

Depressão –

Uma primeira consulta baseada em evidências

Autores:

- **Bruce Arroll**, Professor de Medicina de Família e Atenção Primária à Saúde, Universidade de Auckland, Nova Zelândia.
- **Weng Y Chin**, Professora Assistente, Departamento de Medicina de Família e Atenção Primária, Universidade de Hong Kong.
- **Christopher Dowrick**, Professor de Atenção Primária à Saúde, Universidade de Liverpool, UK; Presidente do Grupo de Trabalho em Saúde Mental, Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA).

Tradução da versão em Português:

- **Kali Alves**
- **Michael Duncan**
- **Raquel Vaz Cardoso**, Médica de Família e Comunidade, preceptora da residência de MFC da SES/DF, Brasília, Brasil.

Correspondência:

Detalhes de contato de Bruce Arroll: bruce.arroll@auckland.ac.nz Private Bag 92019

Auckland 1142 New Zealand Ph 64-9-9236978

Agradecimentos

Agradecemos aos membros do grupo WONCA Saúde Mental por seus comentários na versão anterior deste documento.

Aspectos-chave (cada aspecto corresponde a um título dos tópicos abaixo)

1. Depressão é comum na atenção primária.
2. A maioria dos pacientes com depressão apresentam sintomas somáticos.
3. Inicie a consulta incluindo saúde mental.
4. Distinguir sofrimento psíquico de depressão pode ser muito desafiador, particularmente na primeira visita.
5. Por que os médicos não fazem diagnóstico de saúde mental.
6. Quão importante é se ter um diagnóstico de depressão ou ansiedade ou algum outro, assim como o é ser escutado e compreendido?
7. Uma forma rápida para descartar a depressão é por meio de duas perguntas.
8. Uma resposta afirmativa a qualquer uma das questões torna necessário investigar mais a fundo o caso
9. Escores elevados em inquéritos de depressão não necessariamente significam que o paciente tenha depressão e provavelmente serão menores na próxima visita.
10. Considere utilizar primeiro a escuta empática e terapias não-medicamentosas.
11. Devem ser prescritos antidepressivos na primeira consulta?
12. Esteja atento aos riscos de prescrever precocemente um antidepressivo.
13. Considere realizar uma ligação telefônica ao paciente entre as consultas – ela é eficaz.
14. Reavalie o paciente em uma semana ou negocie o intervalo.

1. Depressão é comum na atenção primária

Depressão, é usualmente entendida como um transtorno mental caracterizado por, pelo menos, duas semanas de humor deprimido que está presente a maior parte do tempo. Muitas vezes é acompanhado por baixa autoestima, perda de interesse por atividades normalmente agradáveis, baixa energia e dores sem uma causa clara.

O *World Health Organisation Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care* (WHO PPGHC) realizado pela Organização mundial de Saúde (OMS) em 14 países estima que cerca de 14% (intervalo de 2,6% - 15,9%) dos indivíduos em serviços de atenção primária em saúde sofrem de depressão maior¹. O estudo *Longitudinal Investigation of Depressive Outcomes in Primary Care* (LIDO) reportou uma prevalência semelhante de 13% (intervalo de 4 -23%) para depressão em atenção primária.²

2. A maioria dos pacientes com depressão apresentam sintomas somáticos

Entre 45% a 95% dos pacientes com depressão apresentam sintomas somáticos e 11% não relatam quaisquer sintomas psicológicos.³

Pode ser mais fácil rastrear os sintomas "somáticos" de depressão como sono, energia, apetite, movimento e talvez concentração antes de verificar o humor, prazer, culpa e sentimentos suicidas.⁴

Se você acha que pode haver um problema de humor, você pode perguntar se a pessoa tem andado sob algum estresse – como a maioria das pessoas tem estado sob algum grau de estresse é provável que respondam sim. Aplicar um instrumento de avaliação de depressão (por exemplo, Patient Health Questionnaire [PHQ-9], Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - Depressão [HAD-D Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression], Inventário de Depressão de Beck [BDI]) pode ser muito útil.⁵

3. Inicie a consulta incluindo saúde mental

Uma vez que a maioria das consultas começa com a apresentação de um sintoma físico ou somático, os médicos devem considerar a possibilidade de causas emocionais bem como físicas, especialmente quando os sintomas não conduzem claramente a um diagnóstico físico.

