

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Thiago Souto Freitas

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: PROMOÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS PARA
REDUZIR O USO DE ANTIDEPRESSIVOS NOS USUÁRIOS DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BETA DO MUNICÍPIO SENADOR MODESTINO
GONÇALVES - MINAS GERAIS**

Belo Horizonte- Minas Gerais

2021

Thiago Souto Freitas

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: PROMOÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS PARA
REDUZIR O USO DE ANTIDEPRESSIVOS NOS USUÁRIOS DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BETA DO MUNICÍPIO SENADOR MODESTINO
GONÇALVES - MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Rosamary
Aparecida Garcia Stuchi

Belo Horizonte - Minas Gerais

2021

Thiago Souto Freitas

PROJETO DE INTERVENÇÃO: PROMOÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS PARA REDUZIR O USO DE ANTIDEPRESSIVOS NOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BETA DO MUNICÍPIO SENADOR MODESTINO GONÇALVES - MINAS GERAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Profa. Dra. Rosamary Aparecida Garcia Stuchi - UFVJM

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 30 de janeiro de 2021.

AGRADECIMENTOS

À Priscilla, pelo amor, companheirismo e incentivos diários. Por ser a melhor esposa que eu poderia desejar.

Aos meus pais e irmãos, minha fonte inesgotável de apoio.

E aos meus colegas do Centro de Saúde Senador Salvinio Moreira, pela cumplicidade durante o exercício da nossa profissão.

“O mais importante na vida não é o conhecimento, mas sim o uso que fazemos dele”

(Talmud)

RESUMO

A alta prevalência de depressão, um transtorno mental diagnosticado com frequência na Atenção Básica, considerada uma das principais portas de entrada das pessoas ao sistema de saúde, tem se tornado uma preocupação na saúde pública. É uma doença crônica, em que há um desequilíbrio emocional no indivíduo, com desenvolvimento de tristeza crônica, sentimento tão contínuo e exacerbado e que o seu o tratamento vai depender de algumas variáveis. O objetivo deste estudo foi apresentar um projeto de intervenção para a promoção de novas práticas para redução do uso de antidepressivos nos usuários da Equipe de Saúde Beta, em Senador Modestino Gonçalves, Minas Gerais. Para contribuir na elaboração do plano de intervenção foi feita uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados: *Scientific Electronic Library Online*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, edições do Ministério da Saúde, entre outros. O plano de ação seguiu como referência os passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde e que nortearam todo o processo: a definição dos problemas, priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos “nós críticos” e desenho das operações. Com este plano de ação deseja-se melhorar a assistência ao paciente com transtorno depressivo na Equipe de Saúde Beta e que com mudanças nas práticas assistenciais seja possível alcançar melhores resultados na redução do uso de medicamentos dos pacientes depressivos dessa Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Depressão. Estratégia Saúde da Família. Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

The high prevalence of depression, a mental disorder frequently diagnosed in Primary Care, considered one of the main doors of entry for people to the health system, has become a public health concern. It is a chronic disease, in which there is an emotional imbalance in the individual, with the development of chronic sadness, a feeling that is so continuous and exacerbated and that its treatment will depend on some variables. The objective of this study was to present an intervention project to promote new practices to reduce the use of antidepressants in users of the Beta Health Team, in Senador Modestino Gonçalves, Minas Gerais. To contribute to the elaboration of the intervention plan, a bibliographic search was made in the databases: Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, editions of the Ministry of Health, among others. The action plan followed the steps proposed in the Health Actions Planning and Evaluation Module as a reference and guided the whole process: definition of problems, prioritization of problems, description of the selected problem, explanation of the problem, selection of "critical nodes" and design of operations. With this action plan, the aim is to improve care for patients with depressive disorders in the Beta Health Team and that with changes in care practices, it is possible to achieve better results in reducing the use of medicines by depressive patients in this Health Strategy. Family Health.

Keywords: Primary Health Care. Depression. Mental Disorders. Family Health Strategy. Comprehensive Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Aspectos demográficos do ano de 2019 da Equipe de Saúde Beta.	14
Quadro 2-Perfil epidemiológico de 2019 da Equipe de Saúde Beta.	15
Quadro 3 -Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Beta, município de Senador Modestino Gonçalves, estado de Minas Gerais.	21
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alta prevalência de pacientes em tratamento com transtorno depressivo” da Equipe de Saúde Beta, no município de Senador Modestino Gonçalves, em Minas Gerais, 2020.	30
Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alta prevalência de pacientes em tratamento com transtorno depressivo” da Equipe de Saúde Beta, no município de Senador Modestino Gonçalves, em Minas Gerais, 2020.	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 O sistema municipal de saúde	11
1.3 Aspectos da comunidade	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família	17
1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde	17
1.7 O dia a dia da equipe de Saúde da Família	18
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	19
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	20
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETIVOS	23
4 METODOLOGIA	24
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	25
5.1 Depressão e seus conceitos	25
5.2 Etiologias e diagnósticos	26
5.3 Novas práticas em saúde mental na atenção primária	27
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	29
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	29
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	29
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Senador Modestino Gonçalves

O município de Senador Modestino Gonçalves segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2020 possuía 4.105 habitantes, e destes cerca de 61% dos moradores estão na zona rural e 39% na zona urbana (IBGE, 2020).

