

A REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

THE ACHIEVEMENT OF DEPRESSION DIAGNOSIS IN PRIMARY HEALTH CARE

GABRIELA DE SOUZA MELO^{1*}, GUSTAVO FONSECA GENELHU SOARES², RONNY FRANCISCO DE SOUZA³, LAMARA LAGUARDIA VALENTE ROCHA^{4*}

1. Acadêmico de graduação do curso de Medicina do Centro Universitário de Caratinga; 2. Professor da disciplina de Psiquiatria do curso de Medicina do Centro Universitário de Caratinga; 3. Doutor em Bioquímica e Biologia Molecular, Professor do curso de Medicina do Centro Universitário de Caratinga e Coordenador do Curso de Biologia do Centro Universitário de Caratinga; 4. Doutora em Biologia Celular e Estrutural, professora do curso de medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

* Rua Professor Olinto, 35, ap. 401, Caratinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35300-166. lamara.laguardia@gmail.com

Recebido em 28/07/2021. Aceito para publicação em 30/08/2021

RESUMO

A depressão maior é uma doença psíquica que traz consequências devastadoras para o paciente. No que se refere à Atenção Primária à Saúde no Brasil, a prevalência pode chegar a 29,5%. O intuito deste trabalho é dar conhecimento e estratégias de como é feito o diagnóstico da depressão, na Atenção Primária à Saúde. O presente estudo espera contribuir, para que os subdiagnósticos sejam reduzidos, bem como as tentativas e os atos do suicídio. Foi feita revisão de literatura integrativa e selecionados artigos totalizando 18 referências bibliográficas. Percebeu-se que, embora haja instrumentos suficientes que possam ser usados em ambulatórios gerais, tanto para rastreamento quanto para diagnóstico, em muitas das vezes, eles sequer chegam a ser utilizados. Para um tratamento eficaz, o primeiro passo consiste na implementação de ações que ajudem no diagnóstico e na aceitação da doença. Há esperança de que com isso haverá mudanças no atendimento e no tratamento a pacientes com depressão na Unidade Básica de Saúde. Portanto, pacientes que têm sintomas que sugerem depressão devem ser monitorados constantemente, diminuindo, o subdiagnóstico e o risco de suicídio, melhorando sobremaneira a qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão, atenção primária à saúde; diagnóstico, prevalência, DSM-V.

ABSTRACT

The major depression is a psychic disease that has devastating consequences for the patient. Regarding Primary Health Care in Brazil, the prevalence can reach 29,5%. The purpose of this study is to provide knowledge and clinic on how depression is diagnosed in Primary Health Care. This study hopes to contribute, for that underdiagnosis will be reduced, as well as the suicide attempt and acts of suicide. An integrative literature review was carried out, and a total of 18 bibliographic references were selected. It is noticed that, although sufficient instruments that can be used in general outpatient clinics, both for screening and diagnosis, in many cases, they were not used. For an effective treatment, the first step consists of in the implementation of actions that help the diagnosis and acceptance of the disease. There is hope that this will

lead to changes in the care and treatment of patients with depression at the Basic Unity of Health. Therefore, patients who have symptoms that suggest depression, should be monitored constantly, reducing the underdiagnosis and the risk of suicide, greatly improving the quality of life.

KEYWORDS: Depression, primary health care, diagnosis, epidemiology, DSM-V.

1. INTRODUÇÃO

A depressão maior é uma doença psíquica comum que traz consequências devastadoras para o paciente¹. Ela constitui um dos maiores contribuintes para a deficiência global em todo o mundo, afetando cerca de 322 milhões de pessoas². De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, a depressão estava em 1º lugar dentre as doenças que mais causam incapacidade não fatal. Outro dado significativo é que, neste mesmo ano, a doença ocupava, mundialmente, o 3º lugar relacionado à incapacidade³. No ano de 2008, a OMS ditou que esta doença estará em primeiro lugar até 2030⁴. Muito embora esta seja um dos transtornos mentais que mais afetam a saúde do indivíduo⁵, felizmente, a depressão tem tratamento⁶.

