

CAPÍTULO 6

NECESSIDADES EM SAÚDE DAS PESSOAS COM DEPRESSÃO

Rodrigo Fonseca Martins Leite

Aspectos-chave

- As pessoas com depressão apresentam taxas significativas de cronicidade, recorrência e resistência.
- Esta população apresenta necessidades em saúde mental e física que, comumente, não são atendidas.
- A principal causa de mortalidade em pessoas com transtornos mentais crônicos e persistentes – que incluem as depressões crônicas e resistentes ao tratamento – é de etiologia cardiovascular.
- A anamnese em pessoas com depressão deve ter caráter ampliado, visando mapear fatores de risco cardiovascular, ambiente familiar e social, assim como hábitos de vida, eventos estressantes de vida e risco suicida – elementos relacionados a necessidades em saúde referidas e observadas.
- Depressão e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) compartilham substratos biológicos e determinantes sociais: atividade inflamatória aumentada, desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e do sistema nervoso autônomo (SNA) relacionados a eventos estressantes na infância e na vida, além de maiores taxas de sedentarismo, obesidade e uso de tabaco, álcool e outras substâncias.
- Populações com condições crônicas como hipertensão, diabetes mellitus, cardiopatias, dor crônica, câncer e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) apresentam taxas mais elevadas de depressão em comparação com a população geral.

Necessidades em saúde das pessoas com depressão

O papel da Atenção Básica no cuidado a pessoa com depressão

A tríplice carga de doença no Brasil – representada pelas elevadas taxas de doenças infeccio-contagiosas, agravos não transmissíveis relacionados ao envelhecimento da população e a alta incidência de acidentes, homicídios e suicídios – constitui um desafio sanitário que deve ser enfrentando por todas as redes de atenção à saúde; destacando o papel da rede de atenção psicossocial.

Os transtornos mentais são, de forma geral, crônicos, de caráter recorrente e, via de regra,

ocorrem conjuntamente com hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença pulmonar crônica, obesidade, entre outras morbidades e compartilham fatores de risco tais como tabagismo, etilismo e consumo de outras drogas, assim como o sedentarismo, estilo de vida não saudável, exposição à violência, autoagressão e acidentes e dificuldades no acesso ao cuidado em saúde, determinando uma crescente carga de doença¹, estimada por anos perdidos por incapacidade e mortalidade precoce.

Neste contexto, as ações de promoção, prevenção e seus componentes, tratamento, reabilitação e palição, ofertadas destacadamente pela atenção básica, revestem-se de enorme importância².

A presença de problemas de saúde mental constitui a principal variável associada a iniquidade no cuidado à saúde geral. A evidência de que profissionais de todas as áreas da saúde – inclusive da própria saúde mental – estigmatizam e discriminam esta população é crescente.

Pode-se considerar que o estigma associado aos portadores de sofrimento mental é estrutural e enraizado culturalmente. Apesar das discussões recentes sobre a psicofobia no Brasil, verifica-se que os transtornos mentais têm sido mais apresentados ao debate público. Entretanto, a tolerância social aos indivíduos com alterações mentais ou de comportamento é decrescente. Além disso, o acesso ao tratamento é extremamente desigual. Dentre os agravantes, está a popularização dos transtornos mentais, algo que pode configurar como marketing da doença (*disease mongering*), aumentando a clientela na rede de serviços e consultórios privados, impactando no acesso da pessoa que, de fato, se beneficiaria da assistência. No entanto, a massa de indivíduos com sofrimento mental concentra-se em classes mais desfavorecidas. Isto se explica em parte pela grande exposição a determinantes sociais como dificuldades financeiras, exposição a violência, baixo capital social e más condições de saúde geral.

Transtornos mentais enquanto agravo não transmissível: excesso de mortalidade e multimorbidade

O plano de ação desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde de 2013 a 2020 sugeriu a inclusão dos transtornos mentais no grupo das doenças não-transmissíveis conhecido como “As quatro grandes”: Doenças cardiovasculares, Diabetes, Câncer e Doenças respiratórias crônicas. Em 2018, a União Europeia incluiu os transtornos mentais como um quinto contribuidor³.

Os portadores de transtornos mentais severos e persistentes (ex: depressão crônica, transtorno bipolar, psicoses, dependência de substâncias) apresentam taxas elevadas de comorbidade física e mortalidade cardiovascular com redução da expectativa de vida. Transtornos mentais e doenças não transmissíveis (DANT) compartilham fatores de risco como inatividade física, dieta inadequada, tabagismo, adversidade precoce na infância e uso excessivo de álcool⁴.

Pessoas com transtornos mentais severos e persistentes apresentam uma mortalidade média de duas a três vezes superior que a da população geral, equivalendo a uma redução de 10 a 20 anos na expectativa de vida ⁵. A doença cardiovascular confere um risco de mortalidade 10 vezes superior à mortalidade por suicídio na população com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo depressão crônica e refratária. De modo geral, esta população apresenta um risco de até 3 vezes superior à da população geral no desenvolvimento de morbidade e mortalidade cardiovascular ⁶. Altas taxas de diabetes mellitus são igualmente observadas nesta população ⁷, com prevalência de 2 a 3 vezes superior a da população geral.