É uma cidade criada às margens do Rio Araçuaí, situada na microrregião de Diamantina e na atual região do Vale do Jequitinhonha, inicialmente povoada devido à exploração de metais preciosos. Com o passar do tempo, a economia da cidade passou a girar em torno da agropecuária e da prestação de serviços

A grande maioria da população é composta por seguidores da igreja católica, preservando tradições religiosas como as celebrações dos santos, festas juninas, marujada e a comemoração do dia de Nossa Senhora das Mercês, padroeira da cidade.

Ainda segundo o IBGE, a cidade apresenta 47,3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 69% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 9.9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada. A taxa de escolarização no município nas idades de 6 a 14 anos de idade é de 98,7% e diminui com o avançar da idade (IBGE, 2020).

O sistema de saúde do município conta apenas com um centro de saúde, o Centro Senador Salvino Moreira, que abriga duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e apenas uma equipe de Urgência e Emergência.

1.2 O sistema municipal de saúde

O Sistema Municipal de Saúde é composto por duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Alfa e a Beta, responsáveis pelo atendimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no município, ambas realizando atendimentos na zona urbana e rural, com cobertura de 100% da área de abrangência do município (BRASIL, 2019).

A sede de ambas as equipes é compartilhada e localizada na zona urbana. Os atendimentos da zona rural são realizados em locais cedidos pela comunidade, como

escolas, igrejas e grupos de associações de moradores, além de residências de alguns dos usuários. A atenção à saúde bucal e os atendimentos em fisioterapia, apesar de vinculados às ESF, são realizados de maneira independente e descentralizada, prejudicando o contato entre os profissionais da equipe.

O município ainda conta com o serviço de fisioterapia que funciona como ponto de apoio à saúde da população, oferecendo atenção especializada para pacientes acamados semanalmente, grupo de coluna e de idosos, entre outras atividades da academia da saúde.

A Secretaria de Saúde oferta serviços como ponto de apoio logístico, sendo responsável pela coordenação do fluxo de encaminhamentos para atenção especializada, captação de recursos em saúde, vigilância epidemiológica etc. O município também conta com uma parceria com o laboratório de análises clínicas para realização de exames de rotina e de urgência e emergência e serviço de Radiografia 24h/dia.

A referência da APS do município para a atenção secundária é feita através do preenchimento de um formulário de encaminhamento, constando os dados pessoais e clínicos do paciente, que é entregue em setor específico da secretaria de saúde para agendamento de consulta ambulatorial especializada.

A contra referência é realizada através de outro formulário, que consta o atendimento do paciente na atenção secundária, com diagnóstico e conduta. Para a manutenção do acompanhamento deste paciente na atenção especializada, o formulário de contra referência deve ser assinado e carimbado pelo enfermeiro ou médico da APS.

A referência para atenção terciária é feita por contato telefônico direto, uma vez que o município não dispõe do Sistema Único de Saúde (SUS) fácil/regulação de leitos. Quando necessário, é feito o contato entre os médicos de ambos os serviços, para a tomada de decisão a respeito do possível encaminhamento do paciente. A contra referência se dá pelo sumário de alta hospitalar e busca ativa do paciente egresso da internação pela equipe de ESF. Mas o modelo biomédico ainda prevalece no município.

Os pontos de atenção do município são divididos pelos níveis de atenção primário, secundário e terciário que serão descritos a seguir:

- Atenção Primária à Saúde (APS): é desenvolvida por duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Alfa e a Beta. Ambas realizando atendimentos na zona

urbana e rural, com cobertura de 100% da área de abrangência do município. A sede de ambas as equipes é compartilhada e localizada na zona urbana.

Os atendimentos da zona rural são realizados em locais cedidos pela comunidade, como escolas, igrejas e grupos de associações de moradores, além de residências de alguns dos usuários. A atenção à saúde bucal e os atendimentos em fisioterapia, apesar de vinculados às ESF, são realizados de maneira independente e descentralizada, prejudicando o contato entre os profissionais da equipe.

- Pontos de Atenção à Saúde Secundários:

Estão localizados na cidade de Diamantina – MG, sendo eles:

a) Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISAJE): localizado no Beco do Felisberto, nº 101, Bairro Rio Grande. Oferece consultas nas especialidades de cardiologia, alergologia, angiologia, dermatologia, endocrinologia, mastologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, psiquiatria, reumatologia, urologia e fonoaudiologia. Também são realizados exames complementares, entre eles o duplex scan, ecocardiograma, eletroencefalograma, endoscopia digestiva alta, espirometria, gonioscopia, MAPA, holter, angiografia fluorescente, campimetria, retinografia, teste ergométrico e ultrassonografias diversas.

b) Policlínica Dr. Lomelino Ramos Couto: localizado na Rua da Caridade, nº 50, Bairro Centro, onde são realizadas consultas em ortopedia, angiologia e cirurgia geral.

c) Centro Especializado em Reabilitação (CER): localizado na Rua Manoel César, nº 180, Bairro Presidente, realizada atendimento multidisciplinar e especializado às pessoas com deficiência física, intelectual, auditiva e visual, além da confecção e dispensa de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

d) Outros: a realização de consultas e exames de alta complexidade, não disponíveis nos serviços acima, acontecem em diferentes clínicas e hospitais nas cidades de Guanhães, Belo Horizonte e Montes Claros, determinados pela secretaria regional de saúde.

