

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

MARLENIS DIEGUEZ REYES

**QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE MENTAL: CUIDADOS PRIMÁRIOS
DE SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE "VILA CRISTINA"
MUNICÍPIO BETIM - MINAS GERAIS**

BETIM - MINAS GERAIS

2015

MARLENIS DIEGUEZ REYES

**QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE MENTAL: CUIDADOS PRIMÁRIOS
DE SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE "VILA CRISTINA"
MUNICÍPIO BETIM - 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

BETIM - MINAS GERAIS

2015

MARLENIS DIEGUEZ REYES

**QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE MENTAL: CUIDADOS PRIMÁRIOS
DE SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE "VILA CRISTINA"
MUNICÍPIO BETIM - MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em: 08/07/2015

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora pela grande ajuda na realização deste trabalho.

RESUMO

A depressão, tão antiga quanto a humanidade, é um dos problemas prioritários nos cuidados primários em saúde e tem sido caracterizada como episódio patológico no qual existe perda de interesse ou prazer, distúrbios do sono e apetite, retardo motor, sentimentos de inutilidade ou culpa, distúrbios cognitivos. Com vistas a melhorar a qualidade de vida de pacientes com depressão na Unidade Básica de Saúde "Vila Cristina" do município Betim - Minas Gerais, foi elaborado um projeto de intervenção após identificação dos problemas de saúde da área de abrangência por meio do diagnóstico situacional, definindo o problema prioritário: pacientes com depressão. Na construção do Plano de Intervenção foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional. Para subsidiar a elaboração do plano foi realizada uma revisão narrativa de literatura realizada nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, em especial no banco de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Foram identificados os nós críticos do problema e elaboradas as operações correspondentes.

Palavras-chave: Depressão. Atenção primária à saúde. Doenças crônicas. Família.

ABSTRACT

Depression, as old as humanity, is one of the priority problems in primary care in health and has been characterized as pathological episode in which there is loss of interest or pleasure, sleep and appetite disturbances, motor retardation, feelings of worthlessness or guilt, cognitive disorders. With a view to improving the quality of life of patients with depression in the Basic Health Unit "Cristina Village" of the municipality Betim - Minas Gerais, was prepared a project of intervention after the identification of the health problems of the area through the Situational diagnosis, defining the priority problem: patients with depression. On construction of the Intervention plan was used the method of the Situational strategic planning. To support the preparation of the plan was carried out a review of narrative literature held in the databases of the Virtual Health Library, in particular in the database of the Latin American literature and Caribbean Center on health sciences. Critical nodes were identified the problem and prepared the corresponding operations.

Keywords: Depression. Primary attention to health. Chronic diseases. Family.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADT	Atenção Domiciliar Terapêutica
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEREST	Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAMI	Centro de Referência em Saúde Mental Infantil
CISMEP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
CRR	Centro de Referência em Reabilitação
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GRT	Gerência Regional do Trabalho
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MG	Minas Gerais
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SEPADI	Serviço de Prevenção e Assistência a Doenças infecciosas
SERENAR	Serviço de Acompanhamento de Recém Nascido de Alto Risco
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UAI	Unidade de Atendimento Imediato
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Operações sobre o “nó crítico Doenças crônicas” relacionado ao problema de saúde mental, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Vila Cristina, em Betim, Minas Gerais
- Quadro 2 Operações sobre o “nó crítico” Hábitos e estilos de vida inadequados relacionado ao problema de saúde mental, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Vila Cristina, em Betim, Minas Gerais
- Quadro 3 Operações sobre o “nó crítico” Família disfuncional relacionado ao problema de saúde mental, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Vila Cristina, em Betim, Minas Gerais

