

# Avaliação do diagnóstico de depressão realizado por médicos da Atenção Primária à Saúde de Anápolis

## Evaluation of diagnosis of depression carried out by physicians of Primary Attention to Anápolis health

Ana Carolina dos Santos Torquato, Bianca Ganzarolli de Souza dos Santos Oliveira, Cristiana Marinho De Jesus França, Deon Vinícius Moreira Pimentel, Fernanda Vale Guimarães, Talita Braga, Valter Luiz Moreira de Rezende.

1- Centro Universitário de Anápolis, Anápolis-GO- Brasil

### Resumo

**Objetivo:** A Atenção Primária à Saúde (APS) tem grande influência no prognóstico da depressão, por conter representativos índices da população com Transtorno Depressivo Maior (TDM), sendo, portanto, fundamental um diagnóstico e condutas corretas. O objetivo deste estudo é conhecer como é abordada a Depressão Maior pelos médicos da APS de Anápolis, pesquisando quais os instrumentos utilizados para o diagnóstico e qual embasamento teórico/prático/científico é utilizado, investigando conduta e manejo adotado em pacientes com o transtorno. **Métodos:** Para tal foi utilizado um questionário estruturado que foi preenchido pelo entrevistado, com finalidade de avaliar os conhecimentos dos critérios diagnósticos e conduta. **Resultados:** Com relação ao embasamento teórico acerca do TDM, 50% tem seu conhecimento advindo de livros e 17,5% fazem uso do DSM 5. Foram utilizados como critérios para o diagnóstico de depressão: alucinações, por 22,5% dos médicos; Alteração do sono e falta de energia, por 70%. Dos profissionais, 15% assinalaram como critérios usados para o diagnóstico, outros transtornos da saúde mental. Com relação ao manejo e conduta adotados pelos médicos, 12,5% encaminham todos os casos, 27,5% sentem-se totalmente seguros para tratar e 33,3% sentem-se totalmente seguros em manejar casos de depressão junto ao psiquiatra. **Conclusão:** Os resultados indicam que uma proporção considerável dos clínicos da rede primária de saúde diagnosticam e manejam este transtorno de maneira inadequada, averiguado através dos erros conceituais, falta de embasamento e utilização equívoca e confusa dos critérios diagnósticos, sugerindo que o diagnóstico de depressão tem sido feito através de conhecimento empírico e não da Medicina Baseada em Evidências.

### Palavras-chave:

Atenção Primária.  
Saúde mental.  
Transtorno  
Depressivo Maior.

### Abstract

**Objective:** The Primary Health Care (PHC) has great influence on the prognosis of depression, because it contains representative indices of the population with Major Depressive Disorder (MDD), and therefore critical diagnosis and correct conduct. This study is to know how it is addressed major depression by doctors of the Anapolis APS, researching what tools are used for diagnosis, checking if it has been done properly and what theoretical basis / practical / scientific is used, investigating conduct and management adopted in patients with the disorder. **Methods:** For this, we used a structured questionnaire, that was completed by the respondent, with the purpose of evaluating the knowledge of diagnostic and management criteria. **Results:** Regarding the theoretical basis (theoretical background) about TDM, 50% have their knowledge gained from books and 17.5% use the DSM 5. Were used, as criteria for the diagnosis of depression, hallucinations, by 22.5% of physicians, sleep changes and lack of energy by 70%. Of the professionals, 15% indicated as the criteria used to diagnose, other disorders of mental health. With respect to the management and conduct adopted by physicians, 12.5% refer all cases, 27.5% feel totally safe to treat and 33.3% feel completely safe in handling cases of depression with the psychiatrist. The results indicate that a considerable proportion of clinical health primary network diagnose and handle this disorder improperly, ascertained through the conceptual errors, lack of foundation and use misleading and confusing diagnostic criteria, suggesting that diagnosis of depression has been done through empirical knowledge and not by Evidence-Based Medicine.

### Keyword:

Major Depressive  
Disorder. Mental  
health. Primary  
care.

