



**Guilherme Brunelli Barcelos**

**EM BUSCA DE UM NOVO MODELO: UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO  
ASSISTENCIAL PARA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE DEPRESSÃO EM  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Santa Maria, RS

2019

**Guilherme Brunelli Barcelos**

**EM BUSCA DE UM NOVO MODELO: UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO  
ASSISTENCIAL PARA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE DEPRESSÃO EM  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Medicina – Área de Ciências da Saúde,  
da Universidade Franciscana, como requisito parcial para obtenção do grau de Médico.

Orientador: Prof. MD Fábio Martins Pereira

Santa Maria, RS

2019

**Guilherme Brunelli Barcelos**

**EM BUSCA DE UM NOVO MODELO: UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO  
ASSISTENCIAL PARA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE DEPRESSÃO EM  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Medicina – Área de Ciências da Saúde,  
da Universidade Franciscana, como requisito parcial para obtenção do grau de Médico.

---

Prof. MD Fábio Martins Pereira – Orientador (UFN)

---

Prof. MD Ricardo Souza Heinzemann – UFN

---

Prof. MD Felipe Salles de Salles – UFN

Aprovado em ..... de ..... de .....

À minha querida avó Horizontina (in memoriam), que não pode estar ao meu lado neste momento tão especial, mas que sempre esteve, está e estará comigo em pensamento.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus, por iluminar meu caminho e abençoar-me durante este ciclo.

À minha família, em especial aos meus pais, Paulo e Giovana, minha irmã, Estefania, pelo apoio incondicional sem medirem esforços para que esse sonho se tornasse realidade, minha eterna gratidão.

À minha namorada, Jamile, pelo amor e confiança a mim prestados. Obrigado por estar sempre ao meu lado tornando as coisas mais fáceis e minha vida mais feliz.

Aos meus amigos, antigos e novos que a universidade me proporcionou, pelo apoio incondicional e vivências incríveis comigo.

Ao meu orientador, Fábio, pela magnífica orientação. Obrigado pelos ensinamentos, pela tranquilidade e pelo tempo a mim dedicados.

Aos participantes da banca e suplentes, por aceitarem o convite e compartilharem comigo este momento tão especial.

A todos os professores e funcionários da UFN que participaram da minha trajetória, cada um à sua maneira, mas todos imprescindíveis para a concretização deste sonho.

## **EM BUSCA DE UM NOVO MODELO: UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE DEPRESSÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

*Looking for a new model: a proposal protocol for identification and management of depression in primary health care*

### **RESUMO**

Amplamente debatida, a depressão apresenta-se como uma patologia com altos índices de prevalência e níveis crescentes de incapacidade funcional. No Brasil, a incidência na atenção primária em saúde (APS) ultrapassa os 10% com elevadas taxas de falha diagnóstica dos médicos generalistas deste nível de atenção. Os objetivos do estudo foram propor uma identificação de usuários da atenção primária com sinais e sintomas de alteração do humor e apresentar um auxílio a conduta adequada para cada paciente. Para tal, realizou-se pesquisas de periódicos nos bancos de dados nacionais e internacionais bem como consultas nas literaturas especializadas da área. Ao fim, realizou-se uma proposta de protocolo assistencial que atendesse as demandas desta patologia com base nos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde e que fossem passíveis de aplicabilidade nacional. Finalmente, pode-se concluir que a depressão é uma patologia negligenciada pelas autoridades brasileiras de saúde a qual apresenta recursos no SUS muito aquém do disponibilizado para o manejo desta patologia. Além disso, o médico deve ser responsável pela subjetividade dos critérios diagnósticos, não devendo as diretrizes clínicas deste protocolo substituir o julgamento clínico.

**Palavras-Chave:** Depressão. Transtorno Depressivo Maior. Atenção Primária à Saúde

### **ABSTRACT**

Widely debated, depression presents a pathology with high prevalence rates and increasing levels of functional disability. In Brazil, the incidence of primary health care (PHC) exceeds 10% with high rates of diagnostic failure of general practitioners at this level of care. The goals of the study were to propose an identification of primary care users with signs and symptoms of mood disorders and to present an appropriate management for each patient. For this purpose, researchs were made in the national and international databases as well as consultations in the specialized literature. At the end, a proposal was made for a protocol that would meet the demands of this pathology based on the available resources of the Unified Health System (SUS) and which could be applied at national level. Finally, it can be concluded that depression is a pathology neglected by the Brazilian health authorities, which has resources in SUS that are far below that available for the management of this pathology. In addition, the physician should be responsible for the subjectivity of the diagnostic criteria, and the guidelines of this protocol should not replace the clinical judgment.

**Keywords:** Depression. Depressive Disorder, Major. Primary Health Care.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Curva de Kupfer .....	18
<b>Figura 2</b> – Curva de Kupfer .....	37
<b>Figura 3</b> – Fluxograma proposto para identificação e manejo de depressão na APS .....	40

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Indicadores de rastreio para depressão .....	23
<b>Quadro 2</b> – Principais fatores de risco para desenvolvimento de um episódio depressivo ...	23
<b>Quadro 3</b> – Perguntas para rastreamento de depressão .....	25
<b>Quadro 4</b> – Questões sugeridas para a coleta dos critérios diagnósticos .....	27
<b>Quadro 5</b> – Principais condições clínicas associadas a depressão .....	28
<b>Quadro 6</b> – Principais efeitos adversos dos fármacos disponíveis na APS para tratamento anti-depressivo .....	34
<b>Quadro 7</b> – Principais fármacos disponíveis na APS para tratamento antidepressivo .....	35

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Critérios diagnósticos de um episódio depressivo (F32) segundo a CID-10 .....	16
<b>Tabela 2</b> – Sintomas de um episódio depressivo (F32) segundo a CID-10 .....	26
<b>Tabela 3</b> – Critérios de gravidade do episódio depressivo (F32) segundo a CID-10 .....	26

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADT – Antidepressivos Tricíclicos

APA – *American Psychiatric Association*

APS – Atenção Primária à Saúde

BVS – Biblioteca Virtual da Saúde

CID - 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde 10

CID - 11 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde 11

CYP – Citocromo P450

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DSM - V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V

ECT – Eletroconvulsoterapia

HAM - D – Escala de Hamilton para Depressão com 17 itens

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMAO – Inibidores da Monoaminoxidase

ISRS – Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina

LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line*

MeSH – *Medical Subject Headings*

Mg – Miligramas

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pronto Atendimento

RS – Rio Grande do Sul

SA – Sintomas Acessórios

SciELO – *Scientific Eletronic Library Online*

SF – Sintomas Fundamentais

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

TAB – Transtorno Afetivo Bipolar

TCC – Psicoterapia Cognitivo-comportamental

TD – Transtorno Depressivo

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	12
1.1 Justificativa .....	13
1.2 Objetivos .....	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	14
3. METODOLOGIA .....	19
4. DESENVOLVIMENTO .....	20
4.1 Diagnóstico e classificação estatística internacional de doenças (CID-10) .....	20
4.2 Rastreamento .....	22
4.3 Diagnóstico .....	25
4.4 Critérios de inclusão e exclusão .....	29
4.5 Casos especiais .....	29
4.6 Tratamento .....	30
4.7 Monitorização e acompanhamento pós-tratamento .....	36
5. FLUXOGRAMA .....	39
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42

## 1 INTRODUÇÃO

Muito falada e estudada, a depressão tem sido um tema corriqueiro nos veículos de informação. Ao destacar-se como uma preocupação pública, o assunto foi capa da revista VEJA (2012) e vem sendo abordado ao longo dos anos em muitas matérias de jornais como GaúchaZH (2016) e Diário de Santa Maria (2017).

Ainda, a depressão corresponde a uma doença comum, recorrente, de curso crônico e provoca muitas vezes a incapacidade funcional o que leva a manifestar-se como um problema de saúde coletiva (FLECK; BAEZA, 2013). A previsão para 2030 é de que esse transtorno seja a primeira causa específica de incapacidade ao equiparar-se apenas às doenças cardíacas graves acerca do grau de inaptidão (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2009).

De acordo com Vos et al. (2016) em 2015 essa doença atingia 4,4% da população global (322 milhões de pessoas estimado). Ademais, o trabalho afirma que entre 2005 e 2015 houve um crescimento de 18,4% na incidência mundial dessa condição.

Dentro da literatura especializada, Sadock, Sadock e Ruiz (2017) mostram que o transtorno depressivo maior possui a preponderância mais alta ao longo da vida de todos os transtornos psiquiátricos (17%) e o transtorno depressivo breve recorrente próximo dos 16%. Esse mesmo texto afirma ainda que a predominância de depressão unipolar ocorre duas vezes mais em mulheres do que em homens com idade média de 40 anos e início entre os 20 e 50 anos de idade em 50% dos casos. Tal achado é ratificado por Gonçalves et al. (2017) ao evidenciar uma prevalência de depressão em mulheres de 20 a 59 anos de 19,7% destacando ainda como fatores de risco em Atenção Primária em Saúde (APS) baixa escolaridade, ato de trabalhar, doença mental prévia e ausência de atividades físicas.

Conforme Moreno, Demétrio e Moreno (2011), o predomínio de transtornos depressivos na população geral varia entre 15,1 a 16,8% nos casos de transtorno depressivo maior e de 4,3 a 6,3% para distímia. Além disso, aproximadamente 50% dos deprimidos desenvolvem não só um período prodrômico, caracterizado por sintomas ansiosos e depressivos leves, mas ainda cerca de um terço permanece parcial ou totalmente sintomático e em 25, 58 e 85% dos casos há recidiva do episódio em 6 meses, 5 anos e 15 anos respectivamente. Em virtude disso, destaca-se de acordo com Chachamovich et al. (2009) que o risco de suicídio nos pacientes com decréscimo do humor equivale por volta de 15%.

Segundo Andrade et al. (2003), no Brasil a prevalência dessa patologia encontra-se em cerca de 5,8% em um ano e 12,6% ao longo da vida e, ademais, cerca de 46,5% dos brasileiros que possuíram um episódio depressivo apresentarão um novo quadro. Outrossim, conforme Souery et al. (2007) em torno de 12% dos pacientes avançarão para o curso crônico da doença. Na cidade de Porto Alegre – RS a epidemiologia dessa doença apresenta números próximos a 10% (ALMEIDA-FILHO et al., 1997). Segundo Fleck e Baeza (2013) na Atenção Primária em Saúde (APS) a preeminência está acima de 10% com 30 a 60% dos casos não detectados pelo médico da APS.

Dessa forma, sendo a depressão um distúrbio com grande impacto público de saúde, como deve ser realizado na atenção primária em saúde sua identificação e manejo?

