

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RAFAEL FERREIRA MIRANDA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA AO
PORTADOR DE TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE CAIC EM MATOZINHOS/MG**

MATOZINHOS – MG

2013

RAFAEL FERREIRA MIRANDA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA AO
PORTADOR DE TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE CAIC EM MATOZINHOS/MG**

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

Orientadora: Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima

MATOZINHOS – MG

2013

RAFAEL FERREIRA MIRANDA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA AO
PORTADOR DE TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE CAIC EM MATOZINHOS/MG**

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

Orientadora: Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima

Banca Examinadora:

Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima (orientadora)

Prof.^a Eulita Maria Barcelos

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela presença em minha vida e por me dar forças para alcançar os meus objetivos.

Aos meus pais, pelo amor incondicional.

A minha irmã, pela amizade e apoio.

A minha avó Maria do Carmo, pelos ensinamentos, orações e carinho.

A minha orientadora, Professora Virgiane, pela compreensão, paciência e orientação ao longo desse trabalho.

RESUM O

Matozinhos é um município que faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte e localiza-se a 47 km da capital. A população estimada para 2013 é de 36.031 habitantes. Uma das atividades propostas pelo CEABSF foi a realização do diagnóstico situacional do território estudado, identificando e definindo os principais problemas encontrados na área de abrangência. O problema de maior relevância identificado na Unidade Básica de Saúde do Bairro Bom Jesus II foi a elevada procura de pacientes com transtornos psiquiátricos, principalmente transtorno depressivo maior. A maior parte desses pacientes está sem assistência e cuidados adequados, incluindo falta de consulta médica adequada. Apesar do município contar com um centro de atenção psicossocial, a porta de entrada da população é a unidade básica de saúde. Esse foi o problema escolhido para se elaborar um plano de ação, na tentativa de modificar e enfrentar o problema. Transtornos mentais são comuns na prática clínica, inclusive na atenção primária. A depressão é um transtorno do humor incluído nos transtornos depressivos unipolares. É considerado um problema de saúde pública, apresentando elevada morbidade e mortalidade e está relacionado a uma maior procura pelos pacientes em serviços de saúde. Foram identificados como nós críticos desse problema, a falta de informação dos pacientes em relação à doença e uso incorreto dos medicamentos, o processo de trabalho que não oferece agenda específica para esses pacientes e os hábitos e os estilos de vida que os pacientes assumem frente ao problema. Foi proposto nesse trabalho plano de intervenção como forma de enfrentamento desse problema. É necessário para sua execução a presença de equipe multidisciplinar e parceria com o centro de atenção psicossocial e secretaria municipal de saúde. Para a construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros.

Palavras Chave: Atenção Primária à Saúde, Transtorno Depressivo Maior, Sistema Único de Saúde, Depressão, Transtornos Mentais e Psicotrpicos.

ABSTRACT

Matozinhos is a city that is part of the metropolitan region of Belo Horizonte and is located 47 km from the capital. The estimated 2013 population is 36,031 inhabitants. One of the activities proposed by CEABSF was conducting the situational analysis of the study area, identifying and defining the main problems encountered in the catchment area. The most relevant problem identified in the Basic Health Unit District Bom Jesus II was the high demand of patients with psychiatric disorders, particularly major depressive disorder. Most of these patients are without assistance and respite care, including lack of proper medical consultation. Although the municipality rely on a psychosocial care center, the gateway of the population is the basic unit of health. This problem was chosen to draw up a plan of action in an attempt to modify and cope. Mental disorders are common in clinical practice, including primary care. Depression is a mood disorder included in unipolar depressive disorders. It is considered a public health problem, with high morbidity and mortality associated with increased demand by patients for health services. Were identified as critical nodes of this problem, the lack of information for patients about the disease and proper use of medicines, the working process that offers no specific agenda for these patients and the habits and lifestyles that patients are taking over the problem. It was proposed that intervention work plan as a way to cope with this problem. It is necessary for its execution the presence of a multidisciplinary team and partnership with psychosocial care center and the municipal health department. To construct this project scientific studies available were used in the database as: Virtual Health Library, PUBMED, Virtual Library, Federal University of Minas Gerais, SCIELO, among others .

Key words: Primary Health Care , Major Depressive Disorder, Single Health System, Depression, Mental Disorders and Psychotropic Drugs.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEABSF – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição

CISREC – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Calcário

DOU – Diário Oficial da União

DSM-IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

NASF – Núcleo de Apoio em Saúde da Família

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional em Atenção Básica

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVO	16
4 REVISÃO DE LITERATURA	17
5 MÉTODOS.....	21
6 PLANO DE AÇÃO	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
8 REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

Matozinhos é um município que faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte e localiza-se a 47 km da capital. Faz divisa com os municípios de Pedro Leopoldo, Capim Branco, Prudente de Moraes, Confins, Esmeraldas, Baldim, Jaboticatubas e Funilândia.

A população é de 33.955 habitantes segundo o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2010). O município foi criado no século XVIII, pertencendo à cidade de Pedro Leopoldo por alguns anos. Há vestígios que comprovam que toda a região foi anteriormente habitada por população indígena. Em 1º de janeiro de 1944 foi elevado a Município Matozinhos e em junho de 1955, elevado a Sede da Comarca. O povoado iniciou-se ao redor da Capela do Senhor Bom Jesus, local onde fora descoberta a imagem de um santo.

Fato histórico foi a inauguração da Estrada de Ferro Central do Brasil em 1895, sendo importante para o crescimento econômico da cidade, inclusive com a criação de indústrias. Mantém ainda construções históricas, como a igreja de São José e a fazenda Jaguará, constituindo importante estabelecimento rural do período colonial e que recebe visitantes até hoje.

Situado em um planalto, Matozinhos tem como ponto mais elevado o Pico da Roseira, com 1.011 metros de altitude. Sua área total é de 252 km², com uma densidade demográfica de 134,59 habitantes/km² e possui aproximadamente 9970 famílias residentes em domicílios particulares. A concentração habitacional urbana é de 90.9% e rural de 9.1% (IBGE, 2010).