\*Correspondência para/ Correspondence To: Ana Carolina dos Santos Torquato: [zinhacarol@hotmail.com](mailto:zinhacarol@hotmail.com)

Recebido em: 24/05/2018 Aprovado em: 06/07/2018

Rev. Educ. Saúde 2018; 6 (1): 70-79

## INTRODUÇÃO

A saúde mental pode ser avaliada pela maneira como uma pessoa reage às situações cotidianas, de como organiza suas emoções, desejos e planos, os quais incluem a capacidade do indivíduo conseguir ter um equilíbrio em suas atividades para tentar obter resiliência psicológica sem que aconteça um desequilíbrio das funções psíquicas<sup>1</sup>. Segundo o Ministério da Saúde, em seu caderno 34 de 2013, as manifestações de sofrimentos mentais mais comuns são insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, sendo que tais sintomas são de grande importância para o rastreamento de um possível diagnóstico de transtorno depressivo maior em um ambiente de atenção básica de saúde.<sup>1</sup>

Quando se trata de depressão, esta suplanta a prevalência dos outros transtornos mentais, atingindo aproximadamente 350 milhões de pessoas no mundo todo. Um estudo realizado pelo The World Mental Health Survey em 17 países mostrou que uma em cada 20 pessoas afirmaram a ocorrência de um episódio depressivo no ano anterior à realização da pesquisa.<sup>2</sup> No Brasil, a prevalência de depressão atinge, aproximadamente, 17% em toda a população ao longo da vida, já em estudo internacional realizado em 18 países, obteve-se prevalência de 11,1%.<sup>3</sup> De acordo com o Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde da Universidade de Washington em seu estudo sobre a Carga de Doença Global, de 2008 a 2010 houve um aumento em 53% no impacto da morbidade no que diz respeito aos anos de vida saudável perdido em função da depressão<sup>4</sup>. Em ambulatórios de Atenção Primária, sua prevalência é estimada em 5% a 10% de todos os pacientes.<sup>5</sup>

Como impacto na vida do indivíduo que apresenta Transtorno Depressivo Maior (TDM) percebe-se que ele acaba apresentando mal rendimento nas atividades laborais e nos relacionamentos interpessoais.<sup>6</sup> Nos EUA 43% dos pacientes com depressão relatam sérias dificuldades com o trabalho, em casa ou em

atividades sociais. O TDM também está associado a uma perda da produtividade estimada em 5,6 horas por semana, o que gera um custo de 40 bilhões por ano, nos EUA.<sup>7</sup> Ainda, mais de 800.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos, sendo o Transtorno Depressivo Maior uma das principais causas. Vale ressaltar que o suicídio é a segunda principal causa de morte na população entre 15 e 29 anos.<sup>2</sup> E no município de Anápolis em 2015 a taxa foi de 3,26% em relação às mortes por causas externas do mesmo ano.

Diferindo das necessidades, o transtorno depressivo tem estado à margem do tratamento clínico na Atenção Primária, sendo subdiagnosticado e quando diagnosticado não recebe o devido tratamento.<sup>8</sup> O manejo efetivo da depressão é impossibilitado por inúmeros fatores, dentre eles inclui-se a falta de recursos, falta de profissionais de saúde treinados e o estigma social associado aos transtornos mentais. Outro empecilho para o cuidado eficaz é a avaliação imprecisa.<sup>2</sup> Estudos indicam que clínicos da rede primária de saúde não diagnosticam e não tratam a depressão de maneira adequada. Isso se deve em parte a formação acadêmica ser realizada em ambulatórios e hospitais psiquiátricos, locais onde os problemas são diferentes aqueles encontrados na prática do centro de saúde, ou seja, o médico não tem recebido uma formação generalista no que diz respeito à saúde mental.<sup>9</sup> Semelhante fato ocorre em diversos países sendo um dos principais alvos de análise e intervenções em GMH (Global Mental Health) é o chamado gap ou hiato terapêutico (mental health gap). A média global de gap de tratamento para esquizofrenia é estimada em 32,2% e em 56% para depressão.<sup>10</sup>

O modelo de Matriciamento ou Apoio Matricial criado por Gastão Wagner Campos em 1999 produz, no modelo de atenção do SUS, uma diluição das barreiras hierárquicas nas quais, antes, o atendimento e acompanhamento de cada caso se perdiam em burocracias de referenciamento.<sup>11</sup> Trata-se de uma colaboração entre os níveis de complexidade, através de criação de grupos e equipes de

### *Avaliação do diagnóstico de depressão*

referência e apoio. Assim, o profissional especialista pode auxiliar no manejo dos casos que geram dúvida no Médico de Família e sua equipe, melhorando tanto o projeto terapêutico quanto a relação do paciente e sua família com a doença em curso devido à educação continuada pela qual esses passam sobre sua doença.<sup>1</sup>

