

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

LIONEL LUIS FLEITES

**ALTA INCIDÊNCIA DE PACIENTES COM DEPRESSÃO NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA TROPEIROS
EM ESMERALDAS - MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

LIONEL LUIS FLEITES

**ALTA INCIDÊNCIA DE PACIENTES COM DEPRESSÃO NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA TROPEIROS
EM ESMERALDAS - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

LIONEL LUIS FLEITES

**ALTA INCIDÊNCIA DE PACIENTES COM DEPRESSÃO NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA TROPEIROS
EM ESMERALDAS - MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira – orientadora

Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 04 de setembro de 2015

Dedico este trabalho:

À comunidade de Tropeiros que me acolheu;

À equipe de saúde que compartilhou comigo a realização deste trabalho;

Aos meus pais que, ainda à distância, são fontes de permanente apoio.

RESUMO

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços, para a promoção e proteção da saúde e recuperação dos agravos. Este estudo teve como objetivo elaborar um programa de intervenção para diminuir o alto índice de depressão na comunidade de Tropeiros; identificar os principais fatores de risco que podem influir na depressão e descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada. Para realizar um plano de intervenção primeiro precisamos ter bem identificados os problemas que podem afetar a saúde das pessoas da área de abrangência a ser atendida; realizamos, portanto, o cadastramento que foi o mais certo e completo possível de toda a população que nós atendemos como equipe onde contamos com médico, enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiões dentistas, entre outros. Com todos eles fizemos reuniões de equipe para em conjunto definir estratégias de saúde e estabelecer prioridades de acordo com os problemas de saúde que encontramos para elaborar o plano de intervenção em saúde e resolvê-los; também tivemos que olhar o meio ambiente, moradia dos pacientes, e poder identificar os problemas que podem afetá-los. Foram importantes todas as informações coletadas para conhecer os transtornos mentais que temos na área. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção utilizamos o Método do Planejamento Estratégico Situacional e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. Os passos desenvolvidos para elaborar o Plano de Ação, foram: Identificação dos problemas, priorização dos problemas, seleção do problema prioritário, caracterização do problema, descrição do problema, explicação do problema, identificação dos nós críticos, desenho de operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano e elaboração do plano operativo. Espera-se com a implantação do plano proposto reduzir a prevalência da depressão na comunidade de Tropeiros.

Palavras chave: Depressão. Transtornos do humor. Saúde mental. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The duty of the State to ensure health consists in formulating and implementing economic and social policies that aim to reduce risks of diseases and other diseases and in establishing conditions that ensure universal access and equal to the actions and services, for the promotion and protection of the health and recovery of damages. This study aimed to develop an intervention program to reduce the high rate of depression in the community of Tropeiros; identify the main risk factors that may influence depression and describe the theoretical foundation for the proposal to be drawn up. To perform an intervention plan we first need to have clearly identified the problems that can affect the health of the people of the area to be served; We do, therefore, registration which was the most accurate and complete as possible of the entire population that we attend as a team where we have doctor, nurse, nursing, community health agents, dental surgeons, among others. With all of them we made team meetings to define health strategies and set priorities in accordance with the health problems that we found to draw up the plan of intervention in health and solve them; We also had to look at the environment, housing, and be able to identify problems that may affect them. Important all the information collected for the mental disorders that we have in the area. For the development of the contingency plan we use the method of the Situational strategic planning and a narrative review of the literature on the topic. The steps developed for drawing up the Action Plan, were: identification of issues, prioritization of issues, selection of priority problem, characterization of the problem, problem description, explanation of the problem, identification of us critics, drawing operations, identification of critical resources, feasibility analysis of the plan and operating plan. It is expected with the implementation of the proposed plan to reduce the prevalence of depression in the community of Tropeiros.

Keywords: Depression. Mood disorders. Mental health. Primary health care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
1.1 Identificação do município	08
1.2 Histórico de Esmeraldas.....	08
1.3 Aspetos socioeconômicos	09
1.4 Aspetos demográficos.....	10
1.5 Sistema local de saúde.....	11
1.6 Unidade Básica de Saúde.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos.....	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	19
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

O município de Esmeraldas localiza-se a 59 km de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. Limita-se ao norte com São José da Varginha, a leste com Ribeirão das Neves, a oeste e ao sul com Florestal. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sua população estimada para 2014 é de 66.237 habitantes. O território tem área de 943 km² e é banhado pelo Rio Paraopeba. A sede municipal está a uma altitude de 1.062 metros, e dista 62 km de Belo Horizonte (IBGE, 2014).

Atualmente, em 2015, ocupam os cargos de Secretário Municipal de Saúde: Marcílio Alves dos Santos, de Coordenador da Atenção Básica: Ricarda Maria Barbosa dos Santos e de Coordenador de Atenção à Saúde Bucal: Licínia Maria de Souza Pires do Rio.

1.2 Histórico de Esmeraldas

Um dos primeiros habitantes do povoado foi o alferes Miguel da Silva Fernandes, a quem são atribuídos relevantes serviços prestados à população. As primeiras edificações surgiram em uma fazenda onde se localizava uma igreja com altar e imagem de Santa Quitéria originados de Portugal que ainda hoje permanecem na Matriz do município (IBGE, 2014).

Em 1832 criou-se o distrito com denominação de Santa Quitéria, ficando subordinado ao município de Sabará, tornando-se vila em 16 de setembro de 1901. Em 1925 a vila foi emancipada, tornando-se uma cidade, entretanto apenas a partir de 1943 recebeu a sua denominação atual, Esmeraldas (IBGE, 2014).

