

Tratamento medicamentoso para depressão e prevenção quaternária Drug treatment for depression and quaternary prevention

Tratamiento farmacológico para la depresión y la prevención cuaternaria

Marco Túlio Caria Guimarães Pereira¹, Felipe Augusto Morais de Souza², Felipe Monte Cardoso³

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG

² Instituto de Psiquiatria da UFRJ - IPUB

³ Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis - SC

Resumo

O uso generalizado de antidepressivos tem aumentado progressivamente nos últimos anos. No entanto, as evidências para o tratamento medicamentoso da depressão são pouco consistentes, sendo restritas as formas mais graves do transtorno e com modesta melhora clínica. Além disso, os efeitos adversos e os riscos relacionados ao uso crônico dessas medicações estão bem estabelecidos na literatura científica. Assim, é importante que os médicos de família tenham uma abordagem crítica deste problema e se questionem qual a melhor forma de ajudar seus pacientes. Os autores deste artigo levantam algumas hipóteses para explicar a prescrição excessiva de antidepressivos e, principalmente, trazem orientações para médicos de família e comunidade no cuidado das pessoas com depressão, com sugestões práticas de orientar o cuidado pela prevenção quaternária, utilizando ferramentas como o compartilhamento de decisão, o cuidado colaborativo e a busca dos suportes sociais durante a consulta.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Depressão; Antidepressivos; Prevenção Quaternária.

Autor correspondente:

Marco Túlio Caria Guimarães Pereira.

E-mail: marcotuliocgp@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 15/06/2020.

Aprovado em: 09/06/2021.

Como citar: Pereira MTCG, Souza FAM, Cardoso FM. Tratamento medicamentoso para depressão e prevenção quaternária. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2568. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2568](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2568)



Abstract

The widespread use of antidepressants has increased steadily in recent years. However, the evidence for drug treatment of depression is not very consistent, with the most severe forms of the disorder being restricted and with modest clinical improvement. In addition, the adverse effects and risks related to the chronic use of these medications are well established in the scientific literature. Thus, it is important that family doctors take a critical approach to this problem and ask themselves how best to help their patients. The authors raise some hypotheses to explain the excessive prescription of antidepressants and, mainly, bring guidelines for family and community doctors in the care of people with depression, with practical suggestions to guide care for quaternary prevention, using tools such as sharing of decision, collaborative care, and the search for social supports during the consultation.

Keywords: Primary Health Care; Depression; Antidepressive Agents; Quaternary Prevention.

Resumen

El uso generalizado de antidepresivos ha aumentado de manera constante en los últimos años. Sin embargo, la evidencia para el tratamiento farmacológico de la depresión no es muy consistente, ya que las formas más graves del trastorno están restringidas y con una modesta mejoría clínica. Además, los efectos adversos y los riesgos relacionados con el uso crónico de estos medicamentos están bien establecidos en la literatura científica. Por lo tanto, es importante que los médicos de familia adopten un enfoque crítico de este problema y se pregunten cuál es la mejor manera de ayudar a sus pacientes. Los autores plantean algunas hipótesis para explicar la prescripción excesiva de antidepresivos y, principalmente, traen pautas para los médicos de familia y comunitarios en la atención de personas con depresión, con sugerencias prácticas para orientar la atención para la prevención cuaternaria, utilizando herramientas como el intercambio de decisiones, colaborativa atención y búsqueda de apoyos sociales durante la consulta.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Depresión; Antidepresivos; Prevención Cuaternaria.

