

Análise do manejo da depressão e de sintomas depressivos na Atenção Primária à Saúde de um município do extremo sul Catarinense

Analysis of depression and depressive symptom management in Primary Health Care in a municipality in the far south of Santa Catarina

Analisis del manejo de la depresión y de los síntomas depresivos en la Atención Primaria en la Salud de un municipio del extremo sur Catarinense

Recebido: 30/06/2025 | Revisado: 08/07/2025 | Aceitado: 09/07/2025 | Publicado: 11/07/2025

Bruna Eduarda Weirich

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7253-2968>
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
E-mail: brunaeweirich@gmail.com

Marina Barbosa Moreira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3437-7868>
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
E-mail: bmoreimarina@gmail.com

Iane Franceschet de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2061-2851>
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
E-mail: iane.franceschet@ufsc.br

Ritele Hernandez da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3215-6689>
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
E-mail: ritele.silva@ufsc.br

Resumo

O Brasil é o país da América Latina que apresenta maior prevalência de depressão, com índices de 5,8%, gerando impactos na saúde pública. Os transtornos depressivos devem ser identificados e tratados na Atenção Primária - porta de entrada no serviço de saúde brasileiro. Todavia, apesar de tamanha relevância, há ínfima abordagem na literatura sobre o seu manejo no contexto da Atenção Primária, particularmente no país. Nesse sentido, objetiva-se investigar o manejo da depressão e de sintomas depressivos na Atenção Primária à Saúde em uma cidade do extremo sul de Santa Catarina. É um estudo transversal e descritivo, com base em coleta de dados. Foram incluídos profissionais médicos que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde do município durante a coleta. Foram excluídos profissionais que estiveram ausentes ou que não consentiram em participar. Os resultados demonstraram que o perfil final da amostra consiste, majoritariamente, em recém-formados, homens, que atendem pelo menos 15 consultas por dia. O manejo inicial da depressão é feito independente da queixa principal da consulta, com avaliação ampla, sendo a insônia o sintoma mais prevalente na suspeita diagnóstica. A estratificação de risco é realizada pela maioria, baseada na avaliação clínica. A terapia mais adotada envolve a classe farmacológica dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina, a atividade física e a psicoterapia. As principais limitações encontradas para o manejo da depressão na APS da rede pública foram escassas opções farmacológicas gratuitas e demora para atendimento especializado.

Palavras-chave: Depressão; Atenção Primária à Saúde; Brasil; Gerenciamento Clínico.

Abstract

Brazil has the highest prevalence of depression in Latin America, with rates of 5.8%, impacting public health significantly. Depressive disorders should be identified and treated within Primary Care – the entry point to Brazil's healthcare system. However, despite this importance, there is a limited amount of literature addressing its management in the context of Primary Care, particularly in Brazil. This study aims to investigate the management of depression and depressive symptoms in Primary Health Care in a city in the far south of Santa Catarina. It is a cross-sectional, descriptive study based on data collection. Included in the study were medical professionals working in the city's Basic Health Units during data collection. Excluded were professionals who were absent or who did not consent to participate. The results showed that the final sample profile primarily consisted of recent graduates, men, who attended at least 15 consultations per day. The initial management of depression is performed regardless of the main complaint of the consultation, with a comprehensive evaluation, with insomnia being the most prevalent symptom in diagnostic suspicion. Risk stratification is carried out by most, based on clinical assessment. The most commonly adopted therapy involves the pharmacological class of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, physical activity, and psychotherapy.

The main limitations identified for managing depression in public Primary Health Care were the limited availability of free pharmacological options and delays in access to specialized care.

Keywords: Depression; Primary Health Care; Brazil; Disease Management.

Resumen

Brasil es el país de América Latina con mayor prevalencia de depresión, con tasas del 5,8%, generando impactos en la salud pública. Los trastornos depresivos deben ser identificados y tratados en la Atención Primaria, puerta de entrada al servicio de salud brasileño. Sin embargo, a pesar de tal relevancia, existe poco abordaje en la literatura sobre su gestión en el contexto de la Atención Primaria, particularmente en el país. En este sentido, el objetivo es investigar el manejo de la depresión y los síntomas depresivos en la Atención Primaria de Salud de una ciudad del extremo sur de Santa Catarina. Es un estudio transversal y descriptivo, basado en la recolección de datos. Se incluyeron profesionales médicos que laboraron en las Unidades Básicas de Salud del municipio durante la colecta. Se excluyeron los profesionales que estuvieron ausentes o que no dieron su consentimiento para participar. Los resultados demostraron que el perfil final de la muestra está compuesto principalmente por recién egresados, hombres, que asisten al menos a 15 consultas por día. El manejo inicial de la depresión se realiza independientemente del motivo de consulta principal, con una valoración amplia, siendo el insomnio el síntoma más prevalente en la sospecha diagnóstica. La estratificación del riesgo se lleva a cabo en la mayoría de los casos, basándose en una evaluación clínica. La terapia más adoptada involucra la clase farmacológica de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, actividad física y psicoterapia. Las principales limitaciones encontradas para el manejo de la depresión en la APS pública fueron la escasez de opciones farmacológicas gratuitas y los retrasos en la recepción de atención especializada.

Palabras clave: Depresión; Atención Primaria de Salud; Brasil; Manejo de la Enfermedad.

1. Introdução

De acordo com a 11^a revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), os transtornos depressivos são definidos pela presença de características que impactam significativamente a capacidade funcional do indivíduo, a citar: humor depressivo – triste, irritável, vazio – ou perda de prazer associada a outros sintomas cognitivos, comportamentais ou neurovegetativos. Essa condição é a principal causa de incapacidade no mundo. Somado a isso, considera-se o Brasil como o país com maior prevalência de depressão na América Latina (5,8%), e o segundo maior nas Américas (OPAS/OMS, 2017). Diante desse panorama, torna-se evidente a relevância da problemática abordada no que concerne à Saúde Pública.

Cerca de 70% dos pacientes com algum transtorno mental, como depressão leve a moderada ou ansiedade, são tratados na Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo (Augustsson et al., 2020), tornando-se este um local estratégico para a identificação de sinais e sintomas, bem como para dar início ao processo de cuidado em saúde mental, uma vez que é a porta de entrada ao serviço de saúde (Raue, Ghesquiere & Bruce, 2014). Todavia, apesar das potencialidades para o manejo dos transtornos depressivos, há uma profunda lacuna acerca da conduta e do tratamento continuado na APS, tanto por condições do serviço quanto por falta de adesão ao tratamento (Moise et al., 2018).

No Brasil, a APS também atua como pilar fundamental para o manejo dos transtornos depressivos, dado que, além da sua capilaridade, tem como característica a proximidade e o conhecimento acerca da sua população, do território e dos determinantes sociais que atravessam a saúde do indivíduo (Brasil, [s.d.]-c). A abordagem do sofrimento psíquico é garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que passa por diferentes níveis de complexidade em cuidado (Brasil, [s.d.]-b).

Entretanto, o país ainda enfrenta profundos entraves no tocante à abordagem da saúde mental na atenção primária, como a fragmentação do serviço, o incipiente preparo profissional e o persistente estigma sobre o assunto (Scheffer & Silva, 2014; Vargas et al., 2015). Sob esse prisma, ainda que transtornos depressivos sejam um grave problema de saúde pública, destaca-se a crescente necessidade de produção científica no campo do manejo da depressão, especialmente no cenário que se constitui como porta de entrada do serviço de saúde brasileiro – a APS, fazendo-se urgente a construção de conhecimentos que contribuam para o aprimoramento da abordagem de pacientes com depressão neste nível de atenção, iniciando a partir da análise da situação atual.

Desse modo, identificar como o manejo dos transtornos depressivos tem sido feito pelos profissionais da APS nos diferentes contextos e territórios do país, se faz de extrema relevância, a fim de dimensionar as falhas e as potencialidades na educação continuada dos profissionais da saúde. Diante deste cenário, esta pesquisa pretende investigar o manejo da depressão e de sintomas depressivos de pacientes atendidos na APS em uma cidade do extremo sul de Santa Catarina..

2. Metodologia

Realizou-se uma pesquisa social com uso de entrevistas e questionários à profissionais médicos. Foi empregado o delineamento transversal, descritivo, qualitativo e semiquantitativo, mediante pesquisa de campo (Pereira et al., 2018), uma vez que se objetiva descrever o manejo de sintomas depressivos na APS de um município do extremo sul de Santa Catarina e, no tratamento dos dados na parte numérica, utilizou-se estatística descritiva simples com classes de dados e, valores de frequência absoluta e, frequência relativa porcentual (Shitsuka et al., 2014; Akamine & Yamamoto, 2009). Além disso, pretende-se identificar os pontos de concordância e de discordância com as evidências mais recentes acerca dessa temática. Sob essa perspectiva, o delineamento transversal oferece a vantagem de obtenção de dados a partir de uma coleta rápida e de baixo custo.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário semi estruturado, com perguntas abertas e fechadas, elaborado pelos pesquisadores. São explorados os seguintes tópicos: abordagem clínica, definição do tratamento, prescrição de medicamentos, psicoterapia e seguimento do cuidado. Quanto à estrutura do documento, as perguntas abertas antecederam as questões fechadas referentes ao mesmo tema, para evitar algum viés de resposta induzido pelo próprio questionário. As opções objetivas foram baseadas na escala Likert, quando aplicável.

A relação das variáveis independentes do estudo se encontra exposta no Quadro 1, bem como a categorização utilizada.