Embora a farmacoterapia seja eficaz para a depressão, os efeitos adversos incluem o agravamento da obesidade e da síndrome metabólica. Com possível exceção da bupropiona – um fármaco inibidor da recaptação de noradrenalina e dopamina, todos os antidepressivos redundam em ganho de peso. A classe de antidepressivos implicada no ganho de peso imediato é a dos tricíclicos (ex.: imipramina, amitriptilina, nortriptilina). Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ex.: fluoxetina, sertralina, paroxetina) geram ganho de peso no médio e longo prazo. Neste contexto, a adesão a mudança no estilo de vida é essencial. Outros fármacos eventualmente utilizados na depressão como os estabilizadores de humor (ex: lítio, ácido valpróico, carbamazepina) e antipsicóticos (ex.: haloperidol, clorpromazina, risperidona, olanzapina, quetiapina, clozapina) contribuem no mesmo sentido.

Os portadores de depressão crônica, recorrente ou resistente aos tratamentos convencionais se incluem neste grupo. Outro aspecto relevante é o de que a comorbidade tende a ser bastante frequente nos transtornos mentais – por exemplo, podemos citar a associação entre depressão e ansiedade, uso problemático de substâncias e transtornos de personalidade. Esta multimorbidade – tanto física quanto psiquiátrica exige a incorporação de aspectos da clínica ampliada, da integralidade e do cuidado centrado na pessoa. Em torno de 67% das pessoas com depressão ou ansiedade apresentam doença física associada ⁸.

A associação frequente da depressão com condições de saúde física exige prontidão e maior resolutividade dos serviços de saúde. Para tanto, uma mudança cultural, tanto na formação dos profissionais de saúde quanto na gestão de cada serviço e sistema de saúde pode permitir melhora da qualidade do cuidado ofertado à esta população. Um maior nível de suspeita clínica pode aumentar a chance de detecção da depressão, via de regra, subdiagnosticada e subtratada na atenção básica no contexto global. O cuidado ampliado a estas pessoas pode reduzir a carga de doença associada, custos para o sistema de saúde e aprimorar o controle de agravos não transmissíveis.

Estudos epidemiológicos encontraram associações significativas entre doenças cardiovasculares e transtornos mentais. No *World Mental Health Surveys*, estudo que envolveu 100 mil indivíduos em 20 países, a associação entre transtornos mentais e doença cardiovascular aumenta em 2,1 vezes o risco de transtornos de humor como a depressão e transtorno bipolar, assim como 2,2 vezes para transtornos ansiosos e 1,4 vezes para uso problemático de álcool ⁸.

Além disso, a ocorrência de transtornos mentais pode prejudicar a adesão a tratamentos e mudança de estilo de vida essenciais para o controle de condições crônicas. Outro fator é que a comorbidade entre transtornos mentais e doença física se associam a maiores taxas de incapacidade. O efeito não é explicado somente pela somatória das condições, mas se observa efeito sinérgico. Por exemplo, uma pessoa com depressão pode se sentir menos motivada a aderir a tratamentos e mudança de estilo de vida de forma geral. Além disso, a presença de sintomas depressivos tende a piorar percepção de dor e capacidade para atividades de vida diária e trabalho.

A complexidade da interação de mecanismos biopsicossociais exige intervenções multifacetadas e singulares. Neste contexto, o modelo de cuidado 4C – colaborativo, coordenado, continuado e centrado na pessoa é o cerne para manejo de portadores de condições crônicas e evidencia a necessidade de integração da saúde mental à saúde geral⁹.

Depressão e Risco cardiovascular

O papel do estresse nos agravos não transmissíveis:

O estresse crônico ou severo interfere com o sistema regulador dos processos inflamatórios, estando envolvido na fisiopatologia de um grande número de condições crônicas¹⁰. O estudo Francês ESPRIT - Enquete de *Sante Psychologique - Risques, Incidence et Traitement* acompanhou 2152 pessoas por 13 anos e obteve que as pessoas que relataram um ambiente familiar conflituoso na infância tiveram um risco aumentado de morte por todas as causas em 54%, enquanto abuso e maus tratos na infância se associou a um risco de 34%.

Nas mulheres, eventos específicos na infância como doença grave, guerra ou desastre natural e número de eventos estressantes maior ou igual a 5 aumentaram o risco de mortalidade. Em relação aos eventos estressantes mais recentes, o risco de mortalidade aumentou 66% em relação aos que apresentavam doença grave ou trauma e 86% nos indivíduos com problemas com a polícia ou justiça. Nos homens, os problemas financeiros e doença grave na família foram os fatores mais associados a risco de morte¹¹.