- Faça isso diretamente: como está seu humor ou seu ânimo ultimamente?
- Indiretamente: pergunte sobre sono, energia, concentração, prazer de viver e, recebendo muitas confirmações, pergunte diretamente sobre depressão.

Isto não é triagem para depressão mas detecção de caso, uma vez que o médico está lidando com um paciente com sintomas, que pode significar que há um componente de humor para avaliação. A triagem para depressão é controversa.⁶

Se houver incerteza, então você pode pedir ao paciente se ele se importaria em preencher um questionário sobre depressão (por exemplo, PHQ-9). Se o resultado for normal, pesquise os aspectos físicos de saúde. Se positivo, você pode abordar o assunto, dizendo "este questionário sugere que você pode estar tendo problemas com seu humor – o que você acha?" Muitos pacientes serão bastante abertos à abordagem de suas preocupações psicológicas pelo médico. No entanto, alguns pacientes podem ser muito "somaticamente orientados" (i.e. não psicologicamente orientado) e podem não aceitar um diagnóstico de saúde mental. É importante não se tornar confrontador neste ponto, mas abordar esse assunto permitirá que o paciente discuta questões psicológicas em um momento posterior.

4. Distinguir sofrimento psíquico de depressão pode ser muito desafiador, particularmente na primeira visita

Fazer um diagnóstico de saúde mental no cenário da atenção primária é um desafio. Como resumido por um MFC "nós verdadeiramente gerenciamos riscos e vivemos nesta gloriosa zona crepuscular de incerteza"⁷. Um diagnóstico de depressão costuma ser feito com mais segurança ao longo de mais de um encontro.⁸

Um dos principais desafios encontrados está na definição de caso e em decidir o ponto de corte entre o sofrimento psíquico e a depressão clínica. Os médicos da atenção primária geralmente são capazes de reconhecer os pacientes que estão sofrendo em função de problemas em suas vidas, mas consideram difícil decidir se as questões são clinicamente significativas e quando se fazer ou não um diagnóstico explícito de transtorno mental.⁸ A meta-análise realizada por Mitchell et al. demonstrou que somos 50% mais propensos em diagnosticar depressão quando não está presente, do que identificar um caso corretamente, ou deixar de reconhecer um caso quando está presente.⁹

A questão da angústia é reconhecida na atenção primária, mas há limitados estudos sobre como medi-la. Um questionário validado da Holanda mede angústia, ansiedade, depressão e somatização e é conhecido como o 4-DSQ.^{10 11} Sua principal limitação é que tem 50 questões, o que o torna menos útil em consultas regulares na atenção primária.

5. Por que os médicos não fazem diagnóstico em saúde mental

Há muitas razões para os médicos fazerem ou não um diagnóstico em saúde mental, mesmo que eles estejam cientes de que o paciente está vivenciando sofrimento psíquico.

Os médicos geralmente são treinados para explorar os aspectos físicos primeiro, com base na premissa de que é má prática não identificar um diagnóstico físico mas menos problemático deixar escapar um diagnóstico de saúde mental.⁷ Médicos de família tendem a pensar em problemas ao invés de diagnósticos e podem não rotular um paciente com depressão, a menos que planejem tratá-la.^{12 13}

Em alguns países, os médicos de família podem não ter permissão para fazer um diagnóstico em saúde mental e espera-se que encaminhem a um psiquiatra todos os casos suspeitos.