Com isso, o presente trabalho levantou e analisou dados na tentativa de instrumentar a justificativa para tal cenário, com a intenção de fornecer dados capazes de subsidiar ações para a mudança desta realidade.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, quantitativo, transversal e observacional do conhecimento acerca do diagnóstico de depressão pelos médicos que atuam na Atenção Primária, nas Equipes de Saúde da Família (ESF) no município de Anápolis, Goiás, as quais perfazem um total de 54 ESF funcionantes no município de Anápolis. Considerando que cada ESF é composta minimamente por um profissional médico, a população prevista do estudo foi de 54 indivíduos. Foram inclusos os médicos atuantes nas equipes de Saúde da Família da cidade de Anápolis. E, foram excluídas as equipes de Saúde da Família na cidade de Anápolis inauguradas durante o desenvolver do presente trabalho.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado pelos pesquisadores e se organiza no formato de questionário estruturado que buscou avaliar os conhecimentos dos critérios diagnósticos e conduta no Transtorno Depressivo Maior, estes foram preenchidos pelo entrevistado. Depois de elaborado, o questionário foi submetido à avaliação de três psiquiatras e um médico de Família e Comunidade que sugeriram modificações, e, depois dessas realizadas, foi feito um teste piloto em quatro médicos, para o ajuste final do instrumento. O questionário foi constituído de cinco partes, perfazendo um total de 19 questões. A primeira parte com questões conceituais relacionadas ao Transtorno de Depressão Maior, a segunda, englobou perguntas sobre formação e informação sobre o tema, a terceira, abordou

conhecimento de critério diagnóstico, a quarta, questionou sobre critérios e frequência de encaminhamento a especialista, e a quinta parte arguiu sobre conhecimento de tratamento e as consequências dele. Esse questionário só foi preenchido, pelo entrevistado, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando os riscos e benefícios de participação na pesquisa, bem como o seu direito de desistência da participação a qualquer momento da pesquisa. O questionário não identificou o profissional, com fins de manter sigilo e ética. Após o preenchimento pelo médico, foi recolhido o documento pra posterior análise do mesmo. Das 54 ESF abordadas, em seis delas os médicos das equipes não estavam mais trabalhando no local e um estava afastado por motivo de doença. De toda a amostra, apenas sete médicos não aceitaram participar da pesquisa. Portanto, o presente trabalho teve a participação de 40 médicos da ESF do município de Anápolis.

Os dados foram expressos via estatística descritiva como frequência simples, percentuais e gráficos com o intuito de descrever os resultados. As variáveis sócio-demográficas para caracterização dos profissionais foram faixa etária, sexo, tempo de formação e tempo decorrido da última atualização. Em sequência, foram analisados os dados referentes ao diagnóstico e manejo do TDM. Os gráficos foram construídos no software Excel e as tabelas cruzadas no software Statistical Package Social Science (SPSS, versão 22.0)

## **RESULTADOS**

### **I. Dados demográficos**

#### **Idade**

Dos quarenta entrevistados, 39 preencheram a idade, um não preencheu o campo. Como representado na Tabela 1, a maior frequência de faixa etária, representada por 19 entrevistados, foi entre 26 e 30 anos, obtendo um percentual de 48,71%. Dez entrevistados apresentaram idade situada entre 20 e 25 anos. Cinco deles se encontram entre 31 e 35 anos, outros cinco entre 36 e 40 anos.

#### **Sexo**

Quanto ao sexo, 21 dos entrevistados são mulheres e 19 são homens, representando 52,5% e 47,5% da amostra, respectivamente, como representado na Tabela 2.

**Tabela 1:** Dados demográficos relacionados à faixa etária

Faixa Etária	N	N(%)
20 a 25 anos	10	25,64
26 a 30 anos	19	48,71
31 a 35 anos	5	12,82
36 a 40 anos	5	12,82
Total	39	100

**Tabela 2:** Dados demográficos relacionados ao sexo

	N	N (%)
Homens	19	47,50%
Mulheres	21	52,50%
Total	40	100%

## II. Embasamento teórico prático e diagnóstico

Os resultados do estudo demonstraram que os médicos da Atenção Primária à Saúde da cidade de Anápolis, em sua maioria têm seu conhecimento teórico acerca do TDM advindo de livros e do conhecimento adquirido durante a formação acadêmica.

Quando questionados sobre estudo do diagnóstico de depressão no último ano, 60% da amostra relatam ter estudado.

Em relação à atualização dos conhecimentos sobre depressão, Tabela 3, têm-se que 16 médicos não estudaram sobre o tema no último ano, totalizando 40% da amostra. Seguidos a estes, 25% estudaram há um ano, 17,5% estudaram nos últimos seis meses, 12,5% estudaram há um mês, enquanto 5% estudaram sobre depressão há uma semana.