INTRODUÇÃO

O consumo de antidepressivos está crescendo no Brasil e no mundo.^{1,2} Dados ingleses evidenciam que os antidepressivos foram a classe de medicamentos com maior aumento de prescrição no ano de 2016, com crescimento em sua dispensação de mais de 100% em uma década.³ Apesar disso, há um conjunto de controvérsias sobre seus benefícios e inúmeras críticas sobre suas indicações.⁴⁻⁶

A primeira controvérsia é a questionável teoria de que a depressão é causada por baixos níveis de serotonina cerebral. Explicação utilizada nas propagandas das empresas farmacêuticas,⁷ induz naturalmente à prescrição de medicamentos como forma de resolver tal desequilíbrio. Entretanto, tais teorias não são mais sustentáveis pelas evidências científicas.^{4,8}

Além disso, a despeito da ideia bastante comum de que existe subdiagnóstico de depressão na APS,⁹⁻¹¹ esta tendência parece estar se invertendo, pendendo para o sobrediagnóstico,¹²⁻¹⁴ possivelmente pelo afrouxamento de critérios nas classificações diagnósticas mais recentes,¹³ bem como pela dificuldade de discernir formas graves e crônicas da depressão de sintomas depressivos autolimitados.^{13,15} Além disso, critérios diagnósticos mais sensíveis podem levar ao sobretratamento da depressão.^{13,16}

Por fim, os resultados clínicos do tratamento medicamentoso são pouco consistentes. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), por exemplo, melhoram a pontuação na escala de avaliação de depressão de Hamilton (EADH) em apenas 1,8 pontos em comparação ao placebo. De acordo com *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS), benefício clínico significativo se dá com diferenças acima de 3 pontos.^{17,18} Os antidepressivos parecem ser superiores ao placebo apenas em casos de depressão grave. Estudos mostraram resultados estatisticamente significativos apenas para valores na EADH acima de 25.¹⁹ E, mesmo nesses casos,

análises adicionais de uma metanálise indicaram que a aparente efetividade clínica entre os pacientes gravemente deprimidos refletia uma diminuição da capacidade de resposta ao placebo, em vez de uma maior capacidade de resposta aos antidepressivos.¹⁷

Diante deste ciclo vicioso, embasado pelo esgotado modelo biológico-comportamental de saúde mental,²⁰ buscamos discutir, a partir da crítica ao uso inapropriado dos antidepressivos, alternativas abrangentes para o tratamento da depressão ancoradas no conceito de prevenção quaternária (P4).

Por que é um problema de P4?

Define-se prevenção quaternária (P4) como proteção de indivíduos em risco de intervenções médicas desnecessárias e/ou prejudiciais, levando a sobrediagnóstico e sobretratamento. Ações de P4, portanto, buscam atenuar ou evitar as consequências do intervencionismo médico excessivo.²¹ Logo, cabe ao médico de família e comunidade (MFC) avaliar os benefícios clínicos (questionáveis no caso dos antidepressivos) e os danos potenciais das medicações prescritas, para compartilhar as melhores decisões clínicas com seus pacientes.

No caso dos antidepressivos, malformações fetais,²² disfunções sexuais e abstinência são alguns dos danos potenciais descritos.²³ A síndrome de abstinência após a descontinuação da medicação pode provocar irritabilidade, alteração do sono, agravamento do humor, tontura e piora dos sintomas ansiosos e depressivos,²⁴ sendo com frequência interpretados como recaídas do transtorno, favorecendo o uso crônico das medicações.²⁵ Tal fato demanda uma descontinuação lenta e gradual dessas drogas, causando desconforto e retornos recorrentes ao médico para gestão da dose, ocasionando hiperutilização do sistema de saúde.^{24,25}

O uso generalizado de antidepressivos também pode produzir efeitos nocebo, minando o senso de autoeficácia das pessoas, empurrando-as para uma vida de dependência de serviços de saúde.^{4,5} Não há dúvida que depressão é um sinal que a vida não anda bem⁵ e o papel do profissional de saúde é contribuir na interpretação do problema, ajudando a ressignificar os processos que afetam a saúde mental das pessoas.⁴

Estas medicações também interferem na consciência e na autopercepção e, muitas vezes, os sintomas psíquicos são os únicos indicativos de processos subjacentes desconhecidos. A sedação pode implicar em perda de contato com tais processos, gerando manipulação do comportamento e alienação de suas questões, potencializando o risco de cronificação do transtorno.⁴ Além disso, a prescrição precoce de antidepressivos desvia a construção do plano de enfrentamento ao problema, tendendo a centrar o cuidado em torno da medicação, seus resultados, a adaptação ao uso e possíveis efeitos adversos.