- Pontos de Atenção à Saúde Terciários:

- a) Santa Casa de Caridade de Diamantina: sediada na Rua da Caridade, nº 106, Bairro Centro, sendo referência para os atendimentos clínicos-cirúrgicos.
- b) Hospital Nossa Senhora da Saúde: localizado na Praça Redelvim Andrade, nº 564, Bairro Centro, responsável pelo atendimento de casos ortopédicos, pediátricos e gineco-obstétricos.

1.3 Aspectos gerais da comunidade

A área de abrangência da Equipe Beta é composta por 2.024 habitantes, distribuídos em quatro microáreas situadas na zona rural e duas microáreas localizadas na zona urbana. As comunidades rurais são marcadas pela dificuldade de transporte público, baixos índices de escolaridade e más condições de saneamento (BRASIL, 2019).

Entretanto, preservam em sua cultura tradições religiosas antigas, paisagens bonitas entre montanhas, rios e cachoeiras, povoada por gente digna e trabalhadora, que, apesar do sol quente da região e da poeira da zona rural, não deixam de se esforçar para sobreviverem, em sua maioria, da agricultura familiar de subsistência.

Já as microáreas urbanas são situadas em região central da cidade, a maioria com boas condições de moradia, apresentando em algumas vias ausência de calçamento e terrenos baldios, com acúmulo de lixo urbano. Em toda a área de abrangência, existem quatro escolas municipais de pequeno porte, uma creche e cinco igrejas, destas quatro sendo católicas e uma evangélica (DADOS DA EQUIPE, 2019).

O quadro 1 mostra os aspectos demográficos do município, apresentando uma pequena diferença de prevalência do sexo feminino para o masculino.

Quadro 1- Aspectos demográficos do ano de 2019 da Equipe de Saúde Beta.

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	6	10	16
1-4	51	25	76
5-14	145	131	276
15-19	83	91	174

20-29	111	111	222
30-39	145	154	299
40-49	152	134	286
50-59	137	147	284
60-69	77	87	164
70-79	63	86	149
≥ 80	30	48	78
TOTAL	1.000	1.024	2.024

Fonte: SIAB (2019).

Os dados do quadro 1 apresentam uma população, na grande maioria, composta de jovens pois predominam pessoas entre as faixas etárias de 30 a 39 anos, seguidas de pessoas entre 40 a 49 anos e 50 a 59 anos. Ressalta-se, ainda, o número expressivo de pessoas com mais de 80 anos.

Já o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da ESF Beta foi possível conhecer, a partir da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. Esses dados estão disponíveis no cadastro do quadro2 abaixo:

Quadro 2-Perfil epidemiológico de 2019 da Equipe de Saúde Beta.

Condição de Saúde em 2019	Quantitativo (nº)
Gestantes	7
Hipertensos	445
Diabéticos	93
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	17
Pessoas que tiveram AVC	10
Pessoas que tiveram infarto	3
Pessoas com doença cardíaca	39
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	5
Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	0
Pessoas com câncer	9
Pessoas com sofrimento mental	44
Acamados	8

Fumantes	84
Pessoas que fazem uso de álcool	39
Usuários de drogas	3

Fonte: SIAB (2019).

O número significativo de pessoas com hipertensão é uma preocupação para a equipe de saúde da família o que corrobora com o número também significativo de usuários com AVC, infarto e doenças cardíacas.

E as principais causas de óbitos, causas de internação e doenças de notificação referentes dessa área de abrangência do ano de 2018, foram câncer, Diabetes Mellitus, HAS, problemas respiratórios, asfixia/afogamento, choque séptico e AVC. Dessas, houve uma prevalência das principais causas de internação por doenças infecciosas do trato respiratório e as doenças do aparelho circulatório (SISCAN, 2018).

1.4 A Unidade Básica de Saúde Beta

O município de Senador Modestino Gonçalves conta com o Centro de Saúde Senador Salvino Moreira como principal local destinado aos seus atendimentos em saúde, situado na Rua Serafim Campos, SN, Bairro Centro. Ele foi inaugurado há 38 anos, no dia 16/05/1981, e reformado em setembro de 2007.

Neste Centro de Saúde funcionam duas equipes de Estratégia de Saúde da Família, a Alfa e a Beta. Além das equipes de ESF, o espaço é dividido de forma improvisada com a equipe de Urgência e Emergência, o que, por vezes, gera transtornos no entendimento da população sobre a diferenciação dos serviços prestados pelas diferentes equipes.

A unidade é de fácil acesso para os moradores da zona urbana, por estar situada em área central do município. Entretanto, para aqueles que residem na zona rural, a localização não é favorável, exigindo grande distância de deslocamento.

A sala de espera na entrada do centro de saúde é ampla, bem organizada, com boa ventilação, televisão, banheiros e assentos adequados. Já a sala de espera destinada aos pacientes a serem atendidos pela ESF se encontra mal conservada, com assentos insuficientes e quebrados.

O consultório médico possui condições insatisfatórias, com uma maca quebrada, sem escada, o que dificulta a avaliação dos pacientes. A ventilação é ruim, com uma janela pequena que não pode ser aberta sem comprometer a privacidade das consultas e as paredes possuem infiltração.