Em Esmeralda algumas tradições são cultuadas e valorizadas, como as gaúchas. O primeiro “tiro de laço”, que deu origem aos rodeios de hoje em Minas Gerais foi realizado no município, ficando o mesmo conhecido como o berço desse esporte.

Em 2008 foi inaugurado o Parque de Rodeios que leva o nome “Alfredo José dos Santos” e reverencia os “Pioneiros do Laço” (PREFEITURA MUNICIPAL DE ESMERALDAS, sd).

1.3 Aspetos socioeconômicos

O Produto Bruto Interno (PIB) *per capita* em 2012 a preços correntes é de R\$7.000,78 e o Índice de desenvolvimento Humano (IDHM) é 0,671, classificado como alto (IBGE, 2014).

As tabelas 1 e 2 mostram a distribuição de água e instalações sanitárias no município.

Tabela 1 - Famílias cobertas por abastecimentos de água segura, segundo a modalidade. Esmeraldas . 2014.

Modalidades	Número	%
Rede geral segura água ligada	18.317	55.5
Água ligada cortada	9.683	29.3
Poço ou nascente	Aprox/ 5000	15.1
Sem abastecimento	490	1.4
Total de famílias	33.000	100

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE ESMERALDAS (2014).

Tabela 2 - Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade. Esmeraldas . 2014

Modalidade	Número	%
Rede geral de esgoto (RGE)	3.030	9.2
RGE nao disponível	17.752	53.7
Nao solicitação de ligação com possibilidade	1.083	3.2
Fossa rudimentar	Nao control	0
Fossa séptica	Nao control	0
Total	33.000	100

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE ESMERALDAS (2014).

Quanto às principais atividades econômicas, inicialmente a agricultura era a atividade econômica principal, o que explica a existência de inúmeras fazendas. Hoje, o município conta com boa infra-estrutura urbana, dotada dos serviços essenciais. Sua economia está centrada na pecuária leiteira e na produção de hortigranjeiros, sua principal atividade econômica. Também são importantes fontes de economia as indústrias de cerâmicas, telhas não metálicas, confecções, doces e laticínios e o turismo, que movimentam o setor hoteleiro, restaurantes e o comércio em geral.

1.4 Aspectos demográficos

Segundo o IBGE (2014), a área territorial do município é 909,488 km², cuja densidade demográfica é de 66,20 hab/km² e a concentração habitacional está no centro do município. Conta com aproximadamente 33.000 domicílios e famílias. A sede municipal está a uma altitude de 1.062 metros.

Tabela 3 - População segundo sexo e faixa etária. Esmeraldas . 2014

Faixa Etária	Homem	Mulheres	Total
00-04	2.404	2.367	4.771
05-09	2.752	2.725	5.477
10-14	3.324	3.211	6.535
15-19	3.213	2.922	6.135
20-29	4.927	4.966	9.893
30-39	4.701	4.890	9.591
40-49	4.042	4.168	8.210
50-59	3.031	2.781	5.812
60-69	1.678	1.633	3.311
70-79	900	947	1.843
80 y +	299	385	684
Total	31271	30.991	62.262

Fonte: DATASUS (2014).

Tabela 4 - Urbanização das famílias. Esmeralda. 2014

Classificacao	Número	%
Urbana	33.000	100
Rural	0	0
Sem classificação	0	0
Total	33.000	100

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE ESMERALDAS (2014).

1.5 Sistema local de saúde

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em 2006, com cobertura de 33 %. São seis equipes básicas de saúde da família, duas equipes de saúde bucal, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

O sistema de referência e contrarreferência engloba as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Postos de Saúde, Hospital Municipal e Hospitais de Especialidades em Belo Horizontes, Betim e Contagem.

Tabela 6 - Redes físicas de saúde pública e privada, prestadoras de serviço ao SUS. Esmeraldas. 2014

Tipo de estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
Centro de saúde e unidade básica	7	4		3
Clínica centro de especialidade	1	0	0	1
Consultório isolado	1	0	0	0
Farmácia	1	1	0	0
Hospital	1	1	0	1
Posto de saúde	11	11	0	0
Centro de Atenção Psicossocial	2	0	0	2
Unidades de apoio diagnóstico e terapêutico	2	0	0	2
Secretaria de saúde	1	1	0	0
Total	27	18	0	9

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE ESMERALDAS (2014).

Na tabela 7, pode-se ver a distribuição dos recursos humanos na saúde do município.

Tabela 7 - Recursos humanos por categoria. Esmeraldas. 2014

Especialidade	Número	%
Médicos	81	36.6
Enfermeiras	33	14.9
Técnica de laboratório	7	3.1
Técnica de medicamentos	10	4.5
Administrativos	8	3.6
Técnico de manutenção	5	2.2
Técnico de enfermagem	15	6.7
Outros	62	28.0
Total	221	100

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE ESMERALDAS (2014).

A tabela a seguir retrata a situação da mortalidade em Esmeralda em 2013, as causas por doenças do aparelho circulatório (23,7%), causas externas (16,4%) e neoplasias e tumores (14%), entre outras.