A característica mais conhecida pela população sobre a depressão é a predominância de tristeza ou vazio, contudo, nem todos os pacientes relatam ter esta sensação. Diversos pacientes destacam cansaço extremo, perda de energia e perda do prazer em atividades que antes eram prazerosas. Há, também, aqueles pacientes que reclamam, por exemplo, de lentidão psicomotora⁷.

Um estudo feito pela revista científica *The Lancet* relatou que na Atenção Primária à Saúde, aproximadamente, um em cada dez pacientes apresenta sintomas relacionados à depressão. O status socioeconômico, genética e outros fatores biológicos podem ter relação com o Transtorno Depressivo Maior¹. O trabalho publicado por Dall'Aglio *et al.* (2021)⁸, fornecem evidências de mudanças transcriptômicas generalizadas na depressão maior. Os dados desses pesquisadores detectaram novas associações e a

elucidação das alterações transcriptômicas que os genes de risco previamente identificados sofrem. Genes como *NEGR1*, *ESR2* e *TMEM106B*, podem ser de relevância chave para a depressão⁸.

No território brasileiro, a prevalência da doença gira em torno de 17%. No que se refere à Atenção Primária à Saúde no Brasil, a prevalência pode chegar a 29,5%, o que destoa bastante dos dados de pacientes na Atenção Primária à Saúde da Espanha (9,6%). Estudos epidemiológicos mostram, além disso, que, mundialmente, milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental, e, infelizmente, esse número é progressivo⁹.

É importante salientar que a depressão é quase duas vezes mais comum em mulheres do que em homens, de acordo com um estudo feito pela revista científica *The Lancet*¹. De acordo com Fleck *et al.* (2009) a depressão é de duas a três vezes mais frequente em mulheres, apesar da pesquisa ter sido realizada em pacientes de outros países¹⁰. Em ambos os sexos, há um aumento na prevalência entre os 20 e 30 anos¹.

Vale ressaltar que os transtornos depressivos causam sofrimento e estão associados ao aumento da mortalidade¹¹. Muitos pacientes acometidos pela depressão, inclusive aqueles que morreram em decorrência do suicídio, nunca tiveram o diagnóstico feito ou tratamento atribuído (mais de 50% dos indivíduos), apesar de existirem várias e disponíveis formas de tratamento¹². A OMS enfatizou que o suicídio é um problema sério de saúde pública e realçou sobre a importância de interferências apropriadas para a depressão. Há evidências irretorquíveis de que o tratamento adequado para esta doença é eficaz para prevenir o suicídio⁶.

No continente americano, o Brasil ocupa o oitavo lugar entre os países com maior número absoluto de suicídios, e é o quarto país latino-americano com a maior progressão de casos de 2000 a 2012. Ao fazer uma comparação na América Latina, os três primeiros países do *ranking* apresentam um crescimento maior no número de suicídios, no entanto, estes possuem quantidades absolutas bem inferiores de casos. Em análise, o Brasil foi considerado o país com a maior quantidade absoluta de casos, sendo constatados 11.821 suicídios entre 2010 e 2012. O número de mulheres que tiraram suas próprias vidas é muito superior se comparado aos homens, 17,80% e 8,20%, respectivamente (dado constatado no período de 12 anos). Um dado de 2014 bastante relevante do DATASUS relatou que, aproximadamente, 10 mil casos de suicídio ocorreram no ano de 2013, e o Sudeste teve o percentual maior, 36% desse total, isto é, 3.636 pessoas¹³.

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou o Boletim Epidemiológico 2017 - perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Este Boletim informou que as notificações por autolesão aumentaram de 9.696, em 2011, para 30.013 em 2016, em mulheres, enquanto nos homens a quantidade observada foi de 5.244 em 2011, e

15.455 em 2016, representando um aumento de 209,5% e 194,7%, respectivamente, para o período analisado¹³.

Além da depressão causar impacto psicossocial negativo, ela está entre as condições de saúde pública mais custosas do mundo. Nos EUA, por exemplo, estima-se que são gastos cerca de 210 bilhões de dólares por ano, por causa dos cuidados médicos e da perda da produção¹². Na Catalunha, em 2006, o custo com a depressão foi de 735 milhões de euros. Os gastos com saúde representaram 21% e 79% desse total foi relacionado à perda de produtividade, incapacidade de trabalhar e suicídio¹⁴. De acordo com um estudo da OMS, em 2016, cerca de 1 trilhão de dólares, anualmente, no mundo, é custodiada a ansiedade e a depressão¹⁵.