Quadro 1 - Características das variáveis de exposição.

| Variáveis | Natureza | Categorias utilizadas |
|--|--------------------------------|-----------------------|
| Perfil demográfico | | |
| Sexo | Qualitativa nominal Dicotômica | Masculino ou feminino |
| Formação | | |
| Local de formação | Qualitativa nominal | Universidade |
| Tempo de formação | Quantitativa discreta | Faixa temporal |
| Tempo de trabalho na Atenção Primária em Saúde | Quantitativa discreta | Faixa temporal |
| Especialização | Qualitativa nominal | Especialização |
| Local de atuação | | |
| Nº de médicos que atuam na Unidade Básica de Saúde | Quantitativa discreta | Numérica |
| Nº de consultas realizadas pelo médico por dia | Quantitativa discreta | Faixa numérica |
| Frequência de atendimentos por queixa psiquiátrica | Quantitativa discreta | Faixa numérica |
| Abordagem clínica | | |
| Investigação diagnóstica e definição de conduta | Qualitativa nominal | Resposta aberta |
| Sinais e sintomas associados ao diagnóstico | Qualitativa nominal | Resposta aberta |
| Uso de critérios diagnósticos | Qualitativa nominal | Escala Likert |
| Acolhimento | Qualitativa nominal | Escala Likert |
| Sinais de alerta para suicídio | Qualitativa nominal | Escala Likert |
| Estratificação de risco | Qualitativa nominal | Escala Likert |

| | | |
|--|---------------------|-----------------|
| Fatores utilizados na estratificação de risco | Qualitativa nominal | Resposta aberta |
| Manejo de pacientes de baixo risco em saúde mental | Qualitativa nominal | Escala Likert |
| Manejo de pacientes de médio e alto risco em saúde mental | Qualitativa nominal | Escala Likert |
| Classes de antidepressivos mais prescritas | Qualitativa nominal | Escala Likert |
| Antidepressivos tricíclicos mais prescritos | Qualitativa nominal | Escala Likert |
| Inibidores seletivos da recaptação de serotonina mais prescritos | Qualitativa nominal | Escala Likert |
| Outros antidepressivos mais prescritos | Qualitativa nominal | Escala Likert |
| Sugestão de antidepressivos que não estão no SUS | Qualitativa nominal | Resposta aberta |
| Manejo não farmacológico | Qualitativa nominal | Resposta aberta |
| Seguimento e manutenção do tratamento | Qualitativa nominal | Escala Likert |

Fonte: Autores, 2024.

Observa-se, no Quadro 1, que foram adotadas variáveis de natureza qualitativa e quantitativa, com respostas abertas e a partir da Escala Likert.

O estudo ocorreu no município de Balneário Arroio do Silva, cuja extensão territorial é de 94.477 km² e a população estimada é de 15.820 habitantes (IBGE, [s.d.]). Todas as suas UBS foram incluídas, por constituírem a porta de entrada ao SUS, tendo como objetivo o cuidado continuado da população na APS.

O critério de inclusão compreende a população do estudo, isto é, profissionais médicos que estavam atuando no local do estudo durante o período de coleta de dados. Foram excluídos médicos que estiveram ausentes durante o período da coleta de dados, em todas as tentativas realizadas, ou aqueles que não consentiram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No momento da visita, caso o profissional médico não estivesse presente ou, independentemente do motivo, não pudesse participar, os pesquisadores fariam outras duas tentativas, em datas diferentes. Caso o insucesso na coleta se mantivesse após três tentativas, o profissional seria excluído da pesquisa.

A coleta ocorreu *in loco*, em modelo de entrevista, cuja duração média foi de 30 minutos. O TCLE foi apresentado para que o participante indicasse seu consentimento e o áudio foi registrado após seu aceite verbal. Em caso de não consentimento da gravação, o pesquisador anotaria as respostas em tempo real. O registro das informações foi feito com auxílio do Formulários Google®.

Os dados, armazenados no programa Microsoft Excel® 2017, foram analisados e apresentados em números absolutos e percentuais. Já para as questões discursivas, foi empregado o método da análise de conteúdo. Desse modo, as respostas foram agrupadas em categorias, a partir da identificação de semelhanças.

Os pesquisadores envolvidos se responsabilizam por conduzir a pesquisa respeitando a confidencialidade das informações e a privacidade dos envolvidos, em consonância com a Resolução CNS 466/2012. Adicionalmente, declararam estar cientes e em conformidade com as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018) no que tange ao manejo de dados pessoais e informações sensíveis utilizadas nesta pesquisa.

Esta pesquisa foi enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UFSC, sob o protocolo de aprovação CAAE 75978423.6.0000.0121, com o devido termo de anuência emitido pela Secretaria de Saúde do município de Balneário Arroio do Silva.

O estudo não recebeu nenhum financiamento para a sua realização.

3. Resultados e Discussão

A amostra final incluiu onze médicos atuantes nas UBS do município durante o período de coleta de dados. Apenas um participante foi excluído, por não estar presente em nenhuma das tentativas de coleta. Sobre o perfil demográfico dos participantes (Quadro 2), a maioria é do sexo masculino (63,6%), formados no Brasil (72,7%), há menos de cinco anos (54,5%). Do total, grande parte (45,5%) dos entrevistados também declarou atuar no cenário da Atenção Primária há menos de dois anos. Além disso, quatro (36,4%) não possuíam especialização, enquanto três (27,3%) passaram pela pós-graduação e outros três (27,3%), pela residência médica. Apenas um (9,1%) afirmou ter feito outras modalidades de especialização. As áreas de especialização referidas foram diversas, sendo apenas a Medicina de Família e Comunidade citada por mais de um entrevistado (18,2%).

Quadro 2 - Perfil sociodemográfico e características da formação dos médicos da APS de Balneário Arroio do Silva.

| Variável | Especificação | N total: 11 | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------|------------------------|
| | | n | Porcentagem (%) |
| Sexo | Feminino | 4 | 36,4 |
| | Masculino | 7 | 63,6 |
| País de formação em Medicina | Brasil | 8 | 72,7 |
| | Cuba | 2 | 18,2 |
| | Paraguai | 1 | 9,1 |
| Tempo de formação | Menos de 5 anos | 6 | 54,5 |
| | 6 a 10 anos | 2 | 18,2 |
| | De 10 a 15 anos | 2 | 18,2 |
| | Há mais de 20 anos | 1 | 9,1 |
| Tempo de atuação na APS | Menos de 2 anos | 5 | 45,5 |
| | 2 a 5 anos | 3 | 27,3 |
| | 6 a 10 anos | 3 | 27,3 |
| Tipo de especialização | Não possui | 4 | 36,4 |
| | Residência médica | 3 | 27,3 |
| | Pós-graduação | 3 | 27,3 |
| | Outra | 1 | 9,1 |
| Área de especialização | Medicina de Família e Comunidade | 2 | 18,2 |
| | Clínica Médica | 1 | 9,1 |
| | Medicina de Emergência | 1 | 9,1 |
| | Medicina do Trabalho | 1 | 9,1 |
| | Medicina Intensiva | 1 | 9,1 |
| | Saúde Pública | 1 | 9,1 |

Fonte: Autores, 2024.

Quanto ao gênero, observou-se uma discrepância em relação à tendência de feminização da medicina. Neste estudo, a maioria dos participantes é do gênero masculino, enquanto, em 2022, as mulheres representavam 48,6% dos médicos no Brasil, com projeções de que, já em 2024, elas ultrapassariam o número de profissionais homens (Scheffer et al., 2023).

O perfil da amostra final do estudo (Quadro 2) evidenciou, também, a significativa atuação de médicos recém-formados e generalistas na APS do município. Nesse contexto, sabe-se que as escolas médicas buscaram se adequar à atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina, de 2014, a fim de formar profissionais capacitados a atuar no nível primário de atenção à saúde (Machado, Oliveira & Malvezzi, 2021). Todavia, dificuldades encontradas nos cenários práticos de aprendizagem dos acadêmicos durante sua inserção na APS podem influenciar na atuação desses futuros profissionais enquanto generalistas (Cavalli & Carvalho, 2022).

O local de atuação dos entrevistados e o fluxo de atendimentos estão detalhados na Quadro 3.

Quadro 3 - Local de trabalho e fluxo de atendimentos.

| Variável | Especificação | N total: 11 | |
|--|--|--------------------|------------------------|
| | | n | Porcentagem (%) |
| Número de médicos que atuam na UBS | Apenas um | 2 | 18,2 |
| | Dois ou mais | 9 | 81,8 |
| Número de consultas realizadas diariamente pelo entrevistado | Menos que 5 | 1 | 9,1 |
| | 8 a 11 | 1 | 9,1 |
| | 11 a 14 | 2 | 18,2 |
| | 15 ou mais | 7 | 63,6 |
| Frequência de atendimento de paciente com queixa psiquiátrica | Todos os dias, pelo menos 1 paciente por dia | 11 | 100 |
| | Semanalmente, em mais de um dia na semana | - | 0 |
| | Pelo menos 1 paciente por semana | - | 0 |
| | Menos de 4 pacientes por mês | - | 0 |
| Frequência de consulta com sintomas associados a depressão como queixa principal | Todos os dias, pelo menos 1 paciente por dia | 6 | 54,5 |
| | Semanalmente, em mais de um dia na semana | 3 | 27,3 |
| | Pelo menos 1 paciente por semana | 1 | 9,1 |
| | Menos de 4 pacientes por mês | 1 | 9,1 |

Fonte: Autores, 2024.

Quanto ao local de atuação, nove (81,8%) informaram trabalhar com pelo menos dois médicos em sua UBS, enquanto os dois (18,2%) restantes tinham apenas um colega de trabalho. Além disso, sete médicos (63,6%) afirmaram realizar 15 ou mais consultas diárias; dois (18,2%) atendiam de 11 a 14 pacientes por dia; um (9,1%) realizava de 8 a 11 consultas, e um (9,1%) atendia menos de 5 pacientes diariamente. Todos relataram atender ao menos um paciente com queixa psiquiátrica diariamente. Porém, só seis (54,5%) indicaram que ao menos um paciente por dia refere sintomas associados à depressão como queixa principal da consulta.