Tabela 8 - Mortalidade por grupo de causas. Esmeraldas. 2013

Tipos de doenças	Qte	%
I - Doença infecciosa e parasitária	16	5.4
II - Neoplasia e tumores	41	14.0
III -Doença de sangue e dos órgãos hematopoiéticos	2	0.68
IV- Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	16	5.4
V - Transtornos mentais	3	1.03
VI - SNC	7	2.4
VII – Doenças de olhos e anexos	0	0
VIII – Doenças do ouvido	0	0
IX - Aparelho circulatório	69	23.7
X - Aparelho respiratório	37	12.7
XI - Aparelho digestivo	19	6.5
XII - Doença de pele e tecido celular subcutâneo	1	0.3
XIII - Doença osteomioarticular	0	0
XIV Aparelho genitourinário	7	2.4
XV - Gravidez, parto e puerpério	1	0.3
XVI - Período perinatal	3	1.03
XVII - Malformação congênita	1	0.3
XVIII - Outros	25	8.6
XIX - Envenenamento	0	0
XX - Causas externas	48	16.4
Total	291	100 %

Fonte: DATASUS (2013).

A comunidade de Esmeraldas conta com um hospital, 12 igrejas, 39 escolas, uma clínica, três laboratórios e nenhuma creche. Possui os serviços de: luz elétrica, água, telefonia, correios e uma agência bancária.

1.6 Unidade Básica de Saúde

A Unidade Básica de Tropeiros, localizada 4 km do Município, funciona no período de 8.00 a 17.00 horas (40 Horas Semanal) e atende as populações dos bairros de Tropeiros, Dumaville e Cidade Jardim. A região não é totalmente pavimentada (cerca 40 %), apenas na atual gestão algumas ruas foram asfaltadas, o outro % fica a mercê do chão batido ocasionando poluição ambiental. Possui duas Igrejas

(católica e evangélica), posto de saúde, escola, centro comunitário. Há uma linha de ônibus que funciona todos os dias, incluindo domingos e feriados.

A UBS conta com um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar administrativa, duas auxiliares de limpeza, sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal.

Toda área física da UBS encontra-se em uso. Conta com recepção, área de espera para os pacientes, sala de vacinação, dois consultórios médico, um consultório odontológico, local para acolhimento, locais específicos para reunião, cozinha, farmácia, armazenamento de medicamentos, curativo, atividade comunitária e pátio.

Em alguns locais existe água tratada, coleta seletiva de lixo, existe saneamento básico e o sistema de fossa. A fonte de abastecimento de água é bem ampla, tem o abastecimento público (COPASA), caixa de água comunitária, poço artesiano e cisterna.

A fonte fundamental de emprego e renda da região se dá basicamente pelo comércio local (supermercado, padarias, depósitos de construção, lojas, bares, etc.) e construção civil por meio de empregos informais. Entretanto, a maioria dos trabalhadores recorre a outros municípios como Contagem, Betim e Belo Horizonte a fim de garantirem seu sustento e direitos por meio de empregos formais.

A taxa de analfabetismo é baixa, assim como o índice de evasão escolar. Acredita-se que todas as crianças estejam matriculadas e freqüentam a escola principalmente pela cobrança da assiduidade da bolsa família. Infelizmente não possuem nenhum local onde os jovens possam usufruir de cursos técnicos e profissionalizantes. Muitos jovens abandonam os estudos a fim de buscarem sua independência financeira por meio do trabalho.

A qualidade de vida de Tropeiros é regular. A população vive com renda média de um salário e meio e o custo de vida é médio, tem acesso à saúde básica e à educação; a expectativa de vida é de aproximadamente 65 anos e a taxa de violência é média (IBGE, 2014; DATASUS, 2012).

A taxa de natalidade é moderada, o número de grávidas com menos de dezoito anos é baixo, crianças com baixo peso ao nascer (< 2500 g) e a taxa de mortalidade infantil em menor de um ano é 00 desde 2012, assim como a morte materna (DATASUS, 2012).

As principais doenças crônicas não transmissíveis na comunidade são a depressão que constitui o principal motivo de consulta da população maior de 18 anos. São significativas as condições nas quais se encontram estes pacientes; a maioria não faz um controle do tratamento, com muitos medicamentos mal administrados com doses incorretas, falta de informação em saúde e muitos fatores de risco associados.

Estão presentes também: diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, asma brônquica, alcoolismo, acidentes por causas externas, câncer e outras doenças crônicas com prevalências menores.

Os principais fatores de risco, traumas, perda de um ente querido, um relacionamento difícil, situações estressantes, uso de algumas substâncias, outros episódios depressivos podem ocorrer com ou sem uma causa óbvia aparente. Os suicídios ocorrem com certa frequência.

2 JUSTIFICATIVA

Os transtornos mentais constituem um problema de saúde em todo o mundo por sua crescente incidência e prevalência e estão associados à morbidade e mortalidade devido às complicações que surgem em seu curso. Entretanto “a maioria dos transtornos é tratável e evitável, corroborando a premissa de que, quando se investe na prevenção e promoção da saúde mental, se pode reduzir bastante o número de incapacidades resultantes desses transtornos” (SANTOS; SIQUEIRA, 2010, p.239).

Todos nós ocasionalmente nos sentimos tristes ou “para baixo”. Mas estes sentimentos geralmente têm vida curta e passam em alguns dias. Quando se tem depressão, ela interfere com a vida diária e causa sofrimento tanto para a pessoa como para os que a cercam. A depressão é comum, mas é um transtorno do humor muito sério.