Isto posto, o intuito deste trabalho é dar conhecimento e estratégias de como é feito o diagnóstico da depressão, na Atenção Primária à Saúde, de forma eficiente, por meio de questionários feitos durante a anamnese. Faz-se necessário informar sobre a necessidade de diagnosticar esta doença, mostrar os custos com o paciente deprimido e o impacto para a vida deste e dos familiares. O presente estudo espera contribuir, de maneira profícua, para que os subdiagnósticos sejam reduzidos, bem como as tentativas e o ato do suicídio. Por último, é explicitamente inenarrável melhorar a saúde e a qualidade de vida do paciente, de pessoas próximas a ele e da população geral.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo iniciou-se no mês de dezembro de 2019 e foi concluído em maio de 2021. Para construção deste estudo, foi feita revisão de literatura integrativa. Os descritores foram utilizados em inglês: *depression*, *primary health care*, *diagnosis*, *epidemiology*, DSM-V (sendo, respectivamente, depressão, atenção primária a saúde, diagnóstico, prevalência, DSM-V).

Foram pré-selecionados 6 artigos na base de dado SciELO, 5 artigos da MEDLINE, 11 artigos da PubMed, 3 artigos da LILACS dos quais foram excluídos 11 artigos dessa pré-seleção, pois não encaixaram nos critérios de acordo com o objetivo proposto pelo estudo. Foram selecionados, então, 5 artigos da SciELO, 2 da MEDLINE, 5 da PubMed, 2 artigos da LILACS, 1 da Revista Científica *The Lancet*, 1 capítulo do livro *Journal of the American Medical Association - JAMA*, 1 artigo extraído do *JAMA Network*, 1 artigo das Nações Unidas, critérios de diagnóstico do Manual Diagnóstico Estatístico do Transtornos Mentais, quinta edição - DSM-5, 1 artigo da *World Health Organization - WHO*, totalizando 20 referências bibliográficas.

A seguir, será exposta uma revisão bibliográfica referente ao conceito da depressão, à epidemiologia da doença e do suicídio, aos custos com a doença mental e ao subdiagnóstico, bem como será explicitado o diagnóstico baseado em questionários, o tratamento e outros pontos na prática médica.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Grande parte da população busca pela Atenção Primária à Saúde¹², e os transtornos mentais, tais como a depressão, são avaliados nos cuidados de saúde primários¹⁴. É válido rememorar que muitos pacientes podem ser tratados na Atenção Primária à Saúde de forma eficaz¹¹. Entretanto, sabe-se os médicos que não são psiquiatras realizam o diagnóstico da depressão poucas vezes. Como exemplo, tem-se um dado que na Atenção Primária à Saúde e em outros serviços gerais, cerca de 30 a 50% das pessoas que têm depressão não são devidamente diagnosticadas¹⁰.

É importante expor que o diagnóstico de depressão é prejudicado pelas patologias que o paciente apresenta, pelo mal reconhecimento da equipe de saúde⁹, falta de treinamento e pelo fato de que muitos médicos não acreditam que o tratamento seja eficaz¹⁰, além de não existir o devido cuidado Atenção Primária à Saúde, à saúde mental. Percebe-se que, embora haja instrumentos suficientes que possam ser usados em ambulatorios gerais, tanto para rastreamento quanto para diagnóstico, em muitas das vezes, eles sequer chegam a ser utilizados⁹.

Outro ponto que merece ser citado sobre o subdiagnóstico^{6,16} é que os pacientes tendem a evitar o tratamento por medo de ser rotulado como paciente psiquiátrico^{6,10}, em que pese de ser sabido que a conscientização sobre doenças psíquicas crescer nos últimos anos⁶. Além disso, outro ponto que contribui para o subdiagnóstico reside no fato de que os pacientes, na esmagadora maioria das vezes, não acreditam que o tratamento seja eficaz¹⁰.