Considerando os pressupostos da P4 cabe avaliar se os tratamentos ofertados na atenção primária para depressão são os mais adequados para as pessoas que procuram cuidado.

Por que ocorre o uso excessivo de antidepressivos atualmente?

Os autores trazem algumas hipóteses para explicar este fenômeno, a partir de estudos sobre o tema. Um mix de fatores estão articulados, de forma que não é possível apontar uma causa isoladamente.

Uma justificativa para o uso generalizado de antidepressivos reside no fato do modelo explicativo da depressão como desequilíbrio químico cerebral estar muito presente no pensamento médico contemporâneo.^{26,27} Como dito, esta hipótese foi refutada pelas evidências atuais. Ademais, a depressão é

um fenômeno de forte componente psicossocial.^{28,29} Moncrieff (2018)⁵ denomina essa visão de que fármacos funcionam “corrigindo” uma anormalidade cerebral como modelo de ação medicamentosa “centrado na doença”. Ao mesmo tempo, traz uma explicação alternativa de um modelo “centrado nas drogas”, que sugere que as medicações influenciam os sintomas por meio de seus efeitos psicoativos. Tais remédios seriam drogas ‘psicoativas’ e se incluiriam no mesmo hall das drogas recreativas. Eles modificam pensamentos, emoções e comportamentos de maneira característica, gerando o entorpecimento das emoções, podendo assim, ter algum impacto no humor deprimido.⁵

Além do modelo explicativo de ação do fármaco centrado na doença, outro fator que tem relação com a prescrição de psicotrópicos são as características do diagnóstico da depressão. Junto às controvérsias sobre os critérios diagnósticos da depressão aventadas na introdução, há uma peculiaridade adicional na APS: via de regra, sintomas psíquicos não respeitam limites das síndromes psiquiátricas tradicionais, havendo com frequência pessoas com sintomas depressivos, ansiosos e somáticos sobrepostos,³⁰ o que pode impulsionar a prescrição de antidepressivos.³¹ Critérios diagnósticos para a APS devem ter bom valor explicativo e preditivo,³² o que não parece ser o caso do transtorno depressivo maior.¹³ De forma ainda mais preocupante, existem recomendações de rastreio na APS,³³ mesmo com evidências insuficientes ou frágeis,^{34,35} o que aumenta a preocupação com o sobrediagnóstico e sobretratamento.^{36,37} Diante deste cenário, deve-se questionar qual a validade dos MFC aumentarem sua acurácia dos métodos diagnósticos existentes.

Outro fator que pode estar relacionado ao uso excessivo de antidepressivos é o fato da prescrição de antidepressivo significar, de certa forma, o reconhecimento de um sofrimento psíquico que demanda cuidado, evocando a metáfora balintiana do “médico como primeiro medicamento”.³⁸ A partir disto, levanta-se a hipótese de que a prescrição do psicotrópico seja um reconhecimento do sofrimento da pessoa, frente às narrativas de desvalorização de seu quadro em outros serviços de saúde. A valorização do conhecimento da singularidade de cada sujeito e de fatores contextuais para a prescrição de antidepressivos por MFCs³⁹ e a melhor acurácia diagnóstica de avaliações longitudinais⁹ indicam a importância da relação médico-pessoa neste cenário. Desta forma, fatores que prejudiquem esta relação podem estar relacionados à prescrição excessiva de antidepressivos. Como exemplo, pode-se citar a elevada rotatividade dos médicos da APS no Brasil,⁴⁰ o que dificulta um seguimento adequado das pessoas com sintomas depressivos.