Canale e Furlan (2006) consideram que a depressão, por sua alta incidência na população e pelo dano causado no paciente, merece uma maior atenção das autoridades e serviços de saúde. Entretanto, a desinformação e o preconceito em relação à maioria dos transtornos de cunho psiquiátrico estão presentes em nossa sociedade.

Muitas pessoas com um transtorno depressivo nunca procuram tratamento. Porém a maioria, mesmo aqueles com os quadros mais graves, podem melhorar com tratamento.

Este trabalho justifica-se pela alta prevalência de descompensações dos pacientes com depressão na comunidade, e suas conseqüências.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que temos recursos humanos e materiais para fazer um projeto de intervenção, portanto, a proposta é viável.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir o alto índice de depressão na comunidade de Tropeiros, no município de Esmeraldas.

3.2 Objetivos específicos

Identificar os principais fatores de risco associados à depressão.

Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada.

4 METODOLOGIA

Para se realizar um excelente plano de intervenção primeiro é necessário identificar todos os problemas que podem afetar a saúde das pessoas da área de abrangência da equipe de saúde da família (ESF) Tropeiros.

Tivemos que realizar um bom cadastramento o qual foi o mais certo e completo possível de toda a população que nós atendemos como equipe onde contamos com médicos, enfermeira, técnica de enfermagem, trabalhadores sociais, cirurgiões dentistas, entre outros. Com todos eles fizemos reuniões para em conjunto definir estratégias de saúde e estabelecer prioridades de acordo com os problemas de saúde que encontramos, dando ordem de prioridades aos mesmos para fazer o plano de intervenção em saúde e resolvê-los.

Também tivemos que olhar o meio ambiente, moradia dos usuários, e poder identificar os problemas que podem nos afetar.

Foi importante ter acesso às estatísticas que se podem coletar em conjunto com o departamento de epidemiologia para conhecer os transtornos mentais que temos na área.

Para a elaboração deste trabalho, foram consultados os módulos de Iniciação à metodologia: textos científicos (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013), Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e realizada uma revisão narrativa da literatura sobre o tema na biblioteca virtual de saúde (BVS).

Na revisão de literatura foram utilizados os descritores: depressão, transtornos do humor, saúde mental e atenção primária à saúde.

O Plano de Intervenção baseou-se no Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), envolvendo as etapas: identificação dos problemas, priorização dos problemas, seleção do problema prioritário, caracterização do problema, descrição do problema, explicação do problema, identificação dos nós críticos, desenho de operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e gestão do plano.

O plano de intervenção tem o propósito de reduzir a prevalência da depressão na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Tropeiros.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

No Brasil, antes vinculados a um processo de exclusão e alienação, os cuidados com a saúde mental no sistema público nos últimos tempos vêm sofrendo uma reforma, principalmente a partir da década de 60, reestruturando saberes e práticas. Assim procuram-se evitar as internações em hospitais psiquiátricos, criando mecanismos de diagnóstico e tratamento mais amplos, com equipes multidisciplinares e propondo estratégias de transformação (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são exemplos dessa mudança, implantados no Brasil em 1986, hoje somam mais de 1.620 em todo o país (HASKINS, 2009).

Segundo Rodriguez (2010, p.341), os transtornos mentais são altamente prevalentes no mundo, acometendo, em torno de 25% da população mundial, embora estudos epidemiológicos, dependendo da metodologia utilizada, encontrem diferentes índices de prevalência. Representam “grandes contribuintes para a morbidade, incapacitação e mortalidade prematura”. Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013 p.93) reforça que “há evidências sólidas que o sofrimento mental comum tem um impacto significativo em alguns dos mais prevalentes agravos à saúde”.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (2006) considera que os transtornos mentais representam a segunda causa dos atendimentos de urgência. A Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) realizou uma pesquisa em 2006 no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Marília – SP e identificou que 16% dos pacientes atendidos apresentaram transtornos mentais e do comportamento (HOLMES *et al.*, 2011).

A depressão e os transtornos de ansiedade estão entre as doenças psiquiátricas mais comuns na população (HOLMES *et al.*, 2011). Na análise do médico Adriano Resende Lima do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, ao longo da vida cerca de 20% das mulheres e 9% dos homens apresenta um episódio de depressão (ARAUJO *et al.*, 2007).

A depressão corresponde a situações de perdas, desamparo ou de solidão afetiva enquanto que a ansiedade corresponde ao efeito produzido pela ameaça produzida pela probabilidade da existência de perdas, de inseguranças ou medos (HOLMES *et al.*, 2011).

Muitas pessoas podem sofrer de depressão e apresentar transtornos de ansiedade, assim como também existem pessoas que sofrem de transtornos de ansiedade, entretanto não se encontram em estados depressivos. Geralmente, pelo fato de não se ter conhecimento correto sobre o que é a ansiedade e a depressão e suas diferenças, torna-se difícil diagnosticar as origens da ansiedade e da depressão e como encontrar a melhor forma para se tratar o transtorno (HOLMES *et al.*, 2011).

Por outro lado, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), na Atenção Básica o cuidado em saúde mental apresenta mais possibilidades, considerando a facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa.

Por estas características, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico. No entanto, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de Saúde (BRASIL, 2013, p.19).

“O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença (s)” (DEL PORTO, 1999, p.6).