Alguns médicos não gostam de lidar com questões de saúde mental.⁷ Relutam em abordar questões psicossociais com receio de abrir uma caixa de Pandora.⁷ Ironicamente, no fundo da caixa de Pandora encontra-se a esperança. Alguns evitam fazê-lo devido a falta de confiança ou por se sentirem inábeis em tocar essas questões.¹⁴ Isso pode estar relacionado com a fragilidade emocional do próprio médico – como descrito em um poema escrito pelo poeta e médico clínico, Glenn Colquhoun, " Eu atendi uma jovem para a repetição de uma prescrição. A história dela era tão densa que eu sabia que não deveria me aprofundar nisso logo pela manhã em um dia frágil e cheio de demandas". Nesse caso, o médico não se sente emocionalmente capaz de lidar com as questões complexas apresentadas por uma paciente angustiada.¹⁵

Alguns médicos estão preocupados com o estigma do paciente⁷, enquanto outros estão preocupados com o impacto em futuras solicitações de seguros de saúde se depressão estiver descrito nos registros médicos.⁷

Alguns médicos podem ter em mente que muitas condições atualmente diagnosticadas como transtorno depressivo maior, especialmente aqueles relacionados às perdas, são melhor compreendidas dentro do processo de luto, que não demanda tratamento medicamentoso.^{16 17}

6. Quão importante é se ter um diagnóstico de depressão ou ansiedade ou algum outro, assim como o é ser escutado e compreendido?

Há uma considerável sobreposição de sintomas entre depressão e transtornos de ansiedade. O estudo de Magpie de Wellington, Nova Zelândia, identificou que 18,1% dos pacientes na atenção primária preencheram os critérios para depressão nos últimos 12 meses, mas 56% delas tinham um grau de ansiedade coexistente (classificável pelo DSM IV) e 20% um transtorno de uso e dependência de substância.¹⁸ Algumas pessoas com sintomas sem explicação médica podem estar ansiosas ou deprimidas. Haverá um novo termo na CID-11 chamado depressão-ansiosa que contempla um quadro misto de ansiedade e depressão.¹⁹

A precisão diagnóstica melhora ao longo de um período de acompanhamento e os médicos têm mais capacidade de fazer um diagnóstico de depressão em pacientes atendidos diversas vezes.⁸

A visão compartilhada sobre os problemas do paciente é importante e isso pode incluir a compreensão dos aspectos culturais que são relevantes para ele. Estabelecer um relacionamento de confiança com o paciente e permitir que ele conte sua história é uma demonstração de respeito e viabiliza uma parceria no cuidado.²⁰ Algumas abordagens estruturadas foram desenvolvidas para melhorar as habilidades de comunicação dos médicos, como as cinco perguntas (abordagem BATHEⁱ): "o que está acontecendo em sua vida", "como se sente sobre isso", "o que o incomoda mais sobre isso", "como você lida com isso", "isso deve ser difícil para você".²⁰

Recomenda-se fazer uma escuta ativa.²¹ Como escreveu o Professor Ian McWhinney, "o maior problema na entrevista clínica é não deixar o paciente contar sua história."²² O contexto em que o paciente vive também é importante, e, portanto, além de averiguar como está sua saúde mental, pode ser necessário questionar sobre solidão, comorbidade com doenças físicas, violência familiar, abuso sexual ou físico, crime, guerra, migração e não ter um lugar para morar.