### 1.1 JUSTIFICATIVA

Ao sair da perspectiva nacional, observamos que os dados regionais brasileiros seguem o mesmo panorama. Assim, quando analisamos o Rio Grande do Sul, verificamos que em Porto Alegre – RS, segundo Cunha, Bastos e Duca (2012), os valores de depressão encontram-se ao redor de 16,1% e, ao focalizar o interior do estado, observamos na cidade de Pelotas – RS números por volta de 23,9% em usuários da atenção básica (MOLINA et al., 2012). Com base nisso, conclui-se que a epidemiologia dessa doença é semelhante tanto a nível nacional quanto local, logo, merece a devida atenção. Na cidade de Santa Maria – RS, em virtude da ausência de estudos sobre o tema, apropriando-se da estatística supracitada pelotense, e visto a semelhança demográfica e regional entre essas cidades (IBGE, 2010), supõe-se que a predominância dessa patologia esteja similarmente próxima dos 20%, em convergência com os dados nacionais descritos anteriormente.

A partir do exposto, extrai-se que a depressão demonstra ser um importante problema de saúde pública com números em ascensão os quais geram grandes índices de incapacidade funcional e que não há ainda um protocolo disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS) que conduza a identificação e manejo desses pacientes. Ainda, vale ressaltar as altas taxas de falha diagnóstica na Atenção Primária em Saúde (APS).

Portanto, a fim de suprir essa necessidade, esse trabalho propõe gerar um protocolo assistencial o qual rastreie e conduza pacientes com humor deprimido na atenção básica e que, para mais, atenda as demandas e os requisitos dispostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com uma aplicabilidade nacional. Somente após isso, haverá a possibilidade de obter-se um aumento de diagnósticos e uma conduta inicial adequada.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Propor uma identificação de usuários da atenção primária com sinais e sintomas de alteração do humor e apresentar um auxílio a conduta adequado para cada paciente.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Sugerir um reconhecimento, através de métodos de rastreio, usuários com sinais e sintomas de depressão.
- Apresentar um auxílio, através de fluxogramas, ao manejo adequado para cada paciente.
- Aumentar uma orientação ao médico da atenção primária sobre quando encaminhar para o especialista.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 DEPRESSÃO

#### 2.1.1 Conceito

O termo depressão designa um sintoma, uma síndrome ou um transtorno mental cujo quadro clínico é dominado por humor patológico e alterações comportamentais, cognitivas e vegetativas (MORENO; DEMÉTRIO; MORENO, 2011).

#### 2.1.2 Epidemiologia

O transtorno depressivo maior apresenta a prevalência mais alta ao longo da vida de todos os transtornos psiquiátricos. Estima-se a prevalência-vida de depressão maior entre 15,1-16,8% com idade média de início (anos) entre 27,2 e 28,9 (40% antes dos 20 anos) e duração média entre 26-27 semanas. Indivíduos sem relacionamentos interpessoais, divorciados, separados ou moradores de áreas rurais tem um risco aumentado para desenvolvimento dessa patologia. Além disso, mulheres têm um risco entre duas a três vezes maior que homens de adoecer de depressão. No Brasil, a prevalência de depressão está acima de 10% em Atenção Primária em Saúde (APS) com 30-60% dos casos não detectados pelo médico na APS (FLECK; BAEZA, 2013; MORENO; DEMÉTRIO; MORENO, 2011; MORENO; MORENO; SOEIRO-DE-SOUZA, 2012; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

### 2.1.3 Etiologia

Não há uma causa específica definida para os transtornos depressivos. A depressão é um transtorno mental de determinação multifatorial. Dessa forma, postula-se que as depressões resultariam da complexa interação de processos biológicos, psicológicos, ambientais e genéticos e, portanto, a combinação de múltiplos fatores desencadearia a doença em pacientes biologicamente vulneráveis. Até recentemente, os neurotransmissores monoaminérgicos (norepinefrina, dopamina, serotonina e histamina) eram o centro das teorias e da pesquisa sobre a etiologia desses transtornos, mas atualmente tem ocorrido uma mudança progressiva do foco nos distúrbios de sistemas de um único neurotransmissor em favor do estudo de sistemas neuro-comportamentais, circuitos neurais e mecanismos neuroreguladores mais complexos (FLECK; BAEZA, 2013; MORENO; DEMÉTRIO; MORENO, 2011; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

### 2.1.4 Sinais e sintomas

Segundo Moreno, Demétrio e Moreno (2011, p.701):

Dentre as manifestações clínicas, é importante identificar 3 aspectos nucleares, que independem da gravidade da depressão: humor depressivo e/ou falta de interesse e motivação com prejuízo da capacidade hedônica, queda do ânimo ou fadiga, devida à redução nos níveis de energia, e lentificação psicomotora.

Assim, há um prejuízo da capacidade de sentir alegria e prazer além da pouca responsividade a estímulos positivos o que resulta em baixa autoestima, culpa, desesperança, tristeza, apatia, solidão, ansiedade (até 90% dos pacientes), tédio, vazio, choro e outros. Ademais, há prejuízo das funções cognitivas o que resulta em um pensamento lentificado, queda na capacidade de concentração e comprometimento da memória. As ideias vão ao encontro do humor o que gera pessimismo, culpa, falta de sentido, ruína, fracasso, menos-valia, doença, morte ou suicídio. Como resultado da lentificação da psicomotricidade há o surgimento de cansaço, preguiça, sono e aumento do esforço das atividades diárias. Déficits de volição manifestam-se através da diminuição da vontade, do ânimo, diminuição do discurso e da falta de iniciativa para a realização das atividades habituais do indivíduo. O humor oscila em uma variação circadiana, com pioras matutinas ou vespertinas. Appetite e peso podem aumentar ou diminuir além de insônia. São comuns sintomas físicos ou dolorosos, queda ou perda do desejo sexual, alterações menstruais, disfunção erétil ou ejaculação precoce. O abuso de álcool é comum em pacientes depressivos. Em alguns casos pode surgir hipersônia, alucinações auditivas e visuais, inquietação ou agitação psicomotora (FLECK; BAEZA, 2013; MORENO; DEMÉTRIO;

MORENO, 2011; MORENO; MORENO; SOEIRO-DE-SOUZA, 2012; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

### 2.1.5 Diagnóstico

Em se tratando do diagnóstico de depressão, segundo Fleck e Baeza (2013, p.1103):

“O que define o limite da normalidade é a duração, a persistência, a abrangência, a interferência com o funcionamento fisiológico e psicológico e a desproporção em relação a um fator desencadeante”.

Por conseguinte, para a realização diagnóstica de depressão utiliza-se um dos critérios diagnósticos das atuais classificações internacionais as quais são a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento – CID -10 (OMS, 1993) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Os critérios diagnósticos da CID-10 são descritos na Tabela 1 a seguir.

**Tabela 1** - Critérios diagnósticos de episódio depressivo (F32) segundo a CID-10.

SINTOMAS FUNDAMENTAIS
1) Humor deprimido
2) Perda de interesse e prazer
3) Energia reduzida (Fatigabilidade aumentada e atividade diminuída)
SINTOMAS ACESSÓRIOS
1) Concentração e atenção reduzidas
2) Autoestima e autoconfiança reduzidas
3) Ideias de culpa e inutilidade
4) Visões desoladas e pessimistas do futuro
5) Ideias ou atos autolesivos ou suicídio
6) Sono perturbado
7) Apetite diminuído
Episódio leve: 2 sintomas fundamentais + 2 acessórios
Episódio moderado: 2 sintomas fundamentais + 3 a 4 acessórios
Episódio grave: 3 sintomas fundamentais + > 4 acessórios

Fonte: Organização Mundial da Saúde (1993).

Ainda, os critérios diagnósticos do DSM-V para Transtorno Depressivo Maior (APA, 2014, p. 160-161) são:

A. Cinco ou mais dos sintomas seguintes presentes por pelo menos duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é: 1) humor deprimido ou 2) perda de interesse ou prazer. (Nota: não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica) 1. Humor deprimido na maioria dos dias, quase todos os dias (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: em crianças e adolescentes pode ser humor irritável); 2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas); 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p.ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento de apetite quase todos os dias. (Nota: em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado); 4. Insônia ou hipersônia quase todos os dias; 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento); 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias; 7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes), quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente); 8. Capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas); 9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideiação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico de cometer suicídio. B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo; C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica. (Notas: 1. Os critérios de A-C representam um episódio depressivo maior; 2. Respostas a uma perda significativa (luto, perda financeira, perda por um desastre natural, uma grave doença médica ou invalidez) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observado no critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, deve também ser cuidadosamente considerada. Essa decisão, inevitavelmente, requer o exercício de julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda); D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado; E. Nunca houve um episódio maníaco ou hipomaníaco. (Nota: essa exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica).

### 2.1.6 Diagnóstico diferencial

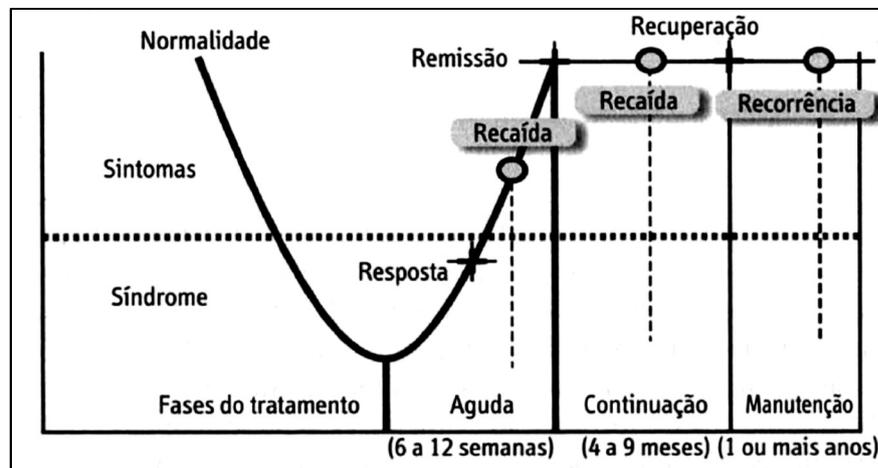
Várias condições clínicas e medicações foram associadas a quadros depressivos, mas nem todas vieram a ser comprovadas em estudos controlados. Dessa forma, deve-se realizar a distinção do episódio depressivo de outras doenças clínicas e, principalmente, com outros transtornos mentais tais como outros tipos de transtornos de humor e demais subtipos depressivos (APA, 2014; MORENO; DEMÉTRIO; MORENO, 2011; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

### 2.1.7 Tratamento

O tratamento do Transtorno Depressivo (TD) consiste muitas vezes em terapia combinada, seja farmacoterapia, psicoterapia, psicoeducação e/ou suporte social (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Dessa forma, o objetivo do tratamento da depressão não deve ser a redução de sintomas, mas sim a sua remissão completa. Considerando o tratamento farmacológico, existem evidências de que os antidepressivos são eficazes no tratamento da depressão aguda moderada a grave, mas não mostraram vantagens em relação ao placebo em depressões leves. Dentre os antidepressivos, os ISRS são considerados como medicamentos de primeira linha no tratamento da depressão moderada a grave na APS pela OMS (FLECK; BAEZA, 2013).

