

Abordagem à depressão na APS: Da avaliação à coordenação do cuidado

Gabriel Nobre de Andrade

Introdução

Percurso metodológico

1. Importância
2. Cenário no Brasil
3. Contexto na APS
4. Abordagem na APS

Introdução

Importância

- 2^a maior causa de incapacidade nos EUA (Murray et al., 2013)
- Até 2030 estima-se que maior causa de incapacidade no mundo (IHME, 2020)
- 1^a causa de morte prematura EUA (Murray et al., 2013)
- Piores desfechos em diabetes e eventos cardiovasculares – AVE, IAM (Choudhary et al., 2022; Harshfield et al., 2018)

Brasil e Santa Catarina

Prevalência autorreferida

- **Brasil:** prevalência de 12,3% (Vigitel 2023)
- **Santa Catarina:** 12,9% → 13,1%, PNS 2013 e 2019
(Brito et al., 2022)
- **Florianópolis:** 13,2% (Vigitel 2023)

Contexto na APS

Exercício:

Território com 3000 pessoas acima de 18 anos

X

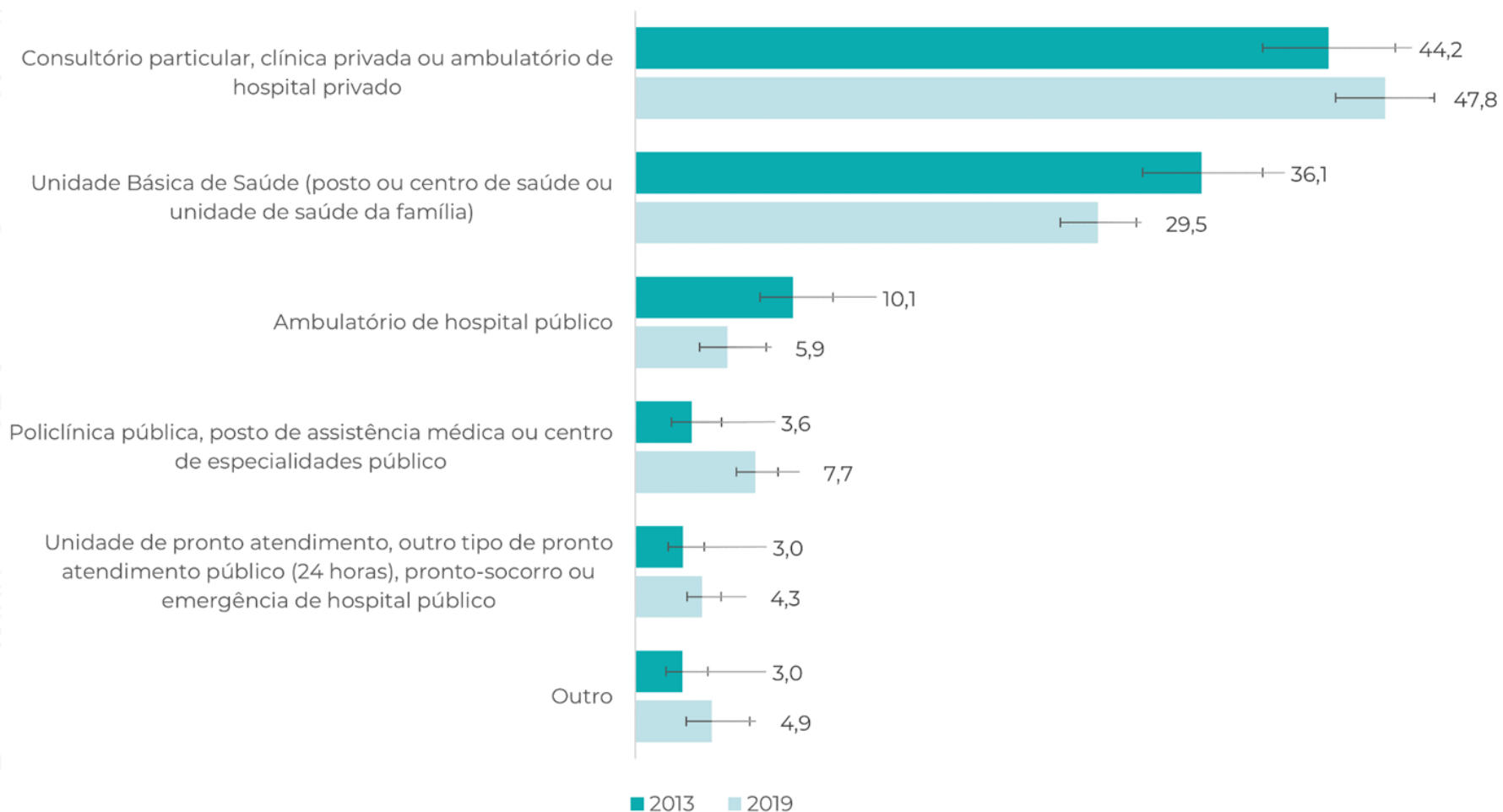
13,2% (SC)