1.5 Equipe de Saúde da Família Beta

A Equipe Beta é formada por seis Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), cada uma responsável por uma microárea; um técnico de enfermagem; uma enfermeira; uma técnica administrativa; um médico; uma administrativa; uma cirurgiã dentista; uma auxiliar de dentista; uma fisioterapeuta e uma auxiliar de limpeza.

A infraestrutura não adequada faz com que o ambiente de trabalho dificulte a assistência prestada, já que os profissionais ficam sem opção, e muitas vezes, os próprios profissionais tem que usar seus materiais próprios para atender o paciente.

Outro problema que a equipe enfrenta é a divisão do espaço com outras equipes, que acabam ficando sobrecarregados devido à dificuldade da população entender sobre a diferenciação dos serviços prestados pelas diferentes equipes, e não aceitarem um não da equipe, acreditando que estão negando atendimento. Isso faz com que muitos profissionais fiquem desestimulados, inseguros, ameaçados e insatisfeitos.

1.6 Funcionamento da Unidade de Saúde

O Centro de Saúde do município de Senador Modestino Gonçalves funciona 24h por dia, sendo que o atendimento da Atenção Primária à Saúde é realizado das 7:00 às 16:00 e, após este horário, permanece apenas o atendimento de urgência e emergência, com escala reduzida de profissionais.

A recepção é compartilhada para todas as equipes, composta por duas funcionárias específicas para função, responsáveis pelo primeiro atendimento na UBS e coordenação do arquivo de prontuários.

A agenda de trabalho da equipe é determinada mensalmente pela enfermeira, estabelecendo os dias de atendimento na zona rural e na zona urbana. Feito isso, o atendimento médico é organizado através do agendamento de consultas, registrado em caderno destinado para este fim, onde as consultas são marcadas tanto pela

enfermeira da equipe quanto pelos enfermeiros que realizam a triagem do serviço de urgência e emergência.

A enfermagem também possui agenda própria, estabelecendo dias determinados para consultas de puericultura, pré-natal, realização de exames preventivos do colo do útero, reuniões, entre outros.

No momento, busca-se alternativas para flexibilizar o horário de atendimento dos ACS, pois existe uma dificuldade de contato entre esses profissionais e os usuários dos serviços de saúde que trabalham fora de casa em horário comercial.

Também são realizadas agendas de educação em saúde nas escolas, pelo Programa Saúde na escola, educação permanente com os profissionais da equipe, o acolhimento que acontece o dia todo, momento onde ouve e orienta os pacientes, as visitas domiciliares semanais e os grupos de pacientes. Além disso, durante o primeiro horário da manhã são atendidas as demandas espontâneas, e a tarde o atendimento da demanda programada.

1.7 O dia a dia da Equipe de Saúde da Família Beta

O acolhimento inicial do paciente é realizado com maestria pela maioria dos ACS da equipe, alguns com mais de 20 anos de experiência no cargo. Este acolhimento é sucedido por uma boa relação entre os funcionários do posto de saúde e a população, mas por vezes prejudicado devido à estrutura precária de parte do centro de saúde.

Nos últimos dois meses tem se conseguido evoluir, mesmo que pouco, na organização das consultas realizadas pela equipe, aumentando o atendimento à demanda programada e a atenção às doenças crônicas que antes estavam praticamente abandonados.

Foram retornadas, também, no mês passado, as visitas domiciliares às comunidades da zona rural, constatando o temido fato da descompensação de pacientes portadores de doenças crônicas no período em que estavam desassistidos e da necessidade de acompanhamento sistemático destes casos.

A equipe ainda possui como meta retomar a realização de grupos operativos e ações de educação permanente em saúde, que ficaram adormecidas na prática diária da unidade. Um bom exemplo dessas práticas foi a realização de grupo de tabagistas

no primeiro semestre do ano, com um abandono do uso do tabaco de 73% dos participantes.

A equipe da fisioterapia realiza um grupo de caminhada com os idosos semanalmente, estimulando a prática de atividade física e a manutenção de hábitos de vida saudável, com excelente aceitação dos usuários.

É realizada também, pela odontologia, ações preventivas nas escolas no cuidado à saúde bucal, incentivando a boa higiene, ensinando a técnica correta de escovação dentária, distribuindo escovas de dente, entre outras. Em recente reunião de todos os membros da equipe durante treinamento do Planifica SUS, percebemos o quanto os diferentes setores da APS se encontram descentralizados e distanciados, nos levando à busca de estratégias para facilitar a comunicação entre profissionais e estreitar laços no cuidado multidisciplinar dos nossos usuários.

A equipe conta, semanalmente, com o atendimento especializado em ginecologia e endocrinologia, além de atendimento mensal na unidade na área de ortopedia. A presença destes profissionais dentro da UBS, apesar de incomum, facilita a discussão de casos e o compartilhamento da responsabilidade pelo cuidado do paciente entre estes e a ESF.