Com base nisso, planeja-se a estratégia de intervenção de acordo com as fases propostas por Kupfer (1991) a qual é dividida em três etapas: fase aguda onde contempla os três primeiros meses e tem como objetivo a diminuição dos sintomas ou sua eliminação, fase de continuação a qual visa manter a melhora obtida nos quatro a seis meses subsequentes da fase aguda e a fase de manutenção que tem como objetivo evitar que novos episódios ocorram (FLECK; BAEZA, 2013; MORENO; DEMÉTRIO; MORENO, 2011).

**Figura 1** – Curva de Kupfer (KUPFER, 1991).



Fonte: Adaptado de Moreno, Moreno e Soeiro-de-Souza (2012).

### 2.1.8 Prognóstico

Com relação ao prognóstico de depressão, segundo Fleck e Baeza (2013, p.1103):

[...] 46,5% dos pacientes que têm um episódio depressivo apresentarão um segundo episódio em suas vidas, sendo quatro a mediana de episódios ao longo da vida. Um episódio dura em média 16 a 20 semanas, e 12% dos pacientes têm um curso crônico sem remissão de sintomas.

Por tratar-se de uma revisão breve e não ser o objeto do estudo, não se delimitou a distímia bem como os subtipos de depressão.

### 3 METODOLOGIA

Para a execução dessa proposta de protocolo assistencial realizou-se no dia 20 mês de setembro de 2018 buscas nas bases de dados do *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE/PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde/ Biblioteca Virtual da Saúde (LILACS/BVS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Os termos utilizados para a realização estiveram contidos na base de dados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), para os termos em português, e no *Medical Subject Headlings* (MeSH), para aqueles em inglês. Além disso, os termos de pesquisa foram equivalentes em ambas bases de dados (DeCS e MeSH).

Assim, na base de dados MEDLINE/PubMed utilizou-se a seguinte estratégia: (“Depression”[MeSH] OR “Depressive Disorder, Major”[MeSH]) AND “Primary Health Care”[MeSH]. Na base de dados LILACS e SciELO empregou-se a mesma estratégia de busca com os mesmos termos, porém com seus correspondentes em português. Dessa maneira, a seguinte tática foi empregada: (“Depressão”[DeCS] OR “Transtorno Depressivo Maior”[DeCS]) AND “Atenção Primária à Saúde”[DeCS]. Quando disponível, utilizou-se os filtros quanto ao tipo de estudo, data de publicação e idioma conforme os critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir.

Para a realização da busca nas bases de dados, descritas anteriormente, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, artigos de revisão, meta-análises e *guidelines* (diretrizes) foram selecionados quanto ao tipo de estudo, inglês, português e espanhol foram selecionados quanto ao idioma. Posto isso, foram considerados critérios de exclusão: estudos com mais de dez anos de publicação, estudos com conflitos de interesse e estudos não relacionados a depressão na atenção primária.

Dessa forma, foram encontrados um total de 143 artigos. Após uma análise criteriosa através da leitura do título e dos resumos seguida de uma revisão completa dos periódicos mais relevantes, selecionou-se os treze mais pertinentes os quais foram utilizados como embasamento teórico para elaboração dessa proposta de protocolo assistencial.

Ademais, também se realizou consultas ao UpToDate, na sua versão vigente mais atualizada, e utilizou-se as principais bibliografias especializadas em psiquiatria e literaturas de

atenção primária nacionais e internacionais para embasamento e construção do trabalho. Como complementação a busca descrita anteriormente, eventualmente, utilizou-se artigos das listas de referências bibliográficas referenciadas nas pesquisas já descritas. Não se fez necessária a aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa para a execução desse protocolo assistencial proposto.

Por fim, após levantamento e análise dos dados elaborou-se uma proposta de protocolo para apreciação dos médicos generalistas que atuam na atenção primária e, em especial, aos gestores desse nível de atenção que após uma devida validação do instrumento, caso interesse, seja realizada a implementação do mesmo em unidades básicas de saúde que contemplem os fármacos descritos nesse trabalho.

Salienta-se que, no que tange a terapias, esse protocolo terá maior enfoque no tratamento medicamentoso, devendo ter sua leitura complementada por outros documentos publicados pelo Ministério da Saúde (MS) no que se refere às demais condutas multidisciplinares, integrativas e não medicamentosas no cuidado à pessoa com depressão.

## **4 DESENVOLVIMENTO**

### **4.1 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)**

Considerando o humor, segundo Sadock, Sadock e Ruiz (2017, p. 347):

“O humor pode ser definido como uma emoção ou um tom de sentimento difuso e persistente que influencia o comportamento de uma pessoa e colore sua percepção de ser no mundo.”

Ainda, considerando os Transtornos do humor, Sadock, Sadock e Ruiz (2017, p. 347) afirmam:

“Os transtornos do humor – às vezes chamados de transtornos afetivos – constituem uma categoria importante de doença psiquiátrica, consistindo em transtorno depressivo, transtorno bipolar e outros transtornos [...]”.

Assim, serão descritos a seguir os transtornos do humor a serem abordados nesse protocolo bem como sua classificação internacional de doenças da CID-10 (OMS, 1993).

#### 4.1.1 Situações a serem abordadas

Episódios depressivos isolados com ou sem sintomas psicóticos.

#### 4.1.2 Classificação na CID-10 (OMS, 1993)

### **F32 Episódios depressivos**

Nos casos de episódio depressivo típicos em qualquer grau de depressão (leve, moderado, grave) o paciente apresentará os sintomas fundamentais, tais como: humor deprimido, perda do interesse e prazer e energia reduzida (fatigabilidade aumentada e atividade diminuída) por pelo menos duas semanas ou mais. Além disso, os sintomas acessórios comumente vistos são: cansaço após esforços, concentração e atenção reduzidas, autoestima e autoconfiança reduzidas, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído. O humor deprimido varia pouco de dia para dia (apenas durante o mesmo dia) ou conforme as circunstâncias podendo ainda ser acompanhados de sintomas somáticos (perda do interesse ou prazer em atividades normalmente agradáveis, falta de reatividade emocional a ambientes e eventos normalmente prazerosos, acordar pela manhã 2 ou mais horas antes do horário habitual, depressão pior pela manhã, evidência de retardo ou agitação psicomotora [percebida por outras pessoas], perda de apetite, perda de peso [5% ou mais do peso corporal do mês anterior] e perda da libido). O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo, são eles: leve, moderado e grave.

#### **F32.0 Episódio depressivo leve**

Os episódios depressivos leves são caracterizados por pelo menos dois sintomas fundamentais (descritos anteriormente no F32) presentes acompanhados de dois ou mais sintomas acessórios (descritos anteriormente no F32) por pelo menos duas semanas ou mais. Outrossim, nenhum dos sintomas apresentará um grau intenso conseguindo o indivíduo, ainda que afetado, desempenhar suas atividades diárias de rotina.

#### **F32.1 Episódio depressivo moderado**

Os episódios depressivos moderados são descritos por pelo menos dois sintomas fundamentais (descritos anteriormente no F32) presentes acompanhados de três ou mais (idealmente quatro) sintomas acessórios (descritos anteriormente no F32) por pelo menos duas semanas ou mais. Ademais, os sintomas geralmente apresentarão um grau marcante, porém não sendo essa

uma característica essencial. Ainda, o indivíduo afetado usualmente não irá ou pelo menos terá dificuldade para desempenhar suas atividades diárias.

### **F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos**

Em um episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos o indivíduo apresenta-se com os três sintomas fundamentais (descritos anteriormente no F32) presentes e pelo menos quatro sintomas acessórios (descritos anteriormente no F32). Deve ainda alguns desses sintomas acessórios exibir grave intensidade. Idealmente deve-se diagnosticar após duas semanas, porém caso haja sintomas graves de início rápido esse pode ser feito antes. Angústia e agitação são comuns sendo o risco de suicídio um perigo marcante. Notoriamente há quatro ou mais sintomas somáticos nesses pacientes. Pacientes afetados por um episódio depressivo grave são incapazes de realizar suas atividades diárias (sociais, laborativas ou domésticas) na sua imensa maioria.

### **F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos**

Trata-se de um episódio depressivo grave que satisfaz os critérios dados para F32.2, entretanto acompanhado de delírios, alucinações, retardo psicomotor ou estupor depressivo. Usualmente os delírios envolvem ideias de pecado, pobreza ou desastres iminentes, pelos quais o indivíduo pode assumir responsabilidade. As alucinações auditivas ou olfativas são usualmente de vozes difamatórias ou acusativas, ou de sujeira apodrecida ou carne em decomposição. Corriqueiramente as atividades diárias tornam-se impraticáveis e o risco de morte por suicídio, desidratação ou desnutrição aumentam.

## **4.2 RASTREAMENTO**

Tal como nas demais patologias, o rastreamento consiste em uma alternativa encontrada para identificação de doenças na comunidade não reconhecida anteriormente em indivíduos presumidamente assintomáticos. Entretanto, o rastreamento tem sua eficácia determinada somente quando aplicado na população destinada ao seu uso. Assim sendo, uma vez delimitado o objeto do estudo, a fim de que se auxilie o médico da APS diante de um paciente que apresente um episódio depressivo deve-se, antes de tudo, aprender a reconhecê-lo. Para isso, é crucial que sejamos capazes de identificar os fatores de risco bem como obter a suspeita clínica através da detecção e domínio dos aspectos subjetivos e objetivos de uma entrevista com um paciente presumivelmente deprimido.

À vista disso, conforme Sharp et al. (2002), são listados no Quadro 1 os indicadores de rastreio para depressão.

**Quadro 1** – Indicadores de rastreio para depressão.

ADULTOS	CRIANÇAS E ADOLESCENTES
Parente biológico de primeiro grau com histórico de depressão. Duas ou mais doenças crônicas. Obesidade. Dor crônica. Classe social baixa. Tensão financeira. Transformações do cotidiano. Grávida ou pós-parto. Isolamento social. Múltiplos sintomas vagos. Fadiga ou distúrbios do sono. Abuso de substâncias. Perda da libido. Idade avançada.	Comportamento antissocial.  Diminuição do desempenho escolar. Redução das amizades ou atividades sociais. Ganho ou perda de peso excessivo. Abuso de substâncias. Agressão e agitação. Irritabilidade.