O número de domicílios particulares é de 9874. Apresenta IDH de 0,774 (IBGE 2000), taxa de urbanização de 90,99%, renda média familiar per capita de R\$ 536,00; 92,91% dos domicílios particulares possuem água tratada, a taxa de recolhimento de esgoto adequada é de 66,7%, semi adequada em 31,7% e inadequada em 1,6% dos domicílios (IBGE, 2010). A principal atividade econômica é a industrial, seguida pelo setor de serviços e com uma pequena participação agrícola. A cidade apresenta uma taxa de crescimento anual de 0,89%. O nível de

alfabetização chega a 94,3%, a taxa de desemprego é baixa e os principais postos de trabalho se dão na área de serviços e da indústria local (IBGE, 2010).

O município de Matozinhos conta com agências do Banco do Brasil e uma do Correio, localizados no centro da cidade, onde também se localiza a igreja matriz da religião católica.

Quanto aos recursos de saúde, possui um hospital que foi reaberto no dia 24 de junho desse ano, pois, encontrava-se interditado pelo Ministério Público. Possui ainda 01 unidade de pronto atendimento e 01 laboratório para análises clínicas, administrado pela prefeitura municipal. No que se refere à Estratégia de Saúde da Família (ESF) Matozinhos mantém em funcionamento 10 Unidades Básicas de Saúde, no momento todos contam com médico integrado à equipe. No ano de 2008 foi implantado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Posteriormente o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o centro de especialidades odontológicas (CEO) na cidade. O Conselho Municipal de Saúde do município é composto por 12 membros com reuniões que ocorrem toda primeira 3ª feira do mês. No momento não há um coordenador da atenção básica, sendo a função exercida pela própria secretária de saúde.

O Município de Matozinhos está integrado no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Calcário (CISREC) junto com outras 07 cidades. Permite assim maior facilidade no encaminhamento a algumas especialidades médicas e na realização de exames laboratoriais e de imagem. O Centro de Especialidades Médicas, localizado no centro da cidade, é a referência para as Unidades Básicas de Saúde em relação aos encaminhamentos feitos pelos médicos da estratégia em saúde da família. As especialidades disponíveis no momento são: pediatria, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria, ortopedia e traumatologia, neurologia e cardiologia. Como referência em saúde mental o Município conta com o Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), que funciona durante o dia e disponibilizam psiquiatras, terapeuta ocupacional, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, na tentativa de sempre reinserir o paciente na comunidade num modelo assistencial e integral. Trabalha recebendo os casos agudos e também os referenciados pelas Unidades Básicas de Saúde. Um aspecto importante que observamos no município é a falta de contra referência por parte dos psiquiatras, quando recebem os

encaminhamentos feitos pelos médicos das UBS. Muitas vezes o paciente retorna do CAPS para a UBS apenas com o receituário de medicamentos, sem que possamos conhecer o diagnóstico estabelecido e a proposta feita pela equipe de saúde mental do município.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) CAIC está localizada na Rua Carlos Miligrama, número 135 no Bairro Bom Jesus II, com fácil acesso através da rodovia MG 424. O horário de funcionamento é de segunda a sexta feira das 07 às 16 horas. Quase todos os funcionários trabalham oito horas por dia, mas há alguns contratados para 20 horas semanais. Trabalham na UBS CAIC 02 médicos, 01 enfermeiro, 02 agentes comunitários de saúde, 01 recepcionista, 01 nutricionista e 01 fisioterapeuta. A população adscrita nessa unidade é de aproximadamente 06 mil pessoas.

Iniciei meu trabalho como médico na Unidade Básica de Saúde CAIC no dia 01 de março de 2013. Fui selecionado para trabalhar no município como médico bolsista do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

A segunda edição do PROVAB foi lançada pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2012 e tem como objetivo estimular a formação médica e levar esses profissionais para áreas de maior carência e vulnerabilidade, como áreas de extrema pobreza e periferias das regiões metropolitanas, populações ribeirinhas e indígenas. Os profissionais são contratados para trabalharem pelo período de 12 meses em equipes de estratégia em saúde da família, integrando as equipes e fortalecendo a universalização do acesso aos serviços de saúde.

As Unidades Básicas de Saúde passam a ser porta de entrada para essa população delimitada. As equipes de saúde são responsáveis pelo acompanhamento de uma população de até quatro mil habitantes. O trabalho é realizado em equipes multiprofissionais permitindo comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os profissionais de saúde. Atuam com promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção de saúde da população adscrita. Nessas unidades o médico junto com equipe de profissionais de saúde, passa a acompanhar um número definido de famílias em área geográfica delimitada. A estratégia de Saúde

da família é um projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) e teve atividades iniciadas em 1994. Desde sua criação tem mostrado resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população que recebe a assistência (BRASIL, 2000).

Para participar do PROVAB, segundo Edital nº 03/2013, de 09 de janeiro de 2013 – DOU nº 7 – 10/01/2013, o médico bolsista tem a obrigatoriedade de realizar pós-graduação em saúde da família. Fui selecionado para realizar o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com a Universidade Aberta do SUS, a UNA- SUS, e tenho o polo de apoio no município de Confins, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte. A cidade de Confins foi selecionada como polo pela proximidade com a cidade de Matozinhos. As atividades do CEABSF também iniciaram no mês de março de 2013.

Uma das atividades propostas pelo CEABSF foi a realização do diagnóstico situacional do território da UBS CAIC e foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados na área de abrangência. Na análise situacional, foram levantados dados do Ministério da Saúde, na própria UBS que possui arquivos com dados importantes e disponíveis na prefeitura de Matozinhos, porém a alimentação correta de dados do SIAB ainda é insuficiente e foi preciso utilizar outras formas para reconhecer a realidade do território e a população adscrita. A vivência diária dos profissionais, o contato com os agentes de saúde que já conhecem a população e o contato do médico com os pacientes através das consultas, além dos dados analisados nos permitiu conhecer os desafios do território.

