

**Elaboração de um guia rápido para a abordagem e tratamento da
depressão unipolar em adultos na Atenção Primária à Saúde no
município de Campo Grande - MS**

Luciana Tobaru Kanashiro Sakai

**Elaboração de um guia rápido para abordagem e tratamento da
depressão unipolar em adultos na Atenção Primária à Saúde do
Município de Campo Grande- MS**

Monografia apresentada como requisito para a
obtenção do título de Médico de Família e
Comunidade ao Programa de Residência em
Medicina de Família e Comunidade da
Secretaria Municipal de Saúde de Campo
Grande/ Fiocruz.

Orientador: Msc. Cyro Leonardo de Albuquerque Mendes

Campo Grande
2022

RESUMO

SAKAI, Luciana Tobaru Kanashiro. *Guia rápido para abordagem e tratamento da depressão unipolar em adultos na Atenção Primária à Saúde* do Município de Campo Grande. Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande.

O transtorno depressivo unipolar teve sua prevalência aumentada de forma exponencial com a pandemia de COVID-19, com maior procura de assistência, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma doença de curso crônico e recorrente, que traz grande sofrimento psíquico e impacto na qualidade de vida do indivíduo e das pessoas ao seu redor. Uma vez não tratada, a doença pode evoluir para cronicidade, incapacidade funcional do indivíduo e gravidade com risco de suicídio. O objetivo deste trabalho é elaborar um guia rápido aos profissionais de saúde da APS, visando melhorar a qualidade de assistência e o manejo do tratamento e acompanhamento desses pacientes, auxiliando as condutas relacionadas à abordagem, acolhimento e encaminhamento quando necessário, utilizando-se da rede de assistência à saúde mental na cidade de Campo Grande – Mato Grosso do Sul. Como metodologia foi realizado uma revisão bibliográfica integrativa com análise crítica de artigos com busca no Pubmed, BVS, Scielo e Google Acadêmico; além de livros de referência em psiquiatria, medicina ambulatorial e medicina da família.

Palavras-chave: a. depressão b. atenção primária c. saúde mental

SUMÁRIO

1. Introdução.....	7
2. Questão norteadora	8
3. Hipótese.....	8
4. Objetivo primário.....	10
5. Objetivos secundários.....	10
6. Métodos	10
7. Resultados.....	11
8. Discussão.....	11
9. Conclusão.....	15
10. Referências Bibliográficas.....	16
11. Apêndice.....	17

LISTA DE FIGURAS:

Figura 1. Capa do Guia.....	18
Figura 2. Apresentação.....	18
Figura 3. Sumário.....	19
Figura 4. Introdução.....	19
Figura 5. Epidemiologia.....	20
Figura 6. Estratégia de Saúde da Família.....	20
Figura 7. Abordagem inicial da depressão e grupos de risco.....	21
Figura 8. Rastreamento da depressão.....	21
Figura 9. Anamnese.....	22
Figura 10. Sintomas da depressão.....	22
Figura 11. Critérios diagnósticos da depressão.....	23
Figura 12. Diagnósticos diferenciais.....	23
Figura 13. Depressão Unipolar x Depressão Bipolar.....	24
Figura 14. Modelo escalonado de cuidados para depressão.....	24
Figura 15. Matriciamento.....	25
Figura 16. Tratamento para depressão – conceitos gerais.....	25
Figura 17. Adesão ao tratamento – psicoedução.....	26
Figura 18. Recomendações para boa prática no atendimento ao paciente com depressão.....	26
Figura 19 Tratamento não farmacológico – intervenções psicossociais.....	27
Figura 20. Tratamento farmacológico – como realiza escolha do medicamento.....	27
Figura 21. Tratamento farmacológico – fases.....	28
Figura 22. Tratamento farmacológico – escolha medicamento.....	28
Figura 23. Aspectos importantes da escolha do medicamento.....	29
Figura 24. Aspectos importantes da escolha do medicamento.....	29
Figura 25. Tratamento Medicamentoso – Inibidores Seletivos de Serotonina.....	30
Figura 26. Tratamento medicamentoso – ISRS.....	30
Figura 27. Tratamento medicamentoso – tricíclicos.....	31
Figura 28. Tratamento medicamentoso – Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina e Norepinefrina (ISRN).....	31
Figura 29. Tratamento farmacológico – outras opções terapêuticas.....	32
Figura 30. Algoritmo para tratamento farmacológico das depressões.....	32
Figura 31. Algoritmo para tratamento da depressão: medicamentos de baixo custo ou disponibilizados no SUS.....	33
Figura 32 Tratamento farmacológico particularidades (depressão com sintomas psicóticos, depressão com sintomas ansiosos, depressão com TDAH).....	33
Figura 33. Tratamento farmacológico – particularidades (gestação, amamentação, doença cardiovascular).....	34
Figura 34. Tratamento farmacológico – particularidades (epilepsia, infecção por HIV, doenças cerebrovasculares).....	34

LISTA DE FIGURAS:

Figura 35. Tratamento farmacológico – particularidades (síndrome metabólica, dor crônica, disfunção sexual).....	35
Figura 36. Tratamento farmacológico – particularidades (com transtornos relacionados uso de substâncias e transtornos aditivos e em idosos).....	35
Figura 37. Importância do tratamento para depressão.....	36
Figura 38. Monitoramento e suspensão do medicamento.....	36
Figura 39. Dificuldade adesão ao tratamento para depressão ou ausência de resposta.....	37
Figura 40. Encaminhamento à psiquiatria.....	37
Figura 41. Situações de emergência.....	38
Figura 42. Suicídio – fatores de risco e fatores protetores.....	38
Figura 43. Referências Bibliográficas do guia.....	39
Figura 44. Referências Bibliográficas do guia.....	39

INTRODUÇÃO

A depressão encontra-se entre os principais transtornos mentais atendidos na rede pública de saúde e caracteriza-se por humor deprimido, perda de prazer e/ou vontade em realizar atividades habituais, além de sentimentos de tristeza, angústia, ansiedade, culpa, desvalia, e sintomas como alteração do apetite, do sono - sintomas esses de curso crônico, com pelo menos 2 semanas de duração e recorrente que causa grande sofrimento psíquico e diminuição ou perda da capacidade funcional do indivíduo. (Duncan et.al, 2013). É uma das principais causas daquilo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) chama de “anos vividos com incapacidades” e “perdas de anos em termos de morte prematura” e “perdas de anos de vida produtiva” (DALY Disability Adjusted Life Years) (Ferrari et.al, 2013)

No Brasil, a depressão tornou-se problema de saúde pública, por apresentar alta prevalência na população em geral – 5,8% em um ano e 12,6% ao longo da vida Na Atenção Primária, a mediana de prevalência de depressão está cima de 10%, no entanto, ainda segue subdiagnosticada e sem o tratamento adequado, visto que entre 30% e 60% dos casos de depressão não são detectados pelo médico na atenção primária à saúde (Duncan et.al, 2013).

A pandemia COVID-19 trouxe gatilhos amplificadores dos transtornos mentais, pois devido a alta transmissibilidade do vírus, com grande número de infectados, um sistema de saúde despreparado com leitos hospitalares reduzidos, sem condições de atender toda demanda, com incertezas com relação ao curso da doença e sem medicação curativa específica, levou às autoridades sanitárias a tomarem medidas restritivas como o isolamento social, uso de máscaras, distanciamento entre as pessoas, redução ou paralização dos serviços, como uma tentativa de barrar o avanço da doença. E este cenário tornou-se ainda mais propício ao aumento de casos de pessoas em sofrimento psíquico, principalmente a depressão – uma das doenças mais representativas e de grande desafio aos profissionais de saúde devido à sua etiologia multifatorial.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e o centro de comunicação com toda a rede de

atenção do SUS, trata-se do primeiro nível de atenção que se caracteriza por um conjunto de ações que abrange a promoção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral (Portela, 2017). O número de pacientes com transtorno depressivo é elevado na APS, no entanto, ainda há um despreparo por parte dos profissionais em atender a essa demanda e prestar uma assistência com mais resolutividade no manejo clínico, seja pelo déficit de opções terapêuticas na rede pública, seja pela falta de capacitação dos profissionais.

Por outro lado, sabe-se que ainda há um grande estigma por parte da população a respeito da depressão, tal como pelos próprios profissionais de saúde que ainda se encontram inseguros na abordagem a esses pacientes, principalmente naqueles que evoluem para as formas graves, com sintomas psicóticos ou risco de suicídio.

Mato Grosso do Sul, encontra-se com elevada taxa de suicídio, sendo o 3º Estado com maior prevalência (DATASUS, 2017) e, sabe-se que cerca de 30 a 50% dos pacientes que tentam ou cometem suicídio possuíam algum transtorno mental, sendo o mais comum – o transtorno depressivo (Duncan et.al, 2013), ressaltando a importância de revermos o fluxo e a qualidade dos atendimentos a essa população, integrando a rede de assistência à saúde mental com a Atenção Primária.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) funciona como um importante articulador da rede de saúde mental, na tentativa de modificar o modelo hospitalocêntrico e até biomédico e direcionar para um cuidado ampliado e multiprofissional do indivíduo em sofrimento psíquico, como também de quem convive com ele. O trabalho tendo o território, não apenas como área geográfica, mas das pessoas, instituições, das redes, cenários e determinantes sociais aos quais esses pacientes estão inseridos, torna-se de fundamental importância no rastreamento, abordagem e tratamento dos pacientes com transtorno depressivo. O engajamento dos profissionais das equipes da ESF com os da saúde mental tem resultado em experiências exitosas, demonstrando ser possível a articulação dos princípios do SUS com os da reforma psiquiátrica. (Brasil, 2005, p.75)

Os princípios fundamentais desta articulação são: conhecimento do território, organização da atenção à Saúde Mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial; desinstitucionalização, matriciamento para as Unidades de Saúde da

Família; promoção da cidadania dos usuários e a construção de autonomia dos usuários e familiares

Levando em consideração os preceitos da Reforma Psiquiátrica, é fundamental que a atenção básica seja incorporada no processo, uma vez que a demanda de pacientes em sofrimento psíquico é tamanha, que concentrar esforços somente na rede substitutiva não é o suficiente, necessitando estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, a Atenção Primária, junto às equipes da Estratégia Saúde da Família. Mas para isso, é imprescindível fornecer maior suporte e capacitação para os profissionais para que atuem com segurança no manejo dos pacientes com depressão e que saibam reconhecer os sinais de gravidade e de necessidade de encaminhamento para os setores secundários e terciário.

QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Como melhorar a abordagem no acolhimento e tratamento dos pacientes com transtorno depressivo unipolar em adultos, visando melhor resolatividade e qualidade de assistência na Atenção Primária do Município de Campo Grande- MS?

HIPÓTESE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada aos usuários do SUS e responsável pelo primeiro atendimento da maioria dos pacientes com transtorno depressivo, uma doença que quando diagnosticada e tratada nos primeiros seis meses, tem uma chance de recuperação de cerca de 50% (FLECK, 2006). E estudos apontam ainda que cerca de 50% dos pacientes com tentativa de suicídio procuraram por auxílio na Atenção Primária (Duncan et. al, 2013), o que nos leva a refletir sobre o papel da APS, na redução das altas taxas de suicídio e na importância de melhorar a qualidade de assistência prestada aos pacientes em sofrimento psíquico, a começar com a capacitação dos profissionais de saúde, principalmente os da Estratégia de Saúde da Família, devido ao vínculo com a população e ao atendimento multidisciplinar, proporcionando ferramentas de consulta rápida, como o guia elaborado neste trabalho, como suporte matricial de especialistas focais, NASF,

visando maior resolutividade e diminuição da sobrecarga do serviço secundário, ampliando o acesso e assegurando os princípios do SUS que preveem a universalidade, integralidade e equidade no acesso à saúde.