Por fim, cita-se como possível fator relacionado à prescrição excessiva de antidepressivos a profunda desigualdade social do nosso país. Somam-se a este contexto as deficiências da rede de assistência e de políticas públicas, resultando num cenário em que médico e pessoa têm enormes dificuldades em estabelecer estratégias de cuidado com bases em suportes sociais. Diante deste difícil cenário, um “tratamento paliativo” através da medicalização do sofrimento pode parecer o único cuidado possível. Porém, tal abordagem incorre no risco de ser iatrogênica, pois tal postura desacredita os sujeitos da sua capacidade de construir soluções singulares para seus problemas, além de expô-los a tratamentos prolongados, ineficazes na maioria das vezes e potencialmente danosos. Esta abordagem também impõe às pessoas o estigma do diagnóstico e a cronificação de um cuidado em saúde que tem pouco a oferecê-los.⁴¹

Ao discutir os possíveis fatores relacionados ao uso excessivo de antidepressivos, demonstra-se que este é um fenômeno complexo e com múltiplos fatores sobrepostos e interligados. Assim, não se busca culpabilizar os médicos por estas intervenções excessivas, mas sim refletir sobre possíveis causas, de forma a estabelecer estratégias para a prevenção quaternária.

Como enfrentar esse problema?

Postas, sob a luz dos preceitos da prevenção quaternária, as críticas ao uso indiscriminado dos antidepressivos, propõe-se discutir como lidar com este problema, principalmente a partir das possibilidades no escopo da relação médico-pessoa. É uma questão complexa, pois os paradigmas em relação à depressão e aos antidepressivos expostos neste trabalho estão presentes na subjetividade dos médicos e no imaginário social. Todo MFC já ouviu alguém dizer que está com depressão, ao descrever um momento de tristeza diante das vicissitudes da vida. E, na maioria das vezes, parte da expectativa das pessoas ao procurar atendimento relaciona-se à prescrição de psicotrópicos, seja por já terem usado previamente ou pela experiência de algum conhecido. Assim, as críticas apresentadas só têm sentido quando se desdobram no encontro clínico.

O compartilhamento de decisão é reconhecido como parte importante do processo clínico,⁴²⁻⁴⁴ sendo introduzido em modelos de abordagem individual, como o método clínico centrado na pessoa.⁴⁵ Estudos têm avaliado os efeitos clínicos deste tipo de modelo de decisão e têm evidenciado consistentemente melhores resultados na relação médico-pessoa, com maior satisfação do paciente e maior adesão ao plano de cuidado.⁴⁶

Entretanto, há poucos trabalhos na literatura científica que auxiliem a operacionalizar o compartilhamento de decisão no cotidiano das consultas. Os que o fazem, utilizam na maioria das vezes ‘*decision-aid cards*’ ou instrumentos de informação ao paciente,⁴⁷ geralmente limitados à escolha de tratamentos farmacológicos. Há uma nítida dificuldade dos médicos executarem o compartilhamento de decisão nas suas consultas.⁴⁸

Este trabalho traz apontamentos (Quadro 1) para a prática do compartilhamento de decisão no cuidado longitudinal de pessoas com depressão, considerando também os preceitos da prevenção quaternária:

Estabeleça uma relação de parceria: modelos teóricos de compartilhamento de decisão colocam como primeiro passo o estabelecimento de uma relação de parceria (*partnership*).^{42,49} Médico e paciente devem vislumbrar que o cuidado terapêutico será uma longa caminhada, com aclives e declives, e não uma corrida de cem metros. Outro fundamento ético desta relação é que decisões são tomadas conjuntamente: médico e pessoa devem ter acordo dos rumos do processo terapêutico e as divergências devem ser discutidas até um entendimento mútuo.

