



Guia de Referência Rápida

Depressão

**Tratamento e acompanhamento de adultos com depressão
(incluindo pessoas portadoras de doenças crônicas)**

Versão Profissional



Superintendência de Atenção Primária

Guia de Referência Rápida

Depressão

Tratamento e acompanhamento de adultos com depressão
(incluindo pessoas portadoras de doenças crônicas)

Versão PROFISSIONAIS

1ª edição

2013

**Prefeito**

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Hans Fernando Rocha Dohmann

Subsecretária de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde

Betina Durovni

Subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde

Daniel Soranz

Superintendente de Atenção Primária em Saúde

José Carlos Prado Junior

Coordenadora de Saúde da Família

Ana Caroline Canedo Teixeira

Coordenadora de Linha de Cuidado e Programas Especiais

Maria de Fátima Gonçalves Enes

Coordenadora de Policlínicas e Núcleos de Apoio a Saúde da Família

Eliane Moreno Waik

Coordenação Técnica

André Luis Andrade Justino
Armando Henrique Norman
Nulvio Lermen Junior

Organização

Inaiara Bragante

Tradução e adaptação

Carlo Roberto H da Cunha
Michael Duncan

Revisão Técnica

Fabiane Minozzo
Fernanda Lucia Capitanio Baeza
Michael Duncan

Colaboração

Angela Marta da Silva Longo
Angelmar Roman
Cassia Kirsch Lanes
Fernanda Lazzari Freitas
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Melanie Noël Maia

Revisão

Kênia Santos

Diagramação

Márcia Azen

Sobre este Guia

Este é um guia de referência rápida que resume as recomendações da Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP), construído a partir do conteúdo produzido pelo Centro Colaborador Nacional para a Saúde Mental, do Reino Unido, disponibilizado pelo NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, NHS – Reino Unido), e adaptado para a realidade brasileira e carioca por profissionais que trabalham diretamente na Atenção Primária à Saúde (APS). O documento representa o posicionamento da S/SUBPAV/SAP e tem a função de orientar a assistência clínica nas unidades de APS na cidade do Rio de Janeiro. Em caso de condutas divergentes do que estiver presente neste guia, recomenda-se o devido registro em prontuário.

Índice

● Introdução	4
Cuidados centrados na pessoa	4
Considerações adicionais para abordagem de pessoas com depressão associada a outras condições crônicas de saúde	5
● Princípios do cuidado	6
Aspectos gerais da abordagem	6
Apoio a familiares e cuidadores/Prestação efetiva de cuidado/	7
Considerações adicionais para pessoas com problemas crônicos de saúde	7
Modelo escalonado de cuidados	8
● Passo 1: Reconhecimento, avaliação e abordagem inicial	10
Fluxograma de avaliação diagnóstica da depressão	10
Avaliação da abordagem inicial	12
Avaliação de possíveis estressores psicossociais/ Diagnóstico diferencial com transtorno bipolar	13
Diagnóstico diferencial com outras doenças	13
Avaliação e monitoramento dos riscos/Psicoeducação	14
Particularidades na avaliação em pessoas com condições crônicas de saúde	15
● Passo 2: Identificado o caso de depressão – abordagem de sintomas depressivos subliminares e da depressão leve a moderada	16
Medidas Gerais	16
Abordagem psicossocial pela equipe de atenção primária	17
Tratamento Farmacológico	22
Encaminhamento para psicoterapia por profissional especializado em saúde mental	23
● Passo 3: Sintomas depressivos subliminares persistentes ou depressão leve a moderada com resposta inadequada às intervenções iniciais ou depressão moderada a grave	24
Escolhendo tratamentos e abordagens	24
Escolhendo um antidepressivo	25
Interações dos ISRS com outras medicações	27
Iniciando o tratamento antidepressivo	28
Duração do tratamento antidepressivo	29
Como suspender ou reduzir os antidepressivos	30
Opções de tratamentos depois de uma resposta inadequada	30
Associar outros psicofármacos aos antidepressivos	32
● Passo 4: Depressão grave e complexa	33
Princípios dos cuidados	33

Introdução

Depressão é um diagnóstico amplo e heterogêneo, caracterizado por humor deprimido e/ou perda de prazer na maioria das atividades rotineiras. Estudo multicêntrico realizado no Brasil mostrou prevalências de 5,8%, em um ano, e de 12,6%, ao longo da vida¹. Outro estudo mostrou prevalências variando entre menos de 3% (São Paulo e Brasília) e 10% (Porto Alegre)². Entre os pacientes que consultam na Atenção Primária à Saúde (APS) a prevalência pode ser maior.

Em uma das pontas do espectro, a depressão nada mais é do que a inescapável tristeza da vida, desencadeada por perdas, desapontamentos ou isolamento social; nessas circunstâncias, talvez a tristeza seja uma experiência necessária, porque convida à reflexão e ao autoexame, e, talvez, ao autoperdão e à cura. Na outra ponta, a depressão pode ser uma doença devastadora, associada a grande comprometimento funcional, da saúde física e do bem-estar, podendo, inclusive, ser fatal³.

A maioria dos casos de depressão deve ser manejada na APS, por meio de intervenções psicossociais e tratamento medicamentoso, quando indicado. Os profissionais do matriciamento podem ajudar a capacitar as equipes para esse fim e devem estar disponíveis para discutir casos mais complexos e com maior dificuldade de abordagem.

Muitas vezes as pessoas apresentam sintomas que se encontram abaixo do limiar para o diagnóstico, mas que comprometem sua funcionalidade, e que geram dúvidas em relação a melhor abordagem diagnóstica e terapêutica. Por esse motivo, este guia inclui também a descrição de “sintomas depressivos subliminares”.

■ Cuidados centrados na pessoa

O manejo terapêutico deve levar em conta as necessidades e as preferências das pessoas sob cuidado. Boa comunicação é essencial, apoiada em informações baseadas em evidências, dando condições para as pessoas participarem informadas das decisões sobre seus cuidados. Pacientes, familiares e cuidadores devem ter a oportunidade de envolver-se nas decisões sobre os cuidados terapêuticos.

■ **Considerações adicionais para a abordagem de pessoas com depressão associada a outras condições crônicas de saúde**

Este guia também apresenta recomendações para pessoas com depressão associada a problemas crônicos de saúde, situação essa bastante frequente. O problema crônico de saúde pode ser causa da depressão ou pode agravá-la; da mesma forma, pessoas deprimidas têm maior dificuldade para o autocuidado de sua condição crônica e têm piores desfechos em eventos, como acidente vascular cerebral (AVC), infarto e mesmo no diabetes.⁴ Portanto, é fundamental identificar e tratar adequadamente a depressão em pessoas com condições crônicas de saúde.

Na maioria das vezes, a abordagem da depressão associada a problemas crônicos não difere muito da abordagem da depressão em geral, porém há algumas particularidades: o foco na doença crônica pode dificultar o diagnóstico da depressão; a depressão pode ser uma barreira para o autocuidado, o que pode justificar tratamento mesmo para sintomas depressivos mais leves; os sintomas depressivos podem ser efeito adverso de medicações usadas para uma doença crônica (ex.: benzodiazepínicos, betabloqueadores, narcóticos e esteroides), ou fazer parte do quadro clínico de algumas doenças (ex.: hipotireoidismo, doença de Parkinson, doenças cerebrovasculares e lúpus eritematoso sistêmico); e pode haver interação medicamentosa de antidepressivos com outras medicações usadas pelo paciente. Essas particularidades devem ser levadas em conta ao elaborar o plano terapêutico.