Depressão enquanto fator de risco independente para doença cardiovascular

Diversos estudos apontam que a depressão pode ser um fator de risco independente para o desenvolvimento de doença cardiovascular¹². Além disso, a depressão é altamente prevalente em indivíduos com doença cardiovascular, piorando o prognóstico e aumentando os custos do sistema de saúde: estima-se que no mínimo 30% dos pacientes coronariopatas ou com insuficiência cardíaca tem depressão, prevalência esta pelo menos três vezes superior à da população geral¹³. Estes pacientes apresentam mais incapacidade física e prejuízo na qualidade de vida¹⁴. Indivíduos com depressão apresentam um risco dobrado de eventos cardiovasculares futuros, equiparável a outros fatores como baixa fração de ejeção ventricular e diabetes.

Depressão e Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Estudo aponta que a prevalência de depressão após AVE chega a 30% dos sobreviventes ¹⁵, sendo que os mecanismos fisiológicos que relacionam a depressão a elevação da pressão arterial envolvem o efeito do sistema nervoso simpático. Pesquisas recentes mostram que a ativação simpática contribui para a fisiopatologia da hipertensão arterial ¹⁶. Paralelamente, há evidência de atividade anormal do sistema nervoso autônomo na depressão, relacionado a aumento da atividade simpática, redução da variabilidade da frequência cardíaca e modulação vagal insuficiente.

Anormalidades da regulação circadiana da pressão arterial foram observadas em pessoas com depressão. Sintomas depressivos foram associados a uma elevação da pressão sistólica noturna ¹⁷.

Estudos prospectivos sugerem que a depressão pode ser um fator de risco para desenvolvimento de hipertensão. Num estudo com 2992 indivíduos normotensos de 25 a 64 anos, seguidos por 7 anos, altos escores de sintomas depressivos dobraram o risco de desenvolver hipertensão ¹⁸. Há uma prevalência elevada de depressão na população hipertensa, estimada em três vezes superior à da população não-hipertensa ¹⁹.

A vivência de desesperança, comum nos quadros depressivos, se associou a aumento da incidência de hipertensão em 616 homens normotensos acompanhados ao longo de quatro anos em estudo finlandês. Neste grupo, homens relatando desesperança no início do estudo tiveram risco três vezes maior de se tornarem hipertensos do que os que não relataram após ajuste para idade, índice de massa corporal, pressão arterial de repouso, atividade física, consumo de álcool, tabagismo, consumo de álcool e história familiar de hipertensão ²⁰.

A fisiopatologia da depressão: contribuição do estresse precoce, inflamação sistêmica e alterações na fisiologia dos neurotransmissores

A separação cartesiana entre mente e corpo é o referencial teórico pivotal da ciência. Entretanto, esta conceituação dificulta a compreensão da depressão como algo também somático. Por muitas décadas, as pesquisas caminharam no sentido de que a depressão era decorrente de alterações específicas da fisiologia do sistema nervoso central, principalmente nos sistemas serotoninérgicos, noradrenérgicos e dopaminérgicos.

O agente que promove alterações fisiológicas associadas tanto a condições clínicas quanto a depressão é essencialmente o estresse, particularmente se mantido por longos períodos de tempo. Pessoas que nasceram e vivem em cenários de adversidade social apresentam maiores taxas de agravos não-transmissíveis e transtornos mentais de modo geral.

Atualmente se verifica a participação do componente inflamatório sistêmico na fisiopatologia da depressão. Pesquisas recentes igualmente trazem o papel da inflamação no processo aterosclerótico – vide o fato da proteína C reativa ser um marcador de risco cardiovascular consolidado atualmente.

A pesquisa sobre esses mecanismos causais enfatiza as relações complexas e bidirecionais entre os agravos não-transmissíveis e os transtornos mentais e apoia ainda mais o potencial de ação conjunta, tanto na elucidação de mecanismos quanto no cuidado concomitante a estas condições.

Um aspecto importante é de que os agravos não transmissíveis podem ser fatores de risco para depressão. Além da semelhança de mecanismos biológicos subjacentes (ex: inflamação), a experiência subjetiva do adoecimento por si só gera estresse. Além disso, o efeito de tratamento (ex.: medicações cardiológicas como os beta-bloqueadores e corticoterapia), mudança forçada nos hábitos de vida, limitação por conta de complicações (ex.: retinopatia e neuropatia periférica relacionadas ao diabetes) e outros fatores podem contribuir para este cenário. Em indivíduos em que a carga de adversidade precoce e atual é elevada, se tornar portador de qualquer condição clínica crônica como o diabetes ou a cardiopatia pode ser a “gota d’água” para o desenvolvimento de depressão.

Os achados da Pesquisa Mundial de Saúde Mental enfatizam a importância das adversidades na infância como fator de risco para agravos não-transmissíveis e transtornos mentais. Os mecanismos variam desde os neurobiológicos até os socioculturais. Por exemplo, adversidades na infância levam a alterações nos sistemas imunológico e endócrino, que podem afetar adversamente a saúde física e mental. Pessoas que sofreram adversidade precoce na infância podem também ser menos propensas a buscar atendimento quando necessário e a aderir às recomendações de tratamento e a mudanças no estilo de vida.