396 pessoas com diagnóstico autorreferido

Contexto na APS

Problema principal: subdiagnóstico

56% de pessoas com depressão sem tratamento ou diagnóstico



Prevalência de depressão autorreferida no Brasil:
Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013 (Brito et al., 2022)

Abordagem na APS

- Saber identificar;
- Rastrear, quando e como;
- Saber como abordar.

Abordagem na APS

- Abordagem diagnóstica;
- Rastreamento oportuno;
- Abordagem terapêutica;
- Aspectos da APS.

Abordagem diagnóstica

- Experiência depressão
- Humor deprimido
- Transtorno depressivo maior (TDM) e transtorno depressivo persistente (distímia)

Abordagem diagnóstica - humor

- Humor deprimido ou hipotímico;
- Lente preto e branco. As coisas perdem o colorido;
- Sentimentos de tristeza, angústia, desesperança;
- Uma árvore sem folhas.



Abordagem diagnóstica – TDM

Critérios do DSM-V (2014)

- Critérios
- Sintomas
- Gravidade

Abordagem diagnóstica – TDM

Critérios do DSM-V (2014)

- A.** Sintomatologia por pelo menos 2 semanas;
- B.** Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C.** O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica

Abordagem diagnóstica – TDM

Critérios do DSM-V (2014)

D. não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

Abordagem diagnóstica – TDM

Sintomatologia

9 critérios, 5 devem estar presentes

Obrigatoriamente 1 deles (maiores):

1. humor deprimido

OU

2. perda de interesse ou prazer

Abordagem diagnóstica – TDM

Critérios menores

3. Redução ou aumento do apetite, com ganho ou perda de peso em 1 mês, sem dieta
4. Alterações do sono: hipersonia ou insônia;
5. Agitação psicomotora ou retardo;
6. Fadiga ou perda de energia

Abordagem diagnóstica – TDM

Critérios menores

7. Pessimismo associado a sentimentos de culpa e/ou inutilidade;
8. Prejuízo da concentração com dificuldades para pensar, ou indecisão.
9. Ideação suicida e pensamentos constantes sobre a morte;

Abordagem diagnóstica - Gravidade

Leve: poucos sintomas presentes além dos necessários para o diagnóstico. Causa sofrimento, mas é manejável. Sintomas resultam em pouco prejuízo no funcionamento social ou profissional.

Grave: O número de sintomas está substancialmente além do requerido para fazer o diagnóstico. Causa grave sofrimento e não é manejável. Sintomas interferem acentuadamente no funcionamento social e profissional.

Moderada: O número de sintomas, sua intensidade e/ou o prejuízo funcional estão entre aqueles especificados para "leve" e "grave".