Alguns fatores dificultadores do processo de trabalho foram encontrados na UBS CAIC, cada um deles com sua importância e ordem de prioridade. Dentre estes fatores encontrados podemos destacar a falta de uma equipe de saúde completa devido à troca de gestor municipal onde alguns profissionais foram demitidos sem que houvesse contratação de novos, além da falta de acompanhamento médico dos pacientes hipertensos e diabéticos, transtornos psiquiátricos e demais problemas relacionados à saúde, que há muito tempo procuram a unidade apenas para renovarem as receitas, sem realizar consulta médica ou consulta de enfermagem. Outro fator dificultador é a falta de materiais básicos para o trabalho em atenção

primária e a falta de medicamentos básicos, inclusive anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais, dificultando o controle de pacientes com doenças crônicas.

Como fator facilitador destaca-se a estrutura física da unidade, que possui salas adequadas para o trabalho e inclusive de espaço físico para a realização de grupos educativos.

O problema de maior relevância observado na UBS CAIC foi a procura de pacientes com transtornos psiquiátricos, principalmente transtorno depressivo maior. A maior parte desses pacientes está sem assistência e cuidados adequados, incluindo falta de consulta médica adequada. Embora o município conte com um centro de atenção psicossocial, a porta de entrada da população é a unidade básica de saúde. O médico da estratégia em saúde da família deve estar preparado para resolver os casos considerados leves. Casos que tendem a ser mais complexos ou aqueles pacientes que não respondem a medicação proposta também precisam ser avaliados pelo especialista e um encaminhamento ao psiquiatra é necessário (ARANTES, 2007).

Com a vivência dos profissionais de saúde dessa unidade, percebeu-se a necessidade em propor um plano de intervenção, na tentativa de promover o cuidado em saúde mental. Esse foi o problema escolhido para se elaborar um plano de ação, como atividade da disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do CEABSF, na tentativa de modificar e enfrentar o maior problema encontrado nesse território (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010). O projeto de intervenção se baseia na criação de um plano para garantir melhor assistência aos pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo maior, com propostas que ainda não são presentes nessa Unidade Básica de Saúde

Transtornos mentais são comuns na prática clínica. O transtorno depressivo maior é um transtorno do humor incluído nos transtornos depressivos unipolares. É considerado um problema de saúde pública, apresentando elevada morbidade e mortalidade e está relacionado a uma maior procura pelos pacientes em serviços de saúde. A prevalência do transtorno é duas vezes maior no sexo feminino e segundo a Organização Mundial de Saúde será o principal problema relacionado à incapacidade em 2020 (BRUNONI, 2008).

Os pacientes cientes do problema que enfrentam e reconhecendo a história natural da doença poderão aderir melhor aos medicamentos obtendo maior resultado com o tratamento proposto pelo médico e equipe multidisciplinar (SANTANA, 2011).

2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a escolha do tema deste trabalho pelo elevado número de pacientes com transtorno psiquiátrico, principalmente depressão, na tentativa de garantir melhorias em relação ao atendimento e acompanhamento desses pacientes na Unidade Básica de Saúde do Bairro Bom Jesus II, localizada no município de Matozinhos/MG.

3 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção para garantir consulta médica e melhor acompanhamento aos pacientes portadores de transtorno depressivo maior.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Transtornos do humor podem ser divididos em transtornos depressivos unipolares e transtornos afetivos bipolares. Os transtornos depressivos unipolares ainda podem ser subdivididos em transtornos depressivos maiores e os transtornos distímicos. A distímia, diferente do transtorno depressivo maior apresenta curso mais crônico, mas com sintomas mais brandos (BRUNONI, 2008).

A depressão é uma doença freqüente em adultos. É uma doença de evolução crônica, de elevados custos e de grande impacto para pacientes e familiares (RICHARDS, 2011). Ela poderá ser considerada em 2020 como a principal doença associada a impacto negativo e elevados custos para a sociedade. É um problema de saúde pública, de elevada morbimortalidade e bem relacionada a incapacidades. Atualmente, ocupa a segunda causa de incapacidade entre adultos (OMS, 1999).

Pacientes com depressão procuram com maior freqüência por serviços de saúde. É doença de alta prevalência e aproximadamente duas vezes mais freqüente em pessoas do sexo feminino, quando comparada ao sexo masculino (SILVA, 2012).

Segundo o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), para critério diagnóstico deve obrigatoriamente estar presente a presença de um dos sintomas: humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por pelo menos 02 semanas. Outros sintomas podem estar presentes como perda ou ganho significativo de peso sem estar de dieta, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, capacidade diminuída para pensar ou centrar-se ou indecisão e pensamentos de morte, incluindo ideação suicida recorrente.

Outro método disponível para o diagnóstico da depressão é o disponível no capítulo V da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse manual também considera necessário para o diagnóstico de depressão a presença de pelo menos duas semanas de duração dos sintomas. Considera ainda a necessidade em excluir sintomas maníacos ou

hipomaníacos em qualquer época da vida, fazendo diagnóstico diferencial com transtorno afetivo bipolar. É importante ainda a certeza que o episódio atual em que o médico esteja investigando como provável quadro de depressão, não seja atribuído ao uso de substâncias psicoativas. Para o diagnóstico através desse manual, é necessária a presença de dois ou mais entre três sintomas, incluindo: humor deprimido, perda de interesse ou prazer por atividades que normalmente são agradáveis e energia diminuída ou fadigabilidade aumentada. Sintomas adicionais podem estar presentes, como: perda da auto-estima e culpa excessiva, alteração do sono e do apetite, pensamentos de morte ou suicídio, dificuldade para se concentrar, dentre outros (GREVET, 2001).

Depressão com ou sem sintomas de ansiedade associados, é a forma mais prevalente de doença mental na atenção primária. Apesar disso, estima-se que entre 30 e 40% dos pacientes com depressão não tem o diagnóstico estabelecido pelo médico nos serviços de atenção primária (THOMPSON, 2011).