Depressão e Diabetes mellitus

A associação entre doença mental e diabetes é reconhecida há muitos anos ⁶. No século 17, Thomas Willis, o famoso anatomista e membro fundador da Royal Society, descreveu como “o diabetes é uma consequência de uma dor prolongada” ²¹. No entanto, estudos epidemiológicos têm mostrado consistentemente que as condições frequentemente se associam ²². A combinação de diabetes e depressão representa um grande desafio clínico, pois os desfechos de ambas as condições são agravados pela presença da outra: ocorre piora da qualidade de vida, o autogerenciamento do diabetes é prejudicado, a incidência de complicações aumenta e a expectativa de vida é reduzida ²³. Os custos do tratamento aumentam significativamente, mas esses custos não resultam necessariamente em melhorias significativas nos resultados de doença ou qualidade de vida ²⁴.

Uma meta-análise de 47 amostras independentes descobriu que a depressão estava significativamente associada à não adesão às recomendações de tratamento do diabetes, incluindo consultas médicas perdidas, dieta, exercícios, uso de medicamentos, monitoramento de glicose e cuidados com os pés ²⁵.

O primeiro passo para o tratamento eficaz da depressão é o seu reconhecimento e diagnóstico. Um diagnóstico formal de depressão requer uma entrevista validada, mas isso pode ser

demorado e requer que o profissional de saúde, principalmente o médico não psiquiatra, suspeite deste diagnóstico ²⁶.

O questionário mais amplamente utilizado e validado em pessoas com diabetes tipo 2 é o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) que também é o mais curto, contendo nove questões e pode ser preenchido pelo paciente. Consequentemente, é bastante adequado no contexto da atenção primária. O corte para depressão maior é ≥ 10 em populações de atenção primária, mas foi sugerido que aumentar o corte em 2 pontos para ≥ 12 pode melhorar a discriminação entre sintomas relacionados ao diabetes (ex: fadiga e alterações de apetite) e sintomas depressivos. Além de seu papel no rastreamento populacional de depressão, o PHQ-9 também foi amplamente utilizado na atenção primária para avaliar o sucesso de intervenções de depressão usando pontos de corte estabelecidos para remissão e resposta ao tratamento clínico ²⁷.

O excesso de mortalidade não é totalmente explicado por um aumento nos fatores de risco conhecidos. No estudo "Ação para Controlar o Risco Cardio-vascular no Diabetes (ACCORD), os sintomas depressivos clinicamente significativos foram um fator de risco independente para mortalidade por todas as causas após ajuste para pressão arterial, hemoglobina glicada, lipídios, índice de massa corporal, uso de aspirina, tabaco, álcool, viver sozinho e nível educacional ²⁸.

Consequentemente, métodos rápidos e baratos são necessários para rastrear pessoas em ambientes de atenção primária e secundária ²⁹. Muitos questionários curtos foram usados para rastrear a depressão na população em geral, mas apenas alguns foram avaliados adequadamente em pessoas com diabetes ³⁰. Vários sintomas, como letargia, irritabilidade ou alteração de peso, são comuns a ambas as condições e, portanto, os questionários que dependem fortemente desses sintomas podem superestimar a probabilidade de depressão.

Quadro 1. Necessidades em saúde comumente observadas em pessoas com depressão

Necessidades em saúde comumente observadas em pessoas com depressão
Hipertensão arterial sistêmica/doença isquêmica do coração/insuficiência cardíaca
Diabetes Mellitus
Tabagismo
Obesidade/síndrome metabólica/alimentação inadequada
Uso problemático de álcool e drogas
Uso crônico de medicação psiquiátrica
Baixa adesão (ex.: em ações programáticas preventivas, mudanças de estilo de vida e tratamentos)
Exposição a eventos estressantes ao longo do ciclo de vida
Sedentarismo





Doença pulmonar obstrutiva crônica
Câncer
Dificuldades de relacionamento interpessoal
Baixo suporte sociofamiliar, problemas financeiros, desemprego
Desesperança e risco de suicídio

Fonte: Criação própria

Depressão e câncer

A depressão é relativamente comum e uma fonte de sofrimento subestimada em indivíduos com câncer. Todos os pacientes que se deparam com um diagnóstico que ameaça a vida apresentam algum grau de sofrimento emocional. Uma parte destas pessoas desenvolverão transtornos mentais como a depressão.

Há um grande risco de a depressão ser subdiagnosticada e mal interpretada pelos profissionais: tende-se a atribuir os sintomas à doença de base ou a reação psicológica esperada. A sobreposição de sintomas somáticos como fadiga, anergia e inapetência e a concepção equivocada de que os pacientes estão “compreensivelmente deprimidos” em virtude do contexto que estão vivenciando.

Existe uma grande dificuldade em diferenciar a tristeza relacionada ao câncer da depressão. O reconhecimento de outros sintomas como anedonia, anergia, desesperança e ideação suicida deve fazer parte da experiência de qualquer profissional de saúde. Além disso, existe falta de familiaridade com as opções farmacológicas e não-farmacológicas para a depressão. Estas barreiras podem ser reduzidas na medida em que houver uma inclusão mais precisa do ensino de saúde mental na graduação bem como ações de educação permanente nos serviços da rede de atenção à saúde como um todo ³¹.