Segundo Malhi e Mann (2018), em média um a cada 10 pacientes chega com sintomas relacionados à depressão no setor da atenção primária. Já Brito e colaboradores (2022), ao analisarem dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 e de 2019, identificaram uma alta prevalência de depressão autorreferida no Brasil, com destaque para a região Sul, onde a taxa apresentou crescimento no período. Ademais, o estudo evidenciou que as UBS se consolidaram como o principal ponto de busca por assistência da rede pública. Estas informações corroboram com a alta frequência de sintomas depressivos relatados durante consultas com os médicos do presente trabalho. Ressaltam, também, a relevância do profissional da APS para diagnóstico e manejo de possíveis casos de depressão, sobretudo, para pacientes sem acesso à rede privada de cuidados.

É possível que a expansão do acesso à saúde represente uma variável contribuinte para o aumento do número de diagnósticos autorreferidos (Brito et al., 2022). Contudo, sub-diagnósticos de depressão no Brasil ainda constituem uma ocorrência comum, principalmente por parte de médicos não-psiquiatras (Faisal-Cury, Ziebold, Rodrigues & Matijasevich, 2022; Melo, Soares, Souza & Rocha, 2021; Santos, Rocha, Salum & Gosmann, 2020).

3.1 Manejo inicial de sintomas depressivos e diagnóstico de depressão

Diante de pacientes com sintomas ou sinais depressivos, mesmo que a queixa principal não seja essa, observou-se, pelas respostas à pergunta aberta, que os entrevistados adotam abordagens em comum. Três dos onze médicos buscam identificar a queixa como prioritária ou secundária, seis adotam uma abordagem ampla, sobre vários aspectos da vida do paciente e três profissionais investigam tratamentos anteriores. A escuta ativa foi mencionada por três médicos, e quatro responderam que avaliam a possibilidade de encaminhamento para serviços especializados.

Na revisão sistemática de Fekadu e colaboradores (2022), sobre a detecção de depressão por clínicos da atenção primária em países de baixa e média renda, enfatiza-se que a realização inicial de uma triagem pode aprimorar significativamente a identificação da doença, ainda sub detectada em comparação a países de alta renda. Assim, em concordância com a literatura, incorporar a abordagem de sintomas depressivos durante a anamnese, independentemente da queixa principal, pode reduzir a negligência do quadro e possibilitar atendimento adequado aos pacientes que se beneficiariam desse cuidado.

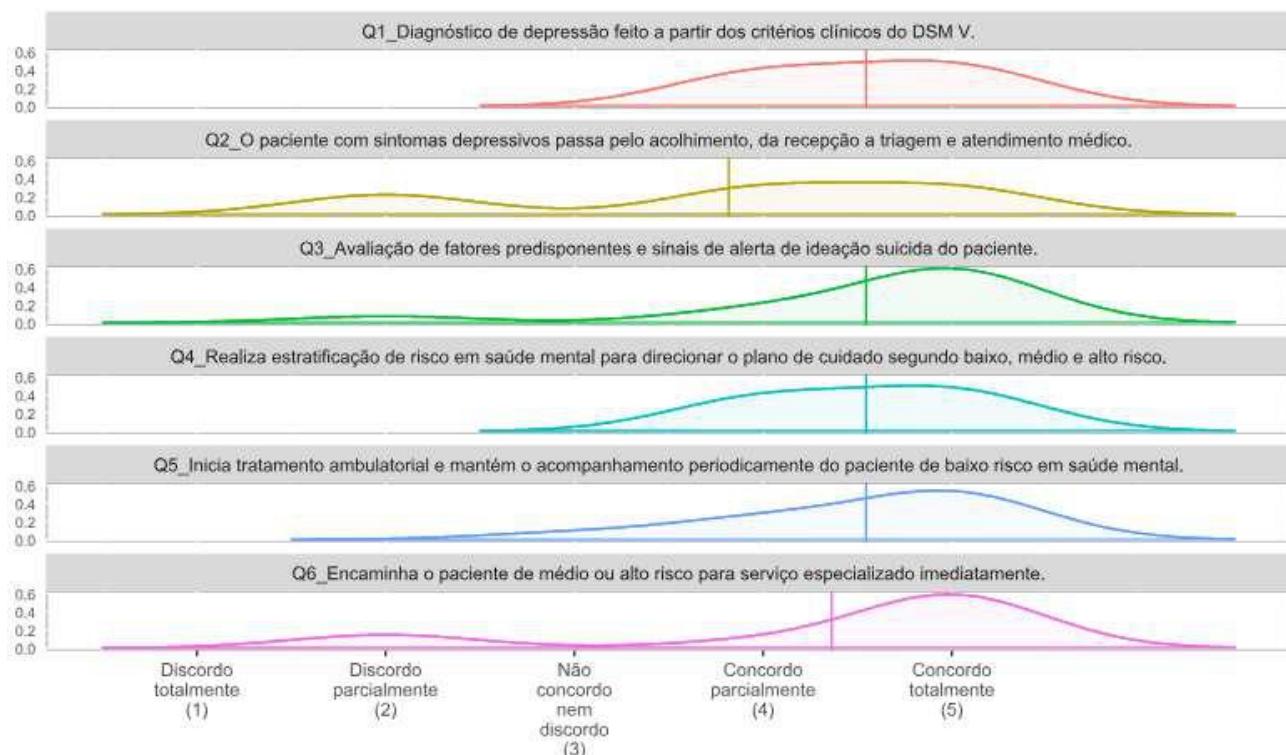
Quanto aos sinais e sintomas mais relevantes para a suspeita de depressão, em pergunta aberta, a insônia foi mencionada por cinco médicos, sendo o sintoma mais relatado. O humor deprimido e o choro ou vontade de chorar foram citados por quatro médicos. Aparência descuidada, alterações de humor, anedonia, distúrbios alimentares e luto foram destacados por três médicos.

Em um estudo observacional realizado em outro município de Santa Catarina, os sintomas depressivos mais prevalentes entre usuários de UBS foram fatigabilidade, alterações de sono, preocupação somática e perda da libido (Cavalcante et al., 2022). Em consonância com esse padrão, a insônia foi o sintoma mais citado pelos entrevistados, indicando sua representativa prevalência no estado de Santa Catarina.

Ademais, infere-se que alguns dos profissionais levam em consideração, em sua abordagem inicial, os critérios clínicos para o diagnóstico de depressão, considerando como sintomas principais o humor deprimido e a anedonia. Para o diagnóstico de um transtorno depressivo, segundo a 5^a edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), pelo menos um desses dois sintomas deve estar presente (American Psychiatric Association, 2014).

A Figura 1 representa, de acordo com a Escala Likert, o grau de concordância dos entrevistados com algumas etapas do atendimento ao paciente com sintomas depressivos ou com diagnóstico de depressão.

Figura 1 - Grau de Concordância dos Entrevistados com algumas etapas do atendimento ao paciente com sintomas depressivos ou com diagnóstico de depressão - Escala Likert.



Fonte: Autores, 2024.

Sobre o preenchimento dos critérios clínicos do DSM-5 para o estabelecimento do diagnóstico de depressão, 54,5% concordaram totalmente com a sentença, enquanto 45,5% concordaram parcialmente. Quanto ao acolhimento oferecido ao paciente que chega à UBS com sintomas depressivos, entendendo acolhimento como um atendimento resolutivo, com escuta qualificada e com responsabilidade, 36,3% concordaram totalmente com a afirmativa, 36,3% concordaram parcialmente, e os 27,2% restantes, discordaram parcialmente.

O DSM-5 e o CID-10 são os principais sistemas de classificação usados no Brasil em saúde pública para padronizar o diagnóstico e unificar a linguagem em saúde (Ribeiro & Marteleto, 2023). A maioria dos entrevistados relatou usar o DSM-5 na prática clínica, embora uma parte significativa tenha concordado apenas parcialmente com seu uso. Bruzeguini e colaboradores (2023), destacam que persistem muitos desafios para diagnósticos precisos em saúde mental na APS, como o tempo limitado de consulta e a falta de treinamento para o uso de ferramentas validadas. Esses fatores podem ter influenciado a concordância parcial dos entrevistados, dado que, no contexto deste estudo, as dificuldades citadas, especialmente o alto volume de consultas diárias, também foram observadas.

Outro ponto relevante quanto à abordagem inicial ao paciente com sintomas depressivos é o acolhimento. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012), cabe à equipe de atenção básica realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco e avaliação de necessidades de saúde e de vulnerabilidades.

Apesar de sua importância para uma assistência resolutiva, apenas quatro médicos concordaram totalmente com a afirmativa, indicando uma possível lacuna no cuidado primário dos usuários do SUS no município estudado. Uma revisão sistemática sobre as percepções de profissionais da APS no Brasil mostrou desconhecimento parcial dos componentes do acolhimento, bem como dificuldades na sua implementação devido às características da comunidade assistida e ao nível de organização local do serviço (Giordani, Unfer, Mehry & Hilgert, 2020).