SUMÁRIO

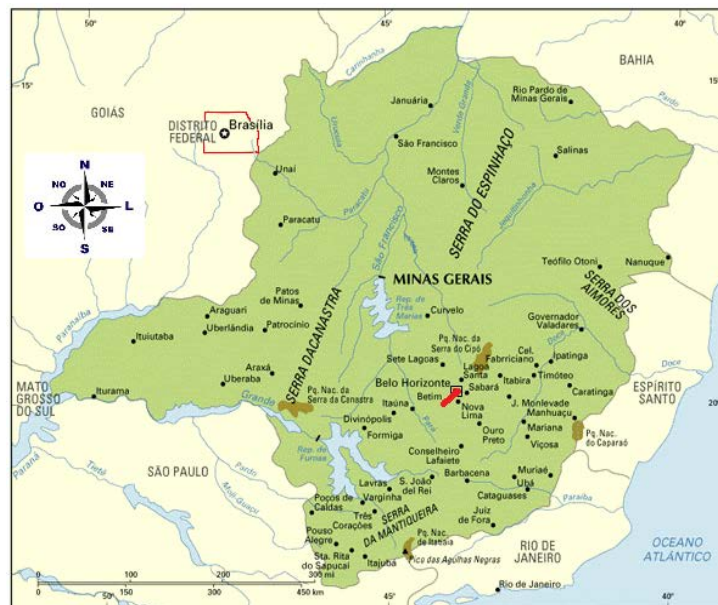
1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Identificação do município de Betim	10
1.2	Aspectos demográficos	11
1.3	Aspectos socioeconômicos	11
1.4	Saneamento básico	12
1.5	Aspectos da educação	12
1.6	Sistema municipal de saúde	13
1.7	Estratégia Saúde da Família	16
2	JUSTIFICATIVA	19
3	OBJETIVO	20
4	METODOLOGIA	21
5	REVISÃO DE LITERATURA	22
5.1	Saúde mental	22
5.2	Depressão na atenção básica	23
5.3	Depressão e doenças crônicas	23
5.4	Família e depressão	25
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO	27
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
	REFERÊNCIAS	34
	ANEXO	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município de Betim

O município de Betim-MG está localizado a 27.8 km ao sudoeste de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais. Sua população estimada para 2014 é de 412.003 habitantes (IBGE, 2014).

Betim integra a Região Metropolitana de Belo Horizonte, sendo considerada a 5ª maior cidade do estado e uma das 50 maiores cidades do Brasil. As rodovias MG-060, MG-050, BR-381, BR-040 e BR-262 cortam a cidade e os municípios que fazem divisa são Contagem, Esmeraldas, Igarapé, Ibirité, São Joaquim de Bicas, Mário Campos. Os rios que banham o município são Rio Paraopeba, Rio Betim e Riacho das Areias (IBGE, 2014).



Fonte: IBGE, 2014.

Betim é dividido em sete regiões: Alterosas, Centro, Citrolândia, Imbiruçu, Norte, PTB e Teresópolis.

A gestão municipal é dividida em 14 Secretarias, incluindo a Secretaria Municipal de Saúde que se apresenta com as seguintes diretorias: Vigilância à Saúde, Gestão Estratégica e Participativa, Educação em Saúde, Regulação Controle e Avaliação,

Operacional que coordena as unidades de saúde de Betim. Conta também com as coordenadorias de: Planejamento e Gestão, Suprimentos, Administrativa.

1.2 Aspectos demográficos

Segundo o Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE, 2014), o município de Betim tem extensão territorial de 343.736 km² e uma população em 2010 de 378.089 habitantes, sendo que 375.331 habitantes residem na área urbana e 2.758 na área rural. A densidade demográfica de 1.102,80 hab./km².

Betim possui 85 domicílios coletivos, sendo que destes apenas 39 possuem moradores; 12.207 domicílios particulares não ocupados, sendo 3.398 de uso ocasional e 8.809 vagos e 112.693 domicílios particulares ocupados. No censo realizado pelo IBGE em 2010 foram realizadas entrevistas em 111.056 domicílios particulares ocupados e em 1.637 não se realizou entrevista (IBGE, 2014).

1.3 Aspectos socioeconômicos

O Produto Interno Bruto (PIB) do município a preços correntes em 2012 era de R\$28.100.845,00 e o PIB *per capita* de R\$72. 262,27; o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010 de 0,749 (IBGE, 2014).

Conforme informações do cadastro de empresas do IBGE – CEMPRE que tem incluído somente empresas com 10 ou mais funcionários, o setor mais relevante do município é o industrial, ocupa-se pela maior parte da população, totalizando 23.985 pessoas. O setor agropecuário, de extração vegetal e pesca apresenta um total de 1.352 pessoas. O comércio de mercadorias apresenta uma ocupação de 6.908 pessoas. No setor de transporte e comunicação se concentram 4.195 pessoas. 22.098 pessoas executam outros serviços, em um total de 58.538 pessoas economicamente ativas.