Abordagem diagnóstica - TDM

Maiores:

humor deprimido
OU
anedonia

Menores:

Ganho ou perda de peso
Alteração do sono
Fadiga
Pessimismo/culpa
Menos concentração,
indecisão

IDEAÇÃO SUICIDA

Gravidade:

Leve
Moderada
Grave

Abordagem diagnóstica – TDM

Risco de suicídio

Aproximadamente 75% dos indivíduos que cometeram suicídio procuraram os serviços de APS nos meses anteriores (Luoma et al., 2022)

Perguntar abertamente sobre ideação suicida, se já tentou, se tem planos e se dispõe dos meios.

Abordagem diagnóstica - TDM

Avaliar critérios de exclusão:

- Uso/efeito de substâncias;
- Outras condições médicas;
- Sintomas psicóticos;
- História de episódio maníaco.

Abordagem diagnóstica – TDM

Condições que podem confundir

Condições clínicas debilitantes:

- ICC, IRC, neoplasias, infecções, doenças crônicas degenerativas.

Doenças neurodegenerativas:

- Alzheimer, Parkinson, outros tipos de demência.

Abordagem diagnóstica – TDM

Condições que podem confundir

- Hipotireoidismo
- Climatério e menopausa
- Anemia, deficiência de vitaminas

Abordagem diagnóstica – TDM

Exames complementares

Não estabelecer regra rígida, avaliar cada caso;

Risco de sobrediagnóstico ou falsos diagnósticos;

Não atrasar o início do tratamento devido falta de exames quando estes não forem estritamente necessário.

Abordagem na APS

- **Abordagem diagnóstica;**
- Rastreamento oportuno;
- Abordagem terapêutica;
- Aspectos da APS.

Rastreamento oportuno

Como fazer?

Investigar os dois critérios maiores

- 1.** No último mês você se sentiu incomodado por estar para baixo, triste ou sem esperança?
- 2.** No último mês você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

Sensibilidade 96%, especificidade 57% (Fleck, Baeza, 2013)

Rastreamento oportuno Para quem?

Prevalência em mulheres (16,8%) maior
que em homens (7,1%)

Maior em pessoas com mais de 55 anos (27,7%) do
que entre 18-34 anos (21,9%)

Rastreamento oportuno Para quem?

Pessoas com queixa de tristeza, angústia, **irritabilidade**, ansiedade ou outros sintomas de sofrimento mental

Pessoas com alterações de: peso, sono, fadiga, dificuldade de concentração.
(sintomas de critério menor DSM-V)

Rastreamento oportuno Para quem?

Cuidadoras/cuidadores de pessoas com doenças debilitantes.

Pessoas que passaram por eventos traumáticos, referem problemas no trabalho, estão em luto ou descobriram alguma doença importante recentemente.

Rastreamento oportuno Onde?

Consultório: a pessoa pode vir por uma queixa não relacionada.

Visita domiciliar: acompanhante ou cuidador que não é foco da visita e que esteja sobrecarregada(o).

Abordagem na APS

- **Abordagem diagnóstica;**
- **Rastreamento oportuno;**
- Abordagem terapêutica;
- Aspectos da APS.

Abordagem terapêutica

O objetivo do tratamento é a remissão completa dos sintomas.

Abordagem terapêutica Prognóstico

- Tratamento adequado de episódios iniciais pode reduzir a sensibilidade a episódios posteriores (Freeman, 2018)
- Permanência de sintomas residuais está associada a pior prognóstico em longo prazo, maior risco de recaída, pior qualidade de vida, maior risco de suicídio e mais uso de serviços de saúde (Rush et al., 2006)

Abordagem terapêutica - Fases

- Aguda 2-3 meses: melhorar ou remitir sintomas
- Continuação 4-6 meses: manter melhora e evitar recaídas
- Manutenção: evitar novos episódios

Abordagem terapêutica

- Acolhimento
- Tratamento não medicamentoso
- Tratamento medicamentoso

Abordagem terapêutica Acolhimento

“Os médicos com maiores chances de reconhecer a depressão fazem mais contato visual com seus pacientes, são bons ouvintes e têm menos probabilidade de interromper a pessoa. Também têm maiores probabilidades de avaliar questões psicológicas e sociais”

Abordagem terapêutica Acolhimento

Entrevista clínica:

- Evitar interromper precocemente
- Escuta ativa, acolhedora e sem julgamentos
- Validar as queixas que a pessoa traz
- Vínculo terapêutico

Abordagem terapêutica Acolhimento

- **Comunicar o diagnóstico (estigmatização)**
- Competência cultural (atributo da APS)
- Ex: depressão, TDM, sintomas depressivos, sofrimento mental, etc.