3.2 Estratificação de risco

Sobre a estratificação de risco em saúde mental dos pacientes deprimidos, a fim de direcionar o cuidado, ainda conforme a Figura 1, seis (54,5%) concordaram totalmente com a prática, enquanto cinco (45,5%) concordaram parcialmente. O parâmetro mais citado para realização da estratificação de risco foi a avaliação clínica. Apenas um (9,1%) entrevistado relatou fazer uso de ferramenta de estratificação pré-estabelecida, especificamente a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). Ela encontra-se listada nas linhas de cuidado do Ministério da Saúde e, através de 15 perguntas, distingue entre ausência de depressão e dois níveis da patologia, leve e severo, de acordo com a pontuação obtida (Brasil, [s.d.]-a). No entanto, é destinada à faixa etária idosa, fazendo com que a triagem e estratificação de risco das outras populações dependam de métodos distintos. Outras ferramentas são mais abrangentes, como a Escala de Avaliação de Hamilton para Depressão (HAM-D) e o Personal Health Questionnaire 9 (PHQ-9).

Embora a HAM-D seja capaz de apontar sintomas presentes no TDM com grande eficiência, ela é reservada à avaliação da gravidade destes sintomas em pacientes já diagnosticados com o transtorno, tendo em vista a ordem de seus itens. Também implica em uma aplicação mais demorada, afastando-se do ideal para triagem na APS (Freire et al., 2014; Souza, Feitosa, Rodriguez & Missiato, 2021). O PHQ-9, por sua vez, teve maior acurácia diagnóstica do que o GDS-15 na distinção entre presença ou ausência de transtorno depressivo maior nos pacientes de um estudo ambulatorial em São Paulo. O limite de corte para detecção mais observado é a partir de 10 pontos (Fekadu, 2022; Melo et al., 2021).

Nos últimos anos, outros trabalhos em torno da validação do PHQ-9 para a população brasileira foram publicados. Destes, Damiano e colaboradores (2023) atestaram a qualidade dos resultados obtidos, independente de sexo, idade ou estado da federação, com bons parâmetros psicométricos. Todavia, Wang e Gorenstein (2023) alertam para a necessidade de mais análises validadoras, sobretudo numa amostra tão sociodemograficamente diversa como o Brasil, bem como possíveis casos de sobre tratamento com a classificação de severidade segundo intervalos menores na pontuação do PHQ-9.

Sobre a utilização do PHQ-9 em outras localidades, Costantini e colaboradores (2021) recomendaram-na para rastreio da depressão se feita em duas etapas, dependendo de avaliação clínica para certeza diagnóstica. Souza e colaboradores (2021) também indicaram seu uso, além de atestarem sua sensibilidade na identificação de casos de ideação suicida.

Percebe-se, então, que apesar do uso de questionários constituírem uma intervenção capaz de auxiliar na redução das ainda altas taxas de subdetecção da depressão na APS, ainda apresentam limitações e a avaliação clínica assume papel soberano no diagnóstico (Costantini et al., 2021; Fekadu et al., 2022). Assim, os métodos de estratificação de risco priorizados pelos participantes da pesquisa mostram-se adequados segundo a literatura. No entanto, foram divergentes em relação ao PHQ-9, citado por Melo e colaboradores (2021) como primeira escolha em muitos ambulatórios da APS.

Realizar o monitoramento de maneira mais frequente dos pacientes com sintomas sugestivos de depressão é outra estratégia que pode auxiliar a mitigar os riscos de autolesão e subdiagnóstico (Melo et al., 2021). Quanto à conduta de identificar um paciente de baixo risco em saúde mental e iniciar o tratamento de forma ambulatorial, na própria UBS, mantendo acompanhamento de modo periódico, sete (63,6%) concordam totalmente, três (27,3%) concordam parcialmente e um (9,1%) não concorda nem discorda. Questionados acerca do encaminhamento imediato do paciente de médio ou alto risco a um serviço especializado, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), oito (72,7%) concordaram totalmente, dois (18,2%) discordam parcialmente e um (9,1%) concorda parcialmente (Figura 1). Condutas de acordo com esses preceitos, conforme a maioria da amostra foi a favor, reconhecem os riscos inerentes à depressão, como a piora da qualidade de vida e o suicídio (Gonçalves et al., 2014). A partir disso, é possível referenciar o paciente para o serviço de atenção em saúde mental mais eficaz em intervir e prevenir consequências mais graves naquele momento, até mesmo de imediato quando há ideação homicida ou suicida presente (Souza et al., 2021; Weihs & Wert, 2011). Uma consulta com o psiquiatra é recomendada nos casos de depressão severa e,

urgemente, na presença de sinais de alarme como sintomas psicóticos ou atitude e pensamentos suicidas, conforme comentado antes (Park & Zarate, 2019).

Além da estratificação de risco, os principais fatores que influenciam na decisão de encaminhamento de um paciente deprimido ao serviço especializado, de acordo com os entrevistados, são histórico de ideação suicida ou de episódios depressivos graves, preferência do paciente, características de baixa adesão terapêutica e os sinais de psicose, estando de acordo com a literatura. A prevenção do suicídio encontra-se inserida no manejo da depressão como uma medida vital, partindo da constatação dos fatores protetivos ou de risco (Souza et al., 2021). Esta doença, por si só, já constitui o principal fator de risco para o autoextermínio (Gabriel et al., 2020). Ademais, uma vez que a rejeição, sabidamente, interfere na adesão ao regime terapêutico, considerar as preferências dos pacientes e verificar seu entendimento acerca do próprio caso, bem como contribuir ativamente para o mesmo, também compõem a base para alcançar um tratamento eficaz (Melo et al., 2021).

3.3 Medidas farmacológicas

A escolha do melhor fármaco antidepressivo para cada paciente constitui uma etapa de suma importância, uma vez que ele pode influenciar diretamente no desfecho do caso (Furukawa et al., 2021). Conforme aponta Lewis e colaboradores (2021), a terapia costuma ser necessária por vários meses, mesmo após a remissão dos sintomas, para reduzir as chances de recaída. Assim, alguns fatores precisam ser considerados, como o custo e a condição financeira do paciente, bem como seus sintomas específicos. Além disso, devem ser considerados os fármacos de uso contínuo e histórico de medicações, a potencial influência sobre as suas comorbidades, perfil de efeitos adversos e respostas prévias no tratamento com antidepressivos. A idade e o sexo do paciente também são relevantes, pois o metabolismo e efeitos colaterais podem afetar a tolerabilidade do medicamento e, por conseguinte, o sucesso da terapia. A experiência do médico com cada fármaco e a preferência do paciente são outros aspectos importantes (Weihs & Wert, 2011, Park & Zarate, 2019, Souza et al., 2021, Montano, Jackson, Vanacore & Weisler, 2023).

No presente trabalho, os profissionais entrevistados também foram questionados sobre as classes farmacológicas de antidepressivos e o seu representante que mais prescrevem nas UBS, conforme detalhado no Quadro 4. Os resultados destacaram que, no cenário da APS, da mais prescrita à menos prescrita, a ordem foi: ISRS, tricíclicos, duais, outros fármacos com ação antidepressiva e, por fim, Inibidores da Monoamina Oxidase. Ressalta-se que o uso destes últimos implicaria até mesmo em restrições dietéticas (Weihs & Wert, 2011).

Quadro 4 - Classes de medicamentos mais prescritos na APS em Balneário Arroio do Silva.

| Ordem conforme classes farmacológicas mais prescritas | Classe do antidepressivo | Ordem e nome dos antidepressivos mais prescritos aos menos prescritos em cada classe farmacológica |
|---|--|---|
| 1º | Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina | 1º - Fluoxetina 2º - Sertralina 3º - Escitalopram 4º - Citalopram 5º - Paroxetina 6º - Fluvoxamina |
| 2º | Tricíclicos | 1º - Amitriptilina 2º - Nortriptilina 3º - Imipramina |

| | | |
|----|---|---------------------|
| 3º | Duais | 1º - Duloxetina |
| | | 2º - Venlafaxina |
| | | 3º - Desvenlafaxina |
| 4º | Outros fármacos com ação antidepressiva | 1º - Trazodona |
| | | 2º - Bupropiona |
| | | 3º - Mirtazapina |
| 5º | Inibidores da Monoamina Oxidase | |

Fonte: Autores, 2024.

Ainda acerca do Quadro 4, Gabriel e colaboradores (2020) compararam várias diretrizes internacionais de práticas clínicas para depressão com alto rigor de qualidade no seu desenvolvimento, sendo consenso a recomendação dos ISRS como primeira escolha no tratamento. Apenas uma diretriz incluiu a possibilidade de combinar fármacos antidepressivos como primeira linha também. Na depressão moderada a severa, os duais, mirtazapina e bupropiona também constituem opções de primeira linha comuns (Park & Zarate, 2019).

Para cada uma das três principais classes de fármacos antidepressivos, no Quadro 4, evidencia-se, ainda, os principais medicamentos prescritos. Quanto aos ISRS, em primeiro lugar, encontra-se a fluoxetina, seguida de sertralina, escitalopram, citalopram, paroxetina e fluvoxamina. Acerca dos tricíclicos, amitriptilina foi o mais prescrito, seguido de nortriptilina e imipramina. Já os antidepressivos de ação dual mais receitados são, de modo ordenado, duloxetina, venlafaxina e desvenlafaxina. Por fim, destacam-se outros fármacos com ação antidepressiva mais prescritos, a iniciar por trazodona, seguida de bupropiona e mirtazapina. A escolha de amitriptilina e fluoxetina foi influenciada pela distribuição gratuita através do SUS.