Inicialmente, os portadores de câncer podem apresentar sentimentos intensos como choque, descrença e sintomas ansiosos e depressivos, irritabilidade, alterações de sono e do apetite. Após algumas semanas, a maior parte dos pacientes vivenciam um certo grau de resolução destes sintomas, mas este processo pode não se completar. Estas manifestações de estresse agudo podem surgir no diagnóstico inicial, na recaída e na falha de resposta ao tratamento ³².

Neste contexto, a biografia e as circunstâncias de vida do indivíduo podem modular a evolução desta resposta inicial ao estresse para quadros depressivos. A ocorrência de eventos adversos na infância, genética familiar positiva para transtornos de humor, uso de substâncias e falta de suporte social e familiar atuam como fatores de risco para depressão e devem ser mapeados de rotina em todos os pacientes ³³.

Um estudo frequentemente citado, conduzido por Derogatis (1983), com 215 adultos com

câncer obteve que 47% dos pacientes apresentaram transtorno mental. Destes, 68% tiveram o diagnóstico de transtorno de ajustamento com sintomas ansiosos e depressivos, 13% apresentaram depressão maior, 8% transtorno mental orgânico, 7% transtorno de personalidade e 4% tinham diagnóstico psiquiátrico prévio ³⁴.

Um estudo com 130 pacientes com doença terminal reportou prevalência de depressão entre 13 e 26% a depender do critério diagnóstico aplicado ³⁵. Massie (1998) obteve que a comorbidade com depressão acomete de 15 a 25% das pessoas com câncer ³⁶.

Dicas para identificar necessidades de saúde referidas e percebidas em pessoas com depressão

Por conta do estigma e peculiaridades da comunicação entre usuários e profissionais de saúde, é provável que os sintomas depressivos não sejam expressos num primeiro momento. Queixas somáticas sem explicação médica são uma apresentação comum de transtornos mentais como a depressão destacadamente em contextos de atenção primária.

Desta forma, a primeira orientação aos profissionais é que eles **pesquisem ativamente sintomas psicológicos e somáticos da depressão**. Como exposto, instrumentos de fácil execução como o PHQ-9 podem ser bastante úteis pois incluem estes aspectos sob a forma de perguntas estruturadas. Esta ferramenta pode ser incluída na anamnese médica e de enfermagem. Na medida em que os profissionais se familiarizam com os critérios diagnósticos da depressão, o rastreamento, detecção e tratamento são otimizados.

O raciocínio clínico-epidemiológico é crucial para a suspeita clínica. Desta forma, os profissionais devem estar familiarizados com a prevalência da depressão na população geral, nos diferentes pontos de atenção (ex.: atenção primária, atenção especializada, hospitalar), nas populações com condições clínicas específicas como hipertensão, diabetes, cardiopatias, doença pulmonar crônica, entre outras e em grupos sociodemográficos como as mulheres, pessoas em situação de rua, desempregados, negros, LGBTQIA+, migrantes, etc. Ou seja, o conhecimento epidemiológico é uma ferramenta que se antecipa aos dados obtidos na anamnese individual pois permite situar o indivíduo em determinado recorte populacional e desta forma, permite que o profissional produza cuidado individual e extrapole para o cuidado coletivo nas dimensões de promoção, prevenção, assistência e reabilitação. Em serviços de base territorial, estes conhecimentos são preciosos e permitem aos serviços uma maior proatividade em relação aos casos de depressão, conhecendo de onde eles vêm e quem realmente são. Desta forma, **a sensibilidade social e o olhar voltado para a diversidade são competências estratégicas para o cuidado às pessoas com depressão.**

Deve se ressaltar que o **aprimoramento das habilidades comunicacionais dos profissionais de saúde é decisivo para a abordagem das necessidades em saúde**. Uma escuta cuidadosa, empática e não focada na queixa permite que o usuário do sistema traga mais elementos importantes para o diagnóstico e, principalmente para a elaboração de projetos terapêuticos singulares e ampliados, além de fortalecer o vínculo com o serviço.

A desconstrução do estigma estrutural em relação à depressão é outro passo importante.

A associação da depressão com doença física e o compartilhamento de fatores de risco com os agravos não-transmissíveis demanda uma mudança imediata de atitude em relação a depressão. Desta forma, se os profissionais não suspeitam, detectam e cuidam adequadamente da depressão, a assistência às condições como hipertensão, diabetes e outras ficará prejudicada. Preconceitos ainda estão bastante presentes mesmo em profissionais de saúde: depressão ainda é sinônimo de frescura e/ou fraqueza de caráter em algumas narrativas.

Uma anamnese ampliada contendo tanto informações clínicas quanto da biografia da pessoa trará ferramentas essenciais.