Abordagem terapêutica Não medicamentosa

- Atividade física
- Psicoeducação
- Rede de apoio
- Psicoterapia

Abordagem terapêutica Psicoeducação

- Você não está enlouquecendo;
- Problema comum;
- Maior parte dos casos melhora com o tratamento em semanas a meses;
- Não é possível mudar o próprio humor só com vontade própria.

Psicoeducação

Sintomas do quadro que desaparecerão quando ele for embora:

- Culpa excessiva
- Ansiedade excessiva
- Falta de energia
- Falta de prazer
- Sentimento de desesperança

Abordagem terapêutica

Rede de apoio

- Com quem mora, se tem amigos, se participa de algum grupo;
- Compreender se a pessoa costuma pedir ajuda e falar sobre seus problemas;
- Incentivar a pessoa a acionar sua rede de apoio e ajuda-la a fazer isso.

Abordagem terapêutica Medicamentosa

O uso é mandatário em casos graves;

Casos leves e moderados: avaliar e discutir
esta opção com o paciente;

Recomenda-se de 6-9 meses no mínimo.

Abordagem terapêutica Medicamentosa

**Antidepressivos disponíveis tem eficácia semelhante
(Cipriani et al., 2018) - Grau B de evidência**

Observar o perfil de efeitos colaterais, interações
medicamentosas, disponibilidade e resposta prévia.

Abordagem terapêutica Medicamentosa

- **Maior efetividade:** amitriptilina, paroxetina, escitalopram e venlafaxina.
- **Maior tolerabilidade:** citalopram, escitalopram, fluoxetina e sertralina (Cipriani et al., 2018).
- Recomenda-se adquirir experiência com 1 a 2 medicações (Freeman, 2018).

Abordagem terapêutica

Casos complexos – o que fazer?

- Acionar a equipe multiprofissional
- Solicitar apoio matricial – CAPS, psiquiatra de referência da rede, telessaúde
- Encaminhar ao CAPS ou ambulatório de psiquiatria.
- **Lembrar: coordenação do cuidado - atributo da APS.**

Abordagem na APS

- **Abordagem diagnóstica;**
- **Rastreamento oportuno;**
- **Abordagem terapêutica;**
- Aspectos da APS.

Abordagem na APS

- Linha entre o normal e o anormal costuma não ser clara (Callahan e Berrios, 2005 apud Freeman, 2018).
- Não é um depressivo que nos procura, mas uma pessoa com múltiplas dimensões - **integralidade**.
- **Longitudinalidade** e demora permitida;

Abordagem na APS - Desafios

- Subfinanciamento do SUS e da AB
- Sobrecarga dos profissionais
- Pouco tempo de consulta
- Dificuldade de encaminhar para atenção secundária

Abordagem na APS

Erros comuns

- Não rastrear para depressão casos oportunos
- Não conversar sobre suicídio com o paciente.
- Renovar continuamente prescrições de ansiolíticos e de antidepressivos sem aproveitar para rever a indicação, os sintomas iniciais, os benefícios e malefícios do uso desses medicamentos.

Abordagem na APS

Erros comuns

- Iniciar antidepressivos sem haver aprofundado minimamente os sintomas e o contexto de sofrimento.
- Evitar oferecer o antidepressivo como uma das opções terapêuticas.
- Utilizar antidepressivo em dose inadequada ou insuficiente

Abordagem na APS

- **Abordagem diagnóstica;**
- **Rastreamento oportuno;**
- **Abordagem terapêutica;**
- **Aspectos da APS.**

Abordagem à depressão na APS: Da avaliação à coordenação do cuidado

Gabriel Nobre de Andrade