“Os sentimentos de tristeza e alegria colorem o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades”. Por outro lado, a tristeza pode constituir-se em sinal de alerta, para os demais, pois pode indicar que a pessoa está necessitando de apoio e atenção, onde o papel da família é fundamental de que a pessoa está precisando de companhia e ajuda, onde o papel da família é fundamental. Essas reações de luto normal podem durar algum tempo, estendendo-se, muitas vezes, até um ou dois anos, entretanto, a pessoa reage e mantém certos interesses, devendo ser diferenciadas dos quadros depressivos propriamente ditos (DEL PORTO, 1999, p.6).

Portanto, é preciso diferenciar sofrimentos emocionais comuns de um transtorno depressivo.

Não é qualquer tristeza que é depressão. No caso da doença, há uma tristeza profunda, o indivíduo tem um grande grau de sofrimento, desânimo acentuado e há a perda da vontade e da capacidade de realizar tarefas. Nesses casos, a família geralmente fica mobilizada e o indivíduo fica inativo, improdutivo (ARAUJO *et al.*, 2007, p. 50-51).

A depressão é considerada um transtorno que envolve múltiplos fatores; o seu curso pode ser crônico, o que contribui para que as pessoas que a manifestam sofram devido ao seu grande custo pessoal e social (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014).

O conceito de depressão é abrangente. O termo depressão pode ser utilizado tanto para caracterizar um sintoma quanto uma síndrome ou uma doença. Na síndrome depressiva, a presença de humor deprimido, o comprometimento cognitivo-ideativo e psicomotor e o comprometimento da capacidade hedônica são fundamentais para o diagnóstico (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014, p.256).

A depressão pode ser classificada em três graus: “leve, moderado ou grave, no qual o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade”. A depressão grave revela-se um problema de saúde pública em todas as regiões do mundo e tem ligações com as condições sociais em alguns países (RAZZOUK, 2009, p.86).

A depressão está associada a certas características sociais, como a baixa escolaridade, o desemprego e o baixo nível econômico. Estudos mostram que os transtornos depressivos apresentam uma prevalência entre 4% e 10%, na população geral, sendo que a incidência em mulheres é maior, variando de 10% a 25%, enquanto que nos homens é de 5% a 12 %. Acredita-se que a depressão “seja a principal causa de incapacidade mental em termos mundiais e estima-se que, até 2020, seja a segunda causa de incapacidade para a saúde” (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012, p.347).

A depressão caracteriza-se não somente pela falta de energia, mas comumente os que sofrem de depressão podem mostrar-se tão ansiosos, tornando-se fatigados por não serem capazes de relaxar, descansar ou conciliar o sono (ARAUJO *et al.*, 2007).

Duailibi, Silva e Modesto (2013) afirmam que na atenção primária à saúde, os pacientes com depressão descrevem uma variedade de sintomas, com predomínio das queixas relacionadas a sintomas físicos, sobrepondo aos sintomas emocionais, o que contribui para que o diagnóstico seja dificultado ou retardando.

Araujo *et al.* (2007) afirmam que o tratamento para os transtornos mentais comuns envolve abordagens complementares: a terapêutica farmacológica, com a introdução de psicofármacos como os antidepressivos e ansiolíticos, dependendo da natureza do caso e o psicoterapêutico.

Em trabalho realizado por Volpe *et al.* (2010, p.208) em um serviço urgência psiquiátrica de Belo Horizonte, os autores identificaram uma redução do número de pacientes que pela primeira vez procuravam o serviço de urgência e atribuem este achado à hipótese de que a rede de atenção à saúde mental extra-hospitalar, incluindo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Atenção Básica à Saúde, entre outros serviços, tem promovido “aumento da qualidade do sistema de saúde como um todo, levando à redução das consultas (atendimento externo) nos serviços de urgência rede extra-hospitalar de saúde mental”.

Tal estudo vem reforçar a importância dos serviços de atenção primária à saúde implementarem estratégias de abordagens aos pacientes com transtornos mentais, no caso com transtornos de humor.

Um aspecto importante na abordagem da pessoa é estar atento ao estigma da expressão doença mental ou mesmo transtorno mental “é grande e significa um sofrimento adicional para quem o carrega”. Portanto a equipe de saúde, em seu cotidiano, deve se interrogar sobre o sentido que essas expressões carregam na comunidade. Daí a necessidade de capacitação de toda a equipe de saúde no manejo das pessoas que sofrem com a depressão (BRASIL, 2013, p.90).

Isto posto, as intervenções em saúde mental devem:

[...] promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em

suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (BRASIL, 2013, p.23).

As intervenções em saúde mental na Atenção Básica devem ser construídas no cotidiano da equipe de saúde, em encontros entre profissionais e usuários, definindo estratégias para “compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde” (BRASIL, 2013, p.23).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Identificação dos problemas

Apesar do pouco tempo de atividade na ESF Tropeiros, percebe-se que existem pontos onde devem ser melhorados, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional da nossa comunidade, a equipe destacou:

- Alto índice de pacientes com enfermidades mentais, especificamente Depressão.
- Elevada prevalência de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis não compensadas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*.
- Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.

Em relação à Depressão podemos dizer que é uma doença clínica, crônica, severa que afeta o indivíduo; é mais que se sentir triste por alguns dias, os sentimentos não desaparecem, persistem e interferem na sua vida cotidiana (MINAS GERAIS, 2006). A maioria dos pacientes da nossa área de abrangência apresenta intercorrências com muita frequência, por não fazerem o tratamento contínuo corretamente.