É de suma importância explicar que a depressão traz consequências como, incapacidade, sofrimento pessoal e familiar, além do isolamento social. Ademais, não bastasse isso, a doença também piora o prognóstico de várias outras doenças, prejudicando ainda mais a qualidade de vida do paciente¹⁶. Ainda no que diz respeito à Atenção Primária à Saúde, a evolução clínica de pessoas acometidas com a doença e a verificação do tratamento mostram-se inadequados¹⁴.

Como realizar o diagnóstico de depressão na atenção primária à saúde

Para fazer o diagnóstico da depressão, é importante salientar que não há exame complementar para tal. Portanto, o diagnóstico é clínico, isto é, é baseado na história clínica e afastando diagnósticos diferenciais. Levam-se em consideração intensidade e duração dos sintomas e o quanto estes impactam nas atividades do dia a dia do paciente¹¹. Assim sendo, para realizar o diagnóstico, como será infracitado (de acordo com os critérios do Diagnóstico e

Manual Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição - DSM-V – Tabela 1^{1,17}), deve-se atentar para sintomas psíquicos, somáticos e evidências no tocante ao comportamento⁶.

De acordo com o DSM-V, como Transtornos Depressivos têm-se: Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Depressivo Persistente (Distímia), Transtorno Disfórico Pré-Menstrual, Transtorno Depressivo Induzido por Substância/ Medicamento, Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica, Outro Transtorno Depressivo Especificado e Transtorno Depressivo Não Especificado¹⁸.

Dentre estes 8 transtornos citados, o Transtorno Depressivo Maior representa o destaque¹⁸. Por isso, por fins didáticos, a categoria de diagnóstico para transtornos depressivos que será explanado a seguir versará apenas sobre o Transtorno Depressivo Maior.

Se o paciente apresentar 5 ou mais dos sintomas abaixo elencados durante as mesmas duas semanas e representarem sofrimento social e em outras áreas da vida do paciente, de forma que pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) anedonia, o diagnóstico para depressão é positivo^{11,18}.

Tabela 1. Critérios de diagnóstico e perguntas para avaliar o Transtorno Depressivo Maior.

Sintomas	Critérios de diagnóstico – DSM V	Sugestões para perguntas
1. Humor deprimido	Humor deprimido a maior parte do dia, quase todos os dias	Como está seu humor ultimamente? Você tem se sentido triste, deprimido ou angustiado? Com que frequência isso tem acontecido? Quanto tempo esses episódios duram?
2. Anedonia	Interesse ou prazer diminuídos em quase todas as atividades a maior parte do dia quase todos os dias	Você acha que tem perdido o interesse em suas atividades do dia a dia? Você tem tido menos prazer nas coisas que costumava apreciar?
3. Distúrbio do sono	Insônia ou hipersônia quase todos os dias	Como você está dormindo? Como está seu sono, ultimamente se comparado com seu sono normal?
4. Mudança de apetite ou peso	Mudança no apetite quase todos os dias ou perda ou ganho não intencional do peso (por exemplo, ≥ 5% da massa corporal em 1 mês)	Você teve alguma mudança no seu apetite ou peso?
5. Diminuição de energia	Fadiga ou pouca energia durante quase todos os dias	Você percebeu alguma redução na sua energia?
6. Aumento ou diminuição da atividade psicomotora	Agitação psicomotora ou retardo motor quase todos os dias	Você tem se sentido inquieto ou, ainda, percebe-se que tem problemas para ficar sentado? Você já se sentiu mais devagar, como se estivesse movendo em câmera lenta ou preso na lama?
7. Redução na concentração	Capacidade de pensar ou de se concentrar diminuídos, ou indecisão quase todos os dias	Você está tendo problemas para se concentrar? Está mais difícil tomar decisões ultimamente do que a tempos atrás?
8. Culpa ou sentimentos de inutilidade	Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva quase todos os dias	Você tem se sentido culpado ou se culpando por coisas? Como você se descreveria para alguém que não conhece?
9. Pensamentos suicidas	Pensamentos recorrentes de morte (por exemplo, medo de morrer, ideação suicida recorrente sem um plano, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio).	Você sente que não vale a pena viver ou que é melhor você morrer? Às vezes, quando alguém se sente para baixo ou deprimido, pode ter pensamentos de morte. Você está tendo pensamentos assim?