Apesar dos grandes avanços no município, nem todos os atributos de qualidade do cuidado ainda são realizados como deveriam ser. A eficácia que corresponde aos recursos capazes de produzir efeitos positivos no paciente acontece na assistência prestada pelos profissionais, mas falta na demora de exames e procedimentos.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Na área de abrangência da Equipe Beta, alguns determinantes sociais da saúde se fazem presentes devido às características socioeconômicas da população e fatores físicos/ambientais. É uma população predominantemente rural, com baixa escolaridade (principalmente entre os idosos) e com condições de moradia precárias, marcada pela falta de saneamento básico, com grande exposição à poeira e utilização de fogão à lenha, fator que contribui para desenvolvimento de doenças infecto-parasitárias e doenças do aparelho respiratório, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Outro fator que corrobora para a grande prevalência de doenças respiratórias

na comunidade é o tabagismo prolongado, iniciado precocemente por muitos na infância enquanto ajudavam os pais durante trabalhos na roça, com o pretexto de repelirem insetos através da fumaça do cigarro.

A baixa disponibilidade de ofertas de emprego e de qualificação da mão de obra geram desemprego e, somada às poucas opções de lazer, levam alguns moradores ao alcoolismo crônico. Sobretudo, apesar disso, o índice de criminalidade na comunidade é baixo.

Os principais problemas de saúde são a alta prevalência de hipertensão arterial, de diabetes mellitus, de tabagistas, a ausência de classificação de risco cardiovascular e de pacientes depressivos da saúde mental que não realizam o acompanhamento adequado destas condições e fazem uso de forma prolongada de vários medicamentos.

Existe, ainda, a ausência de grupos operativos na UBS, necessidade de aumentar o número e a frequência de visitas domiciliares, dificuldade em destinar períodos da agenda para planejamento e realização de ações de prevenção de saúde, já que a gestão municipal prioriza o serviço de urgência e emergência, desfalcando a ESF.

Durante a maior parte do ano de 2019, o município vivenciou e sofreu com a ausência de uma equipe médica completa, com falta de profissionais para exercer os serviços de urgência e emergência, levando à divisão desta demanda para os médicos da APS e redução de boa parte das ações de promoção e prevenção uma vez já desenvolvidas.

1.9 Priorização dos problemas (segundo passo)

A partir do diagnóstico situacional realizado pela estimativa rápida foram listados os problemas mais relevantes e que a equipe de saúde poderia fazer intervenções. Apesar da existência muitos problemas realizou-se a priorização da saúde mental, devido à alta prevalência de pacientes em tratamento com transtorno depressivo, por vezes realizando acompanhamento inadequado destas condições e com uso prolongado de medicamentos.

Quadro 3- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Beta, município de Senador Modestino Gonçalves, estado de Minas Gerais.

Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção****
Hipertensão arterial	Alta	6	Parcial	2
Diabetes Mellitus	Alta	5	Parcial	2
Tabagismo	Alta	5	Parcial	3
Saúde mental-Depressão	Alta	8	Total	1
Ausência de classificação de risco cardiovascular	Alta	6	Parcial	4

Fonte: Autoria Própria, 2020.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Atualmente, em vários países do mundo, as taxas de prevalência de transtornos mentais têm se tornado altíssimas, e a depressão, a ansiedade e o estresse estão no topo da lista dos transtornos mentais e comportamentais mais comuns na sociedade. Cerca de 350 milhões de pessoas da população mundial, sofrem de depressão e estima-se que em 2020 seja a segunda maior causa de incapacitações no planeta (SANTANA *et al.*, 2016).

O acompanhamento e o tratamento desse transtorno mental demandam muito cuidado, principalmente dos serviços de saúde da atenção primária, que devem ser a porta de entrada deles e de fácil acesso na rede. Se essa depressão não for acompanhada adequadamente, ela pode levar essa pessoa ao abuso/dependência de álcool, a outros transtornos de ansiedade e ainda ao risco de suicídio, por isso demanda uma atenção qualificada (PEREIRA *et al.*, 2017).

Porém, ainda existe grande deficiência no tratamento e na reabilitação da depressão na prática geral e na Atenção Básica, devido à ausência de profissionais capacitados na assistência que impede a aplicação de novas intervenções.

Depois de definidos os “nós” críticos e do número elevado de pacientes com transtornos depressivos que vivem no território da equipe, foi considerada de extrema importância a elaboração de um projeto de intervenção que promovesse novas práticas na assistência para reduzir o uso de medicação dos pacientes com depressão.

Este trabalho, portanto, se justifica pela necessidade de desenvolver uma estratégia para melhorar a assistência ao paciente com transtorno depressivo na ESF, através da promoção de novas práticas, para melhorar a eficácia do tratamento desses transtornos mentais nos serviços de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para a promoção de novas práticas para redução do uso de antidepressivos nos usuários da Equipe de Saúde Beta, em Senador Modestino Gonçalves, Minas Gerais.

3.1 Objetivos específicos

- Criar um grupo terapêutico de pacientes que fazem uso de medicamentos antidepressivos;

- Realizar capacitações para os profissionais de saúde da equipe sobre novas metodologias no tratamento da depressão.

4 METODOLOGIA

Para a construção deste projeto foi utilizado o método Planejamento Estratégico Situacional (PES) para definir o problema prioritário, identificar os nós críticos e orientar as ações. Além disso, foram utilizados na construção do plano de intervenção os dados da realização do diagnóstico situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

Os dados do diagnóstico situacional que foram utilizados na construção do plano de ação têm como referência os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde e que nortearam todo o processo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018).

Foi realizada uma revisão bibliográfica, e uma busca sistematizada na literatura, consultando a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescan, utilizando os sites *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), edições do Ministério da Saúde e outros.