Ao longo deste guia, as particularidades da abordagem da depressão em pessoas com condições crônicas estão salientadas em vermelho.

Princípios do cuidado

■ Aspectos gerais da abordagem

- **Ao atender 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 da 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 a 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 do cuidador, com destaque para a sobrecarga à qual esse cuidador possa estar sendo submetido;
 - Esclarecer questões relacionadas à confidencialidade e ao compartilhamento de informações entre a pessoa com depressão e seus familiares ou cuidadores.

■ Prestação efetiva de cuidados

- Todas as intervenções e cuidados destinados às pessoas com depressão devem ser realizados por profissionais competentes para tal. Portanto, é fundamental que as equipes de saúde da família estejam capacitadas para acolher essas pessoas e oferecer cuidados de qualidade, inclusive realizando intervenções psicossociais. Os profissionais do matriciamento em saúde mental têm entre suas atribuições capacitar e apoiar as equipes que tiverem maior dificuldade com essa abordagem.

■ Considerações adicionais para pessoas com problemas crônicos de saúde

- Se os cuidados são compartilhados entre a atenção primária e secundária, devem estar claramente definidas as responsabilidades de cada uma sobre o monitoramento e o tratamento, que devem ser coordenados preferencialmente pelo médico da equipe de saúde da família. O plano terapêutico deve ser compartilhado com a pessoa e, se for o caso, com a família ou cuidador.
- Às vezes o problema crônico de saúde impõe limitações cognitivas ou físicas que dificultam a realização de intervenções psicossociais ou psicológicas. Quando limitações cognitivas comprometem intervenções psicológicas, antidepressivos podem ser mais indicados; quando houver limitações físicas que dificultem a locomoção, podem ser necessárias visitas domiciliares.
- Visitas domiciliares mais frequentes pelo agente comunitário de saúde (ACS) podem ser particularmente úteis para pessoas com problema crônico de saúde nas quais a depressão estiver dificultando o autocuidado.

■ Modelo escalonado de cuidados

O modelo escalonado facilita a organização do cuidado às pessoas com depressão, ajudando pacientes, cuidadores e profissionais a identificarem e buscarem as intervenções e abordagens mais adequadas para cada situação. Há escassez de estudos bem conduzidos sobre o tratamento da depressão na APS, e muitas das intervenções não farmacológicas mais estudadas são pouco disponíveis na realidade brasileira. Assim, em primeiro lugar são sugeridas as intervenções mais efetivas e de fácil aplicação na APS, segundo a experiência dos médicos responsáveis pela adaptação deste guia e revisão da literatura. Se uma pessoa não se beneficiar dessa intervenção, ou recusá-la, deve-se oferecer e sugerir uma nova intervenção a partir do próximo passo.

Os profissionais das equipes de saúde da família e os gestores devem identificar e conhecer a rede de apoio na região para implementar as diferentes intervenções sugeridas, podendo ser necessário adaptar as recomendações à realidade local.



* Depressão complexa inclui aqueles casos onde se tem uma resposta inadequada aos múltiplos tratamentos, é complicada por sintomas psicóticos e/ou está associada à comorbidade psiquiátrica significativa ou fatores psicossociais.

Papel do matriciamento

O matriciamento com psiquiatra, psicólogo e/ou outro profissional de saúde mental pode ser envolvido em qualquer dos passos. Nos passos 1-3 contribui para apoio e capacitação das equipes com maior dificuldade de manejar pacientes com transtornos mentais ou para substituir o encaminhamento a equipes especializadas. No passo 4 pode, em casos selecionados, substituir o encaminhamento a serviço de saúde mental.

O matriciamento não deve ser confundido com consulta especializada em saúde mental na APS, nos moldes do atendimento no nível secundário. As principais ferramentas do matriciamento são a discussão de caso, a consulta conjunta, a visita domiciliar conjunta, apoio na organização, coordenação e execução de grupos, apoio na implementação de intervenções terapêuticas e educação continuada para a equipe de saúde da família.[5] O atendimento individual pelo profissional do matriciamento, quando indicado pela equipe de saúde da família, pode, às vezes, ser necessário. Porém, a coordenação do cuidado deve sempre ser feita pela equipe de saúde da família, não devendo a equipe de matriciamento ser uma nova porta de entrada no sistema de saúde.

Passo 1: Reconhecimento, avaliação e abordagem inicial

Fluxograma de avaliação diagnóstica da depressão

Situações em que se deve suspeitar de depressão:

1. Paciente se apresenta com quadro sugestivo (tristeza ou falta de esperança).
2. Quadro não específico que pode estar associado a depressão (ex., cansaço, perda de libido ou sintomas físicos sem explicação médica).
3. Fatores de risco:
 - a) Doença crônica (ex., diabetes, câncer)
 - b) Doença aguda grave recente (ex., AVC, IAM)
 - c) Mulher no período puerperal
 - d) Estressor social (ex., desemprego, separação)
 - e) Falta de apoio social
 - f) Uso de álcool ou outras drogas
 - g) Idade avançada
 - h) História familiar de depressão
 - i) Episódio prévio de depressão

Teste das duas questões para rastrear depressão Durante o último mês você:

1. se sentiu incomodado por estar para baixo, deprimido ou sem esperança? *Ou*
 2. se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?
- Sensibilidade 96%; especificidade 67%*

Se resposta positiva para pelo menos 1 das perguntas acima, fazer a pergunta seguinte aumenta a especificidade para 89%:

3. Isso é algo a respeito do qual você gostaria de ajuda - se não hoje, talvez algum outro dia?

NÃO

Interrompa investigação. Se sintomas, realize o diagnóstico diferencial. Se sofrimento mental inespecífico, sem fechar critério para transtorno mental, considere implementar as intervenções psicossociais descritas nas páginas 17-22.

Adaptado de: Depressive illness. IN: Polmear A. Evidence-based diagnosis in primary care. Butterworth Heinemann. 2008. pag 372-378

Obs: os critérios diagnósticos foram baseados no DSM IV-TR. Não houve alteração significativa no DSM5.

1. Avalie os critérios diagnósticos para depressão através das seguintes questões:*

SIM

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 1 mês)
5. Você tem tido menos energia?	Cansaço 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 tido 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 de culpa excessiva quase todos os dias
9. Você já desejou não acordar na manhã seguinte?	Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio

* Os sintomas devem estar presentes por pelo menos 2 semanas para caracterizarem episódio depressivo.

2. Classifique a gravidade do episódio, levando em conta o comprometimento das atividades no trabalho ou em casa.

Classificação da gravidade da depressão	
Sintomas depressivos subliminares	Menos de 5 sintomas.
Episódio leve	Pelo menos 5 sintomas, com pequeno comprometimento funcional.
Episódio moderado	Pelo menos 5 sintomas, com comprometimento funcional entre leve e grave.
Episódio grave	A maioria dos sintomas estão presentes; grande comprometimento funcional; com ou sem sintomas psicóticos.