Fonte: Adaptado de Sharp et al (2002).

Em adição a isso, no Quadro 2 descrito abaixo são definidos os fatores de riscos para depressão conforme Saldivia et al (2014).

**Quadro 2** – Principais fatores de risco para desenvolvimento de um episódio depressivo.

FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS	FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS
Idade avançada. Mulheres. Antecedentes pessoais de depressão. Baixos níveis de escolaridade.	Piores níveis de saúde física. Piores níveis de saúde mental. Insatisfação com as circunstâncias no lar. Insatisfação com o relacionamento.

Fonte: Adaptado de Saldivia et al (2014).

A fim de que se tenha uma suspeita clínica, o médico da APS deve compreender como se comporta um paciente deprimido em seu atendimento. Sendo assim, Mackinnon, Michels e Buckley (2018) ressaltam alguns pontos da entrevista clínica durante o atendimento de um paciente potencialmente deprimido que levam a tal suspeita, são eles:

- Em geral, o paciente deprimido não comparece ao consultório do entrevistador sozinho e antes mesmo de dizer sua primeira frase a sua postura, formalidade, expressão facial, movimentos e propriedades físicas voz já revelam seu problema.
- O paciente com rebaixamento do humor está mais propenso a ser um observador passivo, não tendo espontaneidade ou se comprometendo com a entrevista. Por isso, poderá olhar fixo inexpressivamente para o espaço vazio ou para baixo, para o chão.

- Tais pacientes tendem a demorar em responder e, quando respondem, suas respostas são breves e repetidas.
- Todo paciente deprimido já considerou o suicídio, mesmo que apenas para rejeitá-lo. A discussão do suicídio é crucial sendo a medida terapêutica mais eficaz contra esses impulsos.

Posto isso, delimitada a população alvo, o próximo passo é caracterizar o método de rastreamento. Para tal, ao abordar esse tópico faz-se necessário responder as três seguintes perguntas: o que é rastreamento, para que serve e o porquê de seu uso.

Como mencionado anteriormente, o rastreamento é uma alternativa encontrada para identificação de doenças na comunidade através de métodos de rastreio que se distinguem pela composição dos sintomas e habilitação do entrevistador para aplicá-los. Sua principal função é servir para tornar a entrevista objetiva e encurtar o seu tempo de aplicação, já a sua utilização justifica-se nessa proposta em questão uma vez que, segundo Fleck e Baeza (2013), em APS a média de prevalência de depressão é acima de 10% com 30-60% dos casos não detectados pelos médicos desse nível de atenção, ou seja, em termos práticos, isso significa dizer que um clínico ao atender vinte (20) pacientes/dia em uma UBS, no mínimo dois (2) pacientes apresentarão depressão e, ainda, um destes dois poderá não ter seu rebaixamento do humor reconhecido e manejado pelo profissional. Dessa forma, em virtude disso, destaca-se que o instrumento selecionado necessita conter a maior sensibilidade possível, isso é, eficácia de reconhecimento do paciente deprimido e melhor especificidade para que o somente indivíduos depressivos recebam o manejo a eles destinado.

Fundamentado nessas informações, reunindo todas as características supracitadas, selecionou-se um instrumento com alta sensibilidade e adequada especificidade o qual tem como principal benefício sua brevidade de aplicação não sendo, ainda, inferior aos demais instrumentos descritos na literatura (ARROLL; KHIN; KERSE, 2003; WHOOLEY; AVINS; MIRANDA; BROWNER, 1997). A seguir, está descrito no Quadro 3 o Teste de duas questões adotado nesse protocolo.

**Quadro 3** – Perguntas para rastreamento de depressão.

TESTE DE DUAS QUESTÕES
1) Durante o último mês, você se sentiu incomodado(a) por estar “para baixo”, deprimido ou sem esperança?
2) Durante o último mês, você se sentiu incomodado(a) por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?
<b>Critério diagnóstico:</b> Sim para as duas questões (sensibilidade de 96-97% e especificidade de 57-67%).

Fonte: Adaptado de Arroll et al (2003) e Whooley et al (1997).

### 4.3 DIAGNÓSTICO

Uma vez rastreado o paciente deprimido, a próxima etapa é a realização formal do diagnóstico de um episódio depressivo. Para tal, deve-se lembrar que nenhum sinal ou sintoma é, intrinsecamente, patognomônico de depressão, ficando a encargo do médico a subjetividade dos critérios diagnósticos observando o comprometimento funcional e duração do episódio idealmente maior que duas semanas além de buscar história de episódios depressivos anteriores, comorbidades em saúde mental ou com doenças físicas, resposta a tratamentos anteriores, qualidade das relações interpessoais, estressores psicossociais e condições de vida ou isolamento social. Cabe ressaltar ainda que os transtornos depressivos não se confundem com reações e estados transitórios desagradáveis habituais, variações neuróticas momentâneas, reações de ajustamento ou desadaptação ou reações próprias da personalidade do paciente.

#### 4.3.1 Critérios diagnósticos:

Ao referir-se aos critérios diagnósticos de um episódio depressivo duas classificações internacionais estão disponíveis, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e de Comportamento na sua quinta versão mais atualizada – DSM-V (APA, 2014) e a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento na sua décima versão – CID-10 (OMS, 1993). Assim, tendo em vista que o DSM-V foi elaborado por especialistas e para especialistas, optou-se por utilizar a CID-10 em virtude de sua objetiva descrição diagnóstica e ampla divulgação sendo passível de aplicabilidade por médicos generalistas. Cabe salientar também que a CID-11 ainda não lançada oficialmente não contempla mudanças significativas com relação ao tema do protocolo proposto.

Em visto disso, a anamnese e o exame devem direcionar-se para os critérios do CID-10 (OMS,1993) dispostos a seguir na Tabela 2.

**Tabela 2** – Sintomas de um episódio depressivo (F32) segundo a CID-10.

SINTOMAS FUNDAMENTAIS
1) Humor deprimido
2) Perda de interesse e prazer
3) Energia reduzida (Fatigabilidade aumentada e atividade diminuída)
SINTOMAS ACESSÓRIOS
1) Concentração e atenção reduzidas
2) Autoestima e autoconfiança reduzidas
3) Ideias de culpa e inutilidade
4) Visões desoladas e pessimistas do futuro
5) Ideias ou atos autolesivos ou suicídio
6) Sono perturbado
7) Apetite diminuído

Fonte: Organização Mundial da Saúde (1993).

Desse modo, empregando os sintomas descritos acima, classifica-se o episódio depressivo em três subcategorias de acordo com o número e grau dos sintomas conforme CID-10 (OMS,1993) descritos na Tabela 3 abaixo.

**Tabela 3** – Critérios de gravidade do episódio depressivo (F32) segundo a CID-10.

EPISÓDIO DEPRESSIVO LEVE
➤ <b>Dois sintomas fundamentais associados a dois sintomas acessórios com baixo ou nenhum comprometimento funcional por no mínimo duas semanas.</b>
EPISÓDIO DEPRESSIVO MODERADO
➤ <b>Dois sintomas fundamentais associados a três ou idealmente quatro sintomas acessórios e comprometimento funcional notório por no mínimo duas semanas.</b>
EPISÓDIO DEPRESSIVO GRAVE
➤ <b>Todos os sintomas fundamentais associados a quatro ou mais sintomas acessórios além de grave comprometimento funcional por no mínimo duas semanas.</b>

Fonte: Organização Mundial da Saúde (1993).

Ainda, o episódio depressivo grave pode ser subdividido em:

- 1) Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos
- 2) Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

Segundo Moreno, Demétrio e Moreno (2011) a depressão psicótica corresponde de 15 a 19% das depressões e pode ser caracterizada por presença de alucinações geralmente

auditivas, desconfiança, paranoia, desorganização conceitual e delírios os quais podem ser congruentes ou incongruentes com o humor. Ademais, os sintomas depressivos tais como lentificação e agitação, ideias de cunho negativo e variação circadiana do humor são mais graves nesses pacientes.

A seguir, a fim de facilitar a coleta da história clínica, são listadas no Quadro 4 algumas questões sugeridas para a busca dos critérios diagnósticos descritos anteriormente as quais poderão ser de grande valia na otimização do tempo, objetivando uma anamnese estruturada diante de um doente deprimido.

**Quadro 4** – Questões sugeridas para a coleta dos critérios diagnósticos.

QUESTÃO SUGERIDA	CRITÉRIO PARA PONTUAR
1. Você tem se sentido triste?	Humor deprimido na maior parte do dia quase todos os dias.
2. Você tem perdido interesse nas atividades diárias?	Diminuição importante do interesse ou do prazer em quase todas as atividades, a maior parte do dia, quase todos os dias.
3. Você tem tido dificuldade para dormir?	Insônia ou hipersonia, quase todos os dias.
4. O seu apetite ou peso mudou?	Mudança substancial no apetite quase todos os dias ou perda de peso não intencional (p. ex., 5% ou mais de mudança em um mês).
5. Você tem tido menos energia?	Cansado ou perda de energia quase todos os dias.
6. Você tem estado mais inquieto ou mais parado?	Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias.
7. Você tem dificuldade para se concentrar?	Diminuição da capacidade de se concentrar ou indecisão quase todos os dias.
8. Você tem se sentido culpado? Como você se descreveria para alguém que nunca encontrou antes?	Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva quase todos os dias.
9. Você já desejou não acordar na manhã seguinte?	Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Fonte: Adaptado de Rio de Janeiro (2016).

#### 4.3.2 Situações de emergência: o comportamento suicida

Além dos critérios essenciais para o diagnóstico de um episódio depressivo descritos nos tópicos anteriores, outro importante elemento que merece destaque na história clínica de um paciente deprimido é o comportamento suicida. Deve-se salientar que as urgências psiquiátricas não são raras na APS sendo frequentemente passíveis de manejo pelo médico deste nível de atenção. Assim, representado pela ideação, plano ou tentativa, a reação suicida requer tempo e atenção na consulta além de busca ativa para sua detecção. Trata-se, portanto, de uma urgência psiquiátrica que quando não tratada adequadamente, culmina na consumação em até 15% dos casos (CHACHAMOVICH et al., 2009).