7. Uma forma rápida de descartar depressão é por meio de duas perguntas

O que estamos recomendando aqui não é rastrear a depressão e sim fazer essas perguntas ao paciente que se apresenta com sintomas somáticos e o diagnóstico de doença física não parece claro. Nesse caso, a probabilidade de doença mental é muito maior do que no rastreamento populacional, pois, quanto maior o número de sintomas físicos, maior a probabilidade de um diagnóstico de saúde mental. A prevalência nesse contexto clínico é maior do que a prevalência em uma população de rastreamento, sendo esse procedimento portanto denominado busca de casos.²³

1. Durante o último mês você se sentiu incomodado por estar para baixo, deprimido ou sem esperança?

2. Durante o último mês você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer para fazer as coisas?

Uma resposta negativa a ambas as questões praticamente descarta o diagnóstico de depressão.²⁴

8. Uma resposta afirmativa a qualquer uma das questões torna necessário investigar mais a fundo o caso

ⁱ O acrônimo BATHE deriva de Background, Affect, Trouble, Handle, Empathy e poderia ser adaptado para o português como BAILE (Background, Afeto, Incomoda, Lida, Empatia).

Se o paciente responder afirmativamente a qualquer uma das questões, ele pode estar deprimido. Aplicar o questionário PHQ-9 ou algum outro inventário de depressão pode ajudar a avaliar a gravidade do quadro.²⁵

Os médicos de família devem sempre considerar o risco de suicídio e o comprometimento funcional do paciente. O PHQ-9 tem perguntas sobre suicídio e sobre comprometimento funcional. Entre as pessoas que cometem suicídio na população geral, alguns trabalhos mostram que até 41% tiveram internação psiquiátrica no ano anterior e que até 9% delas cometem suicídio antes de completar um dia da alta hospitalar. Os dados correspondentes para médicos de atenção primária são 83% e 20%. É comum as pessoas que cometeram suicídio terem procurado serviços de saúde antes de morrerem.²⁶ O National Institute for Health Care Excellence (NICE), que elabora diretrizes para o Reino Unido, recomenda “sempre perguntar diretamente para as pessoas com depressão sobre ideação ou intenção suicida se houver risco de produzir dano a si próprio ou cometer suicídio.”²⁷

Uma avaliação informal sobre a funcionalidade do paciente pode ser feita perguntando a ele sobre dificuldades vivenciadas em situações sociais, ocupacionais e familiares.

Nesse momento, é importante avaliar história prévia de episódio maníaco, pois em torno de 10% da população que recebe prescrição de antidepressivo na atenção primária na verdade tem um transtorno bipolar não-diagnosticado.²⁸ Recomenda-se avaliar também o uso de álcool e outras drogas.

9. Escores elevados em inquéritos de depressão não necessariamente significam que o paciente tenha depressão e provavelmente serão menores na consulta seguinte

O PHQ-9 fornece uma medida do grau de sofrimento, e os pacientes podem apresentar escores muito elevados e ao mesmo tempo não estar deprimidos.²⁹ Pesquisas realizadas no Reino Unido sugerem que um escore de 12 ou mais no PHQ-9 (o escore máximo é de 27) pode ser um ponto de corte melhor para decidir sobre oferecer ou não tratamento ativo (em geral inicialmente tratamento não-medicamentoso), pois esse escore demonstrou maior especificidade e a mesma sensibilidade que um escore de 10 para depressão maior em uma população britânica.³⁰

Existem evidências de que na atenção primária 60% dos pacientes terá resolução dos sintomas depressivos ao longo de um ano mesmo se os sintomas depressivos não foram identificados na primeira consulta.³¹ Muitas vezes os escores já são menores na semana seguinte -- seja devido à regressão à média ou por o paciente ter discutido os sintomas com um clínico (o Dr Michael Balint chamou esse fenômeno de “médico como droga”).