■ Avaliação e abordagem inicial

- Para uma pessoa com possível diagnóstico de depressão, realize uma avaliação abrangente/integral, que não se baseie apenas em uma contagem de sintomas, mas que leve em conta:
 - O grau de comprometimento funcional e/ou deficiência associados: casos de depressão sem grande comprometimento funcional são classificados como episódio leve; se comprometimento significativo, pode ser episódio moderado ou grave;
 - A duração do episódio: para preencher critérios de depressão, os sintomas devem estar presentes por pelo menos 2 semanas. Geralmente, quanto mais recentes os sintomas, maior a resposta às intervenções terapêuticas e menor o comprometimento social. Mesmo os sintomas depressivos subliminares podem ser altamente comprometedores se prolongados.
- Explore como as seguintes situações podem ter afetado o desenvolvimento, o curso e a gravidade da depressão:
 - História de episódios depressivos no passado. Os episódios iniciais costumam ter claro fator desencadeante e responder melhor ao tratamento. Episódios subsequentes muitas vezes não têm um desencadeante claro e podem ter pior resposta terapêutica. Episódios recorrentes são indicação de manutenção do tratamento com antidepressivo por tempo mais prolongado;
 - Comorbidades em saúde mental. São especialmente comuns comorbidade com transtornos de ansiedade e com dependência química. A comorbidade em saúde mental está associada à doença mais grave e persistente e ao maior prejuízo funcional;
 - Comorbidades com doenças físicas. Atentar para as observações neste guia referentes à depressão associada a problemas crônicos de saúde. Estar atento especialmente para a presença de sintomas dolorosos, que podem ser mais intensos em pessoas com depressão;
 - Respostas a tratamentos anteriores. Saber o que funcionou ou não funcionou no passado ajuda na elaboração do plano terapêutico. É importante também saber as doses das medicações que foram usadas, pois uma medicação pode não ter sido eficaz simplesmente por ter sido usada em dose inferior à adequada;
 - Qualidade das relações interpessoais. Conflitos interpessoais podem ser causa do episódio depressivo ou podem ser agravados pela depressão. Pessoas próximas podem servir como rede de apoio para auxílio no tratamento;
 - Condições de vida e isolamento social. Condições de vida desfavoráveis e isolamento social provocam ou agravam a depressão, que por sua vez aumenta o isolamento social. Isso pode constituir um ciclo vicioso, que deve ser considerado no plano terapêutico.
- Se os profissionais da equipe tiverem domínio das ferramentas genograma e ecomapa, elas podem ser muito úteis para explorar a história familiar, as relações na família e o acesso à rede de apoio.

- Se a pessoa apresentar algum grau de comprometimento cognitivo ou dificuldade de aprendizagem:
 - Considere encaminhá-la para um especialista de referência ou solicitar apoio do matriciamento, objetivando o desenvolvimento de planos de tratamento em conjunto;
 - Sempre que possível, ofereça as mesmas intervenções para outras pessoas com depressão.

■ Avaliação de possíveis estressores psicossociais

- Ofereça à pessoa a oportunidade para expor seus problemas, de preferência em espaço que permita privacidade.
- Pergunte à pessoa sua opinião sobre o que está acontecendo com sua vida e sobre as causas dos sintomas depressivos.
- Esteja alerta para a possibilidade de a pessoa estar sendo vítima de violência psicológica, física ou sexual. Após assegurar clima de privacidade e confiança, questione o paciente diretamente sobre essa possibilidade. Caso confirmada violência, ofereça intervenções específicas para isso, que muitas vezes passam por notificar a situação de violência e ajudar a pessoa a se afastar do agressor.
- Avalie as estratégias que a pessoa já vem usando para enfrentar os problemas e a rede de apoio que tem ao seu alcance.

■ Diagnóstico diferencial com transtorno bipolar

- Investigar história prévia de episódio maníaco ou hipomaníaco por meio das seguintes questões:
 - Você já passou por um período de cerca de 1 semana (ou 4 dias para episódio hipomaníaco) em que se sentiu tão feliz e cheio de energia que seus amigos lhe disseram que estava falando rápido demais ou que estava se comportando de forma diferente e estranha?
 - Já houve algum período no qual você esteve com tanta energia e irritado que se envolveu em discussões?
- Deve-se assegurar que os sintomas que levantam suspeita de episódio maníaco ou hipomaníaco ocorreram no mesmo período.
- Havendo suspeita de transtorno bipolar, solicitar apoio de psiquiatra do matriciamento ou encaminhar para avaliação em ambulatório de psiquiatria.
- Antidepressivos não devem ser iniciados em pacientes com transtorno bipolar, sob risco de desencadear episódio maníaco.

■ Diagnóstico diferencial com outras doenças

- Deve-se descartar hipotireoidismo, especialmente em mulheres com mais de 50 anos com outros sintomas sugestivos.

- Em idosos, fazer diagnóstico diferencial com demência.
- Descartar que os sintomas depressivos tenham sido causados por doenças crônicas físicas já diagnosticadas, como doença cerebrovascular, doença de Parkinson e lúpus eritematoso sistêmico. Sintomas depressivos isolados não devem levantar a suspeita desses diagnósticos.

■ Avaliação e monitoramento dos riscos

- Sempre pergunte diretamente a uma pessoa com depressão sobre ideação ou plano suicida. Se houver riscos de autoagressão ou suicídio:
 - Avalie se a pessoa tem apoio familiar e/ou social adequado e se está ciente das possíveis fontes de ajuda;
 - Organize ajuda apropriada de acordo com o nível de risco;
 - Aconselhe a procurar ajuda se a situação piorar.
- Se a pessoa apresentar risco imediato considerável para si ou para outra pessoa, encaminhá-la urgentemente a um serviço especializado em saúde mental (CAPS ou emergência psiquiátrica).
- Aconselhe a pessoa e seus familiares ou cuidadores a respeito dos itens abaixo, e garanta que eles saibam como procurar ajuda imediatamente, se necessário:
 - O potencial aumento da agitação, ansiedade e ideação suicida no início do tratamento; procure ativamente por esses sintomas e revise o tratamento se eles se desenvolverem de forma marcante e/ou o quadro de agitação se prolongar;
 - A necessidade de estar alerta para alterações de humor, negatividade, desesperança e ideação suicida, especialmente ao iniciar ou mudar o tratamento.
- Se a pessoa for avaliada como tendo risco de suicídio, considere:
 - Proporcionar maior apoio, tal como contato mais frequente;
 - Encaminhar para serviços especializados em saúde mental.

■ Psicoeducação

- Para todas as pessoas com diagnóstico de depressão, ofereça psicoeducação, focada nos seguintes pontos:
 - A depressão é um transtorno mental comum, que provoca sintomas emocionais e físicos (cansaço, dor de cabeça, dor abdominal, tensão muscular);

- A depressão decorre de uma interação entre predisposição genética, história prévia de situações difíceis ao longo do ciclo de vida e fatores recentes de estresse que podem desencadear episódios depressivos. Especialmente no caso de pacientes com história de múltiplos episódios recorrentes de depressão, os desencadeantes podem ser sutis ou não estar presentes;
 - A depressão aumenta a percepção e o impacto de sintomas físicos;
 - O tratamento com medicação e/ou psicoterapia geralmente diminui o tempo e a intensidade dos sintomas.
- A psicoeducação pode ser feita através do fornecimento de informações durante a consulta, por material informativo e/ou como parte da intervenção em grupos terapêuticos de saúde mental.