Na revisão sistemática de Kishi e colaboradores (2023), excetuando-se os não incluídos trazodona e IMAOs, somente escitalopram e bupropiona não foram mais eficazes do que placebo na prevenção de recaídas do Transtorno Depressivo Maior (TDM) em 6 meses, considerando os fármacos citados no Quadro 4. Destes, o estudo concluiu que desvenlafaxina, paroxetina e venlafaxina, individualmente, foram as opções farmacológicas utilizadas na fase estável do TDM capazes de fornecer níveis satisfatórios tanto de aceitabilidade e tolerabilidade, quanto de eficácia. No entanto, dentre a classe mais prescrita pelos participantes do presente estudo – os ISRS –, citalopram, escitalopram e fluoxetina tiveram taxas mais altas de descontinuação por qualquer motivo, assim como a duloxetina, dos duais, e todos os tricíclicos. A sertralina e o escitalopram, embora fora da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) do município estudado, foram o segundo e o terceiro ISRS mais receitados, respectivamente (Medicamentos disponíveis, [s.d.]). Destacam-se seus baixos perfis de interações medicamentosas e maior segurança em relação a efeitos cardiovasculares. Ambos foram eficazes na cobertura de sintomas ansiosos, embora o escitalopram tenha mostrado-se superior em atenuar sintomas depressivos (Yan & Hu, 2024). Também constatou-se, para a sertralina, uma maior taxa de descontinuação devido a efeitos adversos. O surgimento de náuseas e vômitos, inclusive, foi mais frequentemente atribuído à ela, bem como à desvenlafaxina. A venlafaxina foi o medicamento que menos precipitou tontura (Kishi et al., 2023).

Já na meta-análise de Cheng e colaboradores (2020), dentre 19 fármacos que incluíam os principais representantes de cada classe e a trazodona e excluíam os IMAOs, todos tiveram eficácia próxima. Amitriptilina foi a exceção, mostrando-se significativamente mais eficaz do que todos os outros, apesar de sua alta taxa de abandono constatada por efeitos adversos. Cabe salientar que ela está na lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde (2023), ao lado de fluoxetina. Além disso, foi incluída como opção de primeira linha na diretriz de práticas clínicas da Colômbia em virtude de sua boa custo-

efetividade, na ausência de contraindicações aos tricíclicos. Alternativamente, foram mencionadas fluoxetina, mirtazapina e a sertralina, cujo parâmetro de custo-efetividade ajustado para qualidade de vida foi julgado superior à amitriptilina (Gabriel et al., 2020). A respeito do tempo de terapia farmacológica, a eficácia foi notadamente maior em 12 semanas. Já sobre a dose dos medicamentos, desde que dentro da faixa terapêutica adequada, não houve impacto relevante na eficácia do tratamento com 8 semanas (Cheng et al., 2020).

Em relação aos riscos inerentes aos fármacos, sabe-se que, em razão das suas propriedades anticolinérgicas e o maior risco de quedas associadas, o uso de tricíclicos é contraindicado aos idosos. Ademais, devido à sua estreita faixa terapêutica, são mais propensos a causar overdose (Ramanuj, Ferenchick & Pincus, 2019, Gabriel et al., 2020). Também tem ação sedativa, assim como outros antidepressivos específicos, a citar: trazodona, paroxetina, mirtazapina e citalopram. Este efeito colateral pode ser contornado através do uso noturno em detrimento do uso matutino, além de ajudarem a reverter sintomas de insônia. Paroxetina e Mirtazapina também são mais associados ao ganho de peso (Montano et al., 2023).

De forma geral, os ISRS, mesmo sendo considerados seguros, ainda possuem vários efeitos adversos, incluindo sangramentos gastrointestinais em adultos mais velhos, disfunções sexuais e mais chance de quedas (Ramanuj et al., 2019). Dentre os duais, venlafaxina e duloxetina tem maior chance de causar disfunção sexual (Montano et al., 2023). Ambas as classes estão relacionadas à ocorrência da síndrome serotoninérgica, que cursa com agitação, confusão, febre e tremores, até convulsões, coma e morte. Embora rara, o risco se eleva ao combinar mais de um medicamento destas classes, entre outros (Park & Zarate, 2019). Há, ainda, a chance de surgirem sintomas apáticos, principalmente com os ISRS e duais, mas também pelo uso de antidepressivos de classes diferentes (Montano et al., 2023).

Outro fator de preocupação deve ser o elevado risco de suicídio após o início recente da terapia medicamentosa com ISRS ou venlafaxina, sobretudo nas primeiras semanas e nas pessoas abaixo de 24 anos. Com o monitoramento frequente e outras estratégias, esse risco não é maior do que o existente na depressão não tratada, justificando o emprego da terapia medicamentosa (Gabriel et al., 2020; Park & Zarate, 2019).

3.4 Seguimento do cuidado

Atividade física (36,4%), psicoterapia (36,4%) e mudança nos hábitos de vida (36,4%) foram as principais medidas, além da farmacoterapia, citadas pelos entrevistados como parte do manejo da depressão nos pacientes acompanhados na APS.

Uma parte essencial do cuidado ao paciente com depressão na Atenção Primária é a terapia não farmacológica, cuja eficácia na redução de sintomas depressivos é amplamente reconhecida (Huang et al., 2023). Embora diretrizes internacionais tratem a atividade física como medida alternativa ou de uso em casos refratários (American Psychological Association, 2019, Eder et al., 2023), o programa nacional Linhas de Cuidado do SUS a inclui como terapia adjuvante desde o diagnóstico de um episódio depressivo, independentemente da gravidade (Brasil, [s.d.]-d). Esse alinhamento é refletido nas práticas dos entrevistados e reforçado pela literatura, como aponta Noetel et al., indicando efeitos moderados e consistentes do exercício sobre a depressão, independentemente do nível inicial de gravidade (Noetel et al., 2024).

Sobre o momento em que costumam indicar psicoterapia aos pacientes, a maioria dos profissionais relata que indicaria a todos, se fosse possível (36,4%), e que em casos moderados ou graves, costumam oferecer ativamente a modalidade terapêutica (36,4%). Quanto ao uso da psicoterapia como tratamento isolado para alguns pacientes com depressão, sete (63,6%) dos entrevistados a consideraram adequada, enquanto quatro (36,4%) não a recomendam de forma isolada.

Fica evidente o papel essencial da psicoterapia no manejo da depressão e de sintomas depressivos para alguns dos entrevistados, alinhando-se a estudos recentes que indicaram efeitos comparáveis aos da terapia medicamentosa, porém com benefícios mais duradouros (Cuijpers, Quero, Dowrick & Arroll, 2019), e maior eficácia do tratamento quando utilizada a terapia combinada entre fármacos e psicoterapia (Park & Zarate, 2019, Furukawa et al., 2021).

Chama atenção o relato de três médicos sobre a impossibilidade de indicar psicoterapia para todos os pacientes, o que evidencia possíveis fragilidades na RAPS no local, que tem como um de seus objetivos articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental no âmbito do SUS (Brasil, [s.d.-b]). Todavia, na prática desses profissionais, percebe-se a existência de entraves nessa articulação, particularmente quanto à excessiva demanda para a atenção psicossocial especializada. Em acordo, um estudo qualitativo realizado com 134 profissionais da APS de Minas Gerais identificou dificuldades na articulação da RAPS, comprometendo a continuidade do cuidado em saúde mental (Gama, Lourenço, Coelho, Campos & Guimarães, 2021).

A oferta ativa de psicoterapia para casos moderados ou graves é sustentado pela literatura, como indicado por um ensaio clínico randomizado que demonstrou maior controle na gravidade da depressão em pacientes que utilizaram terapia combinada com antidepressivos e terapia cognitivo-comportamental (Vittengl, Jha, Minhajuddin, Thase & Jarrett, 2021).

Outro ponto relevante é que quatro (36,4%) dos onze entrevistados não recomendam a psicoterapia como forma isolada de tratamento para certos casos de depressão. Esse posicionamento pode ser explicado por duas hipóteses amplamente discutidas na literatura: o ensino médico centrado na medicalização e a escassez de psicólogos no setor primário de atenção psicossocial (Gomes & Wanzinack, 2022, Cezário et al., 2019).

Apesar dos esforços nacionais para retomar e reformular o cuidado multiprofissional na APS, anteriormente garantido pelo Núcleo de Apoio à Saúde (Brasil, [s.d.]d) e agora denominado eMulti, a presença desse serviço no município estudado não foi mencionada. Assim, identifica-se uma lacuna no cuidado em saúde mental nas UBS, agravada tanto pela ausência de profissionais especializados quanto pela falta de treinamento adequado dos profissionais atuantes, como observado por Cezário e colaboradores (2019) em entrevistas com profissionais desse nível de atenção.

O processo de medicalização do cuidado é percebido por diferentes atores — médicos, outros profissionais de saúde e usuários (Santos, Cavalcante, Vieira & Quinderé, 2023; Molck, Barbosa & Domingos, 2021). O ensino médico em saúde mental, focado na chamada psiquiatria biológica, concentra-se exclusivamente no estudo das doenças, desconsiderando outras dimensões e particularidades do sujeito. Consequentemente, os sintomas são atribuídos apenas a desequilíbrios químicos, reforçando a necessidade de intervenção medicamentosa (Santos & Zambenedetti, 2019). Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina busquem ampliar a capacidade de cuidado, a atuação de médicos generalistas na APS ainda revela lacunas no cuidado integral do paciente (Santos et al., 2023).

Para a avaliação de seguimento do paciente depressivo, o Quadro 5 apresenta os fatores utilizados pelos entrevistados.