Por isso, a fim de que se evite a materialização do suicídio, o profissional da APS deve perguntar abertamente ao paciente sobre este tema uma vez que além de não induzir o suicídio

apresenta-se como a medida terapêutica mais eficaz para intervenção desses impulsos. Pacientes com ideação suicida tendem a solicitar ajuda através de atendimentos com queixas inespecíficas como fadiga, perda de peso, cefaleia, mal-estar, dor lombar. Tentativas de suicídio prévias e ideação suicida alertam o médico para o risco de suicídio. Ademais, o médico generalista da APS deve sempre avaliar o grau do risco de suicídio através da presença de ideação ou planos suicidas, acesso aos meios para efetivação e potencial de agressão desses, presença de sintomas psicóticos ou abuso de substâncias além de uma história familiar e psiquiátrica pregressa (SCHWALM; ALMEIDA; GYRÃO, 2013; MACKINNON; MICHELS; BUCKLEY, 2018).

Ao fim, conforme Schwalm, Almeida e Gyrão (2013, p. 1862):

O médico da atenção primária, pelo tipo de formação e pela larga gama de atendimentos que realiza, tem, na maioria das vezes, melhores condições de avaliar o paciente que apresenta uma urgência psiquiátrica e acompanhá-lo, garantindo elo e suporte para a equipe especializada e família.

#### 4.3.3 Diagnóstico diferencial

Uma vez realizado um diagnóstico de episódio depressivo, todo o paciente deve ser avaliado para os possíveis diagnósticos diferenciais de depressão, são eles:

- Transtorno afetivo bipolar (TAB) o qual é caracterizado por episódios maníacos ou hipomaniacos (FLECK; BAEZA, 2013).
- Transtornos de humor devido a outras condições médicas associadas tais como as descritas no Quadro 5 abaixo.

#### **Quadro 5 – Principais condições clínicas associadas a depressão.**

<b>OUTRAS CONDIÇÕES MÉDICAS ASSOCIADAS A DEPRESSÃO</b>
Cardiovascular: infarto agudo do miocárdio e circulação extracorpórea.
Doenças autoimunes: lúpus eritematoso sistêmico.
Endocrinológicas: hipo e hipertireoidismo, doença de Addison, Síndrome de Cushing, hipopituitarismo, hiperparatireoidismo.
Hematológicas e metabólicas: anemias, deficiência de folato, deficiência de vitamina B12, deficiência de tiamina, insuficiência hepática, doença de Wilson, porfiria, hipo ou hipercalcemia.
Infecções: mononucleose, hepatites, influenza, HIV e infecções do sistema nervoso central (SNC).
Neurológicas: lesões cerebrais (p. ex., tumores, lesões vasculares, trauma cranioencefálico, abscesso e outras lesões infecciosas), principalmente acometendo região frontal esquerda, meningites e meningoencefalites, neurolues, esclerose múltipla, hidrocefalia, epilepsia, demências, doença de Parkinson.
Neoplasias: câncer de pâncreas e de pulmão, síndromes paraneoplásicas.
Medicações: reserpina e metildopa (anti-hipertensivos), corticosteroides, anti-inflamatórios não hormonais, vigabatrina e topiramato (antiepilépticos), uso prolongado de benzodiazepínicos e barbitúricos, intoxicação por depressores do SNC (p. ex., álcool) e abstinência de psicoestimulantes (p. ex., cocaína) e opiáceos.

Fonte: Adaptado de Moreno, Moreno e Soeiro-de-Souza (2012).

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão e exclusão são diretrizes para delimitar quais pacientes serão passíveis ou não de ingresso no fluxograma do protocolo proposto e, bem como já delimitado no item 4.3.1, foram estabelecidos por meio da CID-10.

##### 4.4.1 Critérios de inclusão

Serão incluídos nesse protocolo crianças, adolescentes e adultos com episódio depressivo isolado.

##### 4.4.2 Critérios de exclusão

Serão considerados critérios de exclusão os itens a seguir:

- 1) Reações depressivas;
- 2) Sintomas depressivos transitórios normais ou adaptativos;
- 3) Transtornos ou reações mistas de depressão;
- 4) Transtornos depressivos recorrentes;
- 5) Transtornos do humor persistentes;
- 6) Episódios depressivos integrantes de transtorno afetivo bipolar;
- 7) Depressões pós-esquizofrênicas;
- 8) Depressão pós-parto;
- 9) Transtornos esquizoafetivos do tipo depressivo ou misto;
- 10) Síndromes depressivas orgânicas;
- 11) Depressão associada a psicose alcoólica ou tóxica;
- 12) Dependência grave de fármacos psicoativos;
- 13) Hipersensibilidade aos fármacos;
- 14) Paciente impossibilitado de adesão ao tratamento ou de acompanhamento contínuo;
- 15) Demais subtipos depressivos não mencionados acima e não descritos anteriormente.

#### 4.5 CASOS ESPECIAIS

##### 4.5.1 Depressão em crianças e adolescentes

A identificação de depressão em crianças e adolescentes tende a ser um desafio. Muitas vezes os sinais e sintomas de um episódio depressivo nesses pacientes têm características próprias dificultando, assim, o seu diagnóstico. Desse modo, as crianças costumam apresentar fobia escolar e apego excessivo aos pais e os adolescentes habitualmente apresentam mau

desempenho escolar, abuso de drogas, comportamento antissocial, promiscuidade sexual, ociosidade e até fuga de suas residências (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

#### 4.5.2 Depressão em idosos

Apresentando a maior taxa de prevalência de depressão, a população idosa está sujeita as mais variadas formas e apresentações da doença. Em virtude disso, esses indivíduos detêm um baixo reconhecimento da doença uma vez que o transtorno corriqueiramente aparece com mais frequência associado a queixas somáticas. Assim, a depressão correlaciona-se com esse público através de condições socioeconômicas mais baixas, perda de um cônjuge, doença física concomitante e isolamento social (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Posto que o presente protocolo abordará uma população restrita já mencionada anteriormente e destinado a médicos generalistas da APS, casos especiais como depressão pós-parto e depressões atípicas não serão mencionados nesse trabalho.

#### 4.6 TRATAMENTO

A fim de que se realize o manejo apropriado de um episódio depressivo, antes de se discutir os objetivos terapêuticos, faz-se necessário observar os fatores precedentes que impossibilitem a instituição de qualquer tratamento. Para tal, em primeiro lugar, é fundamental descartar a possibilidade do paciente apresentar-se com: risco de suicídio; episódio hipomaníaco/maníaco; causas secundárias de depressão ou impossibilidade de adesão/ acompanhamento contínuo para somente então, após avaliação inicial, estabelecer quaisquer medidas terapêuticas.

Uma vez implementado o manejo, a finalidade do tratamento no transtorno depressivo é a sua remissão completa, não limitando-se apenas a uma redução de sintomas. Isso significa dizer que o tratamento visa a recuperação funcional completa do indivíduo e, para tal, necessita integrar não só as medidas não farmacológicas através do modelo biopsicossocial e de estilo de vida, abordagem psicológica e tratamento social, mas também as medidas farmacológicas por intermédio de drogas voltadas à depressão e manejo de comorbidades subjacentes. Ademais, o manejo busca também uma redução do número e gravidade dos fatores estressores no cotidiano de cada paciente.

Em virtude da abrangência dos modelos de tratamento e particularidades de cada paciente, segundo Moreno, Moreno e Soeiro-de-Souza (2012, p. 307):

[...] O curso da doença e a escolha do tratamento são influenciados por idade, sexo, gravidade dos sintomas, subtipo diagnóstico, transtornos comórbidos, resposta anterior, sensibilidade a efeitos adversos e potenciais biomarcadores. Também desempenham papel importante nessa escolha fatores como eficácia/tolerabilidade/segurança, efetividade no mundo real, potenciais de interações medicamentosas, simplicidade de uso, bem como custo e formulação de marca *vs* genérica/cópia. O tratamento do transtorno depressivo (TD) consiste muitas vezes em terapia combinada, seja farmacoterapia, psicoterapia, psicoeducação e/ou suporte social.

Por conseguinte, observando a individualização de cada paciente, o médico da atenção primária necessita compreender que as diretrizes clínicas servem como um guia e não devem substituir o seu próprio julgamento clínico. O componente central é a qualidade da relação terapêutica entre o médico da atenção primária e o paciente. Por isso, o tratamento deve ser individualizado ao máximo a fim de atender a melhor demanda de cada paciente.

#### 4.6.1 Tratamento não farmacológico

Os aspectos não farmacológicos da terapia do paciente deprimido consistem na combinação das abordagens não especializadas, as chamadas medidas gerais, as quais podem ser adotadas por qualquer médico generalista, agregadas ou não às terapias especializadas, tecnicamente chamadas de psicoterapias, as quais são praticadas por profissionais habilitados para este fim e correspondem ao eixo não farmacológico de maior impacto nos pacientes. Desta forma, demonstrando sua eficácia na prática clínica, os tratamentos psicológicos específicos tais como psicoterapia cognitivo-comportamental (TCC), psicoterapia comportamental e psicoterapia interpessoal obtiveram eficácia semelhante aos antidepressivos em depressões leves a moderadas e uma efetividade ainda maior quando usados de forma combinada para depressões moderadas a graves. Dito isso, conclui-se que o tratamento por meio da monoterapia não farmacológica especializada destina-se, de modo isolado, a um episódio depressivo leve e, quando associado com a terapia medicamentosa, está destinado aos casos de episódios depressivos moderados a grave. Cabe lembrar que, em cuidados primários, a depressão leve corresponde a maior frequência quando comparada com o episódio moderado a grave. A seguir será descrito as medidas gerais a serem adotadas pelo médico da APS bem como as psicoterapias a serem adotadas (FLECK et al., 2009; TWOMEY; REILLY; BYRNE, 2014).

##### 4.6.1.1 Medidas gerais

Antes de abordar os tipos de tratamentos específicos, tal como psicoterapia ou farmacoterapia, o médico da APS necessita instruir a seus pacientes acerca das medidas gerais. Assim sendo, o profissional deve orientar a todos os seus pacientes: higiene do sono, isto é, promover um adequado descanso no decorrer da noite através da diminuição de estímulos luminosos e

sonoros além de viabilizar o alerta diurno por meio da suspensão de cochilos e atos/medicamentos que estimulem o repouso durante o dia limitando desta forma o uso de sedativos indutores do adormecimento; restrição do uso de substâncias psicoativas, em especial àquelas relacionadas ao tabagismo e o alcoolismo; uso de técnicas de redução de ansiedade e, por fim, a terapia de exercício programada mediante uma prescrição de exercícios de resistência por pelo menos 90-150 minutos/semana uma vez que segundo Gordon et al. (2018), essa última reduziu significativamente os sintomas depressivos, independente dos fatores de confusão tais como estado de saúde do paciente, volume de exercício prescrito ou melhorias na força muscular (FLORIANÓPOLIS, 2010; NG; HOW; NG, 2017).