Ao se analisar os dados, viu-se que predominou o uso do critério de Choro fácil para o diagnóstico de TDM, totalizando 82,50% das respostas dos entrevistados. A posteriori, encontra-se a Perda de entes queridos, com 77% e a Alteração do sono com 70%. Contrapondo a estes dados, o quesito menos utilizado pelos profissionais foi a lentificação psicomotora, com 35% das repostas.

Uma das variáveis levantadas para estudo foram os diagnósticos diferenciais considerados pelos participantes. Percebeu-se que 45% dos entrevistados pensam em Transtorno de Ansiedade como opção diagnóstica; 40% salientam a possibilidade de Hipotireoidismo; 22,5% de Alucinações e somente 15% para Transtorno de Conduta.

O baixo nível de escolaridade foi associado à depressão por 20% dos participantes, 32% ao sedentarismo e 47% à diminuição da capacidade laboral.

**Tabela 3:** Número de profissionais que tiveram embasamento teórico sobre o tema, no período.

Atualização do conhecimento	Nº de Profissionais	Nº(%) de Profissionais
Há 1 ano	10	25
Nos últimos 6 meses	7	17,5
Há 1 mês	5	12,5
Na última semana	2	5
Não estudaram sobre o tema no último ano	16	40
Total	40	100

### III. Conduta e manejo

Quando se trata de segurança para diagnosticar, os resultados do estudo demonstraram que a maior parte dos entrevistados sente-se parcialmente seguros para fazer o diagnóstico de depressão. Sendo que 30% dos médicos tem segurança para diagnosticar depressão.

No que diz respeito ao encaminhamento, 50% dos médicos relataram encaminhar metade das vezes e os que encaminham todas às vezes mostraram ser a minoria, 12,5%. Os médicos que optam a maioria das vezes pelo controle na atenção básica totalizam 37,5%. O Gráfico 1, evidencia os critérios usados para encaminhar à psicoterapia, sendo a falha terapêutica a opção mais escolhida.

Comparando a última vez que o profissional estudou sobre o assunto e os motivos que o levam a não encaminhar para psicoterapia, notou-se que independente do tempo de estudo à demora no agendamento e a ausência na rede de serviços adequados associado à relutância do paciente são as principais causas, respectivamente 42, 1%, 31,6% e 21,1%.

Quando questionados sobre segurança para tratar casos de depressão, a maioria, 70%, se sente parcialmente seguro. Uma parcela pequena da amostra, 27,5% dos médicos, se mostrou totalmente seguros para tratar.

Com relação à segurança em manejar os casos de depressão junto ao psiquiatra, 64,1% sentem-se parcialmente seguros, 33,3% totalmente seguros e um médico nunca se sente seguro, representado 2,6% da amostra. Não houve correlação significativa com o tempo de estudo.

Em relação à segurança para manejar situações agudas graves com sofrimento mental e ideação suicida, 5% sentem-se totalmente, 72,5% sentem-se parcialmente seguros, 2,5% sentem-se indiferentes e 20% nunca se sentem seguros para manejar tais situações.

A maioria dos médicos, 75% referem estar parcialmente seguros para tratar os casos de depressão na APS. Acerca do tratamento, dos cinco médicos que estudaram no último mês, 20% sentem-se totalmente seguros para tratar; dos seis que estudaram nos últimos seis meses, 16,7% sentem-se totalmente seguros para tratar e dos 10 que estudaram há mais de um ano apenas um se sente totalmente seguro em tratar correspondendo a 10%. Do total de 40 profissionais, 84% sentem-se parcialmente seguros em tratar.

Independente do tempo de estudo 22,5% dos médicos tem conhecimento total a respeito dos efeitos adversos dos medicamentos utilizados no manejo do TDM.