■ Particularidades na avaliação em pessoas com condições crônicas de saúde

- Os sintomas da condição crônica de saúde podem ser responsáveis pelos sintomas depressivos somáticos, levando a falsos positivos. Muitas vezes é necessário otimizar o tratamento da doença crônica e reavaliar o possível diagnóstico de depressão.
- Suspeitar de depressão em pessoas com condições crônicas que apresentem piora da capacidade para o autocuidado.
- Avaliar se o início recente de sintomas depressivos pode ser uma resposta passageira a um diagnóstico recente de uma doença crônica.
- Características da doença crônica que influenciam seu impacto psicológico incluem: forma de aparecimento (súbito vs. gradual), curso (progressivo vs. intermitente vs. constante), desfecho (não fatal vs. fatal vs. redução da expectativa de vida) e o grau de incapacitação (nenhum vs. leve vs. moderado vs. grave).
- Considerar que a depressão pode ser parte das manifestações de algumas doenças crônicas, como hipotireoidismo, doenças cerebrovasculares (depressão vascular), doença de Parkinson e lúpus eritematoso sistêmico.
- Há forte interação entre depressão e sintomas dolorosos, podendo ser benéfico o tratamento simultâneo de ambas as condições. A depressão não tratada pode ser fator de risco para a cronificação da dor.

Passo 2: Identificado o caso de depressão – abordagem de sintomas depressivos subliminares e da depressão leve a moderada

■ Medidas Gerais

Depressão associada à ansiedade:

- Frequentemente a depressão se associa a sintomas de ansiedade ou mesmo a um transtorno de ansiedade. Outras vezes, há presença concomitante de sintomas de ansiedade e depressão sem fechar critério diagnóstico para nenhum dos dois transtornos isoladamente, o que recebe o nome de transtorno misto de ansiedade e depressão.
- O tratamento farmacológico da depressão e da ansiedade é semelhante. Em relação aos demais aspectos da abordagem terapêutica, devem-se priorizar os sintomas que causam mais prejuízo funcional à pessoa.

Depressão associada ao abuso de álcool ou outras drogas:

- O uso abusivo ou dependência de álcool ou outras drogas está presente em aproximadamente um quarto das pessoas com depressão.
- Os antidepressivos não provocam dependência, mesmo em pessoas com história de dependência química.
- O tratamento adequado da depressão pode ajudar no tratamento dos transtornos associados ao uso de substâncias.

Higiene do sono:

- Oferecer orientações sobre higiene do sono, incluindo: estabelecer horários regulares de sono e vigília; evitar alimentar-se em excesso; evitar fumar ou ingerir bebidas alcoólicas antes de dormir; criar um ambiente apropriado para o sono; e fazer atividade física regular e orientada, se possível.

Monitoramento ativo:

- Para as pessoas que possam se recuperar sem uma intervenção formal, bem como para pessoas com depressão leve que não querem uma intervenção, ou pessoas com sintomas depressivos subliminares que solicitam uma intervenção:
 - Discutir o(s) problema(s) apresentado(s) e quaisquer preocupações que a pessoa tenha;
 - Organizar uma nova avaliação, normalmente dentro de 2 semanas;
 - Fornecer informações sobre depressão (ver seção sobre Psicoeducação no capítulo anterior);
 - Fazer contato, se a pessoa não cumprir as combinações.

■ Abordagem psicossocial pela equipe de atenção primária

Para pessoas com sintomas depressivos subliminares persistentes, ou com depressão leve a moderada, ofereça uma abordagem psicossocial realizada pela própria equipe de saúde da família. Os profissionais do matriciamento podem ajudar a equipe nessa abordagem, seja realizando consultas conjuntas ou discussões de casos clínicos.

Princípios gerais da abordagem

É necessário estabelecer uma relação de confiança e, principalmente, respeitar o que está sendo dito. Escutar as razões, com atitude acolhedora e sem julgamentos morais, é fundamental para o sucesso do tratamento. Para se obter um plano de cuidado resolutivo, é importante buscar a concordância entre os sujeitos dessa relação, no que se refere aos objetivos da atenção, às prioridades, à natureza dos problemas e às responsabilidades (do profissional e da pessoa sob atenção).

Na abordagem centrada na pessoa, saber ouvir é tão importante quanto saber o que e como dizer, pois essa habilidade é crucial para uma atenção adequada. E escutar o outro pressupõe a capacidade de silenciar. Uma escuta qualificada é aquela feita de presença e atenção, livre de preconceitos. A escuta atenta e livre auxiliará para o estabelecimento da confiança, a qual é necessária para o vínculo.⁶

Estrutura da abordagem

Geralmente ela consiste de uma sequência de consultas em que se busca ouvir a pessoa, explorar suas angústias e oferecer apoio. O conteúdo e a estrutura das consultas devem ser combinados previamente, mas elas não precisam ser longas, podendo durar de 15-20 minutos, ou menos. Consultas curtas ajudam a focar no que é mais importante, o que pode ser especialmente útil em pessoas deprimidas, que costumam ter maior dificuldade de concentração e de processar novas informações.

O número e a frequência das consultas são variáveis, de acordo com a gravidade da situação e dos fatores desencadeantes. Muitas vezes não é possível estabelecer previamente um número definido de consultas para a abordagem psicossocial, mas é importante estabelecer que o acompanhamento mais sistemático e frequente terá duração limitada. Para situações mais intensas, inicialmente uma consulta semanal pode ser necessária, mas para situações menos complicadas uma consulta a cada 2 semanas pode ser suficiente.⁷ No final de cada consulta, deve-se fazer um resumo do que foi discutido e planejar a próxima consulta.

É importante definir com a pessoa o foco das consultas, priorizando aspectos mais fáceis de serem abordados e que possam ajudá-la a sair do quadro depressivo. Questões mais delicadas e de mais difícil abordagem devem ser deixadas para depois, quando ela já estiver mais fortalecida. Entretanto, muitas vezes a pessoa quer priorizar aspectos mais delicados, que estão lhe incomodando muito, devendo sua vontade ser respeitada. Para essas questões mais delicadas, pode ser útil solicitar apoio do matriciamento, seja por meio de discussão de caso ou por consulta conjunta.

Ao longo do processo terapêutico, o progresso deve ser monitorado, sendo muito importante considerar a opinião da pessoa sobre esse progresso. Na medida em que a pessoa adquirir mais autonomia e aprender a implementar as novas habilidades adquiridas, é possível espaçar as consultas ou mesmo começar a focar em outras prioridades. Cabe destacar que a relação terapêutica entre a equipe de APS e a pessoa não se encerra após ela ter superado o episódio depressivo, devido à longitudinalidade do cuidado.

Componentes da abordagem

Ao longo das consultas, é possível explorar as narrativas da pessoa e ajudá-la a reformular seu modo de enxergar os acontecimentos, confrontar visões pessimistas, de autocensura e de inutilidade, e propor novas leituras. Durante esse processo, refletir o relato da pessoa de volta para ela, fazendo pequenos resumos, reeditando os elementos pessimistas, e concluindo com comentários empáticos, além de ajudar a pessoa a reformular sua visão dos acontecimentos, dá ela a impressão de estar sendo genuinamente ouvida e compreendida, o que é muito terapêutico e reforça a aliança com o profissional de saúde.