Dentro da perspectiva do processo saúde-doença, as experiências, o contexto, expectativas, medos, desejos e a personalidade do indivíduo são cruciais para o surgimento e perpetuação de diversas condições clínicas. Com a depressão, estes dados se revestem de grande relevância. Além disso, o interesse genuíno dos profissionais pela singularidade biográfica do sujeito estreita o vínculo, aumentam a resolutividade das estratégias terapêuticas, a corresponsabilização e a satisfação do usuário.

Outro aspecto é de que existem necessidades que o indivíduo reconhece (necessidades referidas) e as que o profissional observa (necessidades percebidas). Como tanto as necessidades em saúde física das pessoas com depressão quanto às necessidades em saúde mental das pessoas com doenças físicas tendem a ser negligenciadas e é papel dos profissionais da saúde

auxiliar neste processo. A clínica ampliada pode ser compreendida como uma habilidade dos profissionais, equipes, serviços e sistema de saúde em mapear de forma mais potente as necessidades em saúde dos indivíduos dentro da perspectiva biopsicossocial. **O equívoco comum a ser evitado é acreditar que a única necessidade em saúde dos indivíduos com depressão é a depressão em si.** Esta população tem inúmeras necessidades não atendidas, destacadamente na saúde física e vulnerabilidade social.

Perguntar sobre ideação suicida não induz ao suicídio. Os profissionais de saúde devem se sentir à vontade para perguntar ativamente sobre pensamentos e planejamento suicida. Se estas perguntas se inscrevem num contexto de vínculo e confiança, estas permitem que o indivíduo expresse seu sofrimento de forma mais clara e receba o cuidado mais adequado.

Devido à complexidade dos fatores determinantes e condicionantes da depressão, o papel da equipe multiprofissional é decisivo. Casos de depressão leve podem se beneficiar de abordagem exclusivamente não-farmacológicas. Estas estratégias geralmente trazem os seguintes componentes: incentivo ao autocuidado, mudança de hábitos de vida e busca por suporte social e comunitário. Desta forma, tanto profissionais de nível superior como médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros quanto os profissionais de nível médio como agentes comunitários e técnicos de enfermagem podem promover estas ações junto às pessoas com depressão. Toda a equipe deve estar apta a detectar necessidades em saúde nesta população. Diante de casos mais complexos, a atuação da equipe contribui para a confecção de projetos terapêuticos singulares. Aspectos relacionados à sobrevivência como empregabilidade, moradia e renda impactam diretamente na saúde das pessoas e no surgimento de condições relacionadas ao estresse como a depressão. Desta forma, devem ser incluídos nas

ofertas do serviço para o usuário, em conjunto com outras políticas públicas. Neste sentido, é plausível afirmar que, à depender da complexidade do caso, a clínica se amplia para o nível intersetorial como a assistência social, segurança pública, educação, habitação, etc.

O feedback do usuário para o profissional e equipe é importante para a qualidade do cuidado às pessoas com depressão. As estratégias propostas pelo serviço de saúde devem dialogar com as expectativas, contexto e resistências do usuário. Desta forma, uma cultura democrática e humanizada nos pontos de atenção permite redirecionamentos, identificação de necessidades não cotejadas inicialmente e adequação das propostas a realidade de cada pessoa.

O mapeamento das necessidades em saúde pode incluir as necessidades familiares. Eventualmente, o cenário doméstico e familiar favorece o sofrimento mental: cuidadores informais de pessoas com condições crônico-degenerativas ou filhos de pais que apresentem psicopatologia ou dependência de substâncias são uma população de risco para depressão, por exemplo. Desta forma, abordar as necessidades em saúde dos familiares impactará nas pessoas que compartilham o mesmo contexto. Fatores como a dependência de substâncias em familiares próximos e exposição à violência doméstica trazem a constatação de que a rede próxima pode ser fonte de suporte e vínculo, mas também de estresse, sobrecarga e adoecimento psíquico.

O exame físico é essencial para as pessoas com depressão. O National Health Service (NHS) do Reino Unido inclui dois indicadores de saúde física para pessoas com transtornos mentais crônicos: ao menos uma aferição da pressão arterial e da circunferência abdominal em 18 meses. Isto se justifica plenamente pela elevada morbidade e mortalidade cardiovascular nesta população, que inclui às pessoas com depressão crônica: em torno de 40% das pessoas com depressão se situam nesta categoria. O exame físico nas pessoas com depressão é importante para descartar causas secundárias de depressão (ex: hipotireoidismo), rastrear risco cardiovascular (aferição de pressão arterial, peso e altura) e identificar necessidades clínicas não-referidas em outros órgãos ou sistemas. Além disso, o exame físico pode ser um momento de estreitamento do vínculo médico-paciente e atendimento a uma expectativa corriqueira das pessoas: a de ser examinado por um médico.