Adaptado do JAMA¹¹ e DSM- V¹⁷. Abreviação: JAMA: Journal of the American Medical Association; DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (quinta edição).

Triagem de depressão - questionário sobre a saúde do paciente (9-item *Patient Health Questionnaire - PHQ-9*)

A seguir (Tabela 2), será apresentado o Questionário (PHQ-9), que deve ser feito a pacientes com suspeita de depressão¹¹. Este Questionário avalia a presença de sintomas nas últimas 2 semanas. Varia de 0 a 27 pontos, desde de “de modo nenhum” – 0 pontos; “muitos dias” – 1; “mais da metade dos dias” – 2; “quase todos os dias” – 3¹⁷.

O PHQ-9 é a primeira escolha em grande parte dos ambulatorios da Atenção Primária à Saúde. Salienta-se que, no caso de pacientes depressivos ou que já tiveram depressão, a recomendação é fazer a “triagem” para saber como está a evolução da doença. Destaca-se, então, que este não é um Questionário para fazer diagnóstico, vez que a triagem não exclui, posteriormente, uma avaliação diagnóstica¹⁹.

Tabela 2. Pergunte ao paciente: “Nas últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?” Adaptado do JAMA¹¹.

Nas últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?	De modo nenhum	Muitos dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Sentindo-se para baixo, depressivo, ou sem esperança?	0	1	2	3
3. Problemas para pegar no sono ou continuar dormindo, ou do contrário, dormindo muito?	0	1	2	3
4. Sentindo-se cansado ou com pouca energia?	0	1	2	3
5. Está com pouco apetite ou está comendo muito?	0	1	2	3
6. Sentindo-se mal consigo mesmo – ou que você é um fracasso ou que decepciona-se a si mesmo ou a sua família?	0	1	2	3
7. Problema para se concentrar nas coisas, como lê jornal ou assistir televisão?	0	1	2	3
8. Movendo-se ou falando muito devagar ao ponto que outras pessoas poderiam perceber, ou o contrário, sendo tão inquieto ou agitado que você tem se movimentado mais que o habitual	0	1	2	3
9. Pensamentos de que você estaria melhor morto ou de se machucar de alguma maneira	0	1	2	3

Abreviação: JAMA: Journal of the American Medical Association.

Caso o paciente receba uma pontuação maior ou igual a 10, considere avaliação adicional para possível diagnóstico¹¹.

Agora com o diagnóstico feito, é importante atentar

sobre o pode atrasar ou melhorar o tratamento. Discuta com o paciente a respeito do entendimento e aceitação da doença, pois, a rejeição podem atrapalhar na aderência ao tratamento. Necessário se faz perguntar ao paciente a forma pela qual ele prefere que seja feito tratamento, assim como verificar sobre a resposta à terapia para episódios anteriores de depressão, caso ele tenha experimentado isso em ocasião pretérita. Os antidepressivos usados em episódios anteriores e que foram eficazes, provavelmente, serão também para este novo quadro de depressão¹¹.

4. CONCLUSÃO

Pelo exposto, é possível inferir que a depressão é uma doença em alto grau de prevalência, sendo imprescindível destacar a real importância de se oferecer a devida atenção à saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Para um tratamento eficaz, o primeiro passo consiste na implementação de ações que ajudem no diagnóstico e na aceitação da doença pelo paciente e pelas pessoas vinculadas. Deve-se suspeitar da depressão quando os pacientes queixarem de sintomas como fadiga, dores que são ininterruptas mesmo com medicações (por exemplo, analgésicos), redução de energia, cansaço, dentre outros sintomas vagos²⁰. Presume-se que estratégias viáveis trarão redução nos gastos à saúde pública relacionados à incapacidade e à doença propriamente dita.

Ainda, um ponto que não pode ser dispensado diz respeito à a equipe de saúde das Unidades Básicas de Saúde. Espera-se que haja intervenções psicossociais ao paciente, apoio as situações ocorridas e quebra de paradigmas sobre a doença. Para que exista um fator contribuinte, por exemplo, é de suma relevância a ministração, pelos psiquiatras, de palestras nas Unidade Básica de Saúde, direcionando o assunto em questão aos profissionais da saúde e à população em geral.