OBJETIVO PRIMÁRIO

O objetivo deste trabalho é elaborar um guia rápido para auxiliar os profissionais de saúde da atenção primária na abordagem, tratamento e acompanhamento dos pacientes com transtorno depressivo unipolar, visando melhorar a resolutividade na atenção primária, utilizando-se do encaminhamento ao serviço especializado somente em casos graves ou refratários ao tratamento, otimizando o fluxo de atendimento e reduzindo a sobrecarga do serviço especializado.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Realizar uma pesquisa na literatura de referência tanto em medicina ambulatorial, medicina da família e em psiquiatria sobre o fluxo de atendimento, abordagem e tratamento dos pacientes com transtorno depressivo unipolar, com uma análise crítica sobre os protocolos e diretrizes já estabelecidos e que possam ser utilizados pelos profissionais da atenção primária como forma de melhorar a qualidade de atendimento e instigar a busca por atualizações e capacitações.

Conscientizar os profissionais da Atenção Primária quanto a importância do rastreamento e acolhimento do paciente em sofrimento psíquico, com uma escuta empática proporcionando melhor acesso aos serviços de saúde, com diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Enfatizar a importância do acompanhamento multidisciplinar, com capacitações de toda a equipe ao atendimento em saúde mental, ampliando a rede de apoio e proporcionando uma assistência mais completa ao usuário.

MÉTODOS

No presente estudo foi realizado uma revisão bibliográfica integrativa sobre a abordagem, tratamento e acompanhamento do transtorno depressivo unipolar na

Atenção Primária à Saúde (APS). A pesquisa foi desenvolvida com base em protocolos vigentes sobre saúde mental na Atenção Básica e leitura de artigos científicos relacionados ao tema depressão na Atenção Primária, utilizando-se como ferramentas de busca base de dados – Scielo, BVS, Google Acadêmico e Pubmed e com embasamento teórico de livros referência de medicina da família, medicina ambulatorial e psiquiatria. Foram utilizados como descritores – depressão, atenção primária à saúde e saúde mental. A revisão integrativa é um método amplo pois considera a inclusão tanto de estudos experimentais quanto não experimentais proporcionando uma compreensão mais abrangente do fenômeno estudado (Souza MT et.al, 2010).

RESULTADOS

Após a revisão da literatura, ancorada principalmente em protocolos vigentes e diretrizes do atendimento em saúde mental na atenção primária, assim como livros de referência ao tema, foi elaborado um guia rápido para os profissionais de saúde podendo ser acessado tanto de forma online através de um link, como impresso.

O guia em formato prático, de fácil acesso, contém 44 páginas contendo informações sobre conceito da depressão, epidemiologia, abordagem, rastreamento, critérios diagnósticos, além de fornecer também ferramentas de abordagem, teoria sobre indicações de tratamento não farmacológico ou farmacológico. Assim como tipos de medicamentos utilizados no tratamento da depressão, como realizar monitoramento, descontinuidade dos medicamentos, se necessário e alertando quanto aos casos necessitam de suporte do especialista focal, matriciamento, ou até mesmo encaminhamento ao setor secundário ou terciário quando necessário.

DISCUSSÃO

A Reforma Psiquiátrica se caracteriza pelo processo histórico de reformulação crítica e prática de elaboração de proposta de transformação do modelo clássico e do paradigma psiquiátrico, tendo como uma de suas propostas trazer a loucura para o cuidado familiar, alterando a concepção e cuidado aos usuários com transtornos mentais. Com esta mudança, surgem as dificuldades enfrentadas pelos familiares diante desse novo encargo que é lidar com o familiar em sofrimento psíquico de forma

tão próxima e ainda ser parte imprescindível da reinserção social do portador de transtorno mental (Pimenta, 2009).

Aliado a esse princípio, a atual Política de Saúde Mental, ao incentivar a criação de serviços substitutivos aos manicômios, evidencia a necessidade de inclusão da família no cuidado do paciente psiquiátrico, proporcionando condições mais dignas de cuidado, suporte tanto ao membro doente, como recebendo ela mesma cuidados específicos (Brasil, 2004).

A partir dessa nova concepção de assistência em saúde mental no Brasil, surge os serviços substitutivos ao hospital Psiquiátrico, que constituem uma rede complexa inserida na Atenção Básica – os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são responsáveis pela saúde mental da área territorial de referência e um de seus desafios consiste em conseguir sair da instituição e tornar-se um lugar que não só atenda bem as pessoas, mas que promova uma articulação social e intersetorial, em especial com a Unidades de Saúde da Família (Brasil, 2004).

Os princípios fundamentais desta articulação são: conhecimento do território, organização da Atenção à Saúde Mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial; desinstitucionalização, matriciamento para as Unidades de Saúde da Família; promoção da cidadania dos usuários e a contribuição de autonomia dos usuários e familiares.

As equipes de Estratégia Saúde da Família composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, assistente social, farmacêutico e os agentes comunitários de saúde, estão mais próximos aos usuários, o que facilita o estabelecimento do vínculo, o acesso ao serviço de saúde, o cuidado centrado na pessoa de forma integral e com equidade como preconiza os princípios do SUS, sendo esse modelo de atenção uma forma de melhoria ao acesso desses pacientes à atenção à saúde, com abordagem e tratamento precoce, resultando maior resolutividade, quando diante de uma equipe qualificada e bem articulada com demais setores da rede de atenção psicossocial. Além disso, muitas equipes contam com o apoio do NASF que conta com profissionais como pediatra, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física, ginecologista, psicólogo que colabora para um atendimento integral.

O transtorno depressivo por ser uma doença multifacetada, com influência dos determinantes sociais, e envolto a muito estigma, necessita cada vez mais de uma abordagem multidisciplinar, que esteja preparada para realizar rastreamento de

pacientes com fatores de risco, o acolhimento com uma escuta empática e direcionada, proporcionando uma organização no fluxo de atendimento, ampliando o acesso desses pacientes em sofrimento psíquico e viabilizando o diagnóstico e tratamento precoce.

Os Agentes Comunitários de Saúde são atores importantes para a Estratégia de Saúde da Família no rastreamento e abordagem dos pacientes com transtorno depressivo, uma vez que eles estão inseridos no território, conhecem a comunidade, a história, os determinantes sociais, o ciclo vital de muitos pacientes que dão entrada na Unidade de Saúde, tornando-se peças-chave para ampliar o acesso e o acompanhamento desses pacientes.

E, embora o arsenal terapêutico disponível no SUS seja limitado, pois tem escassez de profissionais psicólogos disponíveis para realização de uma intervenção psicoterápica precoce, assim como medicamentos que causam efeitos colaterais indesejáveis e às vezes de difícil manejo, interferindo na adesão e no sucesso do tratamento. sabe-se que a indicação de tratamento medicamentoso é para casos de depressão de moderada a grave, assim, casos leves ou mesmo moderados devem ser identificados e acompanhados desde o início pela equipe de saúde, proporcionando acesso à equipe multidisciplinar na tentativa de impedir a piora do quadro.

E quando necessário tratamento medicamentoso, realizar um tratamento individualizado, utilizando-se do método clínico centrado na pessoa, com orientações sobre o objetivo do tratamento, curso da doença, tempo necessário para efeito da medicação, explicar sobre possíveis efeitos colaterais, duração do tratamento, custo se necessário, e ofertar serviços disponíveis de equipe multidisciplinar, uma vez que as falhas terapêuticas estão relacionadas com abandono do tratamento devido paciente desconhecer ou não ser informado sobre o plano terapêutico.

O desafio na elaboração deste guia foi proporcionar um material de consulta rápida que fornecesse ferramentas específicas capazes de ancorar a prática do atendimento ao paciente com depressão em diretrizes e protocolos, facilitando tomada de decisão e o raciocínio clínico, assim como proporcionar opções de tratamento tanto disponíveis pelo SUS, quanto não disponíveis pela rede para conhecimento dos profissionais, uma vez que as opções terapêuticas da REMUME ainda estão limitadas a medicamentos com maior perfil de efeitos colaterais e conscientizar os profissionais

da importância da capacitação da equipe para melhor assistência e impacto na morbimortalidade de pacientes com depressão.

CONCLUSÃO

O atual cenário em que vivemos, devido ao surgimento do coronavírus, que demonstrou o quanto ainda somos falhos na organização do nosso sistema de saúde, a alertou também para o fato que já estávamos enfrentando uma pandemia no que diz respeito ao número de pessoas que sofrem de depressão, porém de forma silenciosa, mas com grande impacto socioeconômico e de morbimortalidade.

Mato Grosso do Sul encontra-se entre o 3º Estado com maior índice de suicídio, dado extremamente preocupante, o que nos leva a refletir sobre a necessidade de se reestruturar a rede de atenção à saúde mental, articulada com o fortalecimento da Atenção Básica com capacitação dos profissionais de saúde, aumento dos recursos terapêuticos, tanto no que diz respeito a medicamentos, quanto ao aumento de profissionais de equipe multidisciplinar, principalmente psicólogos e maior suporte do matriciamento em saúde mental às das equipes da estratégia de saúde da família.

Um exemplo de experiência exitosa foi a participação da residência em psiquiatria, em que os residentes passaram por estágio durante 6 meses na Unidade de Saúde Tiradentes, realizando consultas compartilhadas, trazendo mais conhecimento e troca de saberes com os demais profissionais da Unidade, o que melhorou a qualidade de atendimento aos pacientes com transtornos mentais da região.

A depressão ainda é um desafio para os profissionais da Atenção Primária, pois tem sua origem multifatorial, relacionada não só com fator genético ou biológico, mas sendo influenciada por fatores ambientais, determinantes sociais e o ciclo de vida do indivíduo e, por esta razão a Estratégia de Saúde da Família tem seu papel fundamental, pois trabalha com uma equipe multidisciplinar tendo com um dos atores, o agente comunitário de saúde que está inserido no território e reconhece os determinantes sociais, suas fragilidades e sua relação com a população, sendo importante no rastreamento e ampliação do acesso à saúde dos usuários.

O estudo demonstrou que é necessário qualificar os profissionais da atenção primária pois são os primeiros a prestar atendimento aos pacientes em sofrimento psíquico, seja com cursos de capacitação, seja com materiais de apoio ou com

matriciamento em saúde mental, para assim ser possível melhorar a resolutividade nos atendimentos, diminuindo a sobrecarga do serviço secundário e impactando na redução dos índices de pessoas sem diagnóstico e sem acesso ao tratamento. Com isso, levando em consideração que cerca de 50% dos pacientes com depressão melhoram do quadro depressivo quando tratados de forma precoce e adequada, estaríamos reduzindo significativamente o número de pacientes que evoluem para formas graves, com risco de suicídio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FLECK MPA, BAEZA FLC. Depressão. IN: Duncan BB et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Artmed, 2013.
2. CORDIOLI AV, GALLOIS CB, ISOLAN L. Psicofármacos: consulta rápida 5ªed.Porto Alegre: Artmed, 2015
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n.34.
4. CHIAVERINI DH et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011
5. Protocolo de atenção em saúde mental, do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (2008).
6. DIMENSTEIN, M et al. Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família. In Mental. Barbacena, v.3, n.5, nov 2005.
7. CID-10. Classificação Internacional de Doenças. 10.ed. OPAS-MS, EDUSP: 2007
8. Diretrizes Clínicas em saúde mental. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%em%20saude%20mental.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021
9. DUALIBI, K. Depressão: critérios do DSM-5 e tratamento. p. 5, [s.d.]

10. FLECK, M.P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). Brazilian Journal of Psychiatry, v.31, p. S7-S17, maio 2009.
11. GAZIGNATO, E. C. DA S.; SILVA, C. R. DE C. E. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Saúde debate, v. 38, n. 101, p. 296–304, abr. 2014.
12. KUNZ, M. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS. p. 22, [s.d.].
13. LUÍS, S. A SAÚDE MENTAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA. p. 38, [s.d.].
Disponível em: <<https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2021
14. KUPFER DJ. The pharmacological management of depression. Dialogues Clin Neurosci. 2005; 7(3): 191-205. PMID [16156378]
15. PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico. 2 ed. Novo Hamburgo: FEEVALE, 2013.
16. DELGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais – 3ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019.
17. STAHL M. STEPHEN. Fundamentos de psicofarmacologia 6ªed – Artmed, 2018
18. GONÇALVES DA ,CHAZAN LF, ALMEIDA NS, FORTES S. Intervenções psicossociais na atenção primária à saúde. IN: Duncan BB et al. Medicina ambulatorial: condutas da atenção primária baseadas em evidências. Artmed, 2013.
19. QUEVEDO, J., NARDI, AE, SILVA AG. Depressão: teoria e clínica – 2ª ed.- Porto Alegre: Artmed, 2019.