Os sintomas da depressão, segundo Pereira e Vianna (2013), podem incluir:

- Tristeza
- Perda do interesse ou prazer em atividades que podem desfrutar
- Perda ou aumento de peso
- Dificuldade para dormir ou sono excessivo
- Idéias de morte ou suicídio

Ao fazer uma análise com nossa equipe nos propusemos um conjunto de medidas encaminhadas a melhorar o estado de saúde dos pacientes com esta doença mental:

- Cadastrar todos os pacientes a fim de favorecer ações de vigilância

- Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado
- Procurar possíveis causas ou fatores de risco que possam provocar o estado depressivo nos pacientes e trabalhar sobre eles.
- Avaliar periodicamente o estado psicológico do paciente
- Possibilitar pronto acesso ao serviço no caso de intercorrência
- Interconsulta com psiquiatria em todo caso de intercorrência

Priorização dos problemas

Quadro 1 - Priorização dos problemas

Principais problemas identificados	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de pacientes com enfermidades mentais, especificamente Depressão	Alta	3	Parcial	1
Elevada prevalência de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis não compensadas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes <i>Mellitus</i> .	Alta	2	Parcial	2
Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.	Alta	1	Parcial	3

Seleção do Problema

Elaborando uma primeira aproximação ao diagnóstico situacional de minha área de abrangência, e tendo em conta a distribuição dos pontos conforme sua urgência; definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da

capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto, e numerando os problemas por ordem de prioridade, a equipe escolheu a elevada prevalência de pacientes com depressão em nossa comunidade.

Caracterização do problema

Em nossa área, a depressão é um dos principais motivos de consulta ao posto de saúde do Tropeiro; podemos constatar o excessivo número de pacientes com esta patologia e o alto uso de medicamentos antidepressivos, especificamente Fluoxetina.

Descrição do Problema

Quadro 3- Distribuição dos pacientes Doenças Mentais do PSF Tropeiros. Município Esmeraldas

ACS	PC	P D	P D desc.	PI D com.
1	340	15	6	9
2	440	19	7	12
3	598	26	9	17
4	459	21	8	13
5	662	29	11	18
6	499	22	9	13
7	504	24	10	14

Legenda:

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

PC - Pacientes Cadastrados

P D Des- Pacientes com Depressão Descompensados

P D Com. - Pacientes Doenças Mentais descompensados

Fonte: Dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe.

Para descrição do problema prioritário, a equipe de saúde utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB (2013) e outros que foram produzidos pela própria equipe, principalmente pelas informações fornecidas por agentes comunitários.

Foram consideradas variáveis e indicador da freqüência de fatores de risco associado ao desenvolvimento de descompensações de doenças mentais, pacientes com síndrome depressiva, número de pacientes controlados, não adesão ao tratamento e fatores de risco. Os indicadores selecionados podem nos dar uma idéia da eficácia das ações que precisam ser feitas. Houve diferenças entre as informações contidas no sistema de cuidados básicos e a realidade na área da saúde.

Para facilitar o processo de descrição, a Equipe considerou os dados de pacientes com doenças mentais.

Explicação do problema

Dentro do Momento Explicativo, tratando a tentativa de explicação da realidade do problema e tendo em conta o alto impacto sobre os fatos que revelam sua existência e os sintomas que o manifestam (Vetor de Descrição do Problema); o centro prático de ação, ou seja, deve poder-se agir de modo prático, efetivo e direto sobre a causa; e o centro oportuno de ação política durante o período do plano.

Freqüentemente, pessoas com menores riscos à saúde têm número de consultas considerado maior que o necessário para o adequado acompanhamento de suas condições crônicas de saúde, enquanto outras com maiores riscos e vulnerabilidade não conseguem acesso ao cuidado. Além disso, é necessário buscar maior qualidade da atenção à saúde, ou seja, maior capacidade dos serviços de saúde em responder de forma efetiva às necessidades de saúde; no momento em que as pessoas precisam, atentando para a integralidade da atenção, que compreende promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e recuperação da saúde. Refere-se, ainda, à abordagem integral do indivíduo (todos os sistemas fisiológicos, bem como os aspectos psicológicos, e contexto familiar e social).

Identificação dos nós críticos

Foram selecionados os “nós críticos” do problema prioritário:

- Hábitos e estilos de vida inadequados,
- Baixo nível de conhecimento dos fatores de risco,
- Estrutura dos serviços de saúde
- Processo de trabalho da equipe de saúde com predomínio do modelo assistencial.

Constituiu-se assim a Árvore do Problema. É preciso ampliar o acesso da população aos recursos e aos serviços das Unidades Básicas de Saúde: a utilização dos serviços e dos recursos de Saúde nem sempre ocorrem de forma que quem mais precisa consiga acesso.

Obtemos informações dos prontuários individuais dos pacientes cadastrados no PSF, os dados aportados pelos agentes comunitários de saúde e, além disso, foram utilizados dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Desenho de operações

Quadro 4- Desenho de operações para os nós críticos do problema Alto índice de Depressão na comunidade Tropeiros. Município Esmeraldas

Nó crítico	Operação-Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Existem hábitos e estilos de vida inadequados	Vida saudável Modificar estilos de vida inadequados	Diminuir acima de 50% o consumo dos medicamentos por conta própria, Cobertura médica a 100% da população. Mudança no estilo de vida	Atenção, Palestras aos grupos vulneráveis da população com Depressão ou de risco	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Cognitivo Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio a Saúde da Família), equipamentos (recursos audiovisuais)
Baixo nível de conhecimento dos fatores de risco	Aumente seu conhecimento Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos de depressão	População com depressão com mais conhecimento sobre os riscos das mesmas.	Trabalho sistemático com o grupo de pacientes com depressão	Econômico ou financeiro Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Financiamento dos projetos. Cognitivo Sobre as estratégias de comunicação. Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político Articulação intersetorial e mobilização social. Organizacional Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio a Família) equipamento (recursos audiovisuais)

continua...