Outras atividades comuns no município de Betim: confecção de artigos do vestuário e acessórios, refino petróleo; fabricação e montagem de veículos automotores; fabricação de equipamento de instrumento médico-hospitalar, de artigos de borracha

e plástico, celulose, papel e produtos de papel, máquinas e equipamentos, móveis e indústrias diversas, produtos alimentícios e bebidas, produtos químicos e metalurgia básica, entre outros.

São considerados abaixo da linha da pobreza ou pessoas extremamente pobres, aqueles indivíduos que vivem com menos de R\$ 70,00 por mês. De acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (2013) o índice de extremamente pobres em Betim no ano de 2010 era de 1,58%, enquanto que no Brasil é de 6,62%.

1.4 Saneamento básico

Abastecimento de água tratada: segundo o *site* da Companhia de Abastecimento de Minas Gerais (COPASA), Betim possui abastecimento de 99,27% de água tratada. E segundo o *Ranking* do Saneamento do Instituto Trata Brasil nova Metodologia e Resultados, de 2012, são abastecidos com água tratada 99,27% da população. Quanto ao recolhimento de esgoto por rede pública, segundo dados da COPASA são recolhidos por rede pública 85% do esgoto da cidade. Já conforme dados do *Ranking* do Saneamento do Instituto Trata Brasil nova Metodologia e Resultados, de 2012, são recolhidos 86,91% do esgoto através de rede pública (COPASA, 2012).

1.5 Aspectos da educação

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgada em setembro de 2013, 98,2% das crianças brasileiras de 6 a 14 anos freqüentaram a escola em 2012. O mesmo estudo relata que a taxa de escolarização das crianças de 5 e 6 anos chegou a atingir 92%, sendo que há dez anos (2002), somente 77,2% das crianças com esta idade estavam na escola. Houve queda do percentual de crianças e adolescentes entre 4 e 17 anos que não freqüentam a escola no Brasil, 4,8% de 2012 em relação a 2011. O percentual de jovens de 15 a 17 anos freqüentando a escola em 2012 foi de 84,1% da população nessa faixa etária. Dos 10,4 milhões de jovens dessa idade, 8,7 milhões estão na escola (IBGE, 2013).

1.6 Sistema municipal de saúde

O município possui algumas unidades de serviços de saúde, como: centro de referência em reabilitação, centro de referência em especialidades, centro de referência regional em saúde do trabalhador, serviço de prevenção e assistência a doenças infecciosas, centro de tratamento de lesões, centro de referência em saúde mental, consórcio intermunicipal de saúde, redes de média e alta complexidade.

Centro de Referência em Reabilitação Anderson Gomes de Freitas

Oferece tratamento humanizado e resolutivo de reabilitação com qualidade para pacientes. Possui uma equipe multidisciplinar composta por profissionais entre fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, estagiários diversos, auxiliares administrativos e agentes de higienização, que garantem atendimento humanizado e resolutivo a 250 pessoas por dia. Para ser atendido, o usuário deve consultar na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua casa e, então, ser encaminhado para o Centro de Referência em Reabilitação (CRR).

Centro de Referência em Especialidades Divino Ferreira Braga

Possui especialistas de diversas áreas. Atende demanda de especialidades que são encaminhadas por meio das UBS e agendadas através da Diretoria de Regulação. Oferece as seguintes especialidades: Alergologia, Angiologia, Cardiologia adulto e infantil, Dermatologia, Endocrinologia adulto e infantil, Fonoaudiologia, Gastroenterologia adulto e infantil, Geriatria, Ginecologia, Hematologia, Homeopatia, Mastologia, Nefrologia adulto e infantil, Neurologia adulto e infantil, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia adulto e infantil, Pneumologia adulto e infantil, Proctologia, Pré-natal de alto risco, Reumatologia, Urologia e Nutrição.