O médico da estratégia de saúde da família deve estar atento a presença de sintomas sugerindo quadro depressivo em pacientes que procuram a atenção básica. O tratamento pode ser iniciado na atenção primária pelo clínico geral, devendo este estar constantemente se atualizando em relação ao tema, atento as recomendações e atualizações quanto ao tratamento da doença. Deve existir direta ligação com serviços de atenção secundária para quando for necessário, referenciar o paciente para consulta com o psiquiatra (ARANTES, 2007).

São indicações para encaminhamento ao psiquiatra os pacientes com risco ou tentativa de suicídio, presença de sintomas psicóticos, história de transtorno afetivo bipolar ou mesmo quando o médico clínico não se sentir preparado para lidar com o caso ou quando o tratamento instituído não tenha tido resposta satisfatória (FLECK, 2009).

Estudo transversal realizado em três Unidades Básicas de Saúde no Rio Grande do Sul no ano de 2009, com objetivo de verificar a prevalência de depressão e os fatores associados à doença em pacientes com idade superior a 14 anos que buscaram atendimento na atenção básica, revelou que dos 1.069 pacientes selecionados para a amostra, 23.9% apresentaram depressão. A doença nesse

estudo se mostrou mais prevalente em pacientes do sexo feminino e em pacientes de classe econômica mais baixa. O estudo também revelou a prevalência cinco vezes maior de risco de suicídio entre os pacientes com diagnóstico de depressão quando comparados aos que não possuem a doença. O risco de suicídio esteve presente em 74.8% dos pacientes com diagnóstico de depressão e de 14.9% no total da amostra. Esse trabalho reforça a prevalência da doença em serviços de atenção primária e a necessidade dos profissionais de saúde estar preparados para conduzir esses indivíduos, que na maior parte das vezes procuram a UBS por outro motivo, que não o da própria doença (MOLINA, 2012).

Comorbidades entre transtornos psiquiátricos e doenças físicas são freqüentes. Estudo feito em Salvador com 1.120 idosos, entre os anos de 2001 e 2004, com idade variando de 60 a 99 anos, revelou a prevalência de depressão em 23.4% desses idosos. Foram utilizados os critérios diagnósticos orientados pelo DSM-IV da American Psychiatric Association. Foram pesquisadas as principais doenças clínicas entre esses idosos, sendo as mais prevalentes nesse estudo a hipertensão arterial sistêmica, osteoartrose, incontinência urinária, dislipidemia e instabilidade postural. A maior parte dos idosos estudados, 91%, apresentava entre um e cinco problemas crônicos dentre os 14 problemas selecionados. Foi observado que existiu associação entre depressão e número de patologias maior que três entre os idosos, sendo a doença de Parkinson a que mais se associou a depressão. O estudo chama a atenção para a prevalência da doença em pacientes idosos e com outras comorbidades clínicas e a necessidade de uma avaliação ampla e integral aos idosos que procuram serviços de saúde, para que a depressão não seja subdiagnosticada em idosos com outras comorbidades (DUARTE, 2007).

Não se sabe ainda a causa exata que leva uma pessoa a desenvolver depressão. Sabe-se que diversos fatores podem contribuir para o aparecimento da doença. Fatores ambientais, somáticos e genéticos podem ser citados como prováveis causas do transtorno (SILVA, 2012).

O tratamento da depressão é necessário para que se possa melhorar e resgatar uma boa qualidade de vida ao paciente, reduzir as chances de suicídio, reduzir os sintomas, impedir a recorrência da doença, reduzir a necessidade de hospitalização e recuperar a capacidade social do paciente. Diversos medicamentos

antidepressivos estão disponíveis no mercado e seu uso deve ser individualizado para cada paciente, incluindo perfil de efeitos colaterais, interações medicamentosas, comorbidades clínicas, preços e acessibilidade (SILVA, 2012).

Podem ser citadas diferentes classes de antidepressivos, como: antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoamina oxidase e inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina. Nenhuma dessas classes de antidepressivos está isenta de efeitos colaterais. Outras opções de tratamento podem ser utilizadas juntas com os medicamentos antidepressivos ou isoladas, como: psicoterapia e eletroconvulsoterapia (SILVA, 2012).

A eletroconvulsoterapia apesar de não ter um mecanismo de ação completamente compreendido é um método eficaz e seguro. Seu uso é indicado principalmente em casos graves de depressão, incluindo a presença de sintomas psicóticos, risco grande de suicídio, pacientes com falhas no tratamento com antidepressivos, e com outras condições médicas além da depressão. É método também seguro em gestantes e idosos (SILVA, 2012).

A psicoterapia tem se mostrado método eficaz no tratamento de pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo maior. Pode ser utilizada em conjunto com farmacoterapia ou mesmo de forma isolada. Existem diversas modalidades disponíveis sendo a terapia cognitiva e comportamental, psicoterapia psicodinâmica e psicoterapia interpessoal as mais bem indicadas para pacientes com depressão (SILVA, 2012).

5 MÉTODOS

O presente trabalho é um projeto de intervenção voltado para o tema Transtorno Depressivo Maior na Atenção Básica. O estudo foi realizado no ano de 2013 na cidade de Matozinhos/MG. O enfoque é na população adscrita na unidade básica de saúde CAIC, localizada no bairro Bom Jesus II. Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados por essa UBS, foram planejadas intervenções que possam garantir melhorias no atendimento de pacientes com transtorno depressivo maior, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

As informações coletadas foram obtidas através de leitura de prontuários, contato diário com os pacientes, reuniões com pacientes em grupos operativos, reuniões com profissionais de saúde da unidade e contato direto com a Secretaria Municipal de Saúde, que mantém arquivos e dados importantes das Unidades Básicas de Saúde do município de Matozinhos. Os dados disponíveis no SIAB no ano de 2012 infelizmente são escassos, mas foram utilizados embora com limites.