Apêndice

Link de acesso ao guia:

https://www.canva.com/design/DAEwy6vHSz4/Zm3ap4yjtZSQy16gq1Dmmw/view?utm_content=DAEwy6vHSz4&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink



Figura 1. Capa do Guia

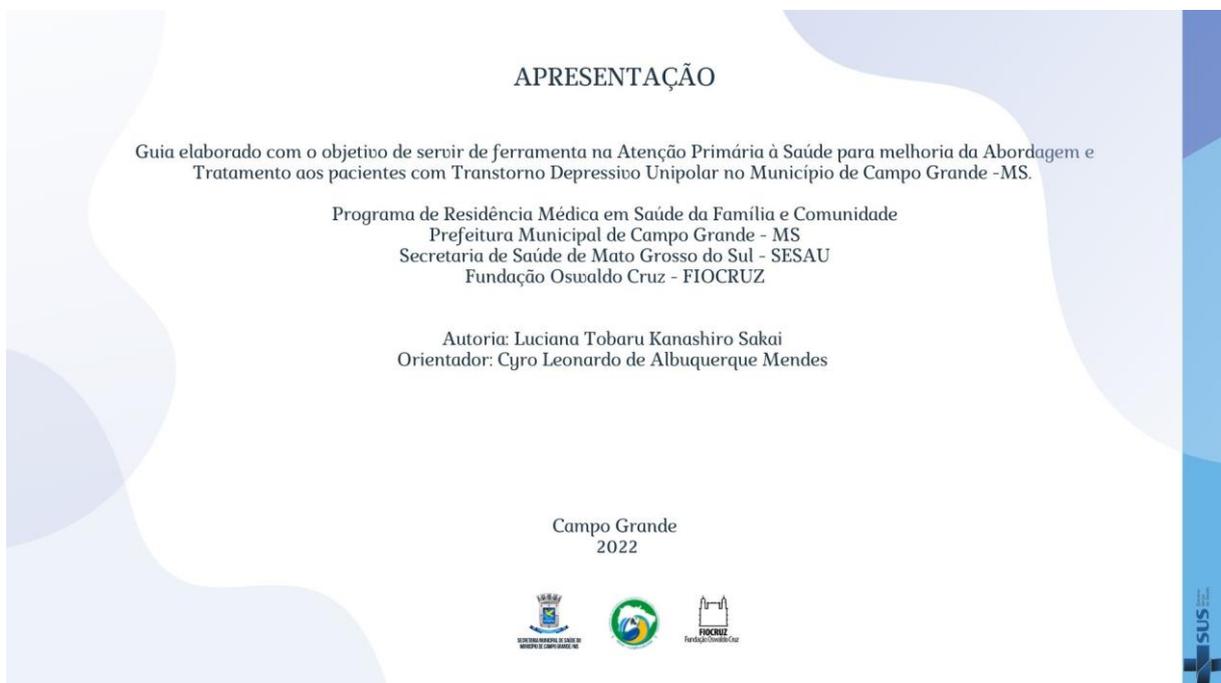


Figura 2. Apresentação

SUMÁRIO	
• Introdução	04
• Epidemiologia.....	05
• Estratégia Saúde da Família e Abordagem ao paciente em sofrimento psíquico.....	06
• Abordagem inicial ao paciente com depressão.....	07
Grupos de risco.....	07
• Rastreamento da depressão.....	08
Personal Health Questionnaire - 2 (PHQ-2).....	08
Personal Health Questionnaire - 9 (PHQ-9).....	08
• Anamnese.....	09
• Sintomas da depressão.....	10
• Diagnóstico de Depressão Unipolar.....	11
Diagnósticos diferenciais.....	12
Depressão Unipolar x Depressão Bipolar.....	13
• Modelo escalonado de cuidado ao paciente depressivo.....	14
• Matriciamento.....	15
• Tratamento para depressão - considerações gerais	16
Adesão ao tratamento - psicoeducação.....	17
Recomendações para uma boa prática ao acompanhamento depressão.....	18
Tratamento não farmacológico.....	19
Tratamento farmacológico.....	21
Algoritmo para o tratamento farmacológico da depressão.....	31
Algoritmo para o tratamento farmacológico de depressão baixo custo e SUS.....	32
Tratamento farmacológico - particularidades.....	33
• Importância do tratamento	36
• Monitoramento e suspensão do antidepressivo.....	38
• Não resposta ao tratamento farmacológico.....	39
• Encaminhamento à Psiquiatria.....	40
• Situações de Emergência.....	41
• Suicídio.....	42
• Referências bibliográficas.....	43

Figura 3. Sumário

INTRODUÇÃO	
<p>A depressão encontra-se entre os principais transtornos mentais atendidos na rede pública de saúde e caracteriza-se por humor deprimido, perda de prazer e/ou vontade de realizar atividades habituais, além de sentimentos de tristeza, angústia, ansiedade, culpa, desualia e sintomas como alteração do apetite, do sono - sintomas esses de curso crônico, com pelo menos 2 semanas de duração e recorrente que causa grande sofrimento psíquico e diminuição ou perda da capacidade funcional do indivíduo (Duncan et.al, 2013)</p>	
<p>A pandemia COVID-19 trouxe gatilhos amplificadores dos transtornos mentais, pois devido a alta transmissibilidade do vírus, com grande número de infectados, um sistema de saúde despreparado com leitos hospitalares reduzidos, sem condições de atender toda demanda, com incertezas com relação ao curso da doença e sem medicação curativa específica, levou as autoridades sanitárias a tomarem medidas restritivas como o isolamento social, uso de máscaras, distanciamento entre as pessoas, redução ou paralização dos serviços, como uma tentativa de barrar o avanço da doença. E este cenário tornou-se ainda mais propício para o aumento de casos de pessoas em sofrimento psíquico, principalmente a depressão - uma das doenças mais representativas e de grande desafio aos profissionais de saúde devido à sua etiologia multifatorial</p>	
<p>A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e o centro de comunicação com toda a rede de atenção do SUS, trata-se do primeiro nível de atenção que se caracteriza por um conjunto de ações que abrange a promoção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral (Portela, 2017). O número de pacientes com transtorno depressivo é elevado na APS, no entanto, ainda há um despreparo por parte dos profissionais em atender a essa demanda e prestar uma assistência com mais resolutividade no manejo clínico, seja pelo déficit de opções terapêuticas na rede pública, seja pela falta de capacitação dos profissionais.</p>	
<p>Por esse motivo, é necessário rever a rede de assistência à Saúde Mental, capacitando mais profissionais das equipes de saúde da família para melhorar a qualidade do atendimento a esses usuários, proporcionando acolhimento, diagnóstico precoce e tratamento quando necessário, além de fornecer uma rede de apoio capaz de agir não só no tratamento da doença, mas também com uma visão centrada na pessoa, em seus determinantes sociais, no apoio à família, com atendimento multidisciplinar, facilitando o acesso ao usuário, focado em um atendimento com integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado - atributos fundamentais do SUS.</p>	
04	

Figura 4. Introdução

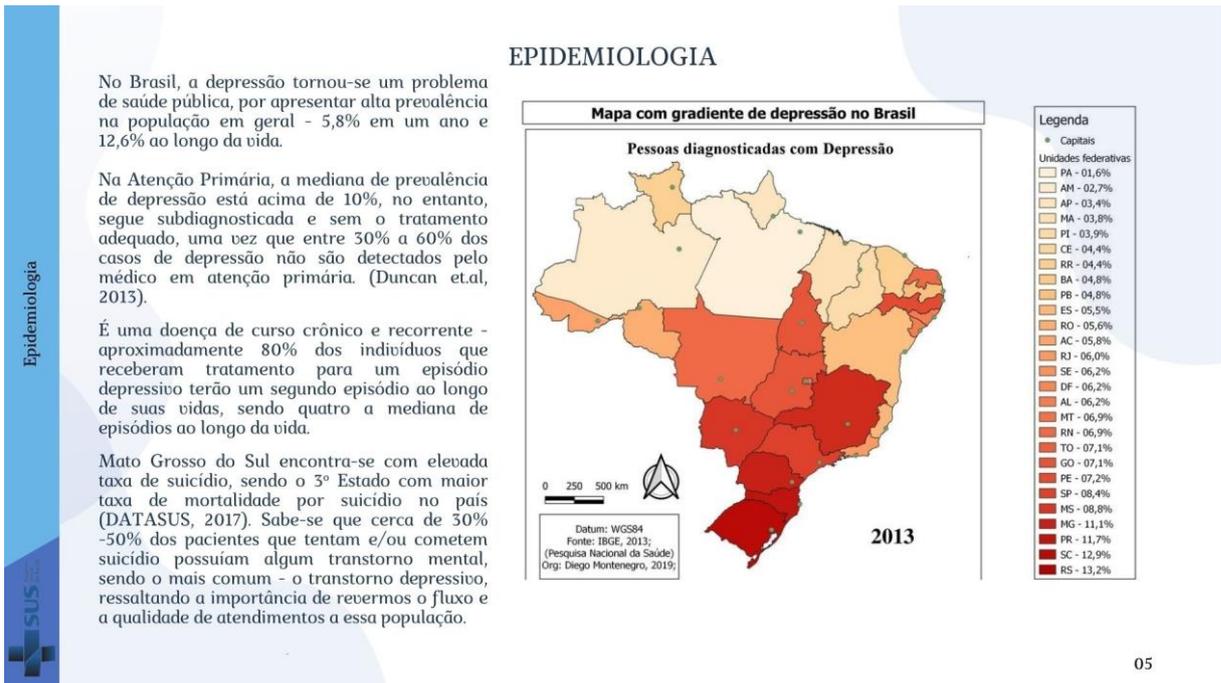


Figura 5. Epidemiologia

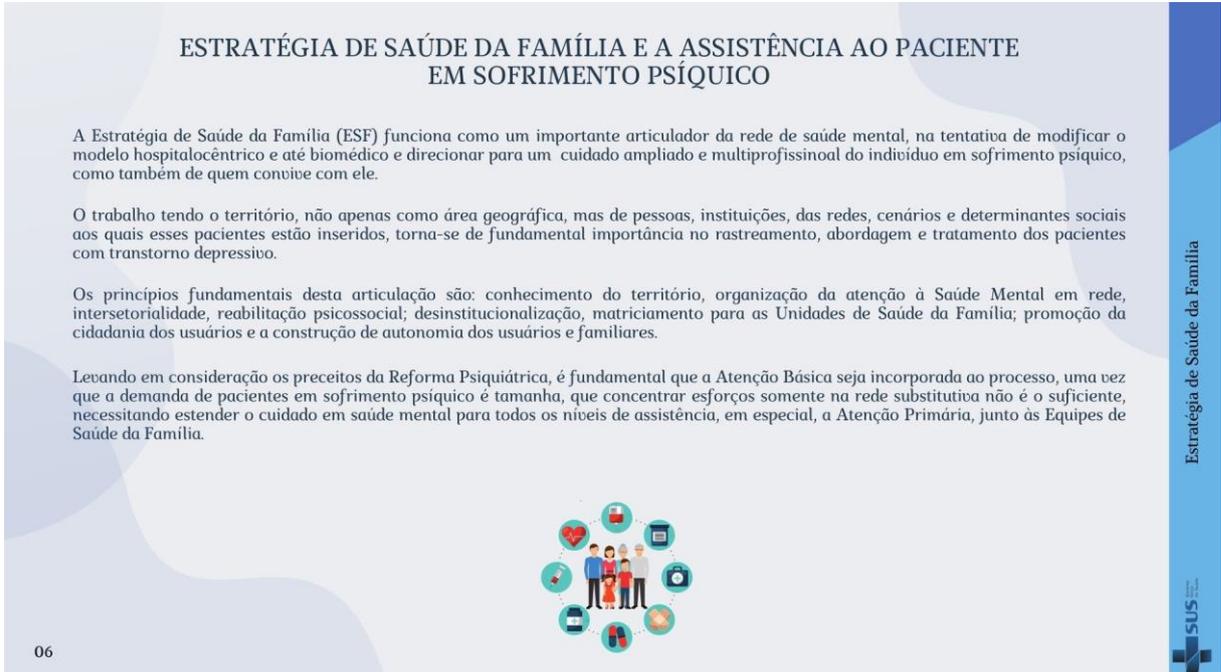


Figura 6. Estratégia de Saúde da Família e Assistência ao paciente em sofrimento

Abordagem inicial e Grupos de risco para depressão

ABORDAGEM INICIAL DA DEPRESSÃO

Ao abordar pessoas com depressão, bem como seus familiares e cuidadores deve-se:

- Oferecer uma escuta que leve em conta a pessoa e não somente a doença, auxiliando-a a resgatar sua posição de sujeito, agente e protagonista.
- Construir uma relação de confiança e explorar as opções de tratamento com esperança e otimismo, explicando os diferentes cursos de depressão e que a recuperação é possível;
- Estar ciente da possibilidade de estigma e discriminação que podem estar associados com o diagnóstico de depressão;
- Assegurar que a privacidade, confidencialidade e dignidade serão sempre respeitadas;
- Fornecer informações sobre a depressão e seu tratamento, bem como sobre autoajuda, grupos de apoio e outros recursos.