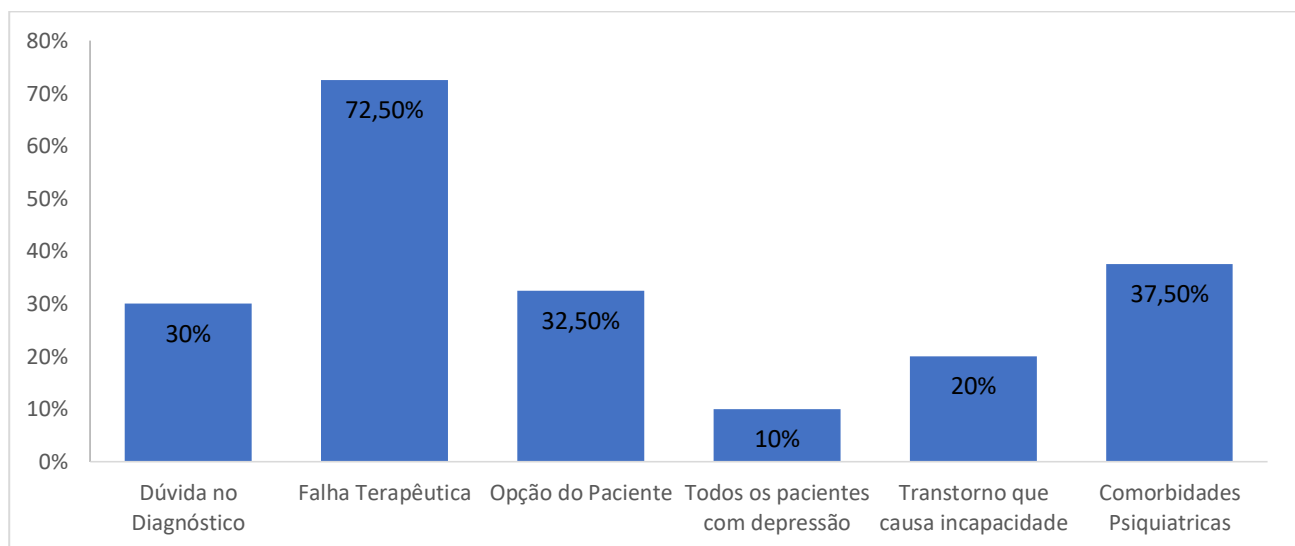
A condução de casos de depressão também foi relacionada com o estudo sobre o tema no

último ano, mostrando que os que estudaram bem como os que não, se sentem totalmente seguros numa proporção de aproximadamente 30% e parcialmente seguros em aproximadamente 70%.

A segurança para acompanhamento conjunto com psiquiatra também foi analisado em relação ao estudo no ultimo ano que demonstrou que daqueles que estudaram 37,5% sentem-se totalmente seguros e 62,5% sentem-se parcialmente seguros para esse tipo de manejo conjunto. Dentre os que não estudaram, metade sente-se totalmente

seguros para acompanhar em conjunto com o médico psiquiatra bem como metade sente-se parcialmente seguro para manejar dessa forma os casos graves de depressão.

A fim de buscar entender se a segurança para conduzir casos de depressão se relacionava com o tempo de formação, foi verificado que dos que se formaram a menos de um ano, 80% sentem-se parcialmente seguros para conduzir casos de depressão. Em contra partida, os que se formaram entre 5 e 10 anos, 40% sentem-se totalmente seguros para essa condução.



**Gráfico 1-** Critérios de encaminhamento utilizados pelos médicos da Atenção Primária à Saúde.

## DISCUSSÃO

A população de médicos atuantes nas Equipes de Saúde da Família (ESF) em Anápolis perfaz um número superior à amostra desse trabalho. No entanto, essa corresponde a uma parcela representativa da realidade municipal. Em se tratando da idade dos profissionais, apenas oito dos entrevistados apresentaram ter entre 20 e 25 anos, e as idades de maior prevalência encontram-se entre 26 e 30 anos, com um número de 17 entrevistados, que correspondem a 42,5%. Diferente do perfil encontrado em uma pesquisa realizada em Campinas, São Paulo com média de idade de 35 anos.<sup>9</sup>

A maioria dos médicos se formaram nos últimos cinco anos, um intervalo menor que o encontrado no mesmo estudo realizado em Campinas-SP<sup>9</sup>, o que leva a crer que as ESFs são uma porta de entrada ao mercado de trabalho para os recém-formados.

O Transtorno Depressivo Maior é uma entidade clínica que é classificada dentro dos transtornos de humor segundo o manual diagnóstico de afecções mentais<sup>12</sup> (DSM 5). Quinze por cento dos médicos participantes do estudo relacionaram a depressão com transtornos de personalidade e/ou transtornos de ansiedade. Este fato chama bastante à atenção, uma vez que segundo descrito por Haddad e colaboradores<sup>13</sup> a compreensão clara dos sintomas e diagnóstico do TDM são o eixo que fazem o profissional de saúde reconhecer e proceder adequadamente na avaliação e intervenção efetiva nos casos depressivos dentro da Atenção Primária à saúde.