E para a definição das palavras-chave e *keywords* utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde definindo os seguintes descritores: Atenção Primária em Saúde; Depressão; Estratégia Saúde da Família; Assistência Integral à Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Depressão e seus conceitos

A depressão é apontada como a terceira maior causa no *ranking* de transtornos emocionais, atingindo altas taxas de morbidade no mundo, e no Brasil atinge 10% da sociedade, sendo conhecida como a maior causa de absenteísmo no ambiente de trabalho, além de prejuízos indiscutíveis na vida pessoal, familiar e social (RAZZOUK, 2016).

É uma doença crônica, recorrente, estando sempre relacionada ao estado afetivo com sinais de tristeza e infelicidade. Tem como característica principal o humor triste, vazio ou irritável, acompanhados de alterações somáticas e cognitivas afetando assim o funcionamento do indivíduo, mas que com tratamento adequado, alcança um maior número de dias saudáveis podendo atingir em menor grau seu trabalho e sua vida social (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A depressão é um sério problema de saúde pública, tornando-se uma das alterações afetivas mais estudada na atualidade, considerada a principal causa de incapacidades mentais, que gera impactos e repercussões na saúde que vai desenvolver consequências devastadoras na vida do paciente (GONÇALVES et al, 2018).

“Esse transtorno requer tratamento medicamentoso para o controle dos sintomas. E esse tratamento precisa ser continuado por tempo variável após a remissão dos sintomas, a depender da gravidade”. (IBANEZ; MERCEDES; VEDANA; MIASSO, 2014, p.557). Logo, é preciso desmistificar a depressão, aumentando o debate e encorajando as pessoas a realizarem o tratamento adequado.

Pessoas que sofrem de depressão experimentam sintomas como apatia, irritabilidade, perda de interesse, tristeza profunda, atraso motor ou agitação, ideias agressivas, desolação, falta de confiança, visões sobre si e sobre os outros, negativas e, em longo prazo, perda de interesse em atividades,

distúrbios de sono e apetite, acompanhados de dores de cabeça e fadiga (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012, p.347).

Pesquisas revelaram que “os índices de depressão na atenção primária à saúde apresentam frequências consideráveis tanto nos estudos nacionais quanto nos estudos internacionais” (COSTA, 2015), e que este público de usuários procura com muita periodicidade as Unidades Básicas de Saúde, e nem sempre são diagnosticados adequadamente com este transtorno (GONÇALVES et al., 2018).

Portanto, essa patologia é um fenômeno dimensional e multifacetado, desde condições genéticas, ambiente estressor, e características de personalidade e temperamento. Sua origem pode ser resultado de fatores bioquímicos, psicológicos e sócio-familiares, sendo estudada sob diferentes abordagens (ALLAN, 2017).

5.2 Etiologias e diagnósticos

As suas diferentes classes nosológicas são definidas por critérios clínicos como duração, persistência, abrangência, perturbação do funcionamento psicológico e fisiológico e desproporção em relação ao fator desencadeante (WHO, 2017).

Segundo Cunha, Bastos e Duca (2012, p.348, apud Botega, Furlanetto, Fraguas, 2006) “uma a cada 20 pessoas é atingida por um episódio depressivo durante o curso da vida, e em cada 50 casos diagnosticados com a patologia, um necessita de internação, e 15% dos deprimidos graves cometem suicídio”.

Pessoas que sofrem de depressão experimentam sintomas como apatia, irritabilidade, perda de interesse, tristeza profunda, atraso motor ou agitação, ideias agressivas, desolação, falta de confiança, visões sobre si e sobre os outros, negativas e, em longo prazo, perda de interesse em atividades, distúrbios de sono e apetite, acompanhados de dores de cabeça e fadiga (BARROS *et al.*, 2017).

Os pacientes que recebem o diagnóstico de depressão podem ter ela classificado como leve, moderada ou grave, de acordo com a sua duração, frequência e intensidade (WHO, 2017).

Já quando for classificada como moderada, o número de sintomas, sua intensidade e o prejuízo funcional estarão entre aqueles especificados para “leve” e “grave”. E por fim, será classificada como grave, quando o número de sintomas estiver além do requerido para fazer o diagnóstico, sua intensidade causa sofrimento grave e não manejável e os sintomas interferem intensamente no funcionamento social e profissional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Sobre a depressão e o uso de escalas pode-se afirmar que:

Muitos são os estudos publicados a respeito da depressão e do uso de escalas que avaliam intensidades de sintomas, porém grande parte deles é realizada em países com características socioeconômicas diferentes do Brasil e com amostras reduzidas, o que dificulta a comparabilidade dos achados (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012, p.349).

E para realizar o tratamento da depressão, vai depender de algumas variáveis, como o tipo dos sintomas presentes no paciente, quais são os recursos disponíveis no contexto do atendimento, se os pacientes e familiares têm alguma preferência por algum método, qual a gravidade do seu quadro e os fatores desencadeantes da doença (FEITOSA; BOHRY; MACHADO, 2011).

5.3 Novas Práticas em saúde mental na Atenção Primária

A reorientação das práticas de saúde está no centro de todas as propostas educativas, bem como, de renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilidade. Também se deve considerar o reconhecimento, a valorização e a participação de sujeitos nas atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde da família, bem como na resolutividade dos problemas de saúde identificados na comunidade (ALVES, 2005).