Deve-se estar atento à diversidade cultural presente na população atendida pela equipe, com especial destaque para pessoas provenientes de outras partes do país (ou do mundo) ou com forte orientação religiosa, e às possíveis variações na apresentação dos quadros de depressão decorrentes desses fatores. Os profissionais que atendem pessoas com depressão devem ter as seguintes competências:

- competência cultural - avaliação sensível a questões culturais;
- uso de diferentes modelos explicativos para a depressão;
- consideração das diferenças culturais ao desenvolver e implementar planos terapêuticos.

Apoio aos familiares e cuidadores:
Quando os familiares ou cuidadores estão envolvidos no apoio a uma pessoa com depressão grave ou crônica, considere:

- Fornecer informações verbais e escritas sobre a depressão e sobre como eles podem apoiar a pessoa;
- Oferecer uma avaliação ao cuidador, com destaque para a sobrecarga à qual esse cuidador possa estar submetido.

Grupos de risco para depressão

- HISTÓRICO PESSOAL OU FAMILIAR DE DEPRESSÃO
- PRESENÇA DE ESTRESSOR PSICOSSOCIAL
- USO EXAGERADO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
- DOENÇAS CRÔNICAS
- OUTROS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS
- QUEIXAS DE FADIGA, INSÔNIA, ANSIEDADE
- DOR CRÔNICA
- ABUSO DE SUBSTÂNCIA

07

Figura 7. Abordagem inicial da depressão e grupos de risco

RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO

Existem ferramentas que podem ser utilizadas na Atenção Primária para rastreamento dos transtornos depressivos, tal como identificar pessoas com fatores de risco que necessitam ter um cuidado mais ampliado e se possível acompanhado pela equipe de saúde e equipe multiprofissional. No acolhimento ao usuário em sofrimento psíquico relatado ou encaminhado pode ser utilizado a aplicação de 2 perguntas que podem ser feitas por qualquer profissional da equipe e que visam direcioná-lo a uma acolhimento com enfermeiro ou médico.

Personal Health Questionnaire 2

O Personal Health Questionnaire 2 (PHQ2) leva em conta sintomas nas últimas 2 semanas e consiste nas seguintes perguntas:

Nas últimas 2 semanas, com que frequência você ficou incomodado com esses sintomas?

1 - Pouco interesse ou prazer nas atividades:
(0) Nenhum dia (1) Vários dias (2) Mais da metade dos dias (3) Quase todos os dias

2 - Sentindo-se para baixo, deprimido ou sem esperança:
(0) Nenhum dia (1) Vários dias (2) Mais da metade dos dias (3) Quase todos os dias

Esse questionário deve ser usado como rastreio e seu ponto de corte é pontuação maior ou igual a 5.

Personal Health Questionnaire 9 - PHQ9

Nas duas últimas semanas, com que frequência, você ficou incomodado com esses sintomas, considerando (0) nenhum dia, (1) menos de 1 semana (2) mais de uma semana (3) quase todos os dias.

1. () Pouco interesse ou prazer nas atividades
2. () Sentindo-se para baixo, deprimido ou sem esperança
3. () Dificuldade para pegar no sono, continuar dormindo, ou dormindo demais.
4. () Sentindo-se cansado ou com pouca energia.
5. () Teve falta de apetite ou comeu demais.
6. () Sentiu-se mal consigo mesmo ou se achou um fracasso ou decepção.
7. () Dificuldade para se concentrar nas coisas
8. () Lentidão para se movimentar ou falar ou ficou agitado demais, andando de um lado para o outro.
9. () Pensou em se ferir de alguma maneira ou achou melhor estar morto.

O ponto de corte da escala PHQ-9 é pontuação maior ou igual a 10.

Leve: 10 a 14 pontos
Moderado: 15 a 19 pontos
Grave: 20 a 27 pontos



Rastreamento da depressão

08

Figura 8. Rastreamento da depressão

ANAMNESE

Questionamentos que podem auxiliar na anamnese:

1. Há quanto tempo iniciou os sintomas? Houve algum fator desencadeante? O que o paciente pensa que possa ter acontecido?
2. Em que ambiente este paciente está inserido? Em casa com a família? No trabalho, na escola? Qual o ciclo social deste paciente?
3. Tem história familiar de transtorno mental? Já teve episódios prévios?
4. O que ele acha que pode ser? Qual sua visão a respeito da doença, ele tem insight sobre a doença?
5. Paciente possui algum dos fatores considerados protetores para depressão?
6. Possui algum hábito de vida desfavorável? Sedentarismo, etilismo, tabagismo, uso de drogas, vícios?
7. Possui alguma doença de base, doenças crônicas? Como está o autocuidado deste paciente?
8. Já pensou em se ferir ou ferir outras pessoas? Tem pensamentos de morte ou vontade de morrer? Tem planejamento suicida?
9. Está disposto ao tratamento? Qual nível de informação paciente tem acerca da doença e do seu tratamento?
10. Quais são as condições econômicas do paciente, tem acesso a outras ferramentas como psicoterapia?
11. Tem histórico de humor exaltado, que possam indicar episódio de mania ou hipomania?

DIANTE DE UMA PACIENTE EM SOFRIMENTO PSÍQUICO É PRECISO UMA ESCUTA EMPÁTICA, PROCURANDO ESTABELECEER VÍNCULO E BUSCAR INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE UMA FORMA AMPLA QUE ENGBE SEUS ASPECTOS FAMILIARES, SOCIAIS, ECONÔMICOS E CULTURAIS, OU SEJA, DETERMINANTES SOCIAIS QUE SÃO DE FUNDAMENTAL IMPORTÂNCIA PARA COMPLEMENTAR O DIAGNÓSTICO E DIRECIONAR MELHOR ABORDAGEM E TRATAMENTO DE FORMA MAIS ESPECÍFICA E INDIVIDUALIZADA.