Frente as evidências de que as pessoas com depressão pertencem a um grupo com risco cardiovascular elevado, o incentivo à mudança de hábitos de vida tem um efeito triplamente eficaz: auxilia no controle dos sintomas depressivos, manejo do estresse e no controle do peso e pressão arterial. Neste contexto, o uso racional de medicamentos deve ser norteado pela atenuação do ganho de peso e manutenção da glicemia e do perfil lipídico. Efeitos colaterais como disfunção sexual, sedação e dificuldades cognitivas devem ser monitorados para sustentação da adesão ao projeto terapêutico. Lembre-se que os antidepressivos tricíclicos são os mais implicados no ganho de peso, alterações metabólicas e no aumento no risco de arritmias cardíacas, particularmente em pacientes idosos e cardiopatas.

Atenção à Saúde – cuidado às necessidades de saúde individuais		
Mapeando e explorando as informações clínicas		
Identifica necessidades individuais de saúde	Realiza história clínica	Estabelece uma relação profissional ética no contato com pacientes, familiares e/ou responsáveis. Identifica situações de emergência, desde o início do contato, atuando de modo a preservar a saúde e a integridade física e mental das pessoas sob cuidado. Orienta o atendimento às necessidades de saúde do paciente, estimulando seu relato espontâneo e valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas e desejos apresentados. Favorece a construção de vínculo, usando linguagem verbal compreensível ao paciente, atitude empática e cuidando de privacidade durante o atendimento. Identifica motivos e/ou queixas, evitando a explicitação de julgamentos e considerando o contexto de vida e os elementos biológicos, psicológicos e socioeconômico-culturais relacionados ao processo saúde-doença. Orienta e organiza a anamnese, utilizando o raciocínio clínico-epidemiológico e a técnica semiológica. Investiga sintomas e sinais, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares de modo orientado às necessidades identificadas. Registra os dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível.
Realizando o exame físico e do Estado Mental		
Identifica necessidades individuais de saúde	Realiza exame clínico	Explica os procedimentos, manobras ou técnicas do exame clínico ou exames diagnósticos a serem realizados de modo aberto ao esclarecimento de dúvidas e obtém consentimento do paciente ou responsável. Cuida da segurança, privacidade e conforto do paciente no exame clínico, ao máximo possível. Realiza a inspeção, palpação, ausculta e percussão com postura ética e destreza técnica na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica e as melhores práticas, com ênfase na saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto e idoso, saúde mental e urgência e emergência. Compartilha com o paciente/responsável os sinais encontrados, esclarecendo dúvidas. Registra as informações do exame no prontuário, de modo legível e objetivo.
Raciocinando e hierarquizando os problemas de saúde física e mental		
		Estabelece hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exame clínicos. Formula e prioriza os desafios/problemas de saúde-doença do paciente, considerando os contextos pessoal,





Identifica necessidades individuais de saúde	Formula e prioriza problemas	familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes. Informa e explica os problemas percebidos de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos do paciente, familiares e responsáveis. Informa e esclarece suas hipóteses de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos do paciente, familiares e responsáveis.
Pense em diagnósticos diferenciais (clínicos e psiquiátricos)		
Identifica necessidades individuais de saúde	Promove investigação diagnóstica	Propõe e explica ao paciente/responsável a investigação complementar necessária para ampliar, confirmar ou afastar hipóteses diagnósticas. Identifica exames complementares necessários com base nas melhores evidências científicas, avaliando a possibilidade de acesso do paciente aos exames indicados, considerando condições de segurança, eficiência e efetividade. Interpreta e relaciona os resultados dos exames realizados considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto do paciente. Registra e atualiza a investigação diagnóstica no prontuário, de forma clara e objetiva.
Elaborando e negociando plano de cuidado com o paciente e familiares		
Constrói e avalia planos de cuidados	Elabora planos de cuidados	Elabora planos terapêuticos de modo contextualizado, contemplando as dimensões de autocuidado das pessoas; a promoção da saúde; a prevenção, o tratamento e a reabilitação de doenças ou agravos, de modo contextualizado. Discute o plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores evidências científicas e relação custo-efetividade. Valida as ações de cuidado com outros profissionais. Pactua as ações de cuidado, buscando a adesão dos pacientes aos planos de melhoria da saúde. Explica e orienta os procedimentos do plano de cuidados, verificando a compreensão do paciente ou responsáveis. Registra o plano no prontuário do paciente de forma legível e objetiva, informando situações de notificação compulsória aos setores pertinentes de modo socialmente responsável.
	Monitorando e gerindo a efetividade das propostas de cuidado	
	Acompanha e avalia planos de cuidados	Acompanha a evolução da situação e as repercussões das ações implementadas, valorizando a avaliação do paciente. Registra informações e o acompanhamento do plano no prontuário do paciente, buscando torná-lo um instrumento orientado à melhoria do cuidado integral à saúde do paciente e família.