#### 4.6.1.2 Psicoterapias

Muitas variedades de psicoterapias foram estudadas e aplicadas no manejo da depressão. Entretanto, no contexto da APS, muitos médicos de cuidados primários têm treinamento mínimo ou ausente em psicoterapia e, em virtude disso, torna-se necessária a seleção dos pacientes os quais serão candidatos para tal método terapêutico. Por isso, com a intenção de restringir a psicoterapia ao paciente mais bem indicado, o doente deve ser capaz de identificar e refletir sobre seus próprios pensamentos, possuir motivos para a mudança e melhora do quadro e ter controle de seus impulsos (NG; HOW; NG, 2017).

Dito isso, adentrando nas principais modalidades de psicoterapia, destaca-se a terapia cognitivo-comportamental (TCC) a qual é atualmente considerada, conforme Twomey, Reilly e Byrne (2014), a primeira linha de todas as psicoterapias, através de sua metodologia baseada na mudança de comportamentos e atitudes por meio da identificação e substituição de pensamentos disfuncionais a fim de obter-se a modificação dos comportamentos e emoções negativas, de modo que a depressão não se perpetue. Outrossim, uma técnica distinta e igualmente eficaz de psicoterapia estudada para o humor deprimido é a psicoterapia interpessoal a qual distingue-se da TCC já que tem como objetivo melhorar os elementos interpessoais abordando, por exemplo, as habilidades sociais do paciente. Independente do método adotado, ambas as psicoterapias mencionadas têm se demonstrado eficazes no tratamento de depressão sem diferenças significativas entre elas, podendo ser usadas em monoterapia nos casos leves (FLECK et al., 2009; NG; HOW; NG, 2017; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Por fim, cabe lembrar que alguns não serão candidatos da terapia farmacológica ou psicoterapia e, nesses casos, pode-se aplicar as medidas gerais mencionadas e aguardar o retorno do paciente com uma conduta expectante (*watchful waiting*), dentro de duas semanas, para nova

avaliação do quadro e necessidade de encaminhamento ao psiquiatra (FLORIANÓPOLIS, 2010).

#### 4.6.1.3 Outros métodos terapêuticos não farmacológicos

Estão disponíveis também para o tratamento de depressão outros métodos tais como estimulação magnética transcraniana, estimulação do nervo vago, fototerapia, privação do sono e a eletroconvulsoterapia (ECT). Contudo, uma vez que não estão amplamente disponíveis na atenção primária e/ou sequer são considerados tratamentos de primeira linha, acabam por não se adequarem ao protocolo proposto e, portanto, não serão abordados (MORENO; MORENO; SOEIRO-DE-SOUZA, 2012).

#### 4.6.2 Tratamento farmacológico

Descritos na década de 60, o surgimento dos antidepressivos trouxe consigo a possibilidade de um tratamento para depressão desconhecido até então. Atualmente, amplamente difundidos, os antidepressivos são reconhecidos pela sua eficácia na prática clínica uma vez que segundo Fleck et al. (2009), mostraram-se capazes não só de tratar um quadro agudo de depressão moderada a grave mas também duplicaram as chances de recuperação em um mês de uso reduzindo também o número de suicídio na população acometida.

No Brasil, segundo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME (BRASIL, 2018), estão disponíveis para prescrição as seguintes classes de antidepressivos: antidepressivos tricíclicos (ADT), inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), inibidores irreversíveis da monoaminoxidase (IMAO) e antidepressivos atípicos (Bupropiona). Já em Santa Maria – RS, conforme a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME (SANTA MARIA, 2018), apenas três tipos de ADT e um ISRS estão disponíveis para uso.

Ademais, durante a intervenção de um episódio depressivo, outros medicamentos podem ser usados no manejo de sinais e sintomas adjuvantes ao quadro tais como benzodiazepínicos e antipsicóticos ou, ainda, serem empregados para potencializar a ação antidepressiva dos fármacos tais como o carbonato de lítio (SOUZA et al., 2015).

No presente protocolo, visando o manejo inicial, oferecendo eficácias semelhantes entre si, estão indicadas no âmbito da atenção primária duas classes de antidepressivos para uso de primeira linha farmacológica conforme o quadro, são elas: ADT e ISRS (ARROL et al., 2009; CIPRIANI et al., 2018).

#### 4.6.2.1 Individualizando o tratamento

Uma vez que a eficiência do tratamento farmacológico é semelhante entre os antidepressivos, a escolha do medicamento deve levar em conta as propriedades de cada paciente (idade, comorbidades, preferência, uso prévio de um antidepressivo, risco de overdose, etc), custo do medicamento, tolerância a droga, perfil dos efeitos colaterais (sedação, disfunção sexual, ganho de peso, insônia, agitação, etc), possíveis interações medicamentosas bem como pela própria experiência do prescritor. Em suma, a escolha deve levar em conta as necessidades de cada paciente (NG; HOW; NG, 2017; SOUZA et al., 2015).

Nesse sentido, analisando as classes disponíveis em Santa Maria – RS, destaca-se que os ISRS possuem menos efeitos colaterais que os ADT sendo considerados primeira linha no tratamento de depressão moderada a grave na APS segundo a OMS. Entretanto, deve-se salientar que os ISRS são mais onerosos que os ADT. Ainda, a fluoxetina, representante dos ISRS em Santa Maria – RS, apresenta um forte fator inibitório do citocromo P450 (CYP) favorecendo a interações medicamentosas (FLECK; BAEZA, 2013; NG; HOW; NG, 2017).

Cabe lembrar que, ao selecionar um antidepressivo inicial, o médico deverá iniciar com doses subterapêuticas e escaloná-la até atingir níveis minimamente eficazes avaliando a cada alteração de dosagem a tolerabilidade de cada paciente. Da mesma forma, o médico deverá orientar os seus pacientes de que os antidepressivos não geram dependência sendo a dose ideal individualizada para cada paciente (FLECK et al., 2009; SOUZA et al., 2015).

A seguir, está descrito no Quadro 6 as suas respectivas correlações com seus principais efeitos adversos e no Quadro 7 os principais fármacos antidepressivos disponíveis na APS e suas respectivas doses iniciais, doses de manutenção e contraindicações absolutas.

**Quadro 6 – Principais efeitos adversos dos fármacos na APS para tratamento antidepressivo.**

FÁRMACOS	ANTICOLI- NÉRGICOS	SEDAÇÃO	INSÔNIA/ AGITAÇÃO	HIPOTENSÃO POSTURAL	NÁUSEA	DISFUNÇÃO SEXUAL	GANHO DE PESO
<b>ADTs</b>							
Clomipramina	++	+	+	++	+	++	+
Amitriptilina	++	++	-	++	-	+	++
Imipramina	++	+	+	++	-	+	+
Nortriptilina	+	+	+	+	-	+	-
<b>ISRS</b>							
Fluoxetina	-	-	+	-	++	++	-
<b>Outros</b>							
Bupropiona	-	+	-	-	-	-	-
Carbonato de Lítio <sup>1</sup>	-	+	-	++	+	-	++

Efeitos anticolinérgicos principais incluem boca seca, suor, visão borrada, constipação e retenção urinária.

<sup>1</sup> Por ter efeito antidepressivo mais lento, o lítio não costuma ser usado no episódio agudo, mas pode ser uma alternativa aos antidepressivos para tratamento de manutenção. Deve-se manter um nível sérico entre 0,6 e 1 para efeito terapêutico. ++, relativamente comum ou forte; +, pode ocorrer ou moderadamente forte; -, ausente ou raro/fraco.

ADTs = Antidepressivos tricíclicos; ISRS = Inibidores seletivos de recaptção da serotonina;

Fonte: Adaptado de Fleck e Baeza (2013).

**Quadro 7 – Principais fármacos disponíveis na APS para tratamento antidepressivo.**

FÁRMACOS	DOSE INICIAL (mg)	DOSE HABITUAL (mg)	POSOLOGIA	CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS
<b>ADTs</b>				
Clomipramina	25	75 a 250	Dose única à noite	IAM recente (3 a 4 semanas)
Amitriptilina	25	75 a 300	Dose única à noite	IAM recente (3 a 4 semanas)
Imipramina	25	75 a 300	Dose única à noite	IAM recente (3 a 4 semanas)
Nortriptilina	10	25 a 100	Dose única à noite	IAM recente (3 a 4 semanas)
<b>ISRS</b>				
Fluoxetina	20	20 a 80	Dose única pela manhã	Uso de tioridazina
<b>Outros</b>				
Bupropiona	150	150 a 300	Pela manhã e após o almoço	Bulimia e anorexia, risco de convulsão
Carbonato de Lítio	150	900 a 1200	Dose única à noite	Doença cardiovascular ou renal grave, desidratação, depleção de sódio

IAM = infarto agudo do miocárdio.

Fonte: Adaptado de Fleck e Baeza (2013).

#### 4.6.2.2 Cuidados especiais

Em populações especiais, tais como idosos, crianças e adolescentes, gestantes ou portadores de doenças físicas o tratamento deve ser singularizado atendendo as demandas individuais da amostra em questão. Desta forma, na população idosa, deve-se preferir antidepressivos em doses mais baixas evitando medicamentos anticolinérgicos e àqueles com alta interação farmacológica. Cabe salientar que nesses pacientes a remissão dos sintomas tende a ser mais lentificada que o habitual estando a troca de seus antidepressivos, segundo Hedna et al (2018), associada a um maior número de suicídios (NG; HOW; NG, 2017; SOUZA et al., 2015).

As crianças e adolescentes por sua vez tendem a não responderem adequadamente ao tratamento com ADT sendo preferível nestes casos os ISRS (SOUZA et al., 2015).

Já as grávidas merecem atenção especial pelo suposto risco teratogênico das drogas antidepressivas. Deve-se salientar que mesmo não sendo contra-indicações absolutas e não estando

comprovadamente relacionados com malformações, os ISRS e ADTs devem ser considerados somente quando os benefícios superam os riscos do seu uso. Ademais, dá-se preferência para antidepressivos como a sertralina ou o citalopram/escitalopram nessa população e evita-se o uso de novos fármacos em virtude da falta de estudos comprovando sua segurança na gestação. Na amamentação, recomenda-se a prescrição de fármacos não excretados no leite dando preferência para drogas como nortriptilina, sertralina ou paroxetina no lugar de fármacos como fluoxetina (NG; HOW; NG, 2017; SOUZA et al., 2015).

Por fim, pacientes com doença ou problemas físicos merecem atenção especial uma vez tendem a apresentar piores respostas aos antidepressivos e maiores taxas de recaídas. Indivíduos com doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares, infecção por HIV, epilepsia, síndrome metabólica, disfunções sexuais ou dor crônica devem ter sua prescrição personalizada de modo a escolher o antidepressivo com o ganho mais adequado (SOUZA et al., 2015).