Sobre o conceito de Transtorno Depressivo foram indicadas outras entidades clínicas dentro das patologias psiquiátricas, que podem estar correlacionadas com os transtornos de humor, porém não fazem parte de sua

### *Avaliação do diagnóstico de depressão*

conceituação. De acordo com o DSM 5<sup>11</sup> o Transtorno Depressivo Maior é uma entidade clínica que se enquadra dentro dos transtornos de humor, entretanto, Duailibi e Silva<sup>14</sup> explicam que o diagnóstico dos transtornos depressivos possui especificadores de gravidade, características ansiosas, características melancólicas, atípicas, mistas, padrões sazonais e catatonia, as quais são de grande utilidade na melhor caracterização de cada caso, resultando em tratamento mais adequado e prognóstico mais favorável.

Os resultados refletiram que os médicos em sua maioria, utilizam critérios equivocados para o diagnóstico de depressão maior, levando em consideração o DSM 5.<sup>11</sup> Dos profissionais, 22,5% consideram alucinações como um fator diagnóstico. Entretanto, alucinações são alterações da sensopercepção que podem manifestar-se como um sintoma mais comumente dentro do espectro clínico dos transtornos psicóticos. Apesar de poderem ocorrer dentro de um quadro depressivo, não fazem parte de critérios diagnósticos, sendo que quando presentes podem ser preditores de um transtorno depressivo mais grave.<sup>11</sup> Outro fato curioso foi a utilização de critérios como “hipotireoidismo”, “transtorno de personalidade” e “transtorno de conduta” para o diagnóstico de depressão, todos diagnósticos diferenciados do TDM, apesar de poderem ser diagnósticos comórbidos. A falta de conhecimento técnico adequado sobre os transtornos psiquiátricos, em especial os do humor foi demonstrada por Valentini e colaboradores<sup>9</sup> como uma das causas do diagnóstico equivocado e consequente manejos inapropriados da depressão maior na atenção primária à saúde.

A análise dos dados colhidos mostrou que os médicos tem seu conhecimento relacionado à depressão e diagnóstico baseado, em sua maioria, em livros e em conteúdo estudado durante a formação acadêmica, sendo que apenas 17,5% utilizam o DSM 5<sup>12</sup>, que seria o instrumento ideal para o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior. O fato de uma parcela significativa da amostra fundamentar seus conhecimentos clínicos a respeito do assunto em sua formação acadêmica e uma minoria utilizar o Manual Diagnóstico de

Transtornos Mentais torna questionável se suas condutas clínicas realmente são as mais adequadas no manejo da depressão na atenção básica, visto que, estudo realizado por Valentini e colaboradores<sup>9</sup> verificaram que o treinamento em ambulatórios e hospitais psiquiátricos, cujas realidades são bastante destoantes daquelas vistas na Atenção Primária à Saúde são o grande problema na formação dos médicos.

Na pesquisa de Valentini e colaboradores<sup>9</sup>, foi mostrado que quase a totalidade dos clínicos participantes do seu estudo (88%) referiram não estarem preparados para realizar um correto diagnóstico da depressão, sendo relatado por eles dificuldade em tratar com psicoterápicos, necessidade de encaminhamento à psicoterapia e problemas na distinção da depressão em função dos vários estigmas sócio culturais da doença, entretanto, a partir dos resultados obtidos na presente pesquisa, foi notado que a maioria (65%) dos médicos que participaram deste estudo apresentam segurança parcial para diagnosticar depressão e apenas 2,5% nunca têm segurança total para diagnosticar seus pacientes.

Ao analisar o grau de segurança dos entrevistados para conduzir casos de depressão, nenhum médico considerou-se sempre inseguro, apenas um deles avaliou-se indiferente. Portanto, a maioria considerou-se total e/ou parcialmente confiante na conduta foi significativa. Novamente a maioria, 70% dos entrevistados são parcialmente seguros no momento da conduta de tais casos, mostrando uma melhor perspectiva no atual trabalho quando comparado ao de Valentini e colaboradores<sup>9</sup>, no qual foi encontrado quase totalidade dos médicos com dificuldade na forma de conduzir.

Na Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão é abordado como recomendações de encaminhamento/consultoria ao psiquiatra nas situações: 1)risco de suicídio; 2)sintomas psicóticos; 3)história de transtorno afetivo bipolar. O encaminhamento ou consultoria com psiquiatra é apropriado nas seguintes situações: 1) médico sente-se incapaz de lidar com o caso; 2) duas ou mais tentativas de tratamento

antidepressivo malsucedidas ou com resposta parcial.<sup>15</sup>

Os critérios mais utilizados para encaminhamento foram falha terapêutica, comorbidades psiquiátricas, opção do paciente e dúvida no diagnóstico. Portanto, os 72,5% dos médicos que estão fazendo o encaminhamento devido falha terapêuticas têm respaldo na literatura, assim como os 37,5% que usam comorbidades psiquiátricas como critério. Uma pequena parte dos entrevistados, 10%, encaminha todos os pacientes com depressão, apresentando segundo a Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão, uma conduta inapropriada.<sup>15</sup>

Valentini e colaboradores<sup>9</sup>, afirmam que a maioria dos indivíduos com depressão é atendida pelos serviços de Atenção Primária, enquanto apenas uma minoria recebe atendimento de especialistas em saúde mental. porém através do presente trabalho, encontramos que 50% dos médicos participantes do trabalho fazem o encaminhamento em metade dos casos de depressão diagnosticados.