Compartilhe o diagnóstico: quando se fala em compartilhar decisões, o foco está nas decisões sobre o plano de cuidado. No entanto, o diagnóstico também é uma decisão que deve ser compartilhada; médico e pessoa devem decidir juntos a fronteira entre tristeza e depressão diante dos problemas da vida.

Longitudinalidade: atributo essencial da APS, deve ser explorado na relação de cuidado. Não é preciso pressa para estabelecer o diagnóstico e deve-se conhecer mais a pessoa para afirmar que se trata de depressão. Importante ressaltar que adiar um diagnóstico não significa adiar o plano de cuidado, ou seja, é possível cuidar antes de ‘dar um nome’ ao sofrimento.

Evite decisões sobre antidepressivos no início: como visto, as evidências científicas dos antidepressivos são questionáveis e reservadas para os casos mais graves. No entanto, uma vez iniciados, tendem à cronicidade.⁵⁰ Assim, sempre que possível, antes de iniciar um medicamento, explore com a pessoa outras possibilidades.

Responsabilize a pessoa por seu próprio cuidado: reforce seu papel ativo. Incentive a prática de atividade física, cuidados com a alimentação e outras formas de cuidado mental como ioga e meditação.⁵¹

Valorize e envolva os outros profissionais no cuidado: é papel do MFC envolver e coordenar o cuidado com outros profissionais da equipe multidisciplinar, que contribuirão com seus saberes e práticas, tendo a pessoa como centro do cuidado.

Explore potencialidades sociais e comunitárias: aborde o fortalecimento e construção de laços sociais, com amigos e familiares e avaliem as possibilidades de acesso a iniciativas comunitárias, como a prescrição social,⁵²⁻⁵⁴ arteterapia^{55,56} e práticas corporais como a dança.⁵⁷

Quadro 1. Orientações para MFC no cuidado da depressão.

O que fazer	O que evitar
Estabelecer uma relação de parceria ^{42,49}	Desvalorizar sintomas sem explicação médica ^{42,49}
Compartilhar decisões: do diagnóstico ao tratamento ^{42-44,46}	Renovar a prescrição de psicotrópicos sem avaliação crítica ^{42-44,46,48}
Valorizar a longitudinalidade ^{9,39}	Diagnosticar depressão na primeira consulta ^{9,39}
Valorizar a abordagem multiprofissional ^{51,55-57}	Prescrever antidepressivos no início do acompanhamento ⁵⁰
Explorar as potencialidades sociais e comunitárias ⁵²⁻⁵⁴	Priorizar a medicação no plano de cuidado ⁵⁰

CONCLUSÃO

O uso generalizado de antidepressivos deve ser enfrentado pelos MFC a partir da ótica da prevenção quaternária. Este é um fenômeno complexo, multifatorial e de aspectos macro e microscópicos, de forma que o enfrentamento dessa problemática requer diversas medidas em diferentes níveis. Este trabalho se propõe a discutir fatores que se relacionam a esse fenômeno e trazer estratégias no escopo da relação médico-pessoa para evitar a prescrição excessiva de antidepressivos. Deve-se rever os conceitos que norteiam a prática na abordagem da depressão, incluindo o entendimento desta condição enquanto desequilíbrio bioquímico cerebral e a centralidade das medicações no plano de cuidado. Trazendo estas questões para a prática, a tomada de decisão compartilhada, o cuidado colaborativo e a busca dos suportes sociais são ferramentas chaves para operacionalizar a prevenção quaternária na prática clínica.

Contribuição

Os autores contribuíram igualmente em todas as fases da produção do artigo.