Quadro 4- Desenho de operações para os nós críticos do problema Alto índice de Depressão na comunidade Tropeiros. Município Esmeraldas. (continuação)

Nó crítico	Operação-Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Estrutura dos serviços de saúde	Melhor acompanhamento Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos portadores de depressão.	Assegurar as consultas especializadas e garantir a contrarreferência das mesmas. Garantir exames previstos para 100% da população com depressão. Garantir dos medicamentos aos 100 % da população com depressão. Garantir a permanência dos profissionais de saúde para atendimento continuado destes pacientes.	Exigir a contra- referência escrita dos especialistas. Capacitação sistemática dos profissionais de saúde. Contratação no município de profissionais especializados e médicos de PSF suficientes para conseguir o acompanhamento aos 100% da população em questão. Compra dos medicamentos para conseguir o 100% de cobertura dos pacientes com depressão.	Políticos Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. Financiamento Para a contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes, e Compra dos medicamentos para conseguir o 100% de cobertura. Cognitivo Elaboração da adequação
Processo de trabalho da equipe com predomínio do modelo assistencial	Linha de cuidado Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Cobertura médica aos 100% de população com riscos de desenvolver complicações da depressão	Linha de cuidado para determinar pacientes com risco de desenvolver uma depressão. Protocolos implantados Recursos humanos capacitados Gestão de linha de cuidado	Cognitivo Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional Adequação de fluxos de pesquisa e atendimento de pacientes com risco de complicações das Doenças mentais. (referencia e contra referências)

Identificação dos recursos críticos

Quadro 5 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema elevada prevalência de doenças depressiva na população do PSF Tropeiros. 2014-2015.

Operações	Recursos
Vida saudável	Econômico: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Aumente o seu conhecimento	Econômico: Recursos audiovisuais e folhetos educativos; financiamento dos projetos. Político: Articulação intersetorial e mobilização social. Organizacional: Adequação de um espaço físico e equipamento (recursos audiovisuais).
Melhor acompanhamento	Político e econômico: Aumento dos recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde; financiamento para a contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes, e Compra dos medicamentos para conseguir o 100% de cobertura.
Linha de cuidado	Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

Análise da viabilidade do plano

Quadro 6 Proposta de ações para a motivação dos atores para realização do projeto de intervenção no PSF Tropeiros. 2014-2015.

Operação	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Vida saudável Modificar estilos de vida inadequados	Econômico: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais	Setor de comunicação social Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa. Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.
Aumente o seu conhecimento Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos das depressões	Econômico: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Financiamento dos projetos. Político: Articulação inter setorial e mobilização social. Organizacional: Adequação de um espaço físico e equipamento (recursos audiovisuais).	Perfeito municipal Secretario Municipal de Saúde	Favorável Favorável	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa. Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.
Melhor acompanhamento Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos portadores de doenças mentais	Político: Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. Financiamento: Para a contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes, e compra dos medicamentos para conseguir o 100% de cobertura.	Perfeito municipal Secretário Municipal de Saúde.	Favorável Favorável	
Linha de cuidado Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	

Elaboração do plano operativo

Quadro 7 - Plano Operativo para realização do projeto de intervenção em PSF Tropeiros. 2014-2015.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Vida saudável Modificar estilos de vida inadequados	Diminuir em mais de um 50 % os fatores de riscos Cobertura médica aos 100% da população com hábitos tóxicos e estilos de vida inadequados.	Palestras aos grupos vulneráveis da população	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.	Médico Enfermeira Núcleo de Apoio à Família.	Início seis meses Início em três meses.
Aumente seu conhecimento Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos da depressão	População com depressão com mais conhecimento sobre os riscos das complicações das mesmas.	Campanhas educativas no jornal local. Trabalho sistemático com o grupo de pacientes com doenças mentais.	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.	Médico Enfermeira Equipe de Saúde da Família.	Início em seis meses Início em seis meses Início em três meses
Melhor acompanhamento Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos portadores de depressão.	Assegurar as consultas especializadas e garantir a contrarreferência das mesmas. Garantir exames previstos para 100% da população com depressão. Garantir dos medicamentos aos 100 % da população com esta doença. Garantir a permanência dos profissionais de saúde para atendimento continuado destes pacientes.	Exigir a contra- referência escrita dos especialistas. Capacitação sistemática dos profissionais de saúde. Contratação no município de profissionais especializados e médicos de PSF suficientes para conseguir o acompanhamento aos 100% da população em questão. Compra dos medicamentos para conseguir o 100% de cobertura dos pacientes com depressão.		Diretoria de Atenção Básica do Município Secretario de saúde Secretário de Saúde Diretoria de Atenção Básica do Município	Início em três meses Início em dois meses Início em dois meses Início em seis meses
Linha de cuidado Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Cobertura aos 100% de população com riscos de desenvolver depressão.	Linha de cuidado para determinar pacientes com risco de desenvolver complicações da depressão. Recursos humanos capacitados para a gestão de linha de cuidado		Equipe de Saúde da Família Diretoria de atenção Básica do município Diretoria de atenção Básica do município	Início em três meses Início em seis meses Início em seis meses

Gestão do plano.