Na presente pesquisa, no que tange ao estudo no último ano sobre depressão, foi de relevância estatística a relação deste o critério para encaminhar ao especialista quando o paciente cursa com comorbidades psiquiátricas, assim, os médicos que declararam não ter estudado sobre depressão no último ano são os que mais encaminham pacientes, 18,8% com outros transtornos mentais além da depressão para ser acompanhado com o psiquiatra. A diretriz da Sociedade Holandesa de Clínica Geral, usada para estudo da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, estabelece que um dos critérios para encaminhamento ao especialista é justamente a presença de comorbidades. Isso leva a crer que mesmo sem a atualização no último ano sobre o tema, muitos médicos atuantes na APS de Anápolis, contam com o conhecimento prévio sobre a melhor conduta.<sup>16</sup>

Quando não é realizado o encaminhamento, o maior motivo assinalado, 77,5%, foi devido à boa resposta ao tratamento na Atenção Primária. Posteriormente a segurança do diagnóstico é utilizada como motivo de não encaminhar por

20% dos entrevistados. Como já analisado, dos motivos de encaminhamento, o principal foi falha terapêutica, ou seja, quando há boa resposta, não é feito o encaminhamento, apresentando resultado compatível com o estabelecido pelos critérios da diretriz da Sociedade Holandesa.<sup>16</sup>

Com relação ao estudo sobre o tema no último ano, não foi verificada diferenças significativas, pois independente de terem ou não buscado informações sobre o assunto nesse período, menos de 30% dos profissionais se sentem totalmente seguros para diagnosticar e conduzir os casos de depressão. Pode-se relacionar ao que foi descrito por Haddad e colaboradores<sup>13</sup>, o qual evidenciou que aproximadamente 70% dos profissionais que trabalham na Atenção Primária referem como desgastante o manejo dos pacientes depressivos. Em torno de 30% dos médicos declararam que há pouco a ser oferecido para tais pacientes e cerca de 28% não acreditam em um tratamento eficaz para a depressão. Em contrapartida, no mesmo estudo, cerca de 50% dos profissionais se sentem confortáveis em lidar com pacientes depressivos, deixando uma grande interrogação sobre quais seriam as reais causas da não segurança relacionada à depressão.

Em termos de tempo de formação e segurança para conduzir depressão, notou-se um aumento crescente na segurança em diagnosticar, compatível com o maior número de anos de formação, o que sugere que a prática da medicina ao longo do tempo garante maior segurança nesses casos. Este dado vai contra o que foi verificado por Haddad e colaboradores<sup>13</sup>, que em seu estudo demonstraram que quanto mais jovem em formação era o profissional. maior sintonia com provas, questões e associações relacionadas a medicina baseada em evidências.

Tratamentos psicológicos na Atenção Primária têm sido descritos como bons coadjuvantes para os de casos de depressão. Em um estudo, a terapia cognitiva sozinha foi mais eficaz do que a medicação isolada<sup>16</sup>. Aparentemente, a dúvida não é o principal fator que leva ao não encaminhamento à psicoterapia pelos médicos da APS de Anápolis. Sendo que prepondera sobre a adoção ou não desse tipo de manejo conjunto a demora de agendamento pela rede.



### Avaliação do diagnóstico de depressão

Tendo em vista a demora e dados da literatura, percebe-se a importância de um acompanhamento mútuo, o que evidencia a necessidade da melhoria de disponibilidade da rede de atenção à saúde mental do município, reduzindo o tempo de espera do paciente para usufruir de tal método tão relevante na evolução positiva dos casos de depressão.

Além disso, percebe-se que os resultados do cruzamento de dados vão ao encontro do estabelecido pela Diretriz Holandesa<sup>16</sup>, visto que os médicos atuantes na APS de Anápolis, 36 profissionais, mesmo os que relataram estudo sobre depressão no último ano, não realizam o encaminhamento ao especialista de todos os pacientes com depressão, melhorando a possibilidade de resolução e controle dos casos captados na Atenção Primária que deve ser alta segundo a literatura.<sup>18</sup>

O encaminhamento ao especialista, quando relacionado ao estudo no último ano, conta com uma taxa maior entre os médicos da APS de Anápolis. Sendo que 62,5% não atualizam seu conhecimento sobre depressão para fazê-lo. Com isso percebe-se a necessidade de um programa de educação permanente para garantir que as Equipes de Saúde da Família sejam resolutivas e diminuam as filas de marcação com especialistas.