Algumas técnicas que podem ser usadas para isso incluem:⁷

- Questionar de forma empática expressões muito categóricas, como “nunca”, “ninguém”, “sempre”, “todo mundo” e “não posso”. Por exemplo, “Você realmente sempre faz tudo errado? Deve ser horrível se sentir assim. Quer dizer que você nunca acertou nada na vida?” Muitas vezes aumentar o que foi dito leva a pessoa a pensar sobre o assunto e provoca uma resposta mais realista. Deve-se também explorar exemplos de situações que contradizem essa visão pessimista.
- Usar de forma estratégica a palavra “ainda”. Por exemplo, quando a pessoa diz “eu não consigo”, o profissional pode responder “você ainda não consegue”, levantando a possibilidade de que ela possa futuramente conseguir.

Durante o relato da pessoa é importante explorar como ela se sente em relação aos acontecimentos narrados. Muitas vezes, as pessoas têm dificuldade de traduzir seus sentimentos em palavras; além disso, frequentemente são censuradas por outras pessoas devido aos sentimentos que expressam. Apontar que esses sentimentos são legítimos e aceitáveis para a situação que estiver passando é altamente terapêutico.

Outro componente importante do tratamento da depressão é encorajar a pessoa a gradativamente aumentar sua participação em atividades prazerosas e suas interações positivas com o ambiente.⁸ Idealmente essas atividades devem incluir o trabalho e alguma atividade social, devendo ser encorajada pelo menos uma nova atividade. Destaca-se que, para algumas pessoas com depressão, torna-se importante um trabalho anterior, que consiste em resgatar, por meio do diálogo e da escuta, o que promove prazer, para incentivar tais atividades, atitudes ou comportamentos.

É importante a equipe mapear os espaços de interação social disponíveis na comunidade e oferecer novos espaços se estes se mostrarem necessários e produzirem sentido na vida das pessoas, como grupos de convivência, grupo de mulheres, grupo de adolescentes e grupo de idosos. Os ACS podem ajudar as pessoas com depressão a se engajarem nessas atividades.

Esses grupos não têm objetivo terapêutico por si só, mas oferecem oportunidade de socialização, troca de experiências, diversificação do repertório de pensamentos e aprendizado de habilidades, podendo aumentar a autoestima e ampliar a autonomia, pois possibilitam o processo de trocas sociais.

A participação na Academia Carioca, em outros grupos de exercícios ou mesmo a prática de exercício físico não supervisionado devem ser encorajadas. O exercício físico na duração e intensidade recomendada para hábitos de vida saudáveis (ver Guia de Referência Rápida de Prevenção Cardiovascular) tem benefícios comprovados na redução de sintomas depressivos e no aumento da qualidade de vida e da autoestima.

Tarefas de casa ajudam a estender o espaço terapêutico para além do consultório e estimulam o paciente a aprender a monitorar o seu estado depressivo e a desenvolver novas habilidades. São muito úteis especialmente no contexto da APS, em que o tempo de consulta disponível para as intervenções terapêuticas é limitado. Elas podem incluir momentos de reflexão sobre os acontecimentos que a pessoa tem vivenciado, de preferência com registro por escrito dessas reflexões; podem incluir também tarefas como aumentar interação social ou participar de novas atividades. É importante que as tarefas sejam bastante específicas e claras e que elas sejam avaliadas na consulta seguinte.

Outros componentes que podem fazer parte da intervenção psicossocial, conforme as queixas do paciente e o treinamento dos profissionais da APS, estão listados na tabela a seguir.

Intervenção	Descrição
Abordagem dos sentimentos de culpa	<p>Quando o sentimento de culpa estiver muito presente, algumas intervenções úteis são:⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explorar com o paciente se a culpa que ele sente é proporcional aos motivos para ela e refletir que a culpa não é um sentimento construtivo, apenas faz a pessoa se sentir pior. • Ajudar o paciente a pedir perdão (que pode ser para a outra pessoa envolvida no caso ou para alguma outra pessoa representativa, como um amigo ou uma autoridade religiosa). • Estimular a se envolver em atividades que reparem o mal causado.
Terapia de resolução de problemas ¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Quando o foco das angústias do paciente se concentra em dificuldades pelas quais está passando e que tem dificuldade de superar, o foco das consultas pode ser em ajudar a desenvolver estratégias para resolução de problemas. Primeiramente, ajuda-se o paciente a elaborar uma lista de possíveis soluções. Após, o paciente deve escolher uma solução que seja factível e que dependa unicamente da ação do próprio paciente. Por exemplo, no caso de uma mulher que apanha do marido, um foco errado seria fazer o marido parar de agredi-la, e um foco melhor seria parar de apanhar. Embora a diferença seja sutil, as implicações para a estratégia de intervenção são substanciais. • A solução deve ser quebrada em partes para torná-la bastante específica e prática, o que facilita sua implementação.

Intervenção	Descrição
Terapia focada na solução ¹⁰	Nessa linha de abordagem, dá-se mais atenção à solução do que ao problema. Por exemplo, pode-se ajudar a pessoa a pensar em situações no passado em que ela enfrentou problemas semelhantes e quais soluções funcionaram. Uma outra variante é orientar o paciente a imaginar que um milagre ocorreu e todos os problemas desapareceram. Então o paciente deve descrever como ele agiria nesse mundo sem os problemas que está enfrentando, incluindo que atividades faria que não esteja fazendo. Assim, o paciente pode perceber que esse mundo ideal muitas vezes não está tão distante, e que buscar se envolver nessas atividades pode ser a verdadeira solução, independentemente do problema.
Grupos de saúde mental	Grupos específicos para tratamento de transtornos mentais comuns podem ser desenvolvidos nas Clínicas da Família, contando com apoio dos profissionais do matriciamento, se necessário. Os grupos costumam ter número de sessões pré-definido e permitem troca de experiências e melhor aproveitamento do tempo. Grupos realizados na APS baseados em princípios e técnicas da terapia cognitivo-comportamental e da terapia interpessoal têm benefício comprovado no tratamento de transtornos depressivos. ¹¹ A terapia comunitária, se disponível na unidade, também pode ser oferecida.
Abordagem interpessoal ¹²	<p>Baseada na Psicoterapia Interpessoal, essa intervenção baseia-se na caracterização da tipologia do episódio depressivo em um dos seguintes quatro grupos, e na abordagem conforme o grupo, podendo utilizar componentes das outras intervenções listadas neste capítulo:</p> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="384 703 1474 781">1. Luto: morte de uma pessoa próxima. Intervenção focada em ajudar a pessoa a externar seus sentimentos e lembrar sua relação com a pessoa falecida, bem como estabelecer novos interesses e relacionamentos que possam substituir a relação que foi perdida.<li data-bbox="384 792 1474 871">2. Transição de papéis (ex.: desemprego, saída dos filhos de casa, aposentadoria). Intervenção focada em ajudar a pessoa a abandonar o papel antigo, elaborar o luto pelo papel antigo, adquirir novas habilidades, desenvolver novos vínculos e reconhecer os aspectos positivos do novo papel.<li data-bbox="384 882 1474 960">3. Disputas interpessoais: O foco da intervenção é em ajudar a pessoa a renegociar o relacionamento e, se isso não for possível, a aceitar a perda do relacionamento, lidando com a tristeza e sentimento de culpa associados.<li data-bbox="384 972 1474 1016">4. Déficit interpessoal. O foco da intervenção é em ajudar a pessoa a diminuir seu isolamento social e aumentar sua rede de apoio.