O diálogo, a promoção da participação ativa da comunidade, o compromisso, a responsabilidade, a humanização das práticas, a busca da qualidade da assistência e de sua resolutividade são pontos fundamentais que se espera dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família (SILVA; PELICIONI, 2013).

Dentro desta perspectiva considera-se a participação da comunidade na resolução dos problemas de saúde, a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a responsabilização pelos problemas de saúde, e o acompanhamento das práticas de educação em saúde (ALVES, 2005).

Uma das novas metodologias que tem sido utilizadas como uma forma de oferecer uma abordagem diferenciada e de qualidade para o tratamento de depressão, são as práticas grupais educativas, para que as pessoas possam aprender a encarar realidade de uma forma diferente, encontrando novas estratégias para lidar com o sofrimento. É uma das práticas educativas mais efetivas na

atualidade têm sido os Grupos de Promoção à Saúde (GPS), considerados como importantes instrumentos a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e condições de vida do paciente (BENEVIDES *et al.*, 2010).

Os grupos são uma importante ferramenta de intervenção coletiva e multidisciplinar na saúde, que atuam na prevenção, promoção e/ou surgimento das doenças, que utilizam estratégias de mudanças de comportamentos e responsabilizam os indivíduos pelos seus cuidados (SANTOS *et al.*, 2006).

Portanto, é uma metodologia efetiva que pode usar de diversas práticas que amplie a habilidade e autonomia dos usuários, e que promova redução do impacto da morbi-mortalidade e melhoria na qualidade de vida dos pacientes com depressão.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Foi definido como problema prioritário na Equipe de Saúde Beta a alta prevalência de pacientes em tratamento com transtorno depressivo que realizam acompanhamento inadequado destas condições e o uso prolongado de medicamentos.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Atualmente existe um problema nos serviços oferecidos aos portadores de transtorno mental na Unidade Básica, principalmente na transcrição de medicação, após consultas com especialistas psiquiátricas. Devido à realidade desses pacientes, que na sua grande maioria enfrenta várias vulnerabilidades sociais, além da medicação prescrita pelo psiquiatra, acabam sendo medicados com outras medicações de acordo com as queixas apresentadas.

Só que essas medicações têm gerado uma dependência química nestes pacientes, principalmente por não existir uma contrarreferência do especialista informando a duração do tratamento, e pela demora do seu retorno com o especialista, que pode gerar interações medicamentosas se não avaliado adequadamente.

Os pacientes já têm uma cultura de apenas renovar as receitas sem consulta médica, desacreditando em outras formas de tratamento e de reabilitação da saúde. Sendo assim, o uso de técnicas inovadoras de tratamento deve ser utilizado, promovendo novas práticas e maneiras que os profissionais devem apropriar-se para desenvolverem uma assistência de maneira integral, rumo à reabilitação psicossocial, a redução do uso desses medicamentos e ainda buscar conhecimento para dar suporte aos seus familiares.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

A partir da análise do diagnóstico situacional, foram selecionados os seguintes nós críticos para o problema de alta prevalência de pacientes em tratamento com transtorno depressivo:

Nó crítico 1: Ausência de capacitação da equipe para enfrentar o problema.

Nó crítico2: Ausência de grupos de pacientes da saúde mental.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico1” relacionado ao problema “alta prevalência de pacientes em tratamento com transtorno depressivo” da Equipe de Saúde Beta, no município de Senador Modestino Gonçalves, em Minas Gerais, 2020.

Nó crítico 1	Ausência de capacitação da equipe para enfrentar o problema
6º passo: Operação (operações)	Capacitar os profissionais de saúde para trabalharem com novas metodologias de tratamento da depressão.
6º passo: Projeto	Mude sua estratégia!
6º passo: Resultados esperados	Profissionais de saúde preparados para assistir com qualidade os pacientes com depressão
6º passo: Produtos esperados	Profissionais da atenção básica capacitados.
6º passo: Recursos necessários	Organizacional: espaço físico, recursos humanos. Cognitivo: discussões, em equipe, sobre temas ligados à depressão e tratamentos Político: educação em saúde como parte do projeto político do município. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos e insumos
7o passo – viabilidade do plano -Recursos críticos	Político: educação em saúde como parte do projeto político do município. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos e insumos

8º passo: Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Apresentação das capacitações, apoio da Secretaria Municipal de Saúde
9º passo: acompanhamento do plano – responsáveis e prazo	Secretário de saúde e as Referências Técnicas de cada distrito Realizar capacitações mensais com os profissionais da ESF.
10º passo: gestão do plano - monitoramento e avaliação das operações	Será construído um cronograma, com as datas e temas das discussões em cada capacitação, sendo necessário a participação de todos, e em cada encontro será passado uma lista de presença e outra lista para verificar se o que foi feito foi eficaz e o que precisa melhorar.

Fonte: Autoria Própria (2020).

Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico2” relacionado ao problema “alta prevalência de pacientes em tratamento com transtorno depressivo” da Equipe de Saúde Beta, no município de Senador Modestino Gonçalves, em Minas Gerais, 2020.