Para a construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância. Outros dados importantes que foram utilizados são os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Matozinhos, dados do Ministério da Saúde e arquivos da própria unidade de saúde CAIC.

Os descritores que foram utilizados na construção deste trabalho são: Atenção Primária à Saúde. Transtorno Depressivo Maior. Sistema Único de Saúde. Depressão. Transtornos Mentais e psicotrópicos.

6 PLANO DE AÇÃO

Com a implantação do plano de ação pretende-se alcançar os objetivos:

- Reduzir o número de pacientes com transtorno depressivo maior que estão sem acompanhamento médico.
- Definir um fluxo de atendimento específico aos pacientes com transtorno depressivo maior que procuram a UBS.
- Garantir atendimento de qualidade aos pacientes com transtornos psiquiátricos que vivem no Bairro Bom Jesus II e que procuram a atenção básica.
- Manter estes pacientes informados sobre a doença.

➤ **1º Passo – Definição do Problema**

Ao longo dos meses trabalhados na Unidade Básica de Saúde CAIC, foi possível reconhecer os principais problemas enfrentados pela população adscrita. Foi realizado ainda o diagnóstico situacional do território e os maiores problemas enfrentados pelo usuário foram à falta de acompanhamento médico aos pacientes hipertensos, diabéticos e pacientes com transtornos psiquiátricos, sendo esse último o que mais chamou a atenção da equipe.

Foi proposto então o plano de ação para garantir consulta médica e melhorar o acompanhamento dos pacientes com transtornos mentais, especialmente os pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo maior.

No módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, disciplina obrigatória do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, aprendemos os passos para elaboração do plano de ação. O plano de ação consiste em um conjunto de projetos de intervenção de acordo com os problemas selecionados após o diagnóstico situacional de uma área de abrangência. Para o problema considerado prioritário é proposto um plano de ação específico (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para criação do plano de ação é necessário inicialmente que se conheça o território onde as ações serão desenvolvidas, os problemas de saúde prevalentes em determinada área de abrangência, suas causas e o impacto que estes têm na população adscrita. Como são muitos os problemas encontrados, faz-se necessário priorizá-los uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo. É preciso verificar a capacidade de enfrentamento, a importância e urgência do problema, para que se proponham formas de enfrentamento para aquele considerado como prioritário (CAMPOS; FARIA ; SANTOS, 2010).

Os problemas são conhecidos no diagnóstico situacional do território em que os profissionais estão envolvidos. No módulo de Planejamento nos foi apresentado como forma de se obter informações do território o método de Estimativa Rápida, em que a equipe envolvida faz observações sobre as condições e forma de vida da comunidade que se quer conhecer e busca os dados existentes em registros, além de entrevistas com sujeitos importantes que estão envolvidos no território. Dessa forma é possível elaborar um diagnóstico de saúde em determinado lugar (CAMPOS; FARIA ; SANTOS; 2010).

➤ **2º Passo – Priorização dos Problemas**

Foram observados na microárea após a análise situacional problemas relevantes e que segundo os dados observados na unidade representam maior risco de adoecer. Os 03 problemas de maior incidência encontrados no território são de alta importância e com capacidade de enfrentamento. São eles:

- 1- Elevado número de pacientes diabéticos e hipertensos sem o devido acompanhamento médico. Grande parte dos pacientes procura a unidade apenas para renovação de receitas, não fazem uso correto dos medicamentos prescritos e não participam dos grupos operativos disponibilizados pela unidade.
- 2- Equipe incompleta de profissionais de saúde na UBS após a transição de prefeituras em janeiro de 2013. Muitos profissionais não concursados perderam o cargo, não sendo substituídos todos até o momento. A falta dos profissionais somada à grande população adscrita, aproximadamente

seis mil pessoas, acarreta dificuldades na execução de tarefas, sobrecarregando alguns profissionais.

- 3- Elevado número de pacientes com transtornos psiquiátricos que procuram a UBS, particularmente os diagnosticados com transtorno depressivo maior, que se encontram sem assistência e cuidados adequados. Número significativo também de pacientes adscritos nessa UBS que fazem uso abusivo de benzodiazepínicos. Esse problema foi considerado como sendo de alta importância, com urgência em ser solucionado, com capacidade de enfrentamento e o primeiro em nível de prioridade. O problema foi notado principalmente quando os pacientes procuravam a unidade solicitando renovações de receita.

➤ **3º Passo – Descrição do Problema Selecionado**

O problema foi observado principalmente durante as consultas realizadas nos primeiros meses de trabalho e foi possível perceber seu impacto na população, principalmente entre pacientes adultos e idosos. Para descrição do problema priorizado foram também utilizados dados disponíveis na própria Unidade Básica de Saúde e na Secretaria Municipal de Saúde de Matozinhos. A forma como os casos foram conduzidos até o momento estavam incorretos em sua maioria, não havendo uma abordagem adequada para esse grupo particular de pacientes na UBS CAIC. Os dados disponíveis no SIAB em relação a esse problema são escassos por conta da falta de alimentação do sistema de informação e há necessidade de produzir novas informações para auxiliar no processo de planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Por ser doença relacionada à incapacidade e importante prejuízo na qualidade de vida, incluindo risco de suicídio, esses pacientes precisam receber melhores cuidados (BRUNONI, 2008). Os casos leves podem ser manejados pelo médico da Estratégia da Saúde da Família. Casos graves, com baixa resposta a medicação proposta precisam ser encaminhados para avaliação com o especialista, disponível no CAPS da cidade (ARANTES, 2007).

➤ **4º Passo – Explicação do Problema**

A maior parte dos pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo maior não está recebendo cuidados adequados, incluindo falta de consulta médica na UBS. Falta melhor assistência por parte da equipe de saúde para esse grupo de pessoas. Grande parte dos pacientes adscritos na UBS CAIC faz uso abusivo de benzodiazepínicos. Estes procuram a unidade apenas para renovação de receitas e mantêm o quadro clínico sugerindo transtorno depressivo maior. Como a porta de entrada desses pacientes é a UBS (ARANTES, 2007), fez-se necessário a construção deste plano de ação para enfrentar o problema e melhorar o cuidado ao portador deste tipo de transtorno. A cidade conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) referência para os casos mais complexos, mas não há até o momento um fluxo adequado de encaminhamentos por parte das Unidades Básicas de Saúde.