10. Considere utilizar primeiro a escuta empática e terapias não-medicamentosas

Recomendamos que para a maioria dos pacientes o tratamento inicie com medidas não-farmacológicas. As diretrizes do NICE recomendam que para os casos menos graves o tratamento não-farmacológico seja preferido em relação ao farmacológico.³²

Considere começar com intervenções psicossociais de baixa intensidade, como as seguintes:

- higiene do sono,
- princípios individualizados de autoajuda baseados na terapia cognitivo-comportamental
- terapia cognitivo-comportamental computadorizada (p.ex., moodgym.com) com ou sem facilitador,
- terapia de resolução de problemas,
- ativação comportamental,

- atividade física, de preferência em grupo,
- psicoeducação - explicar as causas da depressão pode normalizar o diagnóstico e reduzir o autoestigma e o sentimento de culpa,³³
- terapia em grupo (evidência de efetividade em países em desenvolvimento).³⁴

Uma revisão da Cochrane mostrou que o exercício físico é moderadamente mais efetivo que uma intervenção controle na redução de sintomas depressivos, porém não é mais efetivo que tratamentos psicológicos ou farmacológicos.³⁵ Em um ensaio clínico randomizado realizado em 2016, Hallgren mostrou que o exercício físico traz benefícios no tratamento da depressão mesmo quando realizado em intensidade leve (p.ex., ioga e alongamentos), ao invés de moderada ou vigorosa, e quando realizado uma vez por semana.³⁶ Além disso, podem haver benefícios cardiovasculares e metabólicos para os pacientes com depressão.

A terapia de aceitação e compromisso (ACT, do inglês “*acceptance and commitment therapy*”) é uma terapia cognitivo-comportamental de terceira onda que inclui um componente de mindfulness. Ela utiliza uma abordagem transdiagnóstica e os pacientes são compreendidos como estando “empacados” ao invés de deprimidos ou ansiosos. Gasta-se pouco tempo no diagnóstico quando ela é utilizada na atenção primária, sendo a ênfase em engajar o paciente na terapia, uma vez que muitas vezes ele não retorna para uma segunda consulta.³⁸

11. Devem ser prescritos antidepressivos na primeira consulta?

Atualmente há uma escassez de evidências sobre que tratamento iniciar na primeira consulta. O que se sabe é que a magnitude do benefício do antidepressivo aumenta conforme a gravidade dos sintomas depressivos, podendo ser mínima ou mesmo inexistente, em média, em pacientes com sintomas leves ou moderados. Em pacientes com depressão muito grave, o benefício dos medicamentos em relação ao placebo é muito maior.³⁹ Uma vez que a maioria dos pacientes vistos na atenção primária apresenta quadros leves a moderados e que muitos daqueles com quadros graves rapidamente mudam para leves a moderados, a maioria dos pacientes não irá se beneficiar de antidepressivos.

12. Esteja atento aos riscos de prescrever precocemente um antidepressivo

Existem muitos riscos de se prescrever um antidepressivo cedo demais: o paciente pode não retornar; ele pode ter dificuldade em interromper a medicação; ele pode usar uma dose excessiva e muitos pacientes terão efeitos adversos.⁴⁰

Sugerimos não prescrever antidepressivos rotineiramente para tratar sintomas depressivos subliminares ou depressão leve, pois a razão risco-benefício é desfavorável. A maioria desses pacientes não se beneficia de antidepressivos, e nos pacientes que melhoram isso provavelmente se deve ao efeito placebo e não à resposta ao medicamento. Em pacientes com sintomas leves a moderados, é oito vezes mais provável ocorrer um efeito placebo do que uma resposta real ao medicamento.³⁹ Uma vez que a maioria dos pacientes terá um efeito placebo, eles provavelmente irão dar ao medicamento o crédito pela melhora e não à sua mudança de visão de mundo. Eles podem demandar medicamentos na próxima vez em que apresentarem queixas emocionais, medicalizando assim o seu sofrimento.⁴¹

É importante também considerar os sintomas de retirada ao tentar suspender o uso desses medicamentos, pois isso pode levar ao uso desnecessário a longo prazo de antidepressivos.⁴⁰

O NICE sugere evitar o tratamento medicamentoso nesses pacientes a não ser que haja história prévia de depressão moderada ou severa que persiste após outras intervenções, ou sintomas subliminares presentes por um período de pelo menos dois anos.³²