Particularidades da intervenção psicossocial em pessoas com problemas crônicos de saúde física

- Pessoas com depressão associada a um problema crônico de saúde física podem se beneficiar das mesmas intervenções psicossociais já descritas neste capítulo. Entretanto, apresentam algumas particularidades que podem requerer intervenções especiais.
- As necessidades de apoio psicossocial específico para uma doença crônica variam conforme o tempo desde o diagnóstico e o estágio da doença. Quando o diagnóstico é recente, as pessoas precisam de ajuda para se ajustar ao fato de que essa doença irá acompanhá-las pelo resto de suas vidas. Devem-se abordar sentimentos de culpa e de vergonha, especialmente em relação a comportamentos que são fatores de risco para a doença crônica; a necessidade de se ajustar à rotina de ir a consultas, fazer exames e tomar medicações; a necessidade de abrir mão de comportamentos que são fatores de risco; bem como o impacto das limitações físicas geradas pela doença. Passado esse período inicial e estabilizada a doença, o impacto psicossocial costuma ser menor, mas pode aumentar na presença de exacerbações ou piora progressiva da doença.¹³
- Incluir a família ou outras pessoas afetivamente importantes no cuidado é especialmente útil em pessoas com doença crônica associada à depressão, como forma de qualificar a rede de apoio do paciente e oferecer suporte à família no seu papel de cuidadora.

■ Tratamento Farmacológico

Não se devem usar antidepressivos rotineiramente para tratar pessoas com sintomas depressivos subliminares persistentes ou depressão leve. Considerar utilizá-los nas seguintes situações:

- Pessoas com história prévia de depressão moderada ou grave; ou
- Pessoas com apresentação inicial de sintomas depressivos subliminares presentes por pelo menos 2 anos; ou
- Pessoas com sintomas depressivos subliminares ou depressão leve persistindo após outras intervenções.

Para pessoas com depressão associada a um problema crônico de saúde, outro critério para iniciar tratamento farmacológico é depressão leve que prejudica o manejo do problema de saúde.

■ Encaminhamento para psicoterapia por profissional especializado em saúde mental

Uma alternativa para o tratamento farmacológico nas situações listadas acima pode ser o encaminhamento para psicoterapia realizada por profissional especializado em saúde mental. Em casos selecionados, de acordo com o grau de sofrimento da pessoa ou sua preferência, o encaminhamento para psicoterapia pode ser feito antes de preencher os critérios acima.

Passo 3: Sintomas depressivos subliminares persistentes ou depressão leve a moderada com resposta inadequada às intervenções iniciais ou depressão moderada a grave

■ Escolhendo tratamentos e abordagens

A escolha da intervenção deve ser influenciada pela (o):

- Duração do episódio e trajetória dos sintomas.
- Presença de episódios depressivos no passado e respectiva resposta ao tratamento.
- Probabilidade de adesão e possíveis efeitos adversos.
- Preferências da pessoa.
- Curso e tratamento de qualquer problema crônico de saúde.

As opções de tratamento para pessoas com depressão e sem um problema crônico de saúde são:

- Para as pessoas com sintomas depressivos subliminares persistentes ou depressão leve a moderada que não tenham se beneficiado de uma intervenção psicossocial, discutir diferentes opções de tratamento e oferecer:
 - Um antidepressivo (normalmente um Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina [ISRS]); ou
 - Uma intervenção psicoterápica realizada por profissional de saúde mental. Ensaios clínicos randomizados mostram benefício para terapia cognitivo comportamental, terapia comportamental, psicoterapia interpessoal e terapia de resolução de problemas.
- Para as pessoas que recusam as opções acima, considerar oferecer as intervenções psicológicas ou psicossociais, listadas no passo 2, que ainda não tenham sido realizadas. Se a Clínica da Família realizar rodas de Terapia Comunitária, podem ser oferecidas como alternativa.

- Para as pessoas com depressão moderada ou grave deve em geral ser prescrito antidepressivo. A combinação de antidepressivo com psicoterapia (terapia cognitivo comportamental ou psicoterapia interpessoal) apresenta pequeno benefício adicional. Em pacientes que recebem prescrição de antidepressivos na APS, sugere-se associar as intervenções psicossociais descritas no passo 2.

■ Escolhendo um antidepressivo

Discutir a escolha do antidepressivo, abrangendo:

- Possíveis eventos adversos, incluindo efeitos adversos do uso da medicação e sintomas de retirada.
- Potenciais interações com medicações já em uso ou com comorbidades.
- Percepção da pessoa sobre a eficácia e tolerabilidade de qualquer antidepressivo que já tenha usado no passado.

Priorizar os ISRS, pois estão associados a menos efeitos adversos do que as demais classes. O ISRS disponível na REMUME é a fluoxetina. Leve em consideração o seguinte:

- 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 a 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 de 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 (ex.: omeprazol).
- A paroxetina está associada a uma maior incidência de sintomas de retirada.

Leve em conta o risco para toxicidade em potenciais casos de sobredosagem (pessoas em risco significativo de suicídio). Esteja ciente de que:

- O maior risco em caso de sobredosagem ocorre com os antidepressivos tricíclicos.
- A venlafaxina também está associada a um maior risco de morte por sobredosagem.

Ao prescrever outras drogas que não os ISRSs, leve em conta:

- A maior probabilidade de a pessoa interromper o tratamento devido a efeitos adversos e a consequente necessidade de aumentar a dose de forma gradual, especialmente com tricíclicos e com a venlafaxina.
- Maior risco de prolongamento do intervalo QT associado ao uso de antidepressivos tricíclicos, devendo estes serem usados com cautela em pacientes idosos. Solicitar ECG previamente ao uso.
- Inibidores da MAO estão associados a efeitos adversos significativos, interações medicamentosas e interação com alimentos ricos em tiramina. Por esse motivo, não são a primeira escolha entre os antidepressivos e só devem ser prescritos com auxílio de psiquiatra.

Ao prescrever antidepressivos para pessoas idosas:

- Prescrever em dose adequada para a idade, levando em conta o estado de saúde, presença de outras doenças e o uso de medicação concomitante.
- Monitorar com cuidado os possíveis efeitos colaterais.

Na presença de disfunção sexual associada ao ISRS, algumas estratégias úteis são:

- Reduzir a dose do antidepressivo (especialmente se em uso de doses elevadas).
- Associar bupropiona (150 a 300mg/dia).
- Trocar por venlafaxina ou por um outro ISRS.
- Associar sildenafil antes das relações sexuais.

Os antidepressivos descritos neste guia e que estão disponíveis gratuitamente nas Clínicas da Família são fluoxetina, amitriptilina, imipramina e nortriptilina. Informações detalhadas sobre sua posologia, efeitos adversos, interações medicamentosas, entre outros aspectos, são disponibilizadas no site www.subpav.org/aaz.