#### 4.6.2.3 Quando encaminhar

Todos os pacientes devem ser considerados para encaminhamento, entretanto vale ressaltar que desfechos no tratamento inicial para depressão são semelhantes aos cuidados do médico da APS ou do psiquiatra (GAYNES et al., 2008).

Assim, conforme Fleck e Baeza (2013), devem ser encaminhados para o especialista ou pronto-atendimento conforme urgência todos os pacientes que demandarem:

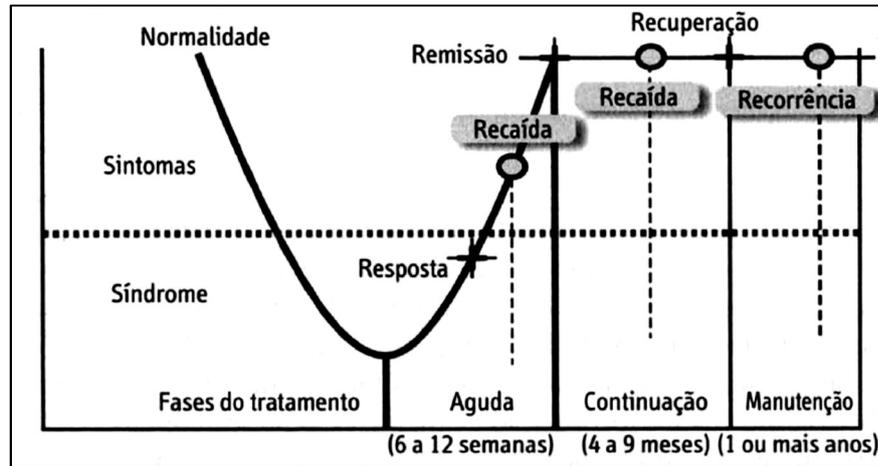
- Dúvida ou dificuldade diagnóstica
- Episódios prévios graves
- Sintomas psicóticos concomitantes
- Sintomas de outros transtornos psiquiátricos não relacionados à depressão
- Tratamento para abuso de substâncias
- Contraindicações ou interações medicamentosas com os antidepressivos
- Risco de suicídio
- Nenhuma ou pouca melhora observada após uma ou duas tentativas farmacológicas de tratamento, com indicação de aumento de dosagem ou combinação de terapias farmacológicas ou especializadas.

#### 4.7 MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Para realizar a monitorização e acompanhamento terapêutico de um episódio depressivo, Kupfer (1991) descreveu didaticamente a evolução clínica dos pacientes deprimidos em

três fases distintas. Desta forma, dividiu-se em fase aguda, de continuação e de manutenção ilustradas na Figura 2 a seguir.

**Figura 2** – Curva de Kupfer (KUPFER, 1991).



Fonte: Adaptado de Moreno, Moreno e Soeiro-de-Souza (2012).

#### 4.7.1 Fase aguda

Voltada para o tratamento inicial, a fase aguda caracteriza-se pelos 2 a 3 primeiros meses de tratamento após o diagnóstico do episódio almejando à diminuição dos sintomas depressivos (resposta), a qual é definida pela redução maior ou igual a 50% dos sintomas em escalas de avaliação padronizadas (Escala de Hamilton para Depressão com 17 itens - HAM-D), ou idealmente a eliminação completa dos sintomas com o retorno funcional basal pré-acometimento (remissão), o qual é mensurado a partir de uma pontuação menor ou igual a sete na escala HAM-D. Além disso, é nesta etapa que poderá ocorrer a recaída, onde o indivíduo acometido retorna plena ou parcialmente para a síndrome depressiva durante a resposta terapêutica (MORENO; DEMÉTRIO; MORENO, 2011).

De maneira frequente, é nesta fase aguda que ocorre as ditas falhas terapêuticas. Predispondo a um pior prognóstico, a falha é definida pela ausência de resposta satisfatória ao fármaco e está relacionada a tempos de uso inferiores ao prescrito ou aplicação de doses subterapêuticas. Verificado esses itens, é necessário reavaliar o regime de tratamento, a adesão e interações na farmacologia do tratamento estabelecido (MORENO; MORENO; SOEIRO-DE-SOUZA, 2012).

Por fim, se após 4 a 8 semanas não for observado resposta ou apenas resposta parcial, segundo Moreno, Demétrio e Moreno (2011), é preciso adotar uma das estratégias a seguir:

- Aumento da dose;
- Potencialização com lítio ou antipsicóticos atípicos
- Troca para outro antidepressivo

Caso o paciente seja refratário após a instituição de uma destas estratégias, deve-se referenciá-lo para o atendimento especializado.

#### 4.7.2 Fase de continuação

Constatado a resposta terapêutica, a fase de continuação é caracterizada pelos quatro a seis meses seguintes da fase aguda e tem como objetivo manter a melhora clínica obtida na fase anterior evitando assim as chamadas recaídas. Desta forma, recomenda-se nesta etapa manter a medicação e dose utilizada na fase aguda pelo período de 6 meses após a remissão (FLECK; BAEZA, 2013).

#### 4.7.3 Fase de manutenção

Realizada a terapia de continuação, a terapia ou fase de manutenção é qualificada pela preservação da terapia farmacológica por períodos maiores aos habitualmente utilizados, seu objetivo é manter a recuperação atingida evitando a recorrência de novos episódios depressivos. Assim sendo, alguns fatores contribuem na decisão de instituir a terapia de manutenção e devem ser levados em consideração no protocolo proposto, são eles:

- 1) História familiar de transtornos do humor
- 2) Comorbidades associadas
- 3) Início do primeiro episódio tardio (> 60 anos)
- 4) Duas ou mais tentativas de tratamento para atingir a remissão
- 5) Presença de sintomas residuais

Da mesma maneira que na fase de continuação, a dose de manutenção do antidepressivo deve ser instituída tal qual àquela da fase aguda, permanecendo por períodos individualizados normalmente variados de 2 a 5 anos de tratamento. Pacientes com fatores de risco para recorrência devem ser ativamente monitorados no pós-tratamento a fim de evitar novos episódios depressivos o qual está associado com piores prognósticos (MORENO; MORENO; SOEIRO-DE-SOUZA, 2012; SOUZA et al., 2015).

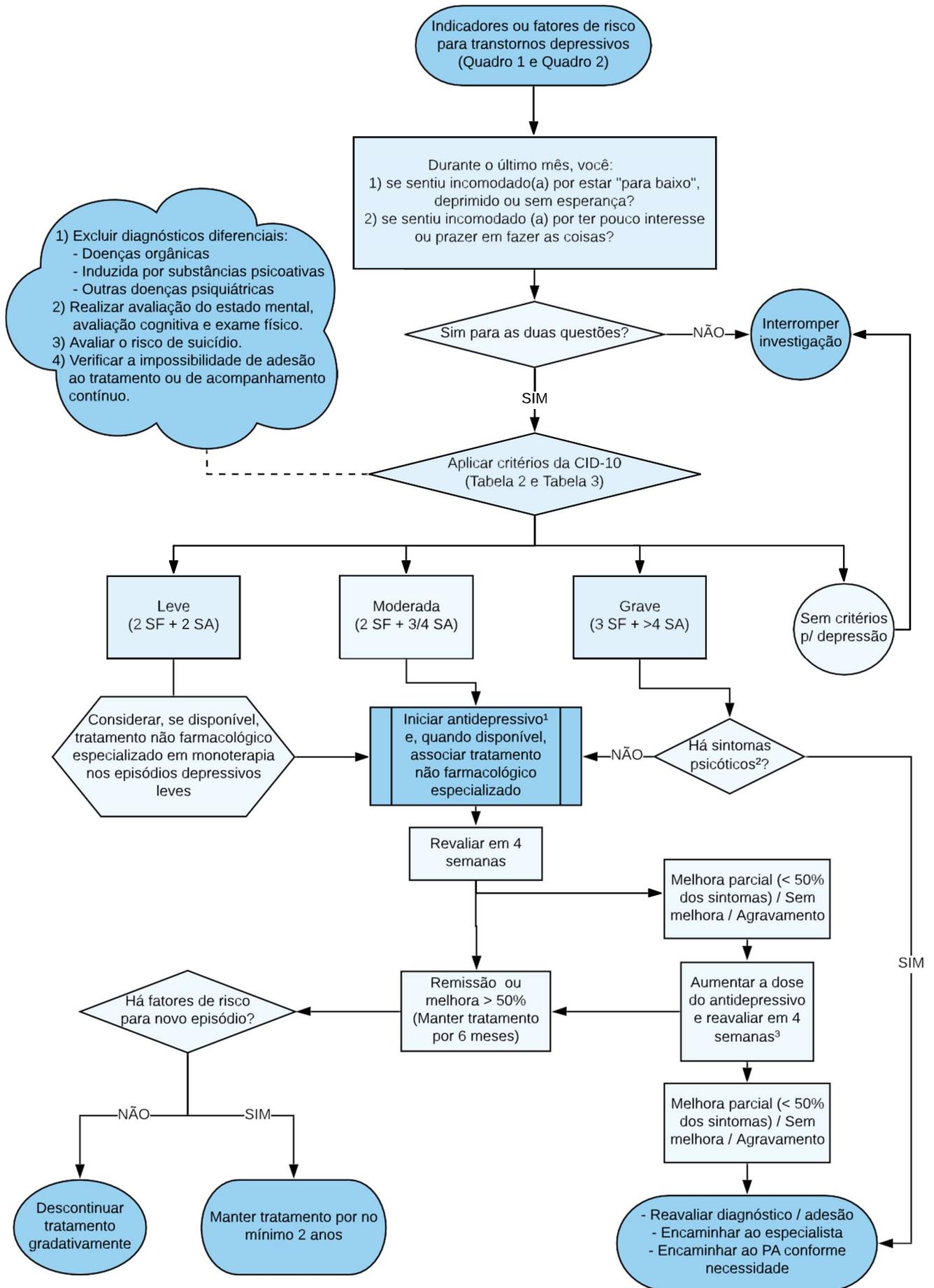
#### 4.7.4 Descontinuação da terapia farmacológica.