Nó crítico 2	Ausência de grupos de pacientes da saúde mental
6º passo: Operação (operações)	Implantar um grupo de saúde mental para pacientes que fazem uso de antidepressivos
6º passo: Projeto	Grupo Xô depressão
6º passo: Resultados esperados	Desenvolver grupos com relatos de experiência de pacientes que tiveram sucesso ao mudarem o tratamento, além da promoção de uma terapia comunitária com a participação dos familiares e dar suporte os familiares destes pacientes.
6º passo: Produtos esperados	Grupos operacionais implantados, com a redução de medicamentos antidepressivos e novos métodos de tratamento.
6º passo: Recursos necessários	Organizacional: espaço físico e recursos humanos. Cognitivo: grupos de discussão e relatos de experiências Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos e insumos. Político: mobilização dos atores sociais, inclusão das ações educativas em saúde como parte do projeto político do município.
7o passo – viabilidade do plano -Recursos críticos	. Político: mobilização dos atores sociais, inclusão das ações educativas em saúde como parte do projeto político do município.

	Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos e insumos.
8º passo: Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	ACS, Enfermeiros, Médicos, Técnicos de enfermagem e equipe do NASF. Promover rodas de conversa em articulação intersetorial em parceria com o NASF.
9º passo: acompanhamento do plano – responsáveis e prazo	Enfermeiros, Médicos e equipe do NASF. Realizar uma atividade educativa mensalmente, no mesmo dia e horário.
10º passo: gestão do plano - monitoramento e avaliação das operações	Será construído um cronograma, com as datas dos grupos e qual profissional apresentará, sendo necessário a participação de todos em algumas oficinas, e em cada encontro será passado uma lista de presença e outra lista para verificar se o que foi feito foi eficaz e o que precisa melhorar.

Fonte: Autoria Própria (2020).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão representa um importante e crescente problema para o Sistema Único de Saúde. Existem diversas dificuldades para o enfrentamento do problema, entre eles, a falta de capacitação da equipe multiprofissional, poucas ações educativas acerca da doença, baixos investimentos financeiros e rigidez na gestão.

O comprometimento da saúde física, psicológica e laboral acarretatranstornos e consequências para os pacientes depressivos, pois estes, apresentam limitação das suas atividades e em muitos casos, também ocorrem a dependência física e emocional, com risco de suicídios.

Entretanto, com a implantação deste plano de ação, espera-se melhorar a assistência ao paciente com transtorno depressivo na Equipe de Saúde Beta I e que com a inovação das práticas assistenciais, seja possível a obtenção de melhores resultados nos transtornos depressivos na Estratégia de Saúde da Família, bem como, a redução do uso de medicamentos.

Conclui-se que por se tratar de um problema de grande relevância, mas que ao mesmo tempo pode-se vislumbrar melhorias a curto, médio e longo prazos pela equipe de saúde da família, esta proposta de intervenção se faz necessária e urgente. Porém, é importante ressaltar que a implantação do projeto deverá ser

constantemente monitorada e que também se torna fundamental o envolvimento de toda equipe multiprofissional e comunidade.

REFERÊNCIAS

ALLAN, S.M.S. Fatores associados ao estilo de vida na Depressão. Revisão de Literatura. **Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica**. Universidade de Lisboa. 2017.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface. Botucatu**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARROS M.B.A et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 51, supl. 1, 8s, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200307&lng=en&nrm=iso>. Access on 21 Nov.2020.

BENEVIDES, D.S. *et al.* Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.32, p.127- 38, jan./mar. 2010.

BOTEGA, N.J, FURLANETTO L, FRAGUAS R. Jr. Depressão. In Botega N J (org.). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**. Porto Alegre: Artmed, p. 225-46, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica - **SIAB**: indicadores. Brasília: MS; 2019.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Available from <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf>

COSTA, T.S. Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro [tese]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2015.

CUNHA, R. V.; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F.D. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 15, n. 2, p. 346-354, jun. 2012 .

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIA CAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf. Access on 20 out. 2020

FEITOSA, M.P; BOHRY S; MACHADO, E.R. Depressão: família e seu papel no tratamento do paciente. **Revista de psicologia**, v.14, n.21, 2011.

GONÇALVES, A.M.C *et al.* Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J.bras.psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.67, n.2, p. 101-109, 2018.

IBANEZ G; MERCEDES B.P.C; VEDANA K.G.G; MIASSO A.I. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. *Rev. bras. enferm.* v.67, n, p.556-562, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE cidades. Senador Modestino Gonçalves. **Panorama** Available from <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/senador-modestino-goncalves/panorama> Access on 15 nov. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER José Alencar Gomes da Silva. **Sistema de informação do câncer**: Manual preliminar para apoio à implantação / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2013

PEREIRA, I.F et al. Depressão e uso de medicamentos em profissionais da Enfermagem. *Arq. Cien. Saúde*, v.24, n.1, p.70-74, 2017.

RAZZOUK, D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? **Epidemiol. Serv. Saúde.**, Brasília, v. 25,n.4, p. 845-848,2016.

SANTANA, L.L.*et al.* Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 37, n.1,e53485, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472016000100416&lng=en&nrm=iso>. Access on 21 Nov. 2020.

SANTOS, L.M. *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Pública.**v. 40, n. 2, p. 346-52, 2006.

SILVA, E. C.; PELICIONI, M. C. F. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 563-572, Feb.2013

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).**Depression and Other Common Mental Disorders** – Global Health Estimates.2017.