Da amostra, 24 médicos entrevistados relataram que estudaram no último ano sobre depressão, no entanto, apenas seis desses afirmaram ter segurança para tratar e por isso não encaminham Haddad e colaboradores<sup>13</sup>, mostraram em sua revisão de literatura que médicos generalistas não consideram que o médico psiquiatra seja melhor no manejo da maioria dos casos de depressão da Atenção Primária além do fato de que eles sentem-se confortáveis em conduzir esses casos.

Do total de 16 que não estudaram sobre depressão no último ano, 12 relataram que o motivo de não encaminhar é a boa resposta ao tratamento, isso vai ao encontro das recomendações da Sociedade Holandesa de Médicos Generalistas<sup>15</sup>. Se os casos são responsivos à terapia e até mesmo ao seu reajuste, não há motivos para se encaminhar.<sup>16</sup>

### DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

**Forma de citar este artigo:** Torquato ACS, Oliveira BGSS, França CMJ, Pimentel DVM, Guimarães FV. Avaliação do diagnóstico de depressão realizado por médicos da Atenção Primária à Saúde de Anápolis. Rev. Educ. Saúde 2018; 6 (1): 70-79.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Ministerio da Saúde. Saúde mental. Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF); 2013.
- 2 - Marina MM, Taghi Y, Mark VO, Dan C, Shekhar S. Depression: a Global Public Health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. 2012; [S. I.], [s. v.], [s. n.], p. 6-8.
- 3 - Mariane RA, Lopez M, Carolina DW, Jerônimo CB, Karen J, Luciano DMS, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. RevPsiq Clín. 2012. [S. I.], v. 39, n. 6, p. 194-197.
- 4 - Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde. Estudo de Carga de Doença Global: gerando evidências, informando políticas de saúde. Seattle: IHME, 2013.
- 5 - Arantes DV. Depressão na Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Med. 2007, Rio de Janeiro, v.2, n. 8, p. 261-270.
- 6 - Pratt LA, Brody DJ. Depression in the U. S. household population, 2009-2012. Hyattsville: National Center for Health Statistics, 2014.
- 7 - Sarra LH, Joel K, Rachel L, Grace M, Peter T, Elizabeth APC, et al. Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health. 2015. [S. I.]: SAMHSA.
- 8 - Associação Brasileira de Psiquiatria. Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil. Brasília; 2014.

- <sup>9</sup> Willians V, Itzhak L, Robert K, Claudio TM, Andrea AFM, Marcelo FM, et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev. Saúde Pública*. 2004. [S. l], v. 38, n. 4, p. 522-528.
- <sup>10</sup> Wenceslau Leandro David, Ortega Francisco. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015 Dec [cited 2018 Aug 13]; 19(55):1121-1132. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000401121&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401121&lng=en). Epub Aug 21, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>.
- <sup>11</sup> Dulce HC, Daniel AG, Dinarte B, Luís FT, Luiz FC, Naly A, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. 2011. Brasília, DF: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- <sup>12</sup> American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM-5. : Artmed, 2014. xlv, 948 p.
- <sup>13</sup> [Haddad M](#), [Menchetti M](#), [Walters P](#), [Norton J](#), [Tylee A](#), [Mann A](#), et al. Clinicians attitudes to depression in Europe. *Family Practice*. 2012. [S. l], v. 29, n. 1, p. 121-130.
- <sup>14</sup> Kalil D, Anderson SMS, Camila FBJ. Depressão: critérios do DSM-5 e tratamento. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*. 2014. [S. l], v. 40, n. 1, p. 27-32.
- <sup>15</sup> Marcelo PF, Marcelo TB, Beny L, Everton BS, José AP, et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2009. São Paulo, v. 31, n. 1, p. 7-17.
- <sup>16</sup> Van Weel BEM, Van Gelderen MG, G HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, et al. Depressão: Resumo da diretriz NHG M44. [S. l]: SBMFC, 2012.
- <sup>17</sup> Moore RG. Improving the treatment of depression in primary care: problems and prospects. *British Journal of general Practice*. 1997. p. 587-590.
- <sup>18</sup> Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2002. Brasília: Unesco-Ministério da Saúde..