Declaração de conflito de interesses

Os autores negam qualquer conflito de interesse

REFERÊNCIAS

- Lewer D, O'Reilly C, Mojtabai R, Evans-Lacko S. Antidepressant use in 27 European countries: associations with sociodemographic, cultural and economic factors. *Br J Psychiatry*. 2015;207(3):221-6. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.156786> PMID: 26159603
- Whitaker R. Anatomy of an epidemic: psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America. *Ethical Hum Sci Serv*. 2005;7(1):23-35.
- National Health Service (NHS). Antidepressants were the area with largest increase in prescription items in 2016 [Internet]. London (UK): NHS; 2017; [acesso em 2020 Jun 06]. Disponível em: <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20180328132107/http://content.digital.nhs.uk/article/7756/Antidepressants-were-the-area-with-largest-increase-in-prescription-items-in-2016>

4. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015 Abr/Jun;10(35):1-10. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1011](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1011)
5. Moncrieff J. Against the stream: antidepressants are not antidepressants - an alternative approach to drug action and implications for the use of antidepressants. *Br J Psych Bull*. 2018 Jan;42(1):42-4. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjb.2017.11> PMID: 29388527
6. Moncrieff J. Research on a 'drug-centred' approach to psychiatric drug treatment: assessing the impact of mental and behavioural alterations produced by psychiatric drugs. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(2):133-40. DOI: <https://doi.org/10.1017/S2045796017000555> PMID: 29022518
7. Lacasse JR, Leo J. Serotonin and depression: a disconnect between the advertisements and the scientific literature. *PLoS Med*. 2005;2(12):e392. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020392> PMID: 16268734
8. Cowen PJ, Browning M. What has serotonin to do with depression?. *World Psychiatry*. 2015 Jun;14(2):158-60. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20229>
9. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009 Ago;374(9690):609-19. 10. Craven MA, Bland R. Depression in primary care: current and future challenges. *Can J Psychiatry*. 2013 Ago;58(8):442-8. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674371305800802>
11. Goncalves DA, Fortes S, Campos M, Ballester D, Portugal FB, Tófoli LF, et al. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013 Mai/Jun;35(3):304-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.01.003> DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.01.003>
12. Aragonès E, Piñol JL, Labad A. The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Fam Pract*. 2006 Jun;23(3):363-8. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi120> PMID: 16461446
13. Dowrick C, Frances A. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *BMJ*. 2013 Dez;347:f7140. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.f7140> PMID: 24322400
14. Kale MS, Korenstein D. Overdiagnosis in primary care: framing the problem and finding solutions. *BMJ*. 2018;362:k2820. D
15. Geraghty AWA, Santer M, Beavis C, Williams S, Kendrick T, Terluin B, et al. 'I mean what is depression?' A qualitative exploration of UK general practitioners' perceptions of distinctions between emotional distress and depressive disorder. *BMJ Open*. 2019;9(12):e032644. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032644> PMID: 31843841
16. Jerant A, Kravitz RL, Fernandez Y, Garcia E, Feldman MD, Cipri C, et al. Potential antidepressant overtreatment associated with office use of brief depression symptom measures. *J Am Board Fam Med*. 2014 Set;27(5):611-20. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.05.140038>
17. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med*. 2008;5(2):e45. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050045> PMID: 18303940
18. Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A, Hellmuth SG, Stalknecht SE, Meth-Moller K, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis *BMC Psychiatry*. 2017 Feb;17(1):58. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1173-2>
19. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*. 2010 Jan;303(1):47-53. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1943> PMID: 20051569
20. Spence D. Bad medicine: the rise and rise of antidepressants. *Br J Gen Pract*. 2016;66(652):573. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687793> PMID: 27789499
21. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009 Set;25(9):2012-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>
22. Reefhuis J, Devine O, Friedman JM, Louik C, Honein MA; National Birth Defects Prevention Study. Specific SSRIs and birth defects: Bayesian analysis to interpret new data in the context of previous reports. *BMJ*. 2015;351:h3190. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.h3190> PMID: 26156519
23. Farnsworth KD, Dinsmore WW. Persistent sexual dysfunction in genitourinary medicine clinic attendees induced by selective serotonin reuptake inhibitors. *Int J STD AIDS*. 2009 Jan;20(1):68-9. DOI: <https://doi.org/10.1258/ijsa.2008.008402> PMID: 19103903
24. Fava GA, Gatti A, Belaise C, Guidi J, Offidani E. Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: a systematic review. *Psychother Psychosom*. 2015;84(2):72-81. DOI: <https://doi.org/10.1159/000370338> PMID: 25721705