13. Considere realizar uma ligação telefônica ao paciente entre as consultas - ela é eficaz

Em um ensaio clínico randomizado, a atenção prestada por telefone por enfermeiros melhorou os desfechos clínicos e a satisfação dos pacientes.⁴² Em cada ligação telefônica, o enfermeiro perguntava ao paciente sobre preocupações relacionadas ao medicamento antidepressivo, oferecia sugestões sobre como lidar com efeitos adversos leves e enfatizava a importância da tomada regular da medicação. Ele oferecia suporte emocional e auxiliava os pacientes a identificar atividades que gostariam de tentar para se tornarem mais ativos e obterem prazer. Além disso, podia abordar outras questões médicas e discutir a saúde geral do paciente.⁴²

Em alguns serviços de saúde, podem não haver enfermeiros disponíveis. Um estudo na Alemanha utilizou auxiliares de saúde para essa tarefa.⁴³

14. Reavalie o paciente em uma semana ou negocie um intervalo

Não existem evidências para orientar o intervalo de tempo mais adequado, porém somos influenciados pelos comentários de uma médica de família britânica no artigo "Insider's guide to depression", no qual ela relata sua experiência como paciente com depressão, quando ela diz: "devemos ser reavaliados com frequência no início, pois uma semana é um tempo muito longo em um quadro do Dalí. Três semanas são quase inimagináveis."⁴⁴

Reconhecemos que consultas semanais podem não ser factíveis em alguns serviços de saúde e que fatores como a gravidade do quadro podem influenciar a discussão.

Nota de esclarecimento

Os autores deste artigo trabalham em países desenvolvidos e entendem que algumas das sugestões podem não ser aplicáveis em todos os países. Questões relacionadas a linguagem, guerra, migração, distância, culturas que preferem interações verbais e não escritas, perfil da equipe assistencial, tradução dos questionários e papéis limitados para os profissionais de atenção primária no manejo de problemas mentais poderão afetar a capacidade de alguns profissionais de seguirem nossas sugestões.

Links para outros sites do WONCA

Referências

1. Ormel J, Vonkorff M, B U, et al. Common mental disorders and disability across cultures. JAMA 1994;**272**:1741-48.
2. Herrman H, Patrick DL, Diehr P, et al. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. Psychol Med 2002;**32**(5):889-902.
3. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med 1999;**341**(18):1329-35.

4. Schumann I, Schneider A, Kantert C, et al. Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. *Fam Prac* 2012;**29**(3):255-63.
5. Mulrow CD, Williams JW, Jr., Gerety MB, et al. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med* 1995;**122**(12):913-21.
6. Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding instruments for depression [Systematic Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;(4) 2005.
7. Dew K, Dowell A, McLeod D, et al. "This glorious twilight zone of uncertainty": mental health consultations in general practice in New Zealand. *Soc Sci Med* 2005;**61**(6):1189-200.
8. Bushnell J. Frequency of consultations and general practitioner recognition of psychological symptoms. *Br J Gen Pract* 2004;**54**(508):838-42.
9. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009;**374**(9690):609-19.
10. Terluin B, Smits N, Miedema B. The English version of the four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ) measures the same as the original Dutch questionnaire: a validation study. *Eur J Gen Pract* 2014;**20**(4):320-6.
11. Geraghty AW, Stuart B, Terluin B, et al. Distinguishing between emotional distress and psychiatric disorder in primary care attenders: a cross sectional study of the four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ). *J affect disord* 2015;**184**:198-204.
12. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC, et al. Awareness, Diagnosis, and Treatment of Depression. *J Gen Int Med* 1999;**14**(9):569-80.
13. Rost K, Smith R, Matthews DB, et al. The deliberate misdiagnosis of major depression in primary care. *Arch Fam Med* 1994;**3**(4):333-7.
14. Maxwell M, Harris F, Hibberd C, et al. A qualitative study of primary care professionals' views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary heart disease in the UK. *BMC fam pract* 2013;**14**:46.
15. Wilson H, Cunningham W. *Being a doctor: understanding medical practice*: Published by Otago University Press. PO Box 56 / Level 1, 398 Cumberland Street, Dunedin, New Zealand, 2013.
16. Parker G. Opening Pandora's box: how DSM- 5 is coming to grief. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2013;**128**(1):88-91.
17. Dowrick C. *Beyond depression: a new approach to understanding and management*: Oxford University Press, 2009.
18. Magpie Research Group. The nature and prevalence of psychological problems in New Zealand primary healthcare: a report on mental health and general practice investigation (MAGPIE). *NZ Med J* 2003;**116**:1171-85.
19. Goldberg D, Klinkman M. Primary Health Care and the ICD-11. *Die Psychiatrie* 2013;**10**(1):33-7.
20. Lieberman JA, 3rd, Stuart MR. The BATHE Method: Incorporating Counseling and Psychotherapy Into the Everyday Management of Patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 1999;**1**(2):35-38.
21. Robertson K. Active listening: more than just paying attention. *Aust Fam Physician* 2005;**34**(12):1053-5.
22. Freeman TR. *McWhinney's textbook of family medicine fourth edition* Oxford University Press 198 Madison Avenue New York, NY 10016, 2016.
23. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994;**3**(9):774-9.
24. Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, et al. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ* 2005;**331**(7521):884.
25. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric ann* 2002;**32**:509-21.

26. Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br j psychiatry* 1998;**173**:462-74.
27. The National Institute for Health Care Excellence. Depression in adults: recognition and management. nice.org.uk/guidance/cg90 Updated 2016 2016 [
28. Hughes T, Cardno A, West R, et al. Unrecognised bipolar disorder among UK primary care patients prescribed antidepressants: an observational study. *Br J Gen Pract* 2016;**66**(643):e71-7.
29. Arroll B, Moir F, Kendrick T. Effective management of depression in primary care *Br j gen pract open* 2017 in press. 2017.
30. Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *Br J Gen Pract* 2007;**57**(541):650-2.
31. Chin WY, Chan KT, Lam CL, et al. 12-Month naturalistic outcomes of depressive disorders in Hong Kong's primary care. *Fam pract* 2015;**32**(3):288-96.
32. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression: Management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23, 2007.
33. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, et al. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med* 2009;**7**:79.
34. Bass J, Neugebauer R, Clougherty KF, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6-month outcomes: randomised controlled trial. *Br j psychiatry* 2006;**188**:567-73.
35. Cooney G, Dwan K, Mead G. Exercise for depression. *Jama* 2014;**311**(23):2432-33.
36. Hallgren M, Vancampfort D, Stubbs B. Exercise is medicine for depression: even when the "pill" is small (letter) *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;**12**:2715-21.
37. Harris R. *ACT made simple. An easy-to-read primer on Acceptance and Commitment Therapy* 5674 Shattuck Avenue Oakland CA 94609: New Harbinger Publications Inc 2009.
38. Strosahl K, Robinson P, Gustavsson T. *Brief interventions for radical change: principles and practice of focussed acceptance and commitment therapy* 5674 Shattuck Avenue, Oakland, CA 94609: New Harbinger Publications 2012.
39. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *Jama* 2010;**303**(1):47-53.
40. Warner CH, Bobo W, Warner C, et al. Antidepressant discontinuation syndrome. *Am Fam Phys* 2006;**74**(3):449-56.
41. 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;**347**(7):f7140.
42. Hunkeler E, Merseman JF, Hargreaves WA, et al. Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Arch Fam med* 2000;**9**:700-8.
43. Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, et al. Patients' perspectives on depression case management in general practice - a qualitative study. *Patient Educ Couns* 2012;**86**(1):114-9.
44. McKall K. An insider's guide to depression *BMJ* 2001(323):1011.