Há esperança de que com isso haverá mudanças significativas no atendimento e no tratamento a pacientes com depressão na Unidade Básica de Saúde. Portanto, pacientes que têm sintomas que sugerem depressão devem ser monitorados constantemente, diminuindo, o subdiagnóstico e, por via de consequência, o risco de suicídio, melhorando sobremaneira a qualidade de vida.

5. REFERÊNCIAS

- [1] [Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet 2018; 392:2299–312.
- [2] World Health Organization (2017): Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. [acesso mai. 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>.
- [3] González ACT, Ignácio ZM, Jornada LK, *et al.* Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. Rev Bras Geriatr Gerontol 2016; 19(1):95-103.
- [4] James SL, Abate D, Abate KH, *et al.* Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries

- and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 1789–858. Errata em: *Lancet*. 2019; 393.
- [5] Lopes JM, Fernandes SGG, Dantas FG, *et al.* Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. *Rev Bras Geriatr. Gerontol.* 2015; 18(3):521-531.
- [6] Jo SJ, Yim HW, Jeong H, *et al.* Prevalence of Depressive Disorder of Outpatients Visiting Two Primary Care Settings. *Prev Med Public Health.* 2015; 48:257-263.
- [7] Porto JAD. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21.
- [8] Dall'Aglio, Lorenza, Lewis, Cathryn M., and Pain, Oliver. Delineating the Genetic Component of Gene Expression in Major Depression. *Biol Psychiatry.* Mar 2021; 15;89(6):627-636.
- [9] Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, *et al.* Prevalencia de depressao em usuarios de unidades de atencao primaria. *Rev Psiq Clín.* 2012; 39 (6):194-7.
- [10] Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, *et al.* Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). *Rev Bras Psiquiatr.* 2009; 31 (Supl I):S7-17.
- [11] Jr. JWW, Noël PH, Cordes JA, *et al.* Is this patient clinically depressed? In: Simel DL, Rennie D. *JAMA evidence The Rational Clinical Examination. Evidence-based clinical diagnosis.* Estados Unidos da América; 2009; 247- 63.
- [12] Waitzfelder B, Stewart C, Coleman KJ, *et al.* Treatment Initiation for New Episodes of Depression in Primary Care Settings. *J Gen Intern Med* 2018; 33 (8): 1283–91.
- [13] Garbin CAS, Santos LFP, Moimaz SAS, *et al.* A operacionalização do sus na prevenção e condução de casos de suicídios: análise documental. *Revista Ciência Plural* 2019; 5(2):129-142.
- [14] Aragonès E, Palao D, López-Cortacans G, *et al.* Development and assessment of an active strategy for the implementation of a collaborative care approach for depression in primary care (the INDI·i project). *BMC Health Services Research* 2017; 17:821.
- [15] Investing in treatment for depression and anxiety leads to four-fold return – UN report. *UN News.* 2016 Jan [acesso ago. 2020]. Disponível em: <https://news.un.org/en/story/2016/04/526622-investing-treatment-depression-and-anxiety-leads-four-fold-return-un-report#.Vw6bUPkrJph%22>
- [16] Overend K, Lewis H, Bailey D, *et al.* CASPER plus (Collaborative care in Screen-Positive EldeRs with major depressive disorder): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2014; 15:451
- [17] Stegenga BT, Kamphuis MH, King M, *et al.* The natural course and outcome of major depressive disorder in primary care: the PREDICT-NL study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47:87–95.
- [18] Fawcett JA, Frank E, Angst J, *et al.* Seção II: Critérios Diagnósticos e Códigos Transtornos Depressivos. In: V. JESTE DV, Lieberman JA, organizadores. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição DSM-5.* Rio Grande do Sul: Porto Alegre; 2014; 155-188.
- [19] Thase ME. Recomendações para rastreamento de depressão em adultos. *JAMA.* 2016 Jan [acesso em 14 ago. 2020]; 315(4):349-350. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2484316>
- [20] Giacomantone EG. La depresión: un desafío en la práctica médica general. *Rev Hosp Ital B Aires* 2019; 39(4):128-134.