O Centro de Referência conta ainda com Serviço de Acompanhamento de Recém Nascido de Alto Risco (SERENAR) que faz o acompanhamento dos bebês prematuros, após receberem alta da Neonatologia. Estes são encaminhados pelas unidades de saúde ou pela maternidade. As crianças são assistidas pela equipe médica até completarem dois anos.

Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador

Inaugurado em 1995, o Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) recebeu sede própria, em julho de 2010, aumentando sua capacidade de atendimentos realizados anualmente de 900 para cerca de 2 mil. Além disso, a mudança possibilitou o aumento dos serviços ofertados. Os novos serviços são: realização de exame para diagnóstico de asma ocupacional; capacitação e avaliação do trabalhador com suspeita de Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR); vigilância em Saúde do Trabalhador Rural em parceria com o CEREST/Estadual para Betim e Microrregião; suporte técnico nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador nas empresas de Betim; grupo para trabalhadores expostos ao ruído e capacitação de profissionais das empresas do ramo de plásticos sobre os riscos presentes neste ambiente de trabalho e as formas de minimizá-los; preparação de "Retorno ao Trabalho" criação e implementação da ficha de "Investigação de Acidentes Fatais" busca ativa na GRT (Gerência Regional do Trabalho) de agravos à saúde do trabalhador notificáveis no SINAN; encaminhamento ao INSS de trabalhador segurado para confecção de órtese e prótese, visando o retorno ao trabalho.

Serviço de Prevenção e Assistência a Doenças infecciosas

O Serviço de Prevenção e Assistência a Doenças infecciosas (SEPADI), inaugurado em junho de 2008, funciona no Centro de Referência em Especialidades Divino Ferreira Braga, atendente mensalmente cerca de 1.500 usuários, que vão para as mais diversas finalidades: consultas com infectologistas, psicólogos, assistentes sociais, dispensação de medicamentos e preservativos, palestras e oficinas.

O SEPADI unifica os serviços de prevenção e assistência às doenças infectocontagiosas que antes eram realizados em locais separados. O SAE (Serviço de Assistência Especializada) oferece tratamento médico e farmacológico aos pacientes enquanto o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) oferece palestras para instruir e esclarecer dúvidas, além de realizar o teste para HIV/AIDS, Hepatites B e C e Sífilis, de forma sigilosa e confidencial.

São atendidos também vítimas de acidentes com material biológico e perfuro cortantes, mulheres e crianças vítimas de abuso sexual, rubéola e toxoplasmose congênitas e outros casos de doenças infecciosas que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde indicarem para tratamento com infectologista. Há ainda a Atenção Domiciliar Terapêutica (ADT) que atende pessoas que vivem com HIV/AIDS em domicílio.

Centro de Tratamento de Lesões João Pipoca

O Centro de Tratamento de Lesões João Batista Costa (João Pipoca), nome que homenageia um antigo interno da Colônia Santa Isabel foi criado através de uma parceria entre a prefeitura e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). São atendidos casos de lesões de maior complexidade, como as originadas pela hanseníase e curativos de feridas consideradas mais complicadas, como as que não cicatrizam.

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba - CISMEP

Trata-se de um consórcio público de municípios que objetiva desenvolver, em conjunto, ações e serviços que possam atuar na assistência à saúde da população da microrregião.

Fazem parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba as cidades de Betim, Bonfim, Brumadinho, Crucilândia, Florestal, Igarapé, Itaguara, Juatuba, Mário Campos, Mateus Leme, Piedade dos Gerais, Rio Manso, São José da Varginha, São Joaquim de Bicas e Sarzedo.

O CISMEP realiza cirurgias de otorrinolaringologia, oftalmológicas, de fonoaudiologia, varizes e exames de imagem. O encaminhamento para o CISMEP é feito por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) e o agendamento pela Diretoria de Regulação.

Redes de Média e Alta Complexidade

Atendimentos de urgência e emergência são oferecidos por quatro Unidades de Atendimento Imediato (UAI), atendendo todas as oito regiões do município. Em caso de necessidade para internação hospitalar as UAIS realizam o encaminhamento.

Betim possui dois hospitais e uma maternidade pública.

O Serviço Móvel de Urgência (SAMU) realiza atendimento de emergências em todos os bairros da cidade. O atendimento é realizado por um médico regulador que dá as primeiras orientações pelo telefone e envia uma equipe com a ambulância se necessário. Ele funciona 24 horas.