25. Horowitz M, Abie DT. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(6):538-46. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30032-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30032-X)
26. Kirsch I. Antidepressants and the placebo effect. *Z Psychol*. 2014;222(3):128-34. DOI: <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000176> PMID: 25279271
27. Patten SB. Medical models and metaphors for depression. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015 Ago;24(4):303-8. DOI: <https://doi.org/10.1017/S2045796015000153>
28. Kleinman A. Culture and depression. *N Engl J Med*. 2004 Set;351(10):951-3. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmp048078>
29. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
30. Goldberg D. Os sistemas oficiais de classificação psiquiátrica para transtornos mentais são adequados para uso na atenção primária?. *Br J Gen Pract*. 2019; 69 (680): 108-9. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X701369>
31. Verhaak PFM, Beurs D, Spreeuwenberg P. Que proporção dos antidepressivos inicialmente prescritos ainda está sendo prescrito cronicamente após 5 anos na prática geral? Uma análise de coorte longitudinal *BMJ Open*. 2019; 9 (2): e024051. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024051> PMID: 30813115
32. Freeman TR, McWhinney I. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2017
33. Siu AL; Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA (USPSTF). Triagem para depressão em adultos: declaração de recomendação da força-tarefa dos serviços preventivos dos EUA. *JAMA*. Janeiro de 2016; 315 (4): 380-7. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392>
34. Mojtabai R. Triagem universal de depressão para melhorar os resultados da depressão na atenção primária: parece bom, mas onde estão as evidências? *Psychiatr Serv*. 2017; 68 (7): 724-6. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600320> PMID: 28292224
35. Thombs BD, Saadat N, Riehm KE, Kartner JM, Vaswani A, Andrews BK, et al. Consistência e fontes de divergência nas recomendações sobre triagem com questionários para problemas ou sintomas de saúde atualmente experimentados: uma comparação das recomendações da Força-Tarefa Canadense sobre Cuidados de Saúde Preventivos, Comitê Nacional de Triagem do Reino Unido e Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA. *BMC Med*. 2017 Atrás; 15: 150. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0903-8>
36. Força-Tarefa Canadense sobre Atenção à Saúde Preventiva (CTFPHC). Visão geral das diretrizes [Internet]. Calgary: CTFPHC; 2019; [acesso em 2020 jun 06]. Disponível em: www.canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/overview
37. Comitê Nacional de Seleção do Reino Unido (UKNSC). Recomendações atuais do UKNSC [Internet]. Londres (Reino Unido): UKNSC; 2020; [acesso em 2020 jun 06]. Disponível em: <https://legacyscreening.phe.org.uk/screening-recommendations.php>
38. Balint M. *O médico, seu paciente e a doença*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 1988.
39. Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau J, Van Royen P, Peremans L. Compreendendo a prescrição de antidepressivos: um estudo qualitativo entre os GPs franceses. *BMC Fam Pract*. Conjunto de 2011; 12: 99. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-99>
40. Cavalli LO, Rizzotto MLF, Guimarães ATB. O médico no processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ciclos I e II. *Saúde Debate*. 2016 Dez; 40 (111): 87-100. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611107>
41. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc Saúde Colet*. Dez 2011; 16 (12): 4643-52. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>
42. Charles C, Gafni A, Whelan T. Tomada de decisão compartilhada no encontro médico: o que isso significa? (ou leva pelo menos dois para dançar o tango). *Soc Sci Med*. Março de 1997; 44 (5): 681-92. PMID: 9032835 [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3)
43. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Tomada de decisão compartilhada na atenção primária: a negligenciada segunda metade da consulta. *Br J Gen Pract*. 1999; 49: 477-82. PMID: 10562751
44. Makoul G, Clayman ML. Um modelo integrativo de tomada de decisão compartilhada em encontros médicos. *Paciente Educ Couns*. Março de 2000; 60 (3): 301-12. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.06.010>
45. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman R. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Tradução: Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: José Mauro Ceratti Lopes. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2017
46. Joosten EAG, Fuentes-Merillas L, Weert GH, Sensky T, Van Der Staak CPF, Jong CAJ. Revisão sistemática dos efeitos da tomada de decisão compartilhada na satisfação do paciente, adesão ao tratamento e estado de saúde. *Psychother Psychosom*. 2008; 77 (4): 219-26. DOI: <https://doi.org/10.1159/000126073>