Considerações adicionais para pessoas com depressão associada a problema(s) crônico(s) de saúde:

- Ao prescrever antidepressivos, estar ciente de interações medicamentosas e consultar um profissional de referência se houver dúvidas. Informações sobre interações medicamentosas estão disponíveis no site www.subpav.org/aaz e as principais são destacadas na tabela abaixo.
- Não prescrever doses subterapêuticas de antidepressivos.
- Levar em conta:
 - Problemas de saúde adicionais;
 - Efeitos colaterais dos antidepressivos que possam ter impacto sobre a doença subjacente;
 - Que não há atualmente evidências que apoiem o uso de determinados antidepressivos para problemas de saúde específicos.

■ Interações dos ISRS com outras medicações

Medicação para determinados problemas crônicos	Recomendações relacionadas aos ISRSs
Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o uso de ISRS, porém, se não houver alternativa adequada, prescrever um fármaco gastroprotetor (inibidor da bomba de prótons) juntamente com o ISRS. • Considere o uso de mirtazapina ou trazodona.
Heparina ou varfarina	<ul style="list-style-type: none"> • ISRS elevam o INR, aumentando o risco de sangramento. Monitorar mais de perto o INR. • A mirtazapina tem menor impacto sobre o INR, embora também o eleve discretamente.
AAS	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar prescrever o ISRS associado a um medicamento gastroprotetor (inibidor de bomba de prótons). • Considerar o uso de mirtazapina ou trazodona.
Flecainida ou propafenona (antiarrítmicos)	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer sertralina como antidepressivo de escolha. • Mirtazapina também pode ser usada.

■ Iniciando o tratamento antidepressivo

Explorar quaisquer preocupações que a pessoa tenha sobre o uso da medicação e fornecer informações, incluindo:

- O processo de evolução até que se atinja o pleno efeito do antidepressivo, sendo o efeito percebido entre 2-4 semanas após o início.
- A importância de tomar a medicação conforme prescrito e a necessidade de continuar o tratamento após a remissão.
- Potenciais efeitos colaterais e interações medicamentosas.
- Riscos e a natureza dos sintomas de retirada (especialmente com as medicações com menor meia-vida, como paroxetina e venlafaxina).
- O fato de que os antidepressivos não provocam dependência.

Para pessoas que não estiverem em grupo de maior risco para suicídio:

- Normalmente agendar a primeira reavaliação para após 2 semanas.
- Agendar novas reavaliações, por exemplo, a cada 2-4 semanas nos primeiros 3 meses e, depois, se a resposta for boa, aumentar os intervalos.

Para pessoas consideradas de risco aumentado para suicídio ou com idade inferior a 30 anos:

- Normalmente reavaliar após 1 semana e após com frequência até que o risco não seja mais clinicamente importante.

Se uma pessoa apresentar efeitos adversos no início do tratamento, fornecer informações e considerar:

- Monitorar os sintomas de perto se os efeitos colaterais forem leves e aceitáveis para a pessoa.
- Interromper ou trocar para um antidepressivo diferente se a pessoa preferir.
- Realizar um tratamento concomitante de curto prazo (geralmente não mais de 2 semanas) com um benzodiazepínico se houver agitação, ansiedade e/ou insônia; não adotar essa estratégia em pessoas com sintomas crônicos de ansiedade ou em risco para dependência química; usar com cautela em pessoas com risco de quedas.

- As pessoas que começam com baixas doses de antidepressivos tricíclicos e têm uma boa resposta clínica podem ser mantidas nessa mesma dose, realizando-se uma monitorização cuidadosa.
- Se a melhora não estiver ocorrendo após 2-4 semanas de uso do primeiro antidepressivo, verificar se o fármaco está sendo usado como prescrito.
- Se a resposta for ausente ou mínima após 3-4 semanas de tratamento com uma dose terapêutica de um antidepressivo, aumentar o apoio e considerar:
 - Aumentar a dose, se ainda estiver dentro da faixa terapêutica e não houver efeitos colaterais significativos; ou
 - Mudar para outro antidepressivo se dose máxima da medicação em uso, se houver efeitos colaterais ou se a pessoa preferir.
- Se houver resposta parcial após 4 semanas de tratamento, continuar o tratamento por mais 2-4 semanas. Considere mudar o antidepressivo se:
 - A resposta ainda não estiver adequada após esse período adicional; ou
 - Existirem efeitos colaterais; ou
 - A pessoa preferir mudar para outro fármaco.

■ Duração do tratamento antidepressivo

- Após a remissão dos sintomas, o tratamento deve ser mantido por pelo menos 6 meses, na mesma dose que alcançou resposta terapêutica, para evitar o risco de recorrência.
- Na presença dos seguintes fatores, o tratamento deve ser continuado por no mínimo 2 anos:
 - Pelo menos dois episódios prévios de depressão nos últimos 5 anos, associados a grande comprometimento funcional (pelo menos três episódios, se incluído o atual);
 - Sintomas residuais;
 - Episódio prévio grave, prolongado ou com dificuldade de alcançar remissão;
 - Se as consequências de uma recorrência forem graves (ex.: risco de suicídio, comprometimento importante da funcionalidade, incapacidade de trabalhar).

- A decisão sobre continuar o tratamento além de 2 anos deve ser individualizada, levando em conta os seguintes fatores:
 - Comorbidades;
 - Fatores de risco para recorrência;
 - Gravidade e frequência dos episódios depressivos.

■ Como suspender ou reduzir os antidepressivos:

- Informar que sintomas de retirada (alteração do humor, inquietação, insônia, sudorese, sintomas digestivos e dores musculares) podem ocorrer ao suspender a medicação, ao esquecer de tomar uma dose ou, ocasionalmente, ao reduzir a dose. Esses sintomas são geralmente passageiros e autolimitados, com duração de até 1 semana, mas podem ser graves, especialmente se o medicamento for interrompido abruptamente.
- Normalmente, reduzir gradualmente a dose durante 4 semanas (isso não é necessário com a fluoxetina, pois ela tem meia vida mais longa). Reduzir a dose ao longo de períodos maiores para as drogas com meia vida mais curta (ex.: paroxetina e venlafaxina).
- Aconselhar a pessoa a conversar com o seu médico se apresentar sintomas de retirada significativos.
- Se a pessoa apresentar sintomas de retirada, o médico deve:
 - Se os sintomas forem leves, monitorá-los e tranquilizar a pessoa;
 - Se os sintomas forem graves, considerar reintroduzir o antidepressivo original, com a dose que foi eficaz (ou outro antidepressivo da mesma classe, com meia vida mais prolongada, como a fluoxetina), e reduzir gradualmente a dose durante o acompanhamento de sintomas.