➤ **5º Passo – Seleção dos Nós Críticos**

Para o problema de maior relevância é possível citar:

- 1- Falta de informação dos pacientes em relação à doença e uso correto dos medicamentos.
- 2- Processo de trabalho que não oferece agenda específica para esses pacientes.
- 3- Os hábitos e os estilos de vida que os pacientes assumem frente ao problema.

➤ **6º Passo – Desenho das Operações**

Para o plano de ação para enfrentamento dos problemas citados pode-se utilizar de algumas abordagens, como por exemplo:

- ❖ 1ª Operação: Aumentar o nível de informação dos pacientes com transtorno depressivo maior em relação a sua doença e ao uso correto dos medicamentos

Produtos: Avaliação do nível de informação dos pacientes com transtorno depressivo maior com a criação de grupo operativo específico, com a mesma técnica

utilizada pelos demais grupos operativos da UBS, porém voltado somente para os usuários diagnosticados como portadores do transtorno. O ponto importante é o de garantir distribuição dos medicamentos necessários para tratamento da depressão aos usuários deste grupo e orientar uso correto desses.

Resultados: Pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo maior bem informado em relação à doença (psicoeducação). Boa informação dos pacientes em relação ao uso correto dos medicamentos.

Recursos: Cadernos de saúde mental disponibilizados pelo Ministério da Saúde servirão de base para as palestras oferecidas a esses pacientes. O enfoque maior será na psicoeducação. Para a realização desse projeto de intervenção será preciso articular parceria entre unidade básica de saúde e Centro de referência em saúde mental e articular parceria entre unidade básica de saúde e secretaria de saúde do município.

- ❖ 2ª Operação: Implantar um dia reservado para atendimento médico e com equipe multidisciplinar aos pacientes com transtorno psiquiátrico com enfoque nos pacientes com transtorno depressivo maior. Manter contato direto com centro de referência em saúde mental do município.

Produtos: Linha de cuidado para pacientes psiquiátricos com transtorno depressivo maior.

Resultados: Os pacientes com transtornos mentais que estão sem atendimento ou acesso ao cuidado na área adscrita serão acolhidos. Para elevar a cobertura de atendimentos será preciso fazer adequação da agenda do médico e da enfermeira, disponibilizando uma manhã ou uma tarde, em um dia da semana, para atendimento exclusivo a esses pacientes.

Recursos: Adequar fluxos de referência e contra referência com centro de referência em saúde mental, ou seja, encaminhar os pacientes que não respondem a medicação proposta, pacientes com dependência de benzodiazepínicos e também os pacientes com transtorno depressivo maior grave. Será solicitado por escrito no encaminhamento ao centro de referência em saúde mental, que a equipe forneça a UBS contra referência do atendimento para o qual foi encaminhado, incluindo

hipótese diagnóstica feita pelo psiquiatra, medicação proposta e data do retorno para nova avaliação. Manter maior proximidade com prefeitura municipal de Matozinhos, especialmente secretaria municipal de saúde também é necessário inclusive para fortalecer a real necessidade nas contra referências feitas pelo CAPS.

❖ 3ª Operação: Modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes selecionados.

Produtos: Melhoria da qualidade de vida dos pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo maior.

Resultados: Os pacientes psiquiátricos, com diagnóstico de transtorno depressivo terão boa saúde física e mental, incluindo cessação do tabagismo, práticas de atividade física e boa alimentação. Mudanças no estilo de vida entram como aliado no tratamento desses pacientes.

Recursos: Parceria com equipe multiprofissional a fim de abordar esses pacientes. Serão necessários recursos financeiros e espaço apropriado para as atividades de recreação e impressão de folhetos educativos. Necessária parceria com educador físico para acompanhar os pacientes durante as atividades de recreação e também atividades aeróbicas, de acordo com a necessidade de cada usuário. Nutricionista também será necessário para manter dieta equilibrada e saudável, de acordo também com as necessidades de cada paciente. Psicólogos podem realizar os grupos de tabagismo, tanto individual quanto em grupo.

Esses pacientes serão incluídos ainda no grupo operativo de saúde mental existente na UBS CAIC, onde será realizada a psicoeducação, explicando, por exemplo, a forma de uso correto das medicações bem como fazendo uma abordagem das principais síndromes psiquiátricas. Os pacientes estando cientes do problema que enfrenta e a história natural da doença aderem de melhor forma aos medicamentos prescritos pelo médico (SANTANA, 2011).

Nesse plano de intervenção para melhorar a assistência do paciente portador de transtorno depressivo maior, os usuários serão inicialmente cadastrados e depois divididos em aproximadamente 20 pacientes por grupo, que serão convidados a participarem deste projeto.

Será disponibilizada na agenda da unidade, uma tarde ou manhã específica em um dia da semana, para atendimento a esse grupo de pacientes, incluindo atendimento médico, com enfermagem e realização de grupos operativos específicos. O trabalho desenvolvido será com equipe multidisciplinar, incluindo também a presença de técnicos de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacional e agente de saúde em parceria com a secretária de saúde do município e o centro de atenção psicossocial. Na proposta de mudanças em relação aos estilos de vida dos pacientes, o trabalho irá ocorrer com auxílio da fisioterapia e nutrição.

Após o atendimento médico de cada paciente, será avaliada em equipe a necessidade de encaminhamento ao Centro de referência em saúde mental, reforçando o fluxo de atendimento. Os pacientes crônicos, que apenas fazem renovação de receitas, serão convidados para consulta com o médico. No caso de pacientes com outras comorbidades, serão feitos interconsultas com outros especialistas.