Os usuários podem solicitar o SAMU em casos de acidentes de trânsito, trabalhos de parto, tentativas de suicídio, crise hipertensivas e cardiorrespiratórias, choques elétricos, acidentes com produtos perigosos, intoxicações, queimaduras, inconsciência de vítimas de quedas, ou seja, em casos graves.

Saúde Mental

É oferecido atendimento e acompanhamento para pessoas que vivem com sofrimento mental, através dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e o Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAMI). O sistema manicomial não é aderido, o paciente não fica internado por tempo indeterminado e frequenta o Centro de Convivência Estação dos Sonhos e grupos nos centros de referência, onde participa de terapias e oficinas de geração de emprego e renda. Suas unidades são: CERSAM Betim Central, CERSAM Citrolândia, CERSAM Teresópolis, CERSAMI, Centro de Convivência Estação dos Sonhos.

1.7 Estratégia Saúde da Família

Em Betim o acesso à saúde inicia-se a partir da atenção básica que se constitui por 8 Unidades Básicas com Saúde da Família (UBSFs) e 18 Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Estas unidades são os locais onde o usuário recebe o primeiro atendimento, e ainda, são responsáveis pela prevenção e tratamento de doenças. Para isso, há programas direcionados à Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e

Hanseníase, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e gestantes, Crianças, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental e Saúde Bucal. Por meio desses programas, da atuação da equipe médica, farmacêutica, de enfermagem e de assistência social e ainda pelos agentes comunitários são desenvolvidas as ações de promoção e recuperação da saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) está incluída na atenção básica e presente em 30% das unidades. A primeira unidade de Betim foi implantada em 2004, no bairro Cruzeiro do Sul. Cada equipe de saúde da família fica responsável por atender uma população de 4.000 usuários, em um território definido na cidade, diagnosticando os principais problemas de saúde das comunidades e traçando estratégias específicas para todas as regiões.

A abordagem do usuário é realizada dentro da família e da comunidade por uma equipe interdisciplinar. Anteriormente à criação da ESF no município, se deu a atuação dos agentes comunitários de saúde. A equipe é composta por médico generalista, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e de seis a 10 agentes comunitários de Saúde.

Conhecendo a área de abrangência da UBS Vila Cristina

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Vila Cristina situa-se na Rua São Lucas nº 96, Vila Cristina. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 7:00 às 18:00horas.

Esta unidade atende os bairros de São Luiz, São Pedroso, Duque de Caxias, Vila Cristina. Sua área de abrangência envolve 1.225 famílias, totalizando 3.648 habitantes, sendo que desse total, 699 são analfabetos.

A comunidade possui diversos aglomerados. Muitos moradores vivem em casas cedidas pelo Estado. A causa de óbito mais comum na região é proveniente de doenças cardiovasculares, havendo ainda aumento de incidência de câncer.

A comunidade conta com duas escolas, uma creche, três igrejas católicas e 30 igrejas evangélicas, uma agência dos Correios, uma Associação de Moradores.

91% das famílias possuem energia elétrica (CEMIG), 24% não recebem água tratada. A prestadora de água tratada é a COPASA.

A UBSF Vila Cristina possui uma copa, quatro consultórios clínicos, um consultório de ginecologia, uma sala de curativos, uma sala de acolhimento, uma farmácia, uma recepção, uma sala para aplicação de medicamentos, um banheiro para os funcionários e dois banheiros para usuários.

A Unidade oferece as seguintes atividades e serviços: imunização, marcação de consulta especializada, curativos, grupos de HIPERDIA, farmácia, acolhimento urgência odontologia, consultas eletivas, injeções, cuidados de enfermagem, saúde mental, acolhimento da equipe de saúde da família, atendimento básico de odontologia, laboratório, RX odontologia.

Na população de 3.648, 1.853 moradores possuem plano de saúde, 215 famílias são beneficiárias do Programa Bolsa Família e 243 famílias estão inscritas no CAD-Único. Ressalta-se que 12 moradores estão acamados.

Os problemas sociais prevalentes na área de abrangência são: desemprego, violência, alcoolismo, droga adição.

Entre a população os principais problemas de saúde mental são