Quadro 5 - Fatores avaliados no acompanhamento do paciente depressivo na APS em Balneário Arroio do Silva.

| Fatores avaliados no seguimento do paciente depressivo a fim de garantir a manutenção do tratamento | Número de vezes selecionadas | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Efeitos colaterais do(s) medicamento(s) prescrito(s) | | | | | | | | | ● | | |
| Eficácia do(s) medicamento(s) na resolução ou atenuação dos sintomas | | | | | | | | | | ● | |
| Potencial rede de apoio do paciente (familiares, amigos...) | | | | | | | | | ● | | |
| Vulnerabilidades sociais | | | | | | | | | | ● | |
| Desejo do paciente em manter ou descontinuar certo tratamento | | | | | | | | | ● | | |
| Outros: | | | | | | | | | | | |
| - Condição financeira do paciente | ● | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Prática de exercício físico e alimentação adequada | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Outras medicações em uso, comorbidades, opinião do paciente, histórico patológico pregresso e histórico familiar, autopercepção da resposta ao tratamento quanto a efeitos colaterais desejados | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>*O número total de respostas pode exceder o número de entrevistados (N = 11), pois a questão permitia a seleção de mais de uma alternativa.</i> | | | | | | | | | |

Fonte: Autores, 2024.

Em destaque, no Quadro 5, estão eficácia dos medicamentos na resolução ou na atenuação dos sintomas (90,9%), vulnerabilidades sociais (90,9%), desejo em manter ou descontinuar certo tratamento (81,8%), efeitos colaterais (81,8%) e potencial rede de apoio do paciente (81,8%). Em relação ao tempo de reavaliação após a prescrição da terapia adequada, as principais respostas dos entrevistados indicaram retornos em 30 dias (36,4%) e 60 dias (36,4%).

A avaliação do paciente em tratamento para depressão deve considerar a melhora dos sintomas, a percepção do paciente sobre seu bem-estar e o suporte social disponível (Brasil, [s.d.]-d). Os entrevistados destacaram fatores importantes de potencial impacto na adesão ao tratamento. A resposta inadequada aos antidepressivos, por exemplo, pode influenciar a decisão do paciente de interromper a terapia. Além disso, efeitos colaterais são outro fator importante na taxa de abandono à farmacoterapia (Cheng et al., 2020).

A literatura estabelece que os antidepressivos alcançam seu efeito máximo em até duas semanas após o início do uso, embora este período possa variar, chegando a até quatro semanas (Park & Zarate, 2019, Cheng et al., 2020, Montano et al., 2023). Destaca-se que, independentemente da intervenção adotada — incluindo alternativas não farmacológicas —, o tempo mínimo para o surgimento de efeitos significativos permanece o mesmo (Montano et al., 2023). Assim, é recomendado que a primeira reavaliação do paciente ocorra após aproximadamente 30 dias de tratamento. Entretanto, conforme observado por Cheng e colaboradores (2020), a eficácia de muitos antidepressivos é cerca de 1,5 vezes maior na 12^a semana em comparação com a 4^a semana, justificando um intervalo de até 60 dias para reavaliações subsequentes.

A conduta mais adotada pelos profissionais quando a primeira escolha farmacológica não tem o efeito esperado depende do nível de resposta obtido: quando não há nenhuma resposta, a classe medicamentosa é substituída, e quando há resposta parcial, a dose do medicamento é aumentada e é solicitada a reavaliação.

A discussão sobre a melhor conduta em casos de falha terapêutica é altamente relevante, considerando que cerca de 40% dos pacientes tratados com antidepressivos de segunda geração, como os ISRS, não respondem adequadamente (Montano et al., 2023). A substituição da classe medicamentosa é uma prática padrão e bem documentada na presença de efeitos colaterais intoleráveis (Boyce et al., 2020).

Ressalta-se a ínfima evidência concreta de que substituir um medicamento por outro da mesma classe de antidepressivos seja eficaz no manejo do Transtorno Depressivo Maior (Voineskos, Daskalakis & Blumberger, 2020), sendo tolerada se o antidepressivo não foi tomado conforme prescrito por baixa adesão ou por efeitos colaterais (Montano et al., 2023). A troca de classe, por outro lado, aumenta significativamente a resposta terapêutica (Voineskos et al., 2020).

Em relação à melhor escolha para pacientes com resposta parcial à terapia inicial, há pouca evidência consistente na literatura que oriente essa conduta. Recomenda-se manter o tratamento com a dose plena do medicamento por pelo menos seis semanas antes de considerar sua substituição (Boyce et al., 2020). A diretriz da Associação Americana de Psiquiatria (2010) sugere que a otimização da dose do medicamento em uso é um primeiro passo adequado, desde que os efeitos colaterais sejam toleráveis. O fluxo proposto pela maioria dos entrevistados - que recomenda a otimização da dose em caso de resposta parcial e a troca do medicamento em caso de resposta mínima - também está em concordância com o planejamento terapêutico orientado

pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde de Santa Catarina e pelo Ministério da Saúde (Santa Catarina, 2019, 2019; Brasil, [s.d.]‑d).

Os principais parâmetros utilizados para definir o momento adequado de encerrar o tratamento são a resposta do paciente e sua estabilidade clínica (81,8%), além da mudança no estilo de vida (45,5%) e do afastamento de fatores desencadeantes (36,4%). Quanto à duração média dos tratamentos, a maioria dos profissionais indica ser de três meses a um ano (27,3%) e de um a dois anos (27,3%).

Variáveis clínicas, como a resposta à terapia com antidepressivos, eventos estressantes da vida e fatores psicossociais, são parâmetros essenciais na avaliação prognóstica de pacientes com transtornos depressivos (Kraus, Kadriu, Lanzenberger, Zarate Jr. & Kasper, 2019). Quanto à duração do tratamento, a literatura demonstra amplamente que a interrupção do antidepressivo logo após a remissão dos sintomas ou a melhora clínica aumenta o risco de recaída do episódio depressivo (Lewis et al., 2021, Kato et al., 2021; Montano et al., 2023). Diante disso, recomenda-se manter a medicação por pelo menos 6 a 9 meses após a remissão em adultos em geral. Para pacientes com risco elevado de suicídio, o período recomendado é de, no mínimo, dois anos após a remissão completa (Brasil, [s.d.]‑d).

3.5 Limitações e possibilidades para o cuidado no Sistema Único de Saúde

Todos os médicos entrevistados, quando interrogados, afirmaram que as opções terapêuticas disponíveis no SUS para o manejo da depressão não são suficientes. As principais sugestões de alterações que poderiam ser realizadas nessa lista foram a inclusão dos seguintes fármacos: duloxetina (54,5%), escitalopram (45,5%), venlafaxina (36,4%) e sertralina (36,4%). A porcentagem destacada em parênteses após o nome de cada medicamento é referente ao número de participantes que indicaram sua inserção.

Com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), os antidepressivos disponíveis na rede de atenção básica do SUS incluem amitriptilina e nortriptilina (tricíclicos), além de fluoxetina (ISRS). Embora a bupropiona também conste na RENAME, ela é classificada como um componente estratégico (Brasil, 2022). Na lista municipal de Balneário Arroio do Silva, os medicamentos disponíveis na assistência farmacêutica básica são amitriptilina, nortriptilina, imipramina e fluoxetina, todos listados na RENAME para a Atenção Básica (Medicamentos disponíveis, [s.d], Souza, 2021).

Observando os antidepressivos mais prescritos pelos profissionais entrevistados, nota-se uma discrepância entre os medicamentos prescritos e aqueles fornecidos pelo SUS no município. Um estudo descritivo de registros de dispensação de antidepressivos na APS de Florianópolis, capital do estado, mostrou que a fluoxetina, seguida da sertralina, foram os antidepressivos mais dispensados. Nas solicitações judiciais de medicamentos, três antidepressivos representaram 50,9% das solicitações: escitalopram, venlafaxina e duloxetina (Souza, 2021).

Essas limitações na lista nacional de antidepressivos disponíveis para prescrição na APS, como documentado por Souza e evidenciado neste estudo, destacam a relevância das sugestões feitas pelos médicos entrevistados. A escassez de opções medicamentosas pode dificultar o tratamento adequado, impactando a adesão dos usuários do SUS ao tratamento.

Por outro lado, é fundamental compreender o processo de incorporação de medicamentos no SUS, especialmente em relação aos fármacos sugeridos pelos entrevistados. Para um medicamento ser incluído, ele deve primeiramente estar registrado na Anvisa. Em seguida, qualquer parte interessada pode submeter um pedido formal à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), cumprindo etapas que incluem a apresentação de estudos técnicos. A Conitec, então, analisa esses dados, realiza uma consulta pública e, posteriormente, emite seu parecer final, considerando aspectos como eficácia, segurança e efetividade, baseando-se nas melhores evidências científicas disponíveis (Brasil, 2016).

No caso da duloxetina, a principal sugestão dos entrevistados para inclusão no SUS, o processo de avaliação já foi realizado e o parecer técnico está acessível ao público. A comissão decidiu pela não incorporação da duloxetina, uma vez que as

evidências indicaram que sua eficácia e segurança são comparáveis aos antidepressivos já disponíveis no SUS (como amitriptilina, nortriptilina, clomipramina e fluoxetina). Adicionalmente, a análise de custo mostrou que a inclusão do medicamento resultaria em um aumento de R\$ 665,00 a R\$ 1.375,00 por paciente em comparação com as opções já oferecidas (Brasil, 2021).

Filho & Pereira (2021) observaram que, entre as tecnologias incorporadas ao SUS entre 2012 e 2019, a maioria das solicitações (82,4%) teve origem interna, proveniente de secretarias, órgãos e instituições públicas. Em contrapartida, solicitantes externos, como pessoas físicas e entidades privadas, representaram apenas 15,3% das demandas. Esse cenário sugere um protagonismo dos órgãos públicos no processo de solicitação de novos medicamentos, destacando uma possível lacuna de participação direta da população e dos próprios profissionais médicos na fase inicial de incorporação.