Em relação aos nós críticos citados, todos são possíveis de intervenção direta. O fato de a equipe estar desfragmentada pode contribuir negativamente na elaboração dessa intervenção, mas será viável de ser realizado com a atual equipe de saúde, mesmo que incompleta.

➤ **7º Passo – Identificação dos Recursos Críticos**

Na Identificação dos recursos críticos para execução do plano de ação quanto à falta de informação dos pacientes em relação à doença e ao uso correto dos medicamentos, pode ser citado como recurso político, as articulações de parceria entre a UBS e o Centro de Atenção Psicossocial, além da UBS com a Secretária Municipal de Saúde de Matozinhos.

Garantir distribuição dos medicamentos necessários para o tratamento da depressão, como os antidepressivos, estão inclusos em recursos financeiros necessários para execução dessa operação.

Dos recursos necessários em relação ao processo de trabalho que não oferece acolhimento adequado aos pacientes com depressão, pode-se citar como recurso organizacional a capacitação dos profissionais de saúde em relação a essa

doença. Toda a equipe de profissionais de saúde precisa estar interessada e motivada para implantar e desenvolver as atividades contidas nesse plano de intervenção. A falta de agentes comunitários de saúde pode sobrecarregar o trabalho desses quanto à busca ativa dos pacientes com provável diagnóstico de depressão. Panfletos em estabelecimentos comerciais do bairro Bom Jesus II, cartazes afixados na própria UBS, podem auxiliar na divulgação convidando as pessoas que acreditam ter a doença, a procurar a unidade básica de saúde.

Em relação à modificação de hábitos e estilos de vida são necessários recursos políticos e financeiros. Como recurso político, incluímos conseguir pessoal adequado, incluindo demais profissionais de saúde: educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas. Além disso, conseguir espaço adequado para a realização dos grupos operativos específicos. Como recurso financeiro para essa operação cita-se os recursos audiovisuais para os grupos operativos de psicoeducação e necessidade de materiais para panfletagem.

- ❖ 1ª Operação: Aumentar o nível de informação dos pacientes com transtorno depressivo maior em relação a sua doença.

Articular parceria entre unidade básica de saúde e Centro de referência em saúde mental. Articular parceria entre unidade básica de saúde e Secretaria de Saúde do município → POLÍTICO

Garantir distribuição dos medicamentos necessários para tratamento da depressão.
→ FINANCEIRO

- ❖ 2ª Operação: Implantar um dia reservado para atendimento dos pacientes com transtorno psiquiátrico com enfoque nos pacientes com transtorno depressivo

Capacitação dos profissionais de saúde frente ao problema. Adesão de agentes de saúde, enfermeiros, técnicos e médicos. → ORGANIZACIONAL

- ❖ 3ª Operação: Modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes selecionados.

Articular com os demais profissionais da saúde como educadores físicos e fisioterapeutas. Definir espaço adequado para os grupos operativos → POLÍTICO.

Recursos audiovisuais para grupos operativos de psicoeducação. Materiais para panfletagem → FINANCEIRO

➤ **8º Passo – Análise da Viabilidade do Plano**

Na análise da viabilidade em relação às operações necessárias para execução do plano de ação, em relação à falta de informação dos pacientes em relação à doença e uso correto dos medicamentos, temos como ator que controla no aspecto político a Secretaria Municipal de Saúde, que se mostra favorável para execução. Como ação estratégica, será feita apresentação e discussão do plano de intervenção ao prefeito da cidade e a Secretária de Saúde, mostrando a viabilidade do plano e o benefício em ser executado.

A análise da viabilidade na operação a respeito do processo de trabalho que não oferece acolhimento adequado aos pacientes tem como ator que controla no aspecto organizacional as Secretarias de Estado e de Município. Ambas as secretarias com motivação favorável. Como ação estratégica para essa operação, é preciso apresentar aos responsáveis o projeto de intervenção, alertando-os a necessidade de mudanças e como propor melhorias. Pelo fato de não existir capacitação dos profissionais da equipe quanto ao tema é interessante que o médico e o enfermeiro apresentem o projeto de intervenção para os técnicos e agentes de saúde, expondo mais sobre a depressão, incluindo história natural da doença, epidemiologia, sinais e sintomas, diagnósticos diferenciais e tratamento. O médico e o enfermeiro também podem receber capacitações em cursos disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde através do canal Minas Saúde.

A viabilidade em executar a operação de mudanças de hábitos e estilos de vida dos pacientes com depressão tem como ator controlador, no aspecto político a Prefeitura Municipal de Matozinhos e no aspecto financeiro novamente a Secretária Municipal de Saúde. Ambas com motivação favorável para execução.

- ❖ 1ª Operação: Aumentar o nível de informação dos pacientes com transtorno depressivo maior em relação a sua doença.

Ator que controla no aspecto político → Secretaria de Saúde Municipal.

Motivação: Favorável.

Ação estratégica: Não há necessidade.

- ❖ 2ª Operação: Implantar um dia reservado para atendimento dos pacientes com transtorno psiquiátrico com enfoque nos pacientes com transtorno depressivo maior. Manter contato direto com centro de referência em saúde mental do município.

Ator que controla no aspecto organizacional → Secretaria de Saúde Municipal e secretária de saúde municipal.

Motivação: Favoráveis.

Ação estratégica: Apresentar aos responsáveis o projeto de intervenção. Alertar a cerca da necessidade de mudanças. Propor melhorias.

- ❖ 3ª Operação: Modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes selecionados.

Ator que controla no aspecto político → Prefeitura Municipal de Matozinhos. No aspecto financeiro → Secretaria de Saúde de Matozinhos.

Motivação: Favoráveis

Ação estratégica: Não há necessidade.

➤ **9º Passo – Elaboração do Plano Operativo**

Quanto ao plano operativo desse projeto de intervenção, para todas as operações temos como responsáveis toda a equipe de saúde. O enfoque é multidisciplinar, incluindo agentes, técnicos, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, etc. Cada profissional contribuindo em benefício aos pacientes.