09

Figura 9. Anamnese

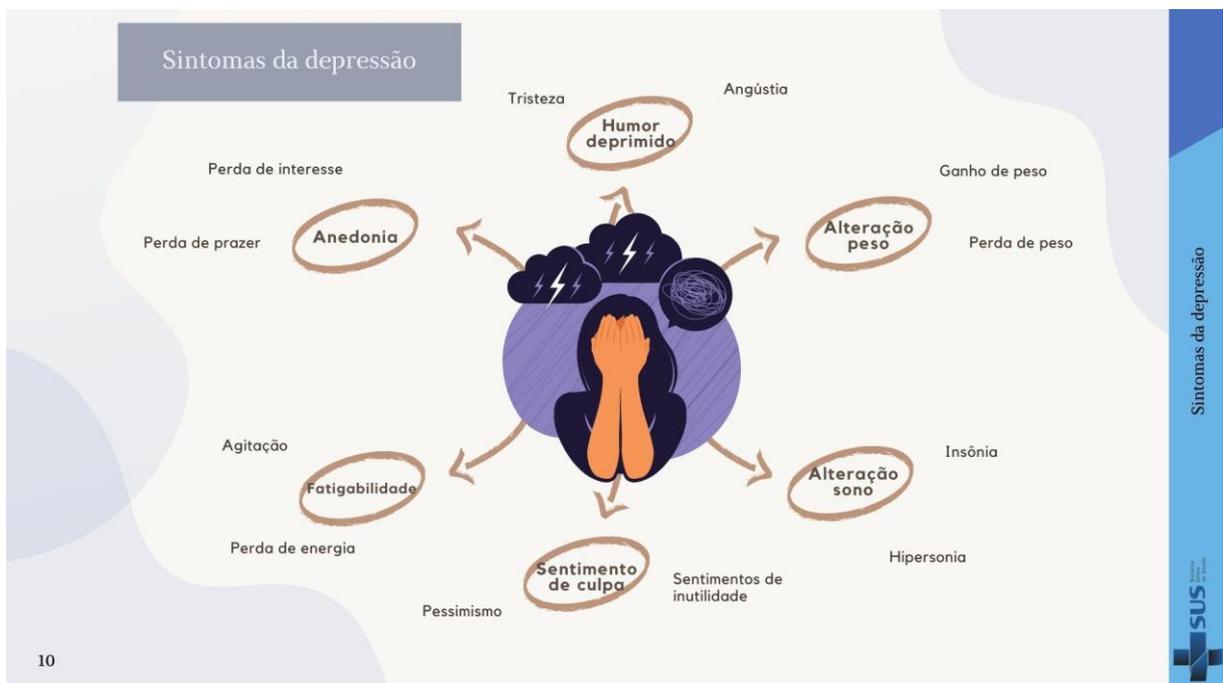


Figura 10. Sintomas da depressão

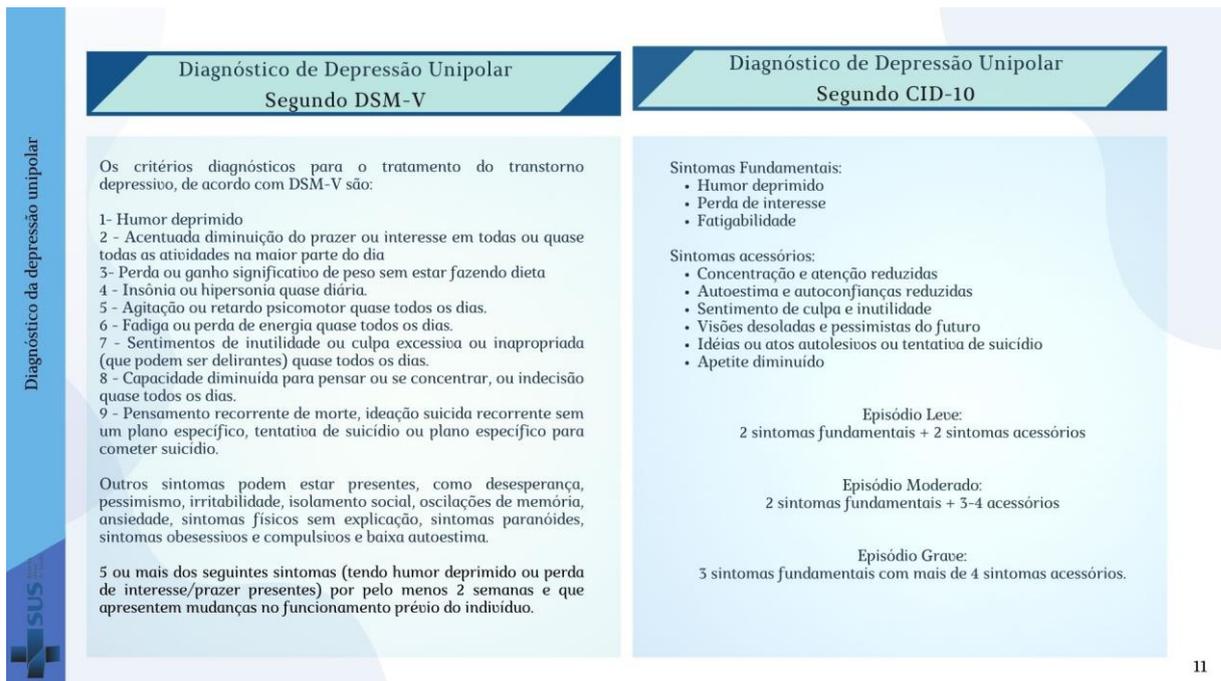


Figura 11. Critérios diagnósticos da depressão

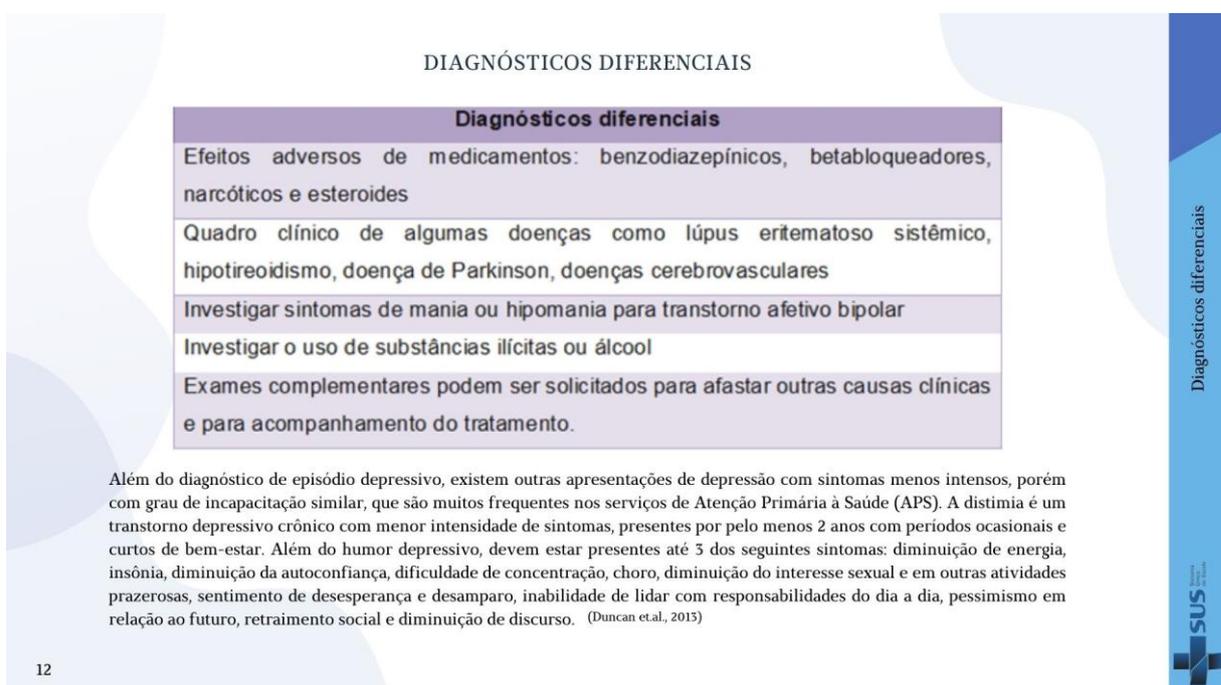


Figura 12. Diagnósticos diferenciais

Depressão Unipolar x Depressão Bipolar

Características da Depressão Unipolar e da Depressão Bipolar		
Critérios para o diagnóstico	Depressão Unipolar	Depressão Bipolar
Idade de início	Mais velha	Mais jovem
Duração da fase	Mais longa	Mais curta
Características de personalidade	Mais problemas de personalidade Mais controle dos impulsos e introversão	Menos problemas de personalidade, pior controle dos impulsos, temperamento hipérmico e busca de estímulos
História familiar de mania	Menos frequente	Mais frequente
Resposta a antidepressivos	Boa	Ruim
Duração do sono	Mais curta	Mais longa
Ansiedade, queixas somáticas, perda do apetite, insônia inicial	Mais frequente	Menos frequente
Labilidade do humor, irritabilidade, insônia terminal	Menos frequente	Mais frequente
Episódio pós-parto, aspectos psicóticos, uso de drogas	Menos frequente	Mais frequente
Agitação psicomotora	Mais frequente	Menos frequente
Retardo, lentificação psicomotora	Menos frequente	Menos frequente

Fonte: Adaptado Goodwin; Jamison, 2010

Ao se diagnosticar um quadro depressivo que ocorre pela primeira vez, os profissionais de saúde precisam ficar atentos à possibilidade de um diagnóstico de transtorno depressivo bipolar, uma vez que o tratamento com antidepressivos pode frequentemente desencadear uma fase de mania podendo ter consequências muito graves na vida da pessoa (Delgarrondo, P., 2019)

Figura 13. Depressão Unipolar x Depressão Bipolar



Figura 14. Modelo escalonado de cuidados para depressão

MATRICIAMENTO

Quando solicitar Matriciamento em Saúde Mental?

- Quando a equipe de referência sentir necessidade de apoio da equipe de saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família;
- Quando se necessita de um suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da Atenção Primária, tais como grupos de pacientes com transtornos mentais.
- Para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento dos pacientes com transtorno mental, como, por exemplo, para apoiar a adesão ao projeto terapêutico de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento especializado em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS
- As principais ferramentas do matriciamento são a discussão de caso, a consulta conjunta, a visita domiciliar conjunta, apoio na organização, coordenação e execução em grupo, apoio na implementação de intervenções terapêuticas e educação continuada da equipe de saúde da família.
- Lembrar que a coordenação do cuidado deve sempre ser feita pela equipe de saúde da família, não devendo a equipe de matriciamento ser um nova porta de entrada no sistema de saúde.

15

Figura 15. Matriciamento

TRATAMENTO PARA DEPRESSÃO - CONSIDERAÇÕES GERAIS

A base do tratamento para o transtorno depressivo é o acolhimento, a escuta qualificada e o vínculo com o paciente. É fundamental nesse início que o profissional de saúde deixe de lado julgamentos, pré-conceitos e que valide os sentimentos vivenciados pelo indivíduo em sofrimento, buscando compreender o contexto em que ele está inserido em seu âmbito biopsicossocial e transmitindo segurança, proporcionando também privacidade.

Utilizando-se do método clínico centrado na pessoa, entender qual a vivência do paciente com relação ao conhecimento da doença e como ele se enxerga diante da experiência da doença e suas expectativas acerca do tratamento e acompanhamento. Buscar presença de estressores sociais, familiares, financeiros, situação de negligência e/ou violência e identificar a rede de apoio da pessoa, envolvendo ou não os membros que o apoiam no compartilhamento do cuidado, a depender da concordância ou não do paciente. Realizar uma anamnese criteriosa identificando outras comorbidades, presença de problemas crônicos, uso de drogas lícitas ou ilícitas, investigar se foram realizados tratamentos prévios, se paciente tem histórico de humor exaltado ou exagerado, descartando diagnóstico de transtorno afetivo bipolar.

É importante orientar o paciente com uma linguagem clara e simples sobre as possibilidades terapêuticas, o curso do tratamento e se necessário uso de medicamentos, realizar psicoeducação, que consiste em explicar ao paciente tanto sobre os benefícios das medicações, quanto aos seus efeitos colaterais, duração dos efeitos, tempo de ação dos medicamentos, particularidades e quanto tempo demora para a resposta ao tratamento e o curso dele.

O indivíduo precisa adquirir consciência sobre a realidade de sua doença, e assumir a responsabilidade de seu tratamento. Uma terapia não deve ser iniciada até que os objetivos e a necessidade de adesão sejam entendidos e aceitos pelo paciente, exceto em situações emergenciais. Isso é tarefa não apenas do médico, mas também da equipe de saúde assistente.

16

Figura 16. Tratamento para depressão – conceitos gerais

ADESÃO AO TRATAMENTO - PSICOEDUCAÇÃO

A adesão ao tratamento deve ser vista como uma "aliança terapêutica" entre médico e paciente. O paciente é parte ativa no tratamento, e a ele cabe a decisão - exceto em casos emergenciais, como nos surtos psicóticos, tentativas de suicídio, etc. Lembrar que a depressão também afeta a adesão terapêutica relacionada a outras patologias, interferindo no rendimento terapêutico dos pacientes tanto pela piora do quadro psiquiátrico em si quanto pelo não cumprimento de tratamentos específicos, como nas neuropatias, cardiopatias, endocrinopatias, nefropatias e outras condições crônicas em geral.

Para estimular a adesão ao tratamento da depressão, é importante:

- 1- Explicar ao paciente e seus familiares o tempo durante o qual o medicamento deve ser usado e quantas vezes por dia deve ser administrado.
2. Informar que o medicamento demora cerca de 2 a 4 semanas antes que seus efeitos benéficos sejam notados.
3. Ressaltar ao paciente a necessidade de continuar o uso de medicamento mesmo que se sintam melhor e com disposição, para minimizar o risco de recaídas.
3. Minimizar os custos e a quantidade de medicamentos, particularmente em pacientes idosos.

Outras causas podem ser dificuldade de acesso a serviços de atendimento, longo tempo entre a marcação da consulta e atendimento, não participação da família, excesso de medicamentos e preço elevado dos fármacos, falta de suporte social, etc. De modo geral, quando existem problemas na comunicação, a adesão diminui. Por isso, deve haver comunicação aberta entre o paciente e seu médico, com uma supervisão atenta do paciente e um sentimento de satisfação no que tange às expectativas do médico.

(Quevedo, J.etal, 2019)



17

Figura 17. Adesão ao tratamento – psicoedução

RECOMENDAÇÕES ÚTEIS PARA UMA BOA PRÁTICA NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DEPRESSÃO

A boa prática médica fundamenta-se em algumas rotinas simples que são intuitivamente seguidas e que podem ser úteis na prática clínica:

1. Ver o paciente com mais frequência nas primeiras semanas do tratamento.
2. Oferecer ao paciente um canal de contato para caso de dúvidas importantes e situações emergenciais.
3. Conhecer o paciente, estabelecer uma relação de confiança e empregar métodos educativos de acordo com seu perfil
4. Envolver pelo menos um membro da família no tratamento.
5. Esclarecer o paciente o máximo possível sobre o transtorno e seu tratamento no nível de entendimento do indivíduo.
6. Orientar sobre os efeitos adversos que podem ocorrer com os antidepressivos e corrigi-los sempre que possível.
7. Orientar sobre o tempo de resposta ao tratamento.
8. Encorajar o paciente a escrever suas dúvidas antes de cada visita médica.
9. Tirar as dúvidas do paciente sobre suas preocupações e opiniões a respeito da doença.
10. Sempre que possível, prescrever o tratamento de acordo com as preferências do paciente, jamais ser impositivo a menos que o indivíduo esteja em risco.
11. Explicar o propósito, a dosagem, os efeitos colaterais comuns, o tempo e como a eficácia do tratamento deve ser avaliada.
12. Antecipar riscos de má adesão e explicar de maneira convincente o tratamento.
13. Fornecer orientação dietética, sempre que possível, por exemplo, em relação ao uso de álcool, nicotina, cafeína, medicamentos sem prescrição e interações medicamentosas.

(Quevedo, J.etal, 2019)

Boa prática médica ao paciente com depressão

18

Figura 18. Recomendações para boa prática no atendimento ao paciente com depressão

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO - INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

Para pessoas com sintomas depressivos subliminares persistentes, ou com depressão leve a moderada, ofereça uma abordagem psicossocial e multidisciplinar que atue como rede de apoio, realizando uma escuta empática, validando os sentimentos do outro e ofertando opções de tratamento psicoterápico, além de acompanhamento pela própria equipe.

É necessário estabelecer uma relação de confiança, de forma acolhedora, sem julgamentos morais, para se obter um plano de tratamento em comum acordo com o paciente, mais resolutivo e consciente. Na abordagem centrada na pessoa, saber ouvir é tão importante quanto saber o que dizer, sendo vantajoso utilizar-se habilidades de comunicação para uma escuta qualificada feita de presença e atenção, livre de preconceitos.

Algumas intervenções psicossociais, conforme as queixas do paciente o treinamento dos profissionais da APS, estão listado a seguir:

- Abordagem dos sentimentos de culpa: Explorar se a culpa que ele sente é proporcional aos motivos para que o paciente possa refletir que a culpa não é um sentimento construtiva.
- Terapia de resolução de problemas: Ajudar o paciente a desenvolver estratégias para resolução dos problemas, elaborando uma lista de possíveis soluções, colaborando para que o paciente tenha uma visão mais ampla sobre o problema.
- Terapia focada na solução: Pode-se ajudar a pessoa a pensar em situações do passado em que ela enfrentou um problema semelhante e quais soluções funcionaram.
- Grupos de saúde mental: Grupos para tratamento de transtornos mentais comuns podem ser desenvolvidos com o apoio de profissionais do matriciamento, se necessário, promovendo troca de experiências e melhor aproveitamento do tempo.

(Gonçalves DA., et al, 2015)

19

Figura 19. Tratamento não farmacológico – intervenções psicossociais

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Uma vez indicado o tratamento medicamentoso, como realizar a escolha do medicamento?

A preferência por uma agente é norteada por uma série de informações sobre o paciente e a condição que ele apresenta, bem como pela própria experiência do médico. São considerados, sobretudo, a aceitação pelo paciente, a tolerância e o custo.

O tratamento farmacológico é baseado nos algoritmos que foram desenvolvidos pelas associações psiquiátricas e grupos de pesquisadores, porém lembrar que mais do que regras rígidas para o tratamento medicamentoso da depressão, devem ser entendidos como diretrizes gerais ou modelos racionais de tomada de decisão.

Quando indicado deve-se levar em consideração as seguintes etapas:

1. Prescrição inicial de um antidepressivo de primeira escolha;
2. Aumento de dose
3. Troca para um antidepressivo ou combinações de antidepressivo
4. Uso de IMAOs (inibidores da monoxidase)
5. Eletroconvulsoterapia

20

Figura 20. Tratamento farmacológico – como realiza escolha do medicamento

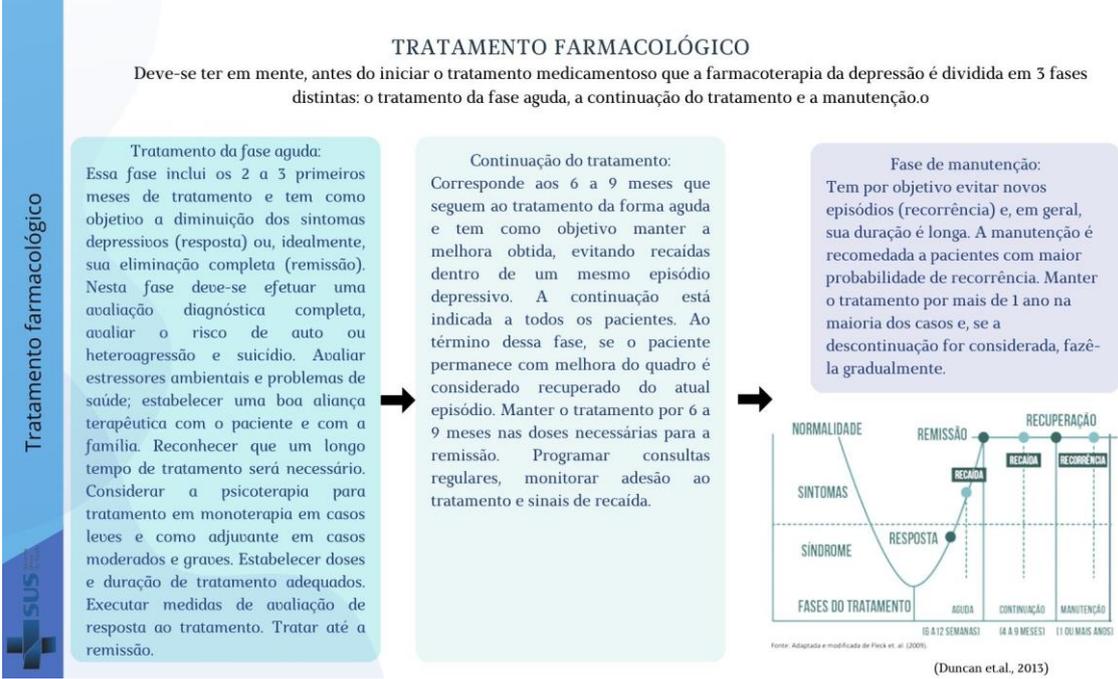


Figura 21. Tratamento farmacológico – fases

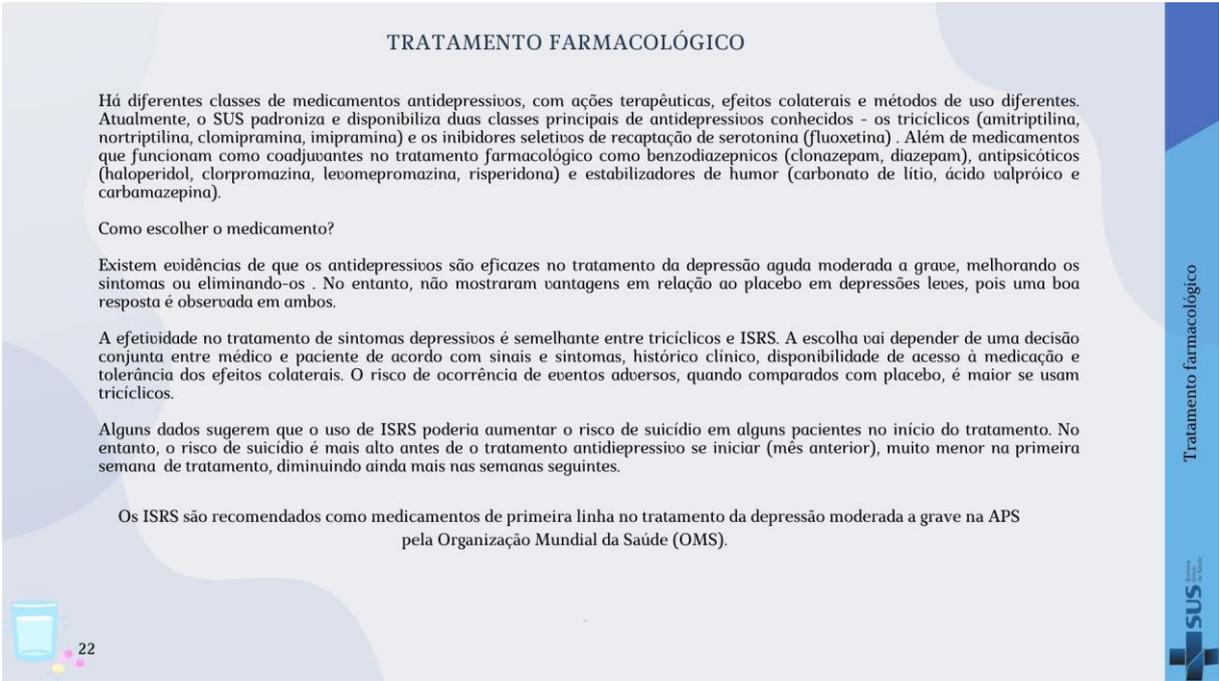


Figura 22. Tratamento farmacológico – escolha medicamento

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Ao escolher o antidepressivo considere alguns aspectos:

- Resposta prévia: se o paciente foi tratado com sucesso com um fármaco bem tolerado no passado, pode-se utilizar a mesma medicação para um novo episódio. Se o paciente não respondeu bem a um medicamento específico ou teve efeitos adversos intoleráveis, como regra tal fármaco não deve ser prescrito.
- Perfil de efeitos adversos e sua repercussão na vida do paciente.
- Comorbidades específicas: por exemplo, a amitriptilina deve ser evitada em idosos com problemas cardíacos quando não é possível fazer eletrocardiograma periodicamente.
- Toxicidade: os tricíclicos são tóxicos em sobredose, ao contrário da fluoxetina e de outros ISRS, que são menos perigosos e podem ser prescritos a pacientes com risco de autoagressão.
- Custos para o paciente e/ou sistema de saúde.
- Tempo do fármaco no mercado: é mais prudente prescrever medicamentos já conhecidos em relação a medicações novas.

(Duncan et al., 2013)

Figura 23. Aspectos importantes da escolha do medicamento

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DISPONÍVEL NO SUS

ISRS	TRICÍCLICOS	ESTABILIZADORES DO HUMOR	ANTIPSICÓTICOS
FLUOXETINA	AMITRIPTILINA	DEPAKENE	RISPERIDONA
	NORTRIPTILINA	CARBONATO DE LÍTIO	HALOPERIDOL
	IMIPRAMINA		CLOPROMAZINA
	CLOMIPRAMINA		

(Duncan et al., 2013)

Figura 24. Tratamento farmacológico disponível no SUS

Tratamento farmacológico - ISRS

Tratamento medicamentoso

Os ISRS podem estar associados à disfunção sexual em até 50% dos pacientes. As disfunções sexuais mais comuns nesses pacientes são: diminuição da libido em homens e mulheres, anorgasmia em mulheres e aumento da latência para ejaculação em homens.

Fluoxetina e paroxetina têm maior propensão para interações medicamentosas, devendo esse fato ser considerado ao prescrevê-las para pessoas com condições crônicas em saúde. O citalopram e a sertralina têm menor propensão para interações.

Os ISRS estão associados a risco aumentado de sangramentos, devendo ser usados com cautela em pacientes em uso de AINE ou AAS. Se necessária a associação, prescrever gastroprotetor.

A paroxetina está associada a uma maior incidência de sintomas de retirada.

(Fonte: Stahl, M. S., 2018)

Inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS)

Medicamento	Dose	Observação
Fluoxetina Apresentações: 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 20mg/5ml.	20 a 80mg/dia	<ul style="list-style-type: none"> Perda de peso inicial, insônia, mais usado na gestação e amamentação
Paroxetina Apresentações: 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 12,5mg e 25mg	20 a 50mg /dia	<ul style="list-style-type: none"> Disfunção sexual, efeito sedativo, malformações congênitas cardiovasculares, maior ganho de peso e risco de abstinência.
Escitalopram Apresentações: 5mg, 10mg, 20mg e 5mg/5ml	10 a 20mg/dia	<ul style="list-style-type: none"> Segurança cardiovascular, menor interação medicamentosa, aumento do apetite.

25

Figura 25. Tratamento Medicamentoso – Inibidores Seletivos de Serotonina

Tratamento medicamentoso

Os ISRS podem estar associados à disfunção sexual em até 50% dos pacientes. As disfunções sexuais mais comuns nesses pacientes são: diminuição da libido em homens e mulheres, anorgasmia em mulheres e aumento da latência para ejaculação em homens.

Fluoxetina e paroxetina têm maior propensão para interações medicamentosas, devendo esse fato ser considerado ao prescrevê-las para pessoas com condições crônicas em saúde. O citalopram e a sertralina têm menor propensão para interações.

Os ISRS estão associados a risco aumentado de sangramentos, devendo ser usados com cautela em pacientes em uso de AINE ou AAS. Se necessária a associação, prescrever gastroprotetor.

A paroxetina está associada a uma maior incidência de sintomas de retirada.

(Fonte: Stahl, M. S., 2018)

Inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS)

Medicamento	Dose	Observação
Citalopram Apresentação: 10mg, 20mg, 40mg	20 a 40mg/dia	<ul style="list-style-type: none"> Arritmias graves em doses altas
Sertralina Apresentação: 10mg, 20mg, 40mg.	50mg - 200mg/dia	<ul style="list-style-type: none"> Mais seguro na amamentação
Fluvoxamina Apresentação: 25mg, 50mg, 100mg, 150mg.	100-200mg/dia	<ul style="list-style-type: none"> Disfunção sexual, gastrintestinais, insônia, mas também sedação, tremores, cefaléia, tontura.

26

Figura 26. Tratamento medicamentoso – ISRS

		Tricíclicos		
Tratamento medicamentoso		Medicamento	Dose	Observação
<p>Os antidepressivos tricíclicos estão frequentemente associados a ganho de peso, por isso é importante realizar avaliação do peso em todos os pacientes antes do tratamento e determinar se o indivíduo já apresenta sobrepeso ou obesidade, ou disfunção metabólica, evidenciando se o indivíduo já tem pré-diabetes ou dislipidemia.</p> <p>Realizar eletrocardiograma pode ser útil em pacientes selecionados (histórico pessoal ou familiar de prolongamento de QT, arritmia cardíaca ou problemas cardíacos recentes).</p> <p>O início do tratamento pode ser com dose baixa inicial visando minimizar os efeitos colaterais.</p> <p>Se dada em dose única, deve geralmente ser administrada antes de dormir devido às propriedades sedativas.</p> <p>(Fonte: Stahl, M. S., 2018)</p>	<p>Amitriptilina Apresentação: cápsulas de 25mg (SUS), 50mg e 100mg.</p>	75mg -300mg/dia	Os principais efeitos colaterais dos tricíclicos são:	
	<p>Nortriptilina Apresentação cápsulas de 10mg, 25mg (SUS), 50mg, 75mg e solução 2mg/ml.</p>	25mg-100mg /dia	<ul style="list-style-type: none"> Boca seca Constipação intestinal Visão borrada Retenção urinária Sedação Déficit cognitivo Hipotensão postural Ganho de peso Alteração da condução cardíaca 	
	<p>Imipramina Apresentação: cápsulas de 75mg, 100mg, 125mg, cps de 10mg, 25mg (SUS), 50mg.</p>	75mg-150mg/dia		
	<p>Clomipramina Apresentação: cápsulas de 25mg (SUS), 50mg e 75mg</p>	75mg-250mg/dia		

Figura 27. Tratamento medicamentoso – tricíclicos

		Inibidores seletivos de recaptção de serotonina e norepinefrina (IRSN)		
Tratamento farmacológico		Medicamento	Dose	Observação
<p>Vantagens: Atua melhor sobre os sintomas dolorosos Mais potente para receptores de serotonina que para noradrenalina (inibidor dual em doses altas) Não age sobre outros receptores relacionados à efeitos colaterais dos tricíclicos Efeitos colaterais noradrenérgicos somados aos serotoninérgicos - aumento de pressão arterial, sudorese. Efeitos colaterais no trato gastrointestinal, sexuais, efeitos anticolinérgicos secundários ao noradrenérgicos, maior com a duloxetina (boca seca, constipação, retenção urinária). Retirada - gradual devido a sintomas de abstinência principalmente ao uso de Venlafaxina.</p> <p>(Fonte: Stahl, M. S., 2018)</p>	<p>Desvenlafaxina Apresentação: 50, 100mg</p>	50 a 100mg/dia	<ul style="list-style-type: none"> Usar com cautela em pacientes com convulsões, doenças cardíacas. Não usar em pacientes com glaucoma de ângulo fechado não controlado 	
	<p>Venlafaxina</p>	20 a 50mg /dia	<ul style="list-style-type: none"> Disfunção sexual, efeito sedativo, malformações congênitas cardiovasculares, maior ganho de peso e risco de abstinência. 	
	<p>Cloridrato de duloxetina</p>	10 a 20mg/dia	<ul style="list-style-type: none"> Segurança cardiovascular, menor interação medicamentosa, aumento do apetite. 	

Figura 28. Tratamento medicamentoso – Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina e Norepinefrina (ISRN)

Tratamento farmacológico

Tratamento farmacológico

Outras opções terapêuticas:

Benzodiazepínicos

- A utilização dos benzodiazepínicos no tratamento da depressão se necessário, deve ser utilizado por um curto período de tempo a fim de minimizar efeitos colaterais iniciais dos medicamentos.

Medicamento	Dose	Observação
Trazodona	150-600mg/dia 150-375mg/dia (liberação prolongada)	• Ef. colaterais: náusea, vômito, edema, visão turva, cefaleia, tremos, hipotensão, fadiga, incoordenação. Pode dar síndrome da retirada com interrupção abrupta.
Bupropiona	20 a 50mg /dia	• Raramente produz sedação e pode causar pouca ou nenhuma disfunção sexual. Raramente desencadeia ganho de peso, parece ser mais comum uma leve diminuição do apetite.

(Fonte: Stahl, M. S., 2018)

29

Figura 29. Tratamento farmacológico – outras opções terapêuticas

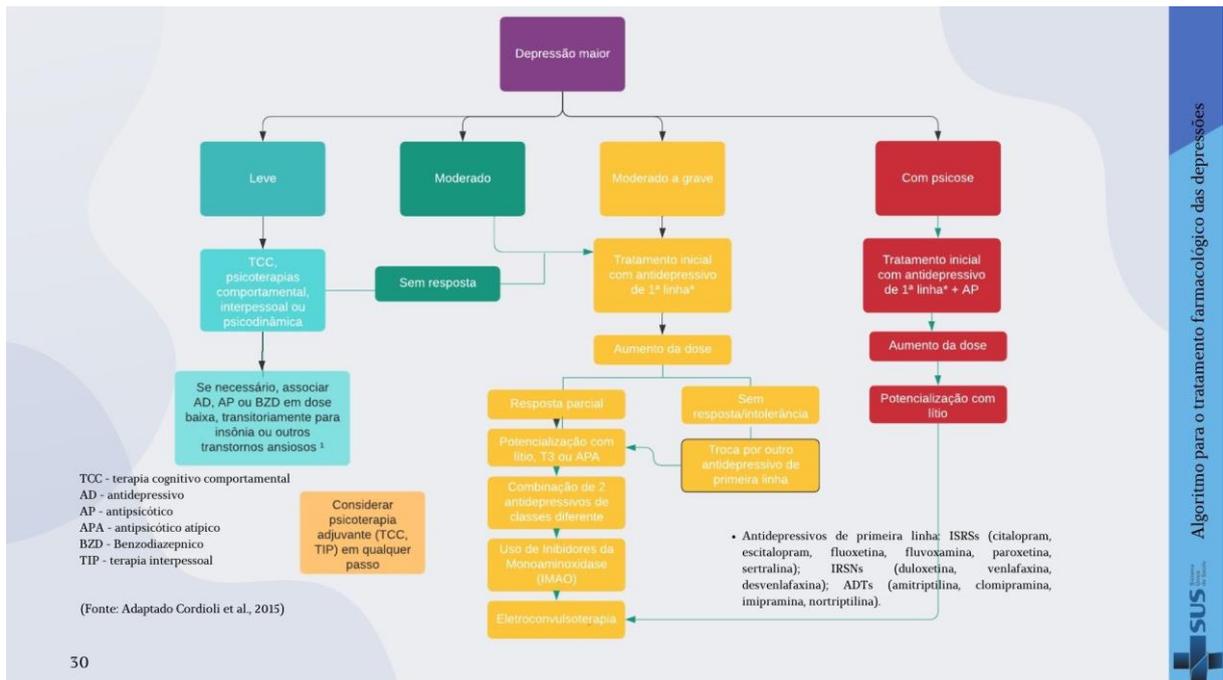


Figura 30. Algoritmo para tratamento farmacológico das depressões

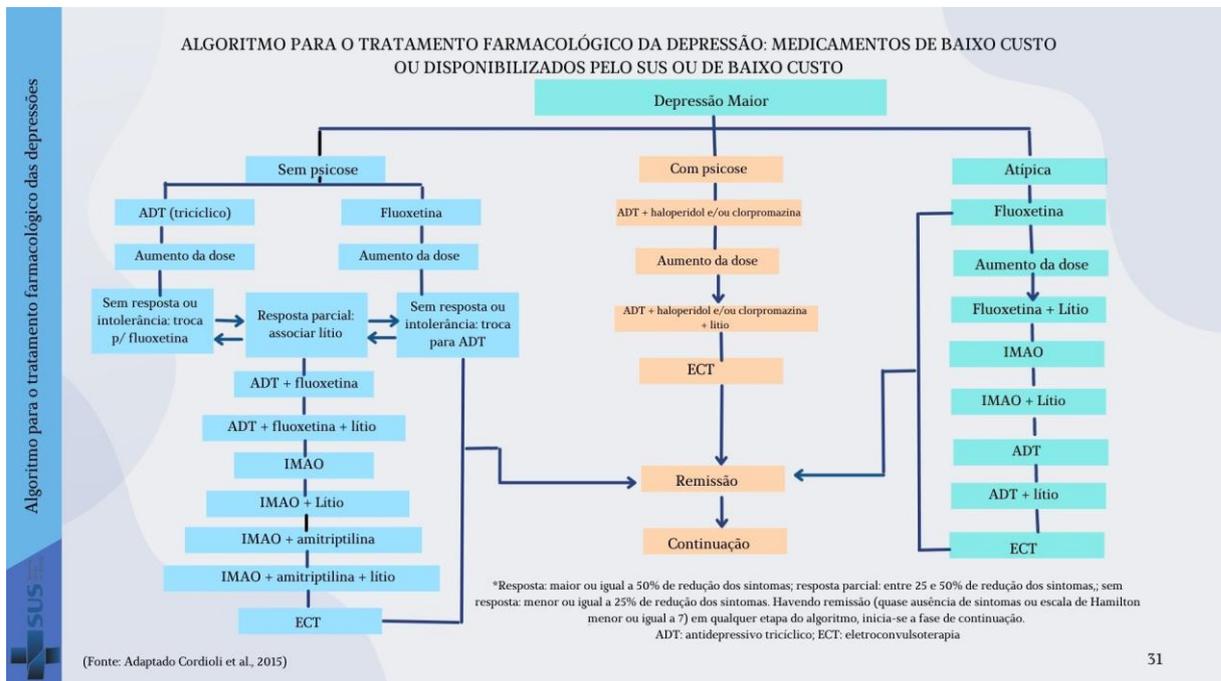


Figura 31. Algoritmo para tratamento da depressão: medicamentos de baixo custo ou disponibilizados no SUS.



Figura 32. Tratamento farmacológico particularidades (depressão com sintomas psicóticos, depressão com sintomas ansiosos, depressão com TDAH).

Tratamento farmacológico - particularidades

Tratamento farmacológico - Particularidades

Depressão e gestação:

Não está relacionado risco elevado de morte intrauterina, malformações congênitas ou atraso no desenvolvimento global associado ao uso de tricíclicos ou inibidores seletivos de recaptção de serotonina na gravidez.

Sertralina e o citalopram são os medicamentos com mais evidência de segurança e devem ser preferidos. Existem relatos de aumento do risco de malformações após o uso de paroxetina. Portanto, esse medicamento deve ser evitado na gravidez. O uso de antidepressivos nas últimas semanas da gravidez pode ser responsável por sintomas de retirada no recém-nascido.

Depressão e amamentação:

Deve-se preferir fármacos com excreção mínima no leite, de fácil metabolização pelo bebê e cuja excreção no leite seja conhecida. Os níveis séricos no lactente costumam ser indetectáveis, quando as mães estão em uso de nortriptilina, sertralina e paroxetina; no caso da fluoxetina, tendem a ser mais elevados.

Depressão em pacientes com doença cardiovascular

ISRs, IRSNs e mirtazapina mostraram eficazes no tratamento da depressão com doença cardiovascular. Os tricíclicos devem ser evitados em pacientes com cardiopatia isquêmica, arritmias e distúrbios de condução. Evitar uso de citalopram em doses acima de 40mg/dia. Os ISRs são neutros em relação à pressão arterial. IRSNs e bupropiona estão associados a aumento dose-dependente da pressão arterial.

(Fonte: Cordioli et al., 2015)

33

Figura 33. Tratamento farmacológico – particularidades (gestação, amamentação, doença cardiovascular).

Tratamento farmacológico - Particularidades

Depressão em pacientes com epilepsia:

A preocupação no tratamento da depressão comórbida com epilepsia é o controle adequado das convulsões. Não há comprovação de eficácia superior de algum antidepressivo nesses pacientes. Fármacos com maior potencial pró-convulsivante, como a bupropiona devem ser evitados.

Depressão em pacientes com infecção por HIV:

Citalopram e escitalopram apresentam como vantagem baixa interação com os fármacos antirretrovirais. ISRS e ADTs são eficazes no tratamento da depressão em pacientes com HIV.

Depressão em pacientes com doença cerevasculares:

A Nortriptilina apresenta melhor evidência de eficácia para o tratamento de depressão pós- AVC. O citalopram também mostrou eficaz em ensaios clínicos e tem a vantagem de ser mais seguro.

(Fonte: Cordioli et al., 2015)

34

Figura 34. Tratamento farmacológico – particularidades (epilepsia, infecção por HIV, doenças cerebrovasculares).

Tratamento farmacológico - particularidades

Tratamento farmacológico - Particularidades

Depressão em pacientes com síndrome metabólica

Tricíclicos, mirtazapina e paroxetina apresentam forte associação com ganho de peso e devem ser evitados em pacientes com síndrome metabólica. O único antidepressivo associado a perda de peso é a bupropiona.

Depressão em pacientes com dor crônica

Em pacientes com sintomas dolorosos respondem a antidepressivos com ação dual, como tricíclicos e inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina.

Depressão e disfunção sexual

As disfunções sexuais podem ser agravadas pelos inibidores seletivos de recaptção de serotonina e inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina. Nesses casos deve-se optar por medicamentos com baixa incidência de disfunções sexuais, como trazodona, mirtazapina ou bupropiona e agomelatina.

(Fonte: Cordioli et al., 2015)

35

Figura 35. Tratamento farmacológico – particularidades (síndrome metabólica, dor crônica, disfunção sexual).

Tratamento farmacológico - Particularidades

Depressão em pacientes com transtornos relacionados substâncias e transtornos aditivos:

Não há recomendações específicas para essa comorbidade devido à carência de evidências. É prudente utilizar medicamentos com menor risco de interação com a substância usada pelo paciente, a fim de reduzir os riscos em casos de recaída

Depressão em pacientes idosos:

Idosos podem demorar mais tempo para apresentar a remissão dos sintomas (até 12 semanas). Deve-se evitar prescrever medicamentos com efeitos anticolinérgicos, pois podem agravar sintomas como hipotensão, confusão mental ou delirium, constipação intestinal e prostatismo. Preferir medicamentos com menor interação medicamentosa. A sertralina, o citalopram, o escitalopram, a mirtazapina, a venlafaxina e, entre os tricíclicos - a nortriptilina são os medicamentos de escolha.

(Fonte: Cordioli et al., 2015)

36

Figura 36. Tratamento farmacológico – particularidades (com transtornos relacionados uso de substâncias e transtornos aditivos e em idosos).

Importância do tratamento

POR QUE TRATAR A DEPRESSÃO?

É sempre bom ter em mente as consequências graves das recaídas da depressão, uma doença que, por seu curso e duração, tem características de cronicidade. As principais dificuldades ocasionadas pelas recaídas são:

- 1 - Dificuldade para recuperar o nível anterior de funcionamento
- 2 - Perda da autoestima, prejuízo social e vocacional
- 3 - Impacto financeiro e social
- 4 - Maior ônus para familiares e cuidadores
- 5 - Recuperação mais lenta e incompleta
- 6 - Possibilidade de a doença tornar-se mais resistente ao tratamento
- 7 - Risco aumentado de danos autoinflingidos e abandono do lar
- 8 - Alto risco de tentativas de suicídio
- 9 - Impacto negativo nas relações familiares, sociais e no desempenho profissional
- 10 - Aumento da utilização do sistema de saúde

O percentual de recuperação do paciente nos primeiros seis meses de sintomas é de 50%, caindo agudamente com o passar dos meses.

(Duncan et al., 2015)



SUS

37

Figura 37. Importância do tratamento para depressão

MONITORAMENTO

- Consultas mais frequentes estão associadas a maior adesão e melhores resultados a curto prazo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta consultas semanais durante as primeiras 12 semanas de tratamento com antidepressivo. A necessidade de monitorar resposta, efeitos colaterais, adesão e risco de suicídio também reforça a frequência semanal como recomendável na fase inicial do tratamento.
- Evolução favorável sugere-se espaçar retornos até o intervalo de 6 a 8 semanas entre consultas e intercalar consulta médicas e com enfermeiro, presenciais ou não presenciais. Após otimização da dose e estabilização do quadro, manter tratamento medicamentoso por pelo menos 6 meses e idealmente até 12 meses.

COMO SUSPENDER OU REDUZIR ANTIDEPRESSIVO?

- Primeiramente, deve-se informar que sintomas de retirada podem ocorrer como alterações do humor, inquietação, insônia, sudorese, sintomas digestivos e dores musculares ao suspender a medicação ou esquecer de tomar uma dose. Geralmente são sintomas passageiros, com duração de até 1 semana, mas podem ser agravados, caso o medicamento seja interrompido abruptamente.
- Reduzir gradualmente a dose durante 4 semanas, levando em consideração a meia-vida do fármaco. Por exemplo, a fluoxetina tem meia-vida longa, não sendo necessário a redução gradual, diferentemente da paroxetina, venlafaxina que possuem meia-vida mais curta, necessitando redução de dose mais prolongada.

SUS

38

Monitoramento e suspensão do antidepressivo

Figura 38. Monitoramento e suspensão do medicamento

E quando o paciente não responde ao tratamento?

E QUANDO O PACIENTE NÃO RESPONDE AO TRATAMENTO?

Quando um paciente não responde ao tratamento inicial proposto, é preciso avaliar os fatores relacionados com a não resposta:

- Diagnóstico incorreto: avaliar a possibilidade de doença médica ou psiquiátrica concorrente.
- Adesão: a má adesão é um problema relativamente comum em tratamento antidepressivos.
- Doença de longa duração
- Dificuldades sociais crônicas e estressores persistentes.
- Episódio grave ou com sintomas psicóticos
- Distímia e transtorno de personalidade grave.

As estratégias utilizadas nos casos em que o paciente não responde ao tratamento com medicamento antidepressivo após seis semanas consistem em:

- Aumento da dose : considerando que há grande variação individual na concentração plasmática de antidepressivos e que não há certeza sobre qual seria a dose adequada para um dado indivíduo.
- Associação com lítio: O lítio pode ser usado para potencializar o efeito antidepressivo. Pode ser usado em doses menores do que as usuais (300 a 600mg), embora alguns pacientes possam necessitar de doses maiores para obter efeito terapêutico.
- Associação com triiodotironina (T3): também usada para fins de potencialização, porém eficácia desta estratégia ainda é controversa, estando mais bem documentada em associação com tricíclicos.
- Troca de antidepressivo: uma revisão sistemática mostrou que não há evidências de que esta estratégia seja mais efetiva em relação à manutenção do primeiro tratamento, mostrando a necessidade de mais estudos randomizados comparando a continuação de um tratamento original em relação à troca por um antidepressivo diferente.
- Associação com psicoterapia: existem evidências de que a associação de medicação antidepressiva com psicoterapia cognitivo-comportamental ou psicoterapia interpessoal possa melhorar o desfecho de paciente resistentes ao tratamento.
- Eletroconvulsoterapia (ECT): tem um papel importante no tratamento das depressões graves e/ou com risco de suicídio, está associada a 60% - 80% de remissão em diferentes estudos, tendo eficácia superior a medicamentos antidepressivos.

(Duncan et.al., 2015)



39

Figura 39. Dificuldade adesão ao tratamento para depressão ou ausência de resposta.



Figura 40. Encaminhamento à psiquiatria

Situções de Emergência



SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

O encaminhamento ao serviço terciário deve ser considerado em:

<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Síndrome serotoninérgica</div> <p>Condição potencialmente fatal, associada ao aumento da atividade serotoninérgica no sistema nervoso central.</p> <p>A história de uso de agentes serotoninérgicos nas últimas semanas, associada à presença de sintomas a seguir:</p> <p>Psiquiátricos: agitação, insônia, humor exaltado, confusão.</p> <p>Autonômicos: taquicardia, taquipnéia, diarreia, aumento dos ruídos hidroaéreos, aumento ou diminuição da pressão arterial, febre e hiperidrose.</p> <p>Neurológicos: incoordenação, midriase, acatisia, tremores, rigidez, mioclonias, calafrios, hiperreflexia, confusão ou coma.</p> <p>Nestes casos, é mandatório a suspensão do fármaco e encaminhamento para o serviço de emergência.</p>	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Intoxicação por tricíclicos</div> <p>O quadro clínico de intoxicação por tricíclicos é caracterizado por sintomas como boca seca, rubor, dilatação das pupilas, sedação, arritmias, hipotensão, abolição dos ruídos hidroaéreos e retenção urinária. O paciente deve ser encaminhado ao serviço de emergência. Medidas de suportes podem ser necessárias ainda na unidade de Atenção Primária à Saúde.</p>
--	--

41

Figura 41. Situações de emergência



SUICÍDIO

Apesar de fatores de risco para suicídio serem conhecidos, não há, até o momento, um instrumento capaz de prever o risco de suicídio com precisão. A avaliação clínica deve se basear, portanto, nos fatores de risco e protetores em cada caso.

<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Fatores de risco</div> <ul style="list-style-type: none"> Alcoolismo e abuso de outras substâncias Sexo masculino Desemprego Dor crônica, cirurgia recente, doença terminal Abuso e outros eventos adversos na infância História familiar de suicídio Ser solteiro, viúvo ou separado Viver sozinho (isolamento social) Alta hospitalar psiquiátrica recente Tentativa de suicídio prévia Doença psiquiátrica (depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, etc.) 	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Fatores protetores</div> <ul style="list-style-type: none"> Rede de apoio - família, amigos, outras pessoas significativas Crenças religiosas, culturais e étnicas Envolvimento na comunidade Vida social satisfatória Rede social significativa Casamento Acesso a serviços e cuidados de saúde mental
---	--

Suicídio

42

Figura 42. Suicídio – fatores de risco e fatores protetores

Referências bibliográficas

- FLECK MPA, BAEZA FLC. Depressão. IN: Duncan BB et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Artmed, 2013.
- CORDIOLI AV, GALLOIS CB, ISOLAN L. Psicofármacos: consulta rápida – 5ed. – Porto Alegre: Artmed, 2015.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n.34. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf.
- CHIAVERINI DH et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011
- Protocolo de atenção em saúde mental, do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (2008).
- DIMENSTEIN, M et al. Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família. In Mental. Barbacena, v.3, n.5, nov 2005.
- CID-10. Classificação Internacional de Doenças. 10.ed. OPAS-MS, EDUSP: 2007
- Diretrizes Clínicas em saúde mental.pdf, [s.d]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%em%20saude%20mental.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021
- DUAILIBI, K. Depressão: critérios do DSM-5 e tratamento. p. 5, [s.d.].
- DUFFY, L.et al. Antidepressant treatment with sertraline for adults with depressive symptoms in primary care: The PANDA research programme including RCT. Southampton: NIHR Journals Library, 2019.
- FLECK, M.P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). Brazilian Journal of Psychiatry, v.51, p. S7-S17, maio 2009.
- GAZIGNATO, E. C. DA S.; SILVA, C. R. DE C. E. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Saúde debate, v. 38, n. 101, p. 296–304, abr. 2014.

45

Figura 43. Referências Bibliográficas do guia

Referências bibliográficas

- KUNZ, M. Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas p.22
- LUÍS, S. A Saúde Mental da Família. p.58 tipos-de-revisão de literatura. pdf. Disponível em: [https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos de revisão de literatura. pdf.>](https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos%20de%20revisão%20de%20literatura.pdf)
- KUPFER DJ. The pharmacological management of depression. Dialogues Clin Neurosci. 2005; 7(3): 191-205. PMID [16156378]
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico. 2 ed. Novo Hamburgo: FEEVALE, 2015.
- QUEVEDO, J., NARDI AE, SILVA AG. Depressão: teoria e clínica -2ªedição- Porto Alegre: Artmed, 2019
- DELGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais – 3.ed – Porto Alegre: Artmed, 2019.
- STAHL M. STEPHEN. Fundamentos de psicofarmacologia 6ªed – Artmed, 2018
- GONÇALVES DA, CHAZAN LF, ALMEIDA NS, FORTES S. Intervenções psicossociais na atenção primária à saúde. IN: Duncan BB et al. Medicina ambulatorial: condutas da atenção primária baseadas em evidências. Artmed, 2013.



44

Figura 44. Referências Bibliográficas do guia