Por outro lado, nas consultas públicas realizadas pela Conitec, Martins (2023) identificou que, em 2020, os segmentos mais atuantes foram a sociedade civil (69,59%) e os profissionais de saúde (30,01%). Isso evidencia que tanto a comunidade médica quanto o público em geral têm participado do processo de incorporação de tecnologias, embora majoritariamente em caráter consultivo, e não como demandantes formais.

Por fim, todos os entrevistados indicaram que percebem limitações no SUS para que se realize o manejo adequado de sintomas depressivos. Entre elas, as mais citadas foram a falta de opções medicamentosas gratuitas (63%) e a demora para o atendimento especializado em psiquiatria e psicoterapia (45,5%).

Um estudo recente realizado no Rio de Janeiro, cujo objetivo se assemelha ao deste trabalho, destacou um ponto relevante acerca da medicalização do cuidado em saúde mental: 100% dos médicos acreditam que os usuários são medicados com antidepressivos em virtude do número insuficiente de vagas em psicoterapia (Façanha, 2024). Surjus, Linhares, Pereira, Lauria & Thomé (2020) também identificaram que a ínfima perspectiva de encaminhamentos a serviços estratégicos têm levado à prescrição de psicotrópicos como única forma de cuidado viável.

3.6 Pontos fortes e limitações do estudo

Cabe destacar a relevância do presente estudo no que tange ao cenário e à condição analisados, uma vez que os transtornos depressivos têm significativo impacto na saúde pública brasileira e que a APS é um local estratégico de possível suavização e mitigação do problema.

Quanto às limitações, é preciso considerar a limitada amostra do estudo, bem como o uso de informações dependentes da autopercepção do entrevistado.

4. Conclusão

Identificou-se que o manejo da depressão e de sintomas depressivos no município de Balneário Arroio do Silva, apesar de sua heterogeneidade em algumas condutas, está, em grande parte, concordante com a literatura atual. Foi possível observar, ainda, a importância do nível primário de cuidado no manejo dessas condições de saúde, dada a alta procura por assistência em locais como as UBS.

Dessa forma, o modelo de estudo pode ser aplicado em outras localidades, a fim de mapear este manejo em outros contextos e permitir a análise dos dados para possíveis soluções e aprimoramentos no tocante à educação continuada dos profissionais da APS e à organização das RAPS.

Agradecimentos

Agradecemos profundamente à professora Iane Franceschet de Sousa por toda a sua dedicação como coorientadora do presente trabalho, visto que, sem a sua contribuição, ele jamais teria sido escrito. À professora Ritele Hernandez da Silva,

agradecemos pela disponibilidade e pelo auxílio na orientação da pesquisa.

Além disso, agradecemos aos membros da banca examinadora, pelo tempo destinado ao aprimoramento deste trabalho, e à professora Gabriela Keller, pelas considerações realizadas no processo de pesquisa.

Referências

- Akamine, C. T. & Yamamoto, R. K. (2009). Estudo dirigido: estatística descritiva. (3ed). Editora Érica.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Editora Artmed.
- American Psychiatric Association, Gelenberg, A. J., Freeman, M. P., Markowitz, J. C., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., Rhoads, R. S. V., Reus, V. I., DePaulo, J. R., Fawcett, J. A., Schneck, C. D., & Silbersweig, D. A. (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition*.
- American Psychological Association. Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders. (2019). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts* [Dataset]. <https://doi.org/10.1037/e505892019-001>
- Augustsson, H., Churruca, K., & Braithwaite, J. (2020). Change and improvement 50 years in the making: A scoping review of the use of soft systems methodology in healthcare. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1063. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05929-5>
- Boyce, P., Hopwood, M., Morris, G., Hamilton, A., Bassett, D., Baune, B. T., Mulder, R., Porter, R., Parker, G., Singh, A. B., Outhred, T., Das, P., & Malhi, G. S. (2020). Switching antidepressants in the treatment of major depression: When, how and what to switch to? *Journal of Affective Disorders*, 261, 160–163. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.082>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2021). Duloxetina para o tratamento da dor neuropática e da fibromialgia. *Duloxetina para o tratamento da dor neuropática e da fibromialgia*.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (2016). *Entendendo a incorporação de tecnologia em saúde no SUS: Como se envolver*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde ([s.d.]-a). *Escala de depressão geriátrica (GDS)*. <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/escala-depressao-geriatrica/>
- Brasil. Ministério da Saúde. *Planejamento terapêutico—Depressão no adulto*. ([s.d.]-d). <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/depressao/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/#pills-fluxograma-de-avaliacao>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. ([s.d.]-b). *Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)*. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps/raps>
- Brasil. Ministério da Saúde. ([s.d.]-c). *Saiba mais sobre a APS*. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps/saiba-mais-sobre-a-aps>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, T., & Estratégicos, D. de A. F. e I.). (2022). *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Renome 2022*. Ministério da Saúde.
- Brito, V. C. de A., Bello-Corassa, R., Stopa, S. R., Sardinha, L. M. V., Dahl, C. M., & Viana, M. C. (2022). Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 31, e2021384. <https://doi.org/10.1590/ss2237-9622202200006.especial>
- Bruzeguini, M. V., Pereira, T. F., Pagel, M. L., Lemos, T. C., Prata, E. da S., Cruz, K. C. da, Sarti, T. D., & Viana, M. C. (2023). Instrumentos de rastreio e diagnóstico de transtornos depressivos utilizados na atenção primária: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 18(45), Artigo 45. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3817](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3817)
- Cavalcante, C. C., Feldens, V. P., Kock, K. de S., Martins, H. P., Anschau, J., & Consoni, L. J. (2022). *Prevalência de Sintomas Depressivos em Usuários de Unidades Básicas de Saúde em uma Cidade do Sul de Santa Catarina*.
- Cavalli, L. O., & Carvalho, B. G. (2022). A formação médica na atenção primária à saúde: Uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 46, e131. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.4-20200562>
- Cezário, P. F. O., Cezário, P. de O., Medeiros, R. L. F. M. de, Cabral, S. A. A. de O., Pinheiro, L. V. L. P., & Batista, J. P. (2019). A Inserção do Psicólogo na Atenção Básica: A Visão dos Profissionais de Saúde / The Psychologist's Insertion in Primary Care: The Health Professionals' View. *ID on line. Revista de psicologia*, 13(47), Artigo 47. <https://doi.org/10.14295/online.v13i47.2057>
- Cheng, Q., Huang, J., Xu, L., Li, Y., Li, H., Shen, Y., Zheng, Q., & Li, L. (2020). Analysis of Time-Course, Dose-Effect, and Influencing Factors of Antidepressants in the Treatment of Acute Adult Patients With Major Depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 23(2), 76–87. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyz062>
- Costantini, L., Pasquarella, C., Odone, A., Colucci, M. E., Costanza, A., Serafini, G., Aguglia, A., Belvederi Murri, M., Brakoulias, V., Amore, M., Ghaemi, S. N., & Amerio, A. (2021). Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 279, 473–483. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.131>

Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(12), 129. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>

Damiano, R. F., Hoffmann, M. S., Gossmann, N. P., Pan, P. M., Miguel, E. C., & Salum, G. A. (2023). Translating measurement into practice: Brazilian norms for the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) for assessing depressive symptoms. *Brazilian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2022-2945>

Eder, J., Dom, G., Gorwood, P., Kärkkäinen, H., Decraene, A., Kumpf, U., Beezhold, J., Samochowiec, J., Kurimay, T., Gaebel, W., De Picker, L., & Falkai, P. (2023). Improving mental health care in depression: A call for action. *European Psychiatry*, 66(1), e65. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2434>

Façanha, A. S. O. (2024). *Quando a dor não cabe em cápsulas: A percepção dos médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde acerca do cuidado à depressão*. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/64944>

Faisal-Cury, A., Ziebold, C., Rodrigues, D. M. de O., & Matijasevich, A. (2022). Depression underdiagnosis: Prevalence and associated factors. A population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 151, 157–165. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.04.025>

Fekadu, A., Demissie, M., Birhane, R., Medhin, G., Bitew, T., Hailemariam, M., Minaye, A., Habtamu, K., Milkias, B., Petersen, I., Patel, V., Cleare, A. J., Mayston, R., Thornicroft, G., Alem, A., Hanlon, C., & Prince, M. (2022). Under detection of depression in primary care settings in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 11(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-01893-9>

Filho, F. J. R., & Pereira, M. C. (2021). O perfil das tecnologias em saúde incorporadas no SUS de 2012 a 2019: Quem são os principais demandantes? *Saúde em Debate*, 45(130 jul-set), Artigo 130 jul-set.