Quadro 8: Gestão do plano: Vida saudável, PSF Tropeiros 2014.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Funcionamento de um grupo operativo atividades de promoção e prevenção.	Dr Lionel Luis Fleites	Dois meses para o inicio das atividades.	Implantado		
Palestras na sala de espera	Equipe de saúde da unidade	Dois meses para o inicio das atividades.	Implantado		

Quadro 9: Gestão do plano: Aumentando o conhecimento, PSF Tropeiros 2014.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Avaliação do nível de conhecimento sobre depressão	Equipe de saúde.	Dois meses para o inicio das ações.	implantado		
Campanha educativa na sala de espera e mediante os grupos operativos	Dr Lionel Luis Fleites Enfermeira da unidade	Dois meses para o inicio das ações.	Implantado		
Capacitação da equipe multidisciplinar sobre depressão	Dr Lionel Luis Fleites Enfermeira da unidade	Dois meses para o inicio das ações.	implantado		

Quadro 10: Gestão do plano: Acompanhamento adequado e linha de cuidado, PSF Tropeiros 2014.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Capacitação de recursos humanos no PSF	Dr Lionel Luis Fleites	Três meses para o início das atividades.	Implantado		
Monitorar periodicamente o estado dos pacientes e a aderência ao tratamento	Equipe de saúde	Três meses para o início das atividades.	Implantado		
Melhorar o fluxo de referencia e contra-referencia.	Secretaria de saúde.	Três meses para o início das atividades.	Atrasado	Dificuldades com as contra-referencias dos especialistas. Falta de controle da Secretaria de Saúde.	Cinco meses
Confecção de protocolos de cuidados para pacientes com depressão	Secretaria de saúde, e médicos do município.	Três meses para o início das atividades.	Atrasado	Dificuldades com o consenso de critérios e falta de psiquiatra orientador da linha de cuidado	Cinco meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que muitos transtornos mentais são de evolução crônica, este plano de intervenção procurou identificar os principais aspectos relacionados à depressão, problema prioritário da população atendida na ESF Tropeiros.

Evidenciou-se que para se enfrentar os problemas de maneira mais sistemática, por meio de um planejamento efetivo, é fundamental que a equipe de trabalho acompanhe cada passo e os resultados das ações implementadas para garantir uma melhor qualidade de vida dos pacientes com este transtorno.

Espera-se com a implantação do plano possa contribuir para a redução da prevalência da depressão na comunidade de Tropeiros.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, R. S. C. *et al.* **Transtorno de ansiedade e depressão**. São Paulo, Hucitec, 2007. p. 38-41.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil, 2006. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_fi-nal.pdf. Acesso em: 02 jun. 2015.
- BARROSO, S. M, MELO, A. P. S, GUIMARÃES, M. D. C. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. **Rev Panam Salud Publica.**, v.35, n.4, 256-63, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf
- CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. do. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 110p.
- CANALE, A.; FURLAN, M. M. D. P. Depressão. **Arq. Mudi**, v.10, n.2, p23-31, 2006.
- CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S .L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2013. 140p.
- CUNHA, R. V. da; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. Del. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev. bras. epidemiol.**, v.15, n.2, p.346-354, 2012.
- DATASUS. 2012. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popmg.def>.
- DATASUS. 2013. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popmg.def>.
- DEL PORTO, J. A.. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online], v.21, supl.1, p06-11, 1999.
- DUALIBI, K.; SILVA, A. S. M.; MODESTO, B.. Como diagnosticar e tratar a depressão. **RBM**, v.70, n.12, p.6-13, 2013. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5578. Acesso em 02 jun. 2015.
- HASKINS, J. T. Transtorno de Ansiedade Generalizada: Epidemiologia, impacto da comorbidade e história natural. **Post Medicine**, revisão especial, 2009.
- HOLMES, D. S. *et al.* **Psicologia dos transtornos mentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades Minas Gerais**. 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312410&search=minas-gerais|esmeraldas> Acesso em: 10 abr. 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006. 238p. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/linha_guiia/Linha_Guia-Saude_Mental.pdf Acesso em : 02 jun. 2015.

PEREIRA, A. de A.; VIANNA, P. C. de M. **Saúde Mental**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo horizonte: NESCON/UFMG, 2013. 110p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ESMERALDAS. **Relatório de gestão do município Esmeralda** - período de janeiro a dezembro 2012. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ESMERALDAS. **Histórico do município**. sd. Disponível em: <http://www.esmeralda.rs.gov.br/esmeralda.php> Acesso em 02 jun. 2015.

RAZZOUK, D. **O impacto econômico e o custo social da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.85-98.

RODRIGUEZ, Jorge J.. Estratégia e plano de ação sobre saúde mental para a região das Américas. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online], v.32, n.4, p.341-342, 2010.

SANTOS, E. G. dos; SIQUEIRA, M. M. de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. bras. psiquiatr.** [online]. v.59, n.3, p.238-246, 2010., vol.59, n.3, pp. 238-246.

SILVA, N. S.; MELO, J. M.; ESPERIDIÃO, E.. Avaliação dos serviços de assistência em saúde brasileiros: revisão integrativa da literatura. **Reme -Rev. Min. Enferm.**; v.16, n.2, p.280-288, abr./jun., 2012.

VOLPE, F. M.; SILVA, E. M. da; CARMO, L. S.; SANTOS, T. N. dos. Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. **J. bras. psiquiatr.** [online], v.59, n.3, p.203-209, 2010.