ensaio clínico: a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS, ICMJE e WHO - <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/> , cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE - <http://www.icmje.org/> . O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Recomenda-se ao autor observar os seguintes Checklists e acordo com o tipo de estudo feito:

CONSORT – para ensaios clínicos controlados e randomizados

(<http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort/66-title>)

CONSORT CLUSTER – extensão para ensaios clínicos com conglomerados

(<http://www.consort-statement.org/extensions?ContentWidgetId=554>)

TREND – avaliação não aleatorizada e sobre saúde pública

(<http://www.cdc.gov/trendstatement/>)

STARD – para estudos de precisão diagnóstica

(http://www.stard-statement.org/checklist_maintext.htm)

REMARK – para estudos de precisão prognóstica

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362085/>)

STROBE – para estudos epidemiológicos observacionais (estudo de coorte, caso controle ou transversal)

(<http://www.strobe-statement.org/>)

MOOSE – para metanálise de estudos epidemiológicos observacionais

<http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort/66-title>

PRISMA – para revisões sistemáticas e meta-análises

(<http://www.prisma-statement.org/statement.htm>)

CASP – para revisões integrativas

(<http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>)

Submissão de artigos e Documentos necessários

As submissões devem ser realizadas pelo site da Revista – www.rbgg.com.br, acessando o link "submissão de artigos".

Após a submissão, a Comissão Editorial da Revista irá averiguar se todas as orientações da submissão foram atendidas, e inicializará o processo de publicação do artigo.

Os manuscritos devem ser originais, destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e não serem submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos.

O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão.

Itens exigidos na submissão: Termo de aceite documento com a página de títulos; documento com direitos autorais; carta de agradecimento, documento indicando se houve Financiamento da pesquisa. Em nosso site (www.rbgg.com.br) os autores encontram o modelo padrão de cada documento. Além do documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética. Mais informações em: www.rbgg.com.br

Avaliação de manuscritos

Os manuscritos que atendem à normalização, conforme orientações, são encaminhados para as fases de avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação do manuscrito é feita pelos Editores Científicos, tendo como base a originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para as áreas de Geriatria e Gerontologia.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os

pareceres são analisados pelos editores, para a aprovação ou não do manuscrito. A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é dos editores.

Análise final: fase em que o autor faz os ajustes necessários à publicação do artigo. Nesse processo de editoração e normalização, a Revista se reserva o direito de proceder a alterações no texto de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para publicação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos Editores da RBGG.

Conflito de Interesse

Sendo identificado conflito de interesse da parte dos revisores, o manuscrito será encaminhado a outro revisor ad hoc.

Taxa de publicação

A cobrança destina-se a garantir recursos para a produção da RBGG. Para tanto, a RBGG solicita ao autor uma taxa de publicação. Dessa maneira, conseguimos garantir a qualidade da revisão dos textos em português e a tradução dos textos científicos para o inglês.

O valor dessa taxa é de R\$ 900,00 (novecentos reais) por artigo aprovado, ou seja, no ato da submissão o autor não pagará a taxa, apenas e exclusivamente se o artigo for aceito para publicação.

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

Os autores também deverão custear a tradução feita por profissional nativo em língua inglesa indicado pela Revista.

Uma vez publicado o artigo, qualquer leitor poderá ter acesso livre e sem custo à revista online em nosso site www.rbgg.com.br e no site SciELO.

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO PHQ9

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO				
Nome do paciente:				
Data de aplicação do instrumento:				
Possui diagnóstico de depressão? () Não () Não sabe () Sim. Desde quando?				
Já encontra-se em tratamento da depressão: () Não () Sim. Tempo de tratamento:				
Tratamento atual para depressão:				
Tratamentos prévios para depressão:				
PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)				
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	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. Se sentir “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. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir 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 Score:				

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

() Nenhuma Dificuldade () Alguma dificuldade () Muita Dificuldade
() Extrema Dificuldade

Interpretação do Score Total do PHQ-9

Escore Total	Gravidade da depressão
1 - 4	Depressão Mínima
5 - 9	Depressão Leve
10 - 14	Depressão Moderada
15 - 19	Depressão Moderadamente Grave
20 - 27	Depressão Grave

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas (1999), com um subsídio educacional da Pfizer Inc.