Freire, M. Á., Figueiredo, V. L. M. de, Gomide, A., Jansen, K., Silva, R. A. da, Magalhães, P. V. da S., & Kapczinski, F. P. (2014). Escala Hamilton: Estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63, 281–289. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000036>

Furukawa, T. A., Shinohara, K., Sahker, E., Karyotaki, E., Miguel, C., Ciharova, M., Bockting, C. L. H., Breedvelt, J. J. F., Tajika, A., Imai, H., Ostinelli, E. G., Sakata, M., Toyomoto, R., Kishimoto, S., Ito, M., Furukawa, Y., Cipriani, A., Hollon, S. D., & Cuijpers, P. (2021). Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 20(3), 387–396. <https://doi.org/10.1002/wps.20906>

Gabriel, F. C., Melo, D. O. de, Fraguas, R., Leite-Santos, N. C., Silva, R. A. M. da, & Ribeiro, E. (2020). Pharmacological treatment of depression: A systematic review comparing clinical practice guideline recommendations. *PLoS ONE*, 15(4), e0231700. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231700>

Gama, C. A. P. da, Lourenço, R. F., Coelho, V. A. A., Campos, C. G., & Guimarães, D. A. (2021). Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: Perspectivas e desafios. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200438. <https://doi.org/10.1590/interface.200438>

Giordani, J. M. do A., Unfer, B., Merhy, E. E., & Hilgert, J. B. (2020). Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: Revisão sistemática e metassíntese. *Revista de APS*, 23(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.16690>

Gomes, Z. F., & Wanxinack, C. (2022). Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a recursividade do cuidado no território: Equipe de estratégia de saúde da família do município de Guaratuba/PR. *Research, Society and Development*, 11(14), Artigo 14. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.35934>

Gonçalves, D. A., Mari, J. de J., Bower, P., Gask, L., Dowrick, C., Tófoli, L. F., Campos, M., Portugal, F. B., Ballester, D., & Fortes, S. (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: Rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 623–632. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158412>

Huang, K., You, S., Yue, X., Yan, S., Bai, L., He, R., Jiao, Y., Han, B., Momin, K., Wu, J., Jia, Y., & Chen, L. (2023). Effects of non-pharmacological interventions on depressive symptoms and risk of major depressive disorder in adults with subthreshold depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 326, 115333. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115333>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (s.d.). *Balneário Arroio do Silva (SC) | Cidades e Estados*. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/balneario-arroio-do-silva.html>

Kato, M., Hori, H., Inoue, T., Iga, J., Iwata, M., Inagaki, T., Shinohara, K., Imai, H., Murata, A., Mishima, K., & Tajika, A. (2021). Discontinuation of antidepressants after remission with antidepressant medication in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 26(1), 118–133. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0843-0>

Kishi, T., Ikuta, T., Sakuma, K., Okuya, M., Hatano, M., Matsuda, Y., & Iwata, N. (2023). Antidepressants for the treatment of adults with major depressive disorder in the maintenance phase: A systematic review and network meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 28(1), 402–409. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01824-z>

Kraus, C., Kadriu, B., Lanzenberger, R., Zarate Jr., C. A., & Kasper, S. (2019). Prognosis and improved outcomes in major depression: A review. *Translational Psychiatry*, 9(1), 1–17. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0460-3>

Lewis, G., Marston, L., Duffy, L., Freemantle, N., Gilbody, S., Hunter, R., Kendrick, T., Kessler, D., Mangin, D., King, M., Lanham, P., Moore, M., Nazareth, I., Wiles, N., Bacon, F., Bird, M., Brabyn, S., Burns, A., Clarke, C. S., ... Lewis, G. (2021). Maintenance or Discontinuation of Antidepressants in Primary Care. *The New England Journal of Medicine*, 385(14), 1257–1267. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2106356>

Machado, C., Oliveira, J. M. de, & Malvezzi, E. (2021). Repercussões das diretrizes curriculares nacionais de 2014 nos projetos pedagógicos das novas escolas médicas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200358. <https://doi.org/10.1590/interface.200358>

Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *The Lancet*, 392(10161), 2299–2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)

Martins, M. G. (2023). *E-democracia sanitária: Análise do grau de influência da sociedade nas consultas públicas realizadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde em 2020*. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/64465>

- Medicamentos disponíveis do componente básico da assistência farmacêutica - no município Arroio do Silva (s.d.).*
<https://arroiodosilva.sc.gov.br/uploads/sites/316/2023/12/LISTA-DE-MEDICAMENTOS-DISPONIVEIS-NA-FARMACIA-PUBLICA-MUNICIPAL.pdf>
- Melo, G. D., Soares, G. F. Souza, R. F. & Rocha L. L. V. (2021). A realização do diagnóstico de depressão na Atenção Primária à Saúde. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*, 37(1), 10-14.
- Moise, N., Shah, R. N., Essock, S., Jones, A., Carruthers, J., Handley, M. A., Peccoralo, L., & Sederer, L. (2018). Sustainability of collaborative care management for depression in primary care settings with academic affiliations across New York State. *Implementation Science*, 13(1), 128.
<https://doi.org/10.1186/s13012-018-0818-6>
- Molck, B. V., Barbosa, G. C., & Domingos, T. D. S. (2021). Psicotrópicos e Atenção Primária à Saúde: A subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200129. <https://doi.org/10.1590/interface.200129>
- Montano, C. B., Jackson, W. C., Vanacore, D., & Weisler, R. (2023). Considerations when selecting an antidepressant: A narrative review for primary care providers treating adults with depression. *Postgraduate Medicine*, 135(5), 449–465. <https://doi.org/10.1080/00325481.2023.2189868>
- Noetel, M., Sanders, T., Gallardo-Gómez, D., Taylor, P., Cruz, B. del P., Hoek, D. van den, Smith, J. J., Mahoney, J., Spathis, J., Moresi, M., Pagano, R., Pagano, L., Vasconcellos, R., Arnott, H., Varley, B., Parker, P., Biddle, S., & Lonsdale, C. (2024). Effect of exercise for depression: Systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *The BMJ*, 384, e075847. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075847>
- Park, L. T., & Zarate, C. A. (2019). Depression in the Primary Care Setting. *The New England journal of medicine*, 380(6), 559–568. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1712493>
- Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]. Editora da UAB/NTE/UFSM.
- Ramanuj, P., Ferenchick, E. K., & Pincus, H. A. (2019). Depression in primary care: Part 2—management. *BMJ*, 365, l835. <https://doi.org/10.1136/bmj.l835>
- Raue, P. J., Ghesquiere, A. R., & Bruce, M. L. (2014). Suicide risk in primary care: Identification and management in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 16(9), 466. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0466-8>
- Ribeiro, N. C. R., & Martelete, R. M. (2023). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais enquanto um dispositivo info-comunicacional. *Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação*, 28, 1–16. <https://doi.org/10.5007/1518-2924.2023.e90801>
- Santa Catarina (2019). *Linha de Cuidado para atenção à saúde mental..* Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde. <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/14574-anexo-deliberacao-287-2018-linha-cuidado-saude-mental/file>
- Santos, E. K. dos, Rocha, K. B., Salum Junior, G. A., & Gosmann, N. P. (2020). *Estimativas da taxa de subdiagnóstico de episódio depressivo maior no Brasil.* <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/233664>
- Santos, J. C. G. dos, Cavalcante, D. S., Vieira, C. A. L., & Quinderé, P. H. D. (2023). Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 33, e33010. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333010>
- Santos, R., & Zambenedetti, G. (2019). Compreendo o processo de medicalização contemporânea no contexto da saúde mental. *Salud & Sociedad*, 10, 22–37. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.00002>
- Scheffer, G., & Silva, L. G. (2014). Saúde mental, intersetorialidade e questão social: Um estudo na ótica dos sujeitos. *Serviço Social & Sociedade*, 366–393. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282014000200008>
- Scheffer, M., Ribas, S., Brandão, A. P. D., Araújo, W., Miotto, R. A., Poz, M. R. D., Russo, G., Andrietta, L. S., Bahia, L., Moreira, J. P. de L., Castilho, E. A. de, Brandão, A. P. D., Matijasevich, A., Guerra, A., Almeida, C. de J., Miotto, B. A., Guilloux, A. G. A., & Cassenote, A. (2023). *Demografia Médica no Brasil 2023* (6º ed). Cristiane de Jesus Almeida.
- Shitsuka et al. (2014). Matemática fundamental para a tecnologia. Editora Érica.
- Souza, M. N. (2021). *Medicamentos Antidepressivos: Identificação do acesso por diferentes vias em Florianópolis, SC.* Trabalho de conclusão de curso (graduação). Florianópolis: UFSC.
- Souza, R. de, Feitosa, F. B., Rodríguez, T. D. M., & Missiatto, L. A. F. (2021). Rastreamento de sintomas de depressão em policiais penais: Estudo de validação do PHQ-9. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 24(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2021.v24i2.980>
- Surjus, L. T. de L. e S., Linhares, R. R. C., Pereira, E. M., Lauria, B. C., & Thomé, A. M. (2020). Articulações GAM em Santos e a partir de Santos. *Revista Polis e Psique*, 10(2), 122–142. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.103710>
- Vargas, I., Mogollón-Pérez, A. S., Unger, J.-P., da-Silva, M. R. F., De Paepe, P., & Vázquez, M.-L. (2015). Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: From formulation to practice. *Health Policy and Planning*, 30(6), 705–717. <https://doi.org/10.1093/heropol/czu048>
- Vittengl, J. R., Jha, M. K., Minhajuddin, A., Thase, M. E., & Jarrett, R. B. (2021). Quality of life after response to acute-phase cognitive therapy for recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 278, 218–225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.059>
- Voineskos, D., Daskalakis, Z. J., & Blumberger, D. M. (2020). Management of Treatment-Resistant Depression: Challenges and Strategies. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 221. <https://doi.org/10.2147/NDT.S198774>
- Wang, Y.-P., & Gorenstein, C. (2023). Close, but not close enough: Brazilian norms for the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Brazilian Journal of Psychiatry*, 45(4), 304–305. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2023-0050>
- Weihs, K., & Wert, J. M. (2011). A Primary Care Focus on the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. *The American Journal of the Medical Sciences*, 342(4), 324. <https://doi.org/10.1097/MAJ.0b013e318210ff56>

World Health Organization. (2022). *ICD-11 Reference Guide*. <https://iccdcdn.who.int/icd11referenceguide/en/html/index.html>

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>

World Health Organization. (2023). *The selection and use of essential medicines 2023: Web annex A: World Health Organization model list of essential medicines: 23rd list (2023)* (No. WHO/MHP/HPS/EML/2023.02). Artigo WHO/MHP/HPS/EML/2023.02. <https://iris.who.int/handle/10665/371090>

Yan, N., & Hu, S. (2024). The safety and efficacy of escitalopram and sertraline in post-stroke depression: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 24(1), 365. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05833-w>