47. Elwyn G, Lloyd A, Joseph-Williams N, Cording E, Thomsom R, Durand MA, et al. Grades de opções: tomada de decisão compartilhada facilitada. *Paciente Educ Couns*. 2013; 90 (2): 207-12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.036>
48. Stevenson FA, Barry CA, Britten N., Barber N., Bradley CP. Comunicação médico-paciente sobre medicamentos: as evidências para a tomada de decisão compartilhada. *Soc Sci Med*. Março de 2000; 50 (6): 829-40. PMID: 10695980 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00376-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00376-7)
49. Godolphin W. Tomada de decisão compartilhada. *Healthc Q*. 2009; 12 (spe): e186-e90. PMID: 19667767 DOI: <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.20947>
50. Adams SM, Miller KE, Zylstra RG. Manejo farmacológico da depressão em adultos. *Am Fam Physician*. Março de 2008; 77 (6): 785-92. PMID: 18386592
51. Saeed SA, Cunningham K., Bloch RM. Transtornos de depressão e ansiedade: benefícios de exercícios, ioga e meditação. *Am Fam Physician*. 2019 Mai; 99 (10): 620-7.
52. Kellezi B, Wakefield J, Stevenson C, McNamara N, Mair E, Bowe M, et al. A cura social da prescrição social: um estudo de métodos mistos sobre os benefícios da conexão social na qualidade e eficácia da prestação de cuidados. *BMJ Open*. Novembro de 2019; 9 (11): e033137. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033137>
53. Hassan SM, Giebel C, Morasae EK, Rotheram C, Mathieson V, Ward D, et al. Prescrição social para pessoas com necessidades de saúde mental que vivem em comunidades desfavorecidas: o modelo Life Rooms. *BMC Health Serv Res*. Janeiro de 2020; 20 (1): 19. PMID: 31906933 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4882-7>
54. Carnes D, Sohanpal R, Frostick C, Hull S, Mathur R, Netuveli G, et al. O impacto de um serviço social de prescrição em pacientes na atenção primária: uma avaliação de métodos mistos. *BMC Health Serv Res*. 2017 Dez; 17 (1): 835. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2778-y>
55. Gussak D. A eficácia da terapia da arte na redução da depressão em populações carcerárias. *Int J Ofensor Ther Comp Criminol*. 2007 Ago; 51 (4): 444-60. DOI: <https://doi.org/10.1177/0306624X06294137>
56. Ciasca EC, Ferreira RC, Santana CLA, Forlenza OV, Santos GD, Brum PS, et al. Arteterapia como tratamento adjuvante para depressão em mulheres idosas: um ensaio clínico randomizado. *Braz J Psychiatry*. Conjunto de 2018; 40 (3): 256-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2250>
57. Karkou V, Aithal S, Zubala A, Meekums B. Eficácia da terapia do movimento de dança no tratamento de adultos com depressão: uma revisão sistemática com meta-análises. *Front Psychol*. 2019 Mai; 10: 936. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00936>