Referências bibliográficas

1. Global Burden of Disease Study. Disponível em : <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2016> procurei na internet e foi isso que encontrei
2. BRASIL. Portaria 2436/17, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
3. World Health Organization. WHO Global NCD Action Plan 2013-2020.WHO, 2013
4. O'Neil A, Jacka FN, Quirk SE, et al.
5. Liu NH et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World psychiatry*. World Psychiatric Association, 2017; 16(1), pp. 30–40. doi: 10.1002/wps.20384Liu et al., 2017
6. Correll CU et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large scale meta analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls, *World Psychiatry*, 2017;16, pp. 163–180.
7. Vancampfort D et. al. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: A systematic review and large scale meta-analysis, *World Psychiatry*, 2016;15(2), pp. 166–174. doi: 10.1002/wps.20309.
8. Von Korff MR, Scott KM, Gureje O, eds. *Global perspectives on mental-physical comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge University Press, 2009.
9. Patel V, Chatterji S. Integrating mental health in care for noncommunicable diseases: an imperative for person-centered care. *Health Aff (Millwood)* 2015; 34:1498-505.
10. Cohen et al., 2012). O estudo Francês ESPRIT -Enquete de Sante Psychologique – Risques, Incidence et Traitement
11. Johnsona J, Chaudieub I, Ritchieb K, Scalib J, Ancelinb M-L, The extent to which childhood adversity and recent stress influence all-cause mortality risk in older adults.,1. *Psychoneuroendocrinology*, v. 111, January 2020.
12. Carneyet al., 1988; Frasuresmithet al., 1995; Barefootet al., 1996.
13. Ariyo AA, Haan M, Tangen CM, et al. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans. *Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Circulation* 2000; 102: 1773–1771–3
14. Barefoot JC, Schroll M. Symptoms of depression, acutemyocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation* 1996; 93: 1976–1980.
15. Aroma A, Raitasalo R, Reunanen A, et al. Depression and Cardiovascular Diseases. *Acta Psychiatrica Scand*, 1994;89: 77–82.4
16. Townsend MH, Bologna NB, Berbee JG. Heart Rate and blood pressure in panic disorder, major depression, and comorbid panic disorder with major depression. *Psychiatry Res*. 1998;79(2):187-90
17. Kario K, Schwartz JE, Davidson KW, Pickering TG. Gender differences in associations of diurnal blood pressure variation, awake physical activity, and sleep quality with negative affect. *Hypertension*. 2001; 38(5):997-1002
18. Jonas, BS, Franks, P, Ingram, DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. *Arch Fam Med*. 1997;6(1):43-9.
19. Rabkin J, Charles E, Kass F. Hypertension and DSM-III depression in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1983;140(8):1072-4.)
20. Everson AS, Kaplan GA, Goldberg DE, Salomen JT. Hypertension incidence is predicted by high levels of hopelessness in Finish men. *Hypertension*. 2000;34(2):561-7.)
21. Illis T. *Pharmaceutice rationalissime diabtriba de medicamentorum operantionibus in humano corpore*. Oxford; 1675
22. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. A prevalência de depressão comórbida em adultos com diabetes: uma meta-análise. *Diabetes Care*. 2001; 24: 1069–783
23. olt RI, Katon WJ. Diálogo sobre diabetes e depressão: lidando com o duplo fardo da comorbidade. *J Affect Disord*. 2012; 142 (Supl): S1–3.4
24. [gede LE, Zheng D, Simpson K. A depressão comórbida está associada ao aumento do uso de cuidados de saúde e despesas em indivíduos com diabetes. *Diabetes Care*. 2002; 25: 464–75
25. Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA, Collins EM, Serpa L, MimiagaMJ, et al. Depressão e não adesão ao tratamento do diabetes: uma meta-análise. *Diabetes Care*. 2008; 31: 2398–403
26. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burk. The Composite International Diagnostic Interview. Um instrumento epidemiológico adequado para uso em conjunto com diferentes sistemas de diagnóstico.
27. Roenke K, Spitzer RL, Williams JB, Lowe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: uma revisão sistemática. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010; 32: 345–59
28. O'Connor PJ, Narayan KM, Anderson R, Feeny P, Fine L, AliMK, et al. Efeito da pressão sanguínea intensiva versus controle da pressão arterial padrão e qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes tipo 2: o ensaio ACCORD. *Diabetes Care*. 2012; 35: 1479–8160
29. Holt RI, van der Feltz-Cornelis CM. Conceitos-chave no rastreamento de depressão em pessoas com diabetes. *J Affect Disord*. 2012; 142 (Supl): S72–963
30. Roy T, Lloyd CE, Pouwer F, Holt RI, Sartorius N. Ferramentas de rastreamento usadas para medir a depressão entre as pessoas com diabetes tipo 1 e tipo 2: uma revisão sistemática. *Diabetes Med*. 2012; 29: 164–7564
31. *Lancet Oncol* 2001; 2: 499–505
32. Massie MJ, Popkin MK. Depressive disorders. In: Holland JC, (Ed). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press 1998:518–40
33. Breitbart W, Jaramillo J, Chochinov HM. Palliative and terminal care. In: Holland JC (Ed). *Textbook of psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, 1998: 437–49
34. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249:751–57.)
35. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Prevalence of depression in the terminally ill: effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 537–40
36. Massie MJ, Popkin MK. Depressive disorders. In: Holland JC, (Ed). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press 1998:518–40