Após a decisão médica de descontinuar a terapia antidepressiva, o médico deve estar atento aos sintomas que surgirem com a retirada do fármaco tais como alterações do sono, sintomas gastrintestinais, ansiedade e alterações do humor orientando seus pacientes dos riscos de retirada abrupta dessa medicação. Tais sintomas costumam ser passageiros e autolimitados com duração de até uma semana, porém podem ter manifestações graves. Em visto disso, o profissional deverá descalonar o tratamento, idealmente, ao longo de quatro semanas reduzindo 25% da dose a cada semana e em casos especiais de meia-vida curta tais como da paroxetina e venlafaxina a retirada poderá ser feita ao longo de até 6 meses de descontinuação, podendo reintroduzi-los para uma retirada mais gradual quando houver reações de descontinuação mais severas. Cabe lembrar, que é dever do médico rastrear sintomas de retirada dos antidepressivos uma vez que o adequado descalonamento farmacológico minimizará ou, idealmente, excluirá quaisquer sintomas oriundos da decisão médica de retirada, evitando dano a seus pacientes (FLECK; BAEZA, 2013; MORENO; MORENO; SOEIRO-DE-SOUZA, 2012; RIO DE JANEIRO, 2016).

## 5 FLUXOGRAMA

A seguir, está disposto Figura 3 o fluxograma proposto para o protocolo assistencial no presente trabalho a fim de identificar e manejar depressão na Atenção Primária à Saúde (APS).

Figura 3 – Fluxograma proposto para identificação e manejo de depressão na APS.



<sup>1</sup> Fluoxetina em dose inicial ou nos casos graves um ADT em dose inicial.

<sup>2</sup> Sintomas psicóticos são aqueles caracterizados por delírios, alucinações, retardo psicomotor ou estupor depressivo.

<sup>3</sup> Considerar estratégia de potencialização.

SF = Sintomas fundamentais; SA = Sintomas acessórios; PA = Pronto Atendimento.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, a partir dos dados expostos e da proposta de protocolo apresentada, observamos que o transtorno do humor deprimido se perpetua como uma doença de grande impacto na saúde pública com elevados índices de prevalência nacional, a qual gera indicadores crescentes de incapacidade funcional. Em outras palavras, a depressão mantém-se como uma patologia negligenciada ao longo do tempo.

A fim de evidenciar isso, nota-se que agregado a diminuta gama de estudos acerca do tema nos bancos de dados mundiais disponíveis para consulta e a altas taxas de falha diagnóstica na Atenção Primária em Saúde, não há até então um protocolo assistencial formal disponibilizado pelo Ministério da Saúde voltado para a depressão o qual atenda as demandas que o Sistema Único de Saúde necessita e, tampouco há estudos ou protocolos voltados para este tema na cidade de Santa Maria – RS.

Dessa forma, visando atender as demandas emergenciais que esta patologia requeira, tendo em vista a semelhança nos desfechos da terapia inicial do generalista (APS) e especialista, elaborou-se um protocolo assistencial que propusesse uma identificação de usuários da Atenção Primária em Saúde com sinais e sintomas de alteração do humor e que auxiliasse o clínico deste nível de atenção a obter uma conduta inicial adequada para cada tipo de paciente sugerindo um reconhecimento através de métodos de rastreio apropriados e apresentando fluxogramas de atuação propícios para cada doente.

Ademais, cabe lembrar que o objetivo deste trabalho é fornecer recursos práticos para o reconhecimento e manejo do paciente depressivo, porém deve-se ressaltar que nenhum sinal ou sintoma é, por si só, patognomônico de depressão, devendo o médico ser responsável pela subjetividade dos critérios diagnósticos apresentados. Sabe-se ainda que os recursos disponíveis no SUS estão muito aquém do preconizado para o tratamento dos transtornos do rebaixamento do humor. Nesse sentido, as diretrizes clínicas deste trabalho devem servir como um guia, não devendo ser substitutas do próprio julgamento clínico e, portanto, a conduta deve ser individualizada ao máximo a fim de que se atenda a demanda de cada doente.

Finalmente, é recomendado a todo médico da APS a revisão dos diagnósticos de episódios depressivos avaliando a necessidade de implementação, reintrodução, manutenção ou retirada gradual da terapia antidepressiva, haja visto a particularidade de cada paciente e o uso indiscriminado da terapia antidepressiva nos quadros já em resolução.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA-FILHO, Naomar et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry*, v. 171, n. 06, p.524-529, dez. 1997.

American Psychiatric Association (APA). DSM-V: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 444 p.

ANDRADE, Laura et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, v. 12, n. 1, p.3-21, fev. 2003.

ARROLL, Bruce; KHIN, Natalie; KERSE, Ngaire. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ*, v. 327, n. 7424, p. 1144-1146, 15 nov. 2003.

ARROLL, Bruce et al. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, 8 jul. 2009.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 218p.

CHACHAMOVICH, Eduardo et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 31, n. 1, p.18-25, maio 2009.

CIPRIANI, Andrea et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, v. 391, n. 10128, p. 1357-1366, abr. 2018.

CUNHA, Ricardo Vivian da; BASTOS, Gisele Alsina Nader; DUCA, Giovâni Firpo del. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 15, n. 2, p.346-354, jun. 2012.

DIAS, Débora. OPINIÃO: Porque falar em suicídio é preciso. *Diário de Santa Maria*, Santa Maria, 26 set. 2017. Disponível em: <<http://www.diariosm.com.br/noticias/geral/opiniao-porque-falar-em-suicidio-e-preciso-1.2007117>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

FLECK, Marcelo P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 31, n. 1, p. 7-17, maio 2009.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; BAEZA, Fernanda LC. Depressão. IN: DUNCAN, Bruce B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 109 p. 1102-1113.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Evelyn Cremonese (Org.). *Protocolo de Atenção em Saúde Mental*. Tubarão: Copiart, 2010. 72 p.

GAYNES, Bradley N. et al. Primary Versus Specialty Care Outcomes for Depressed Outpatients Managed with Measurement-Based Care: Results from STAR\*D. *Journal of General Internal Medicine*, v. 23, n. 5, p. 551-560, 5 fev. 2008.

GONÇALVES, Angela Maria Corrêa et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 67, n. 2, p.101-109, jun. 2018.

GORDON, Brett R. et al. Association of Efficacy of Resistance Exercise Training with Depressive Symptoms. *Jama Psychiatry*, v. 75, n. 6, p. 566-576, 9 mai. 2018.

HEDNA, Khedidja et al. Antidepressants and suicidal behaviour in late life: a prospective population-based study of use patterns in new users aged 75 and above. *European Journal of Clinical Pharmacology*, v. 74, n. 2, p. 201-208, 4 nov. 2017.

KUPFER, D. J. Long-Term treatment of depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, v. 52, n. 5, p.28-34, 1991.

MACKINNON, Roger A; MICHELS, Robert; BUCKLEY, Peter J. Paciente deprimido. IN: *A entrevista psiquiátrica na prática clínica*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. Cap. 7 p. 203-244.

MOLINA, Mariane Ricardo Acosta Lopez et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 39, n. 6, p.194-197, 2012.

MONTEIRO, Marcelo. Eu enfrento a depressão: repórter de ZH relata como é a doença vista de dentro. *GaúchaZH*, Porto Alegre, 19 ago. 2016. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2016/08/eu-enfrento-a-depressao-reporter-de-zh-relata-como-e-a-doenca-vista-de-dentro-7299198.html>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

MORENO, Doris Hupfeld; DEMÉTRIO, Frederico Navas; MORENO, Ricardo Alberto. Depressão. In: MIGUEL, Euripedes Constantino; GENTIL, Valentim; GATTAZ, Wagner Farid (Ed.). *Clínica Psiquiátrica*. Barueri: Manole, 2011. Cap. 54. p. 698-710.

MORENO, Doris Hupfeld; MORENO, Ricardo Alberto; SOEIRO-DE-SOUZA, Márcio Gerhardt. Transtorno depressivo ao longo da vida. In: FORLENZA, Orestes Vicente; MIGUEL, Euripedes Constantino (Ed.). *Compêndio de clínica psiquiátrica*. Barueri: Manole, 2012. Cap. 18. p. 296-314.

NG, Cung W M; HOW, Choon H; NG, Yin P. Managing depression in primary care. *Singapore Medical Journal*, v. 58, n. 8, p.459-466, ago. 2017.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 1993. 352 p.

\_\_\_\_\_. *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care*. Geneva: WHO; 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/management/psychotropic/en/](http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/)>. Acesso em: 19 ago. 2018.

RIO DE JANEIRO. *Depressão*. Coleção Guia de Referência Rápida. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde - SMS. Rio de Janeiro, 1ª edição. 2016. 37p.

SADOCK, Benjamin J; SADOCK Virginia A; RUIZ, Pedro. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 1490p.

SALDIVIA, Sandra et al. Desarrollo y validación de un algoritmo para predecir riesgo de depresión en consultantes de atención primaria en Chile. *Revista Médica de Chile*, v. 142, n. 3, p.323-329, mar. 2014.

SANTA MARIA. Prefeitura Municipal de Santa Maria. Secretaria Municipal de Saúde. *Relação Municipal de Medicamentos Essenciais: REMUME 2018*. 2018. Disponível em: <[https://www.santamaria.rs.gov.br/inc/view\\_doc.php?arquivo\\_dir=2018&dir\\_mes=11&arquivo\\_nome=D21-656.pdf&doc\\_gc=1](https://www.santamaria.rs.gov.br/inc/view_doc.php?arquivo_dir=2018&dir_mes=11&arquivo_nome=D21-656.pdf&doc_gc=1)>. Acesso em: 26 maio 2018.

SCHWALM, Fábio Duarte; ALMEIDA, Rosangela Amaral de; GYRÃO, Ney Bragança. Papel da Atenção Primária à Saúde em Urgências e Emergências IN: DUNCAN, Bruce B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 188 p. 1852-1863.

SHARP, Lisa K; LIPSKY, Martin S. Screening for Depression Across the Lifespan: A Review of Measures for Use in Primary Care Settings. *American Family Physician*, v. 66, n. 06, p. 1001-1008, 15 set. 2002.

SOUERY, Daniel et al. Clinical Factors Associated with Treatment Resistance in Major Depressive Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, v. 68, n. 07, p. 1062-1070, 15 jul. 2007.

SOUZA, Livia H de; SPANEMBERG, Lucas; CALDIERARO, Marco Antonio; VARES, Edgar A; FLECK, Marcelo P de A. Transtorno depressivo maior e transtorno depressivo persistente (distímia). IN: CORDIOLI, Aristides V; GALLOIS, Carolina B; ISOLAN, Luciano. *Psicofármacos* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 1085-1110.

TWOMEY, Conal; O'REILLY, Gary; BYRNE, Michael. Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis. *Family Practice*, v. 32, n. 1, p. 3-15, 22 set. 2014.

VEJA. São Paulo: Abril, edição 2297, ano 45, n. 48, 28 de nov. 2012. 204p.

VOS, Theo et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, v. 388, n. 10053, p.1545-1602, out. 2016.

WHOOLEY, Mary A. et al. Case-finding instruments for depression: two questions are as good as many. *Journal Of General Internal Medicine*, v. 12, n. 7, p.439-445, jul. 1997.