Citamos como prazo para a aplicação o período de dois meses, para também todas as operações. A proposta em relação ao plano operativo é de manter os pacientes com diagnóstico de depressão bem informado em relação à doença, conhecendo sua história natural. É proposta também a criação de grupos operativos específicos. Quando ao processo de trabalho, adequar agenda do médico e da enfermeira, aumentar a disponibilidade de horários na agenda, sendo específicos para esse grupo de pacientes e elevar a cobertura de atendimento, são também

planos operativos. Por fim, quanto aos hábitos e estilos de vida, propõe-se melhorar a qualidade de vida dos pacientes envolvidos, inclusive com campanhas educativas.

- ❖ 1ª Operação: Aumentar o nível de informação dos pacientes com transtorno depressivo maior em relação a sua doença.

Proposta: população bem informada em relação à doença. Conhecimento sobre a história natural da depressão. Criação de grupos operativos específicos.

Prazo: início em dois meses.

Responsáveis: toda equipe de saúde

- ❖ 2ª Operação: Implantar um dia reservado para atendimento dos pacientes com transtorno psiquiátrico com enfoque nos pacientes com transtorno depressivo maior. Manter contato direto com centro de referência em saúde mental do município.

Proposta: Adequação da agenda do médico e da enfermeira. Disponibilidade de horários na agenda específicos para esse grupo de pacientes. Elevar cobertura de atendimento desse grupo de pacientes.

Prazo: início em dois meses.

Responsáveis: toda equipe de saúde

- ❖ 3ª Operação: Modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes selecionados.

Proposta: melhorar a qualidade de vida dos pacientes envolvidos. Campanhas educativas.

Prazo: início em dois meses.

Responsáveis: toda equipe de saúde.

➤ **10º Passo – Gestão do plano**

Planilha de Acompanhamento das Operações					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
❖ <u>1ª Operação: Aumentar o nível de informação dos pacientes com transtorno depressivo maior em relação a sua doença.</u>					
Criação de grupos operativos. Panfletagem e distribuição de cartazes com informações sobre a doença.	Profissionais de saúde da UBS do Bairro Bom Jesus II.	Dois meses.	Proposta feita aos membros da equipe e gestores. Plano de ação está em andamento.	Este plano de ação está sendo finalizado e faz parte do trabalho de conclusão do meu curso.	Um mês.
❖ <u>2ª Operação: Implantar um dia reservado para atendimento com equipe multidisciplinar, dos pacientes com transtorno psiquiátrico com enfoque nos pacientes com transtorno depressivo maior. Manter contato direto com centro de referência em saúde mental do município.</u>					
Agenda exclusiva aos pacientes com depressão. Consulta com médico e equipe multidisciplinar. Encaminhamentos ao centro de referência se necessário.	Profissionais de saúde da UBS do Bairro Bom Jesus II.	Dois meses.	Proposta feita aos membros da equipe e gestores. Plano de ação está em andamento	Este plano de ação está sendo finalizado e faz parte do trabalho de conclusão do meu curso.	Dois meses.
❖ <u>3ª Operação: Modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes selecionados.</u>					
Consulta com nutricionista. Acompanhamento psicológico para auxiliar cessação do tabagismo. Avaliação física com educador físico. Distribuição de panfletos educativos.	Equipe multidisciplinar.	Dois meses.	Proposta feita aos membros da equipe e gestores. Plano de ação está em andamento	Este plano de ação está sendo finalizado e faz parte do trabalho de conclusão do meu curso.	Três meses.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de intervenção precisa ser realizado por equipe multidisciplinar, contando com todos os profissionais de saúde que trabalham na Unidade Básica de Saúde CAIC. É necessária parceria mais ativa com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Secretaria Municipal de Saúde de Matozinhos/MG.

Espera-se com esse plano de intervenção garantir melhor assistência aos pacientes com transtorno depressivo maior que residem no bairro Bom Jesus II localizado em Matozinhos-MG.

Com esse plano de ação aplicado esperamos também reduzir o número de pacientes com transtorno depressivo maior que estão sem acompanhamento médico, estabilizar a doença, garantir fluxo adequado de atendimento para o centro de referência em saúde mental no município e por fim garantir atendimentos de qualidade para esse grupo de pacientes, que muitas vezes estão carentes de cuidado.

8 REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV**. 4th Ed. Washington DC: American Psychiatric Association;1994

ANDRADE, F. B. et al. Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. **Rev Bras. Enferm**, Brasília 2009 set - out; 62(5): 675-80

ARANTES, D. V. Depressão na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**. Rio de Janeiro, v.2, n.8, Jan / mar. 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000

BRUNONI, A. R. Transtornos mentais comuns na prática clínica. **Rev Med** (São Paulo). 2008 out.-dez; 87(4): 251-63

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010

DUARTE, M. B., REGO M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 23(3):691-700, mar, 2007

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009

FLECK, M. P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Rev Bras Psiquiatria**. 2009;31(Supl I):S7-17

GREVET, E. H. et al. Diagnóstico de depressão maior e distímia. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, 45 (3,4): 108-110 jul.-dez. 2001

IBGE. Censo Demográfico 2010

MOLINA, M. R. A. L. et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Rev Psiq Clín.** 2012; 39(6): 194-7

NORDON, D. G. HUBNER, C. V. K. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. **Diagn Tratamento.** 2009;14(2):66-9.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais de comportamento da CID-10 – Critérios diagnósticos para pesquisa.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1998

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica – Indicadores 2012.

SANTANA, A. F. O. Psicoeducação para pacientes psiquiátricos e seus familiares. Universidade Federal de Uberlândia, 2011.

SILVA, M. T. et al. Antidepressivos no Transtorno Depressivo Maior em Adultos. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde.** Ano VI nº 18 Março de 2012.

THOMPSON, C. et al. Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care. **British Journal of Psychiatry.** 179, 317-323. 2001

Richards, D. Prevalence and clinical course of depression: **A Review, Clinical Psychology Review.** 2011