■ Opções de tratamentos depois de uma resposta inadequada

Trocando e combinando antidepressivos:

- Ao revisar o tratamento após uma resposta inadequada a uma intervenção farmacológica inicial, você deve:
 - Verificar a adesão ao tratamento inicial e os efeitos colaterais;
 - Aumentar a frequência de consultas;

- Estar ciente de que a utilização de um único antidepressivo geralmente está associada a uma menor carga de efeitos colaterais, devendo-se, portanto, restringir a combinação de antidepressivos apenas para casos selecionados, após discussão com psiquiatra matriciador;
- Considerar a reintrodução de tratamentos que foram prescritos de forma inadequada ou cumpridos de forma inadequada, incluindo o aumento da dose ou a mudança do antidepressivo.
- Quando mudar antidepressivos, considere:
 - Inicialmente um ISRS;
 - Posteriormente um antidepressivo de classe diferente, que possa ser pior tolerado (como um antidepressivo tricíclico ou a venlafaxina).
- A mudança de um ISRS para outro ISRS ou para venlafaxina pode geralmente ser feita de imediato, pois os mecanismos de ação são semelhantes. Devem ser usadas doses equivalentes: fluoxetina 20 mg, paroxetina 20 mg, sertralina 50 mg, citalopram 20 mg, venlafaxina 75 mg.
- Ao mudar de um ISRS para um antidepressivo tricíclico, introduz-se o antidepressivo tricíclico paralelamente à redução da dose e suspensão do ISRS.
- Considerar interações e ter cuidado ao mudar:
 - Da fluoxetina ou paroxetina para antidepressivos tricíclicos; usar uma dose inicial mais baixa do antidepressivo tricíclico, pois esses ISRS aumentam os níveis séricos do antidepressivo tricíclico (particularmente quando se muda da fluoxetina);
 - De um IMAO não reversível: um intervalo de 2 semanas é necessário (não prescrever rotineiramente outros antidepressivos durante esse período).
- Ao prescrever combinação de antidepressivos (com apoio de psiquiatra matriciador):
 - Selecione medicamentos que sejam seguros para uso combinado;
 - Esteja ciente da carga de efeitos colaterais;
 - Documente e discuta o uso racional com a pessoa e monitore os efeitos adversos;
 - Tenha familiaridade com a evidência primária e considere obter uma segunda opinião se a combinação for incomum, ou se a evidência para a eficácia de uma estratégia escolhida for limitada ou se a relação risco-benefício não for clara.

■ **Associar outros psicofármacos aos antidepressivos (geralmente realizado em ambulatório especializado ou com apoio de psiquiatra matriciador)**

Após informar e preparar a pessoa para tolerar a maior carga de efeitos colaterais, considere associar ao antidepressivo:

- Lítio.
- Um antipsicótico como a risperidona, a quetiapina ou a olanzapina.
- Um outro antidepressivo, como mianserina ou mirtazapina.

Ao prescrever lítio:

- Monitorar função renal e da tireoide antes do tratamento e a cada 6 meses durante o tratamento (mais frequentemente se houver evidência de insuficiência renal).
- Considerar a monitorização com ECG em pessoas com alto risco de doença cardiovascular.
- Monitorar os níveis séricos de lítio uma semana após o início do tratamento e a cada mudança de dose, e posteriormente a cada 3 meses.

Ao prescrever um antipsicótico deve-se monitorar peso, perfil lipídico e glicose, assim como os efeitos colaterais relevantes.

No tratamento da depressão, não associar um antidepressivo com:

- Um benzodiazepínico por mais de 2 semanas.
- Buspirona, carbamazepina, lamotrigina, ácido valproico, pindolol ou hormônios tireoideanos.

Combinando tratamento psicológico e antidepressivos:

- Se a depressão de uma pessoa não respondeu a intervenções farmacológicas ou psicológicas isoladas, considerar associação de antidepressivos com psicoterapia realizada por profissional especializado em saúde mental.

Passo 4: Depressão grave e complexa

■ Princípios dos cuidados

Os serviços especializados em saúde mental, ao receberem um paciente com depressão grave e complexa, devem:

- Realizar uma avaliação abrangente, incluindo:
 - Perfil dos sintomas, risco de suicídio, tratamentos já realizados e comorbidades;
 - Estressores psicossociais, fatores da personalidade e dificuldades de relacionamento significativas, particularmente se a depressão for crônica ou recorrente.
- Considerar reintroduzir os tratamentos que não foram implementados adequadamente.
- Considerar abordagem intensiva no CAPS ou em internação hospitalar para pessoas com depressão grave que apresentam risco significativo.
- Para as pessoas que sofrem de depressão com sintomas psicóticos, considerar introduzir medicação antipsicótica.
- Desenvolver um plano de atendimento multidisciplinar com a pessoa (e sua família ou cuidador se a pessoa concordar) que:
 - Identifica os papéis de todos os profissionais envolvidos;
 - Inclui um plano de crise que identifica gatilhos potenciais de crise e estratégias para gerenciá-los;
 - É compartilhado com a pessoa, sua equipe de APS e outras pessoas relevantes.

Consideração adicional para as pessoas com um problema crônico de saúde física

Quando o tratamento de pessoas com depressão complexa e grave e um problema crônico de saúde física ocorrer em serviços especializados em saúde mental, trabalhar em estreita colaboração com a equipe de saúde da família. Estar ciente de possíveis interações medicamentosas adicionais.

Referências Bibliográficas:

1. ANDRADE L, CARAVEO-ANDUAGA JJ, BERGLUND P, BIJL RV, DE GRAAF R, VOLLEBERGH W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003;12(1):3-21.
2. ALMEIDA-FILHO N, MARI JDJ, COUTINHO E, FRANÇA JF, FERNANDES J, ANDREOLI SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry.* 1997;171:524-9.
3. MCWHINNEY IR, FREEMAN T. Manual de medicina de família e comunidade. 3ª edição. Artmed, 2010.
4. FLECK MPA, BAEZA FLC. Depressão. IN: Duncan BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Artmed 2013.
5. CHIAVERINI DH et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
6. RESSÉGUIER, JEAN-PAUL. A noção de escuta e a harmonização do corpo sensível. [S.l.: s. n.], Dez. 1988.
7. STUART MR, LIEBERMAN JA. The fifteen minute hour: therapeutic talk in primary care. Radcliffe Publishing, 2008.
8. TRANGLE M, DIEPERINK B, GABERT T, HAIGHT B, LINDVALL B, MITCHELL J, NOVAK H, RICH D, ROSSMILLER D, SETTERLUND L, SOMERS K. Institute for Clinical Systems Improvement. Major Depression in Adults in Primary Care. <http://bit.ly/Depr0512>. Updated May 2012.
9. BLOOM MV, SMITH DA. Brief mental health interventions for the family physician. Springer. 2001
10. GONÇALVES DA, CHAZAN LF, ALMEIDA NS, FORTES S. Intervenções psicossociais na atenção primária à saúde. IN: Duncan BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Artmed, 2013.

11. ARAYA R, ROJAS G, FRITSCH R, GAETE J, ROJAS M, SIMON G, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2003;361(9362):995-1000.
12. WEISSMAN MM, MARKOWITZ JC, KLERMAN GL. Psicoterapia interpessoal: guia prático do terapeuta. *Artmed*, 2009.
13. DUNCAN MS, GOLDRAICH MA, CHUEIRI PS. Cuidados longitudinais e integrais a pessoas com condições crônicas. IN: Duncan BB et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. *Artmed*, 2013.

SMS - RJ / SUBPAV / SAP

Rua Afonso Cavalcanti, 455/8º andar
Cidade Nova
CEP: 20.211-110
Rio de Janeiro / RJ

www.rio.rj.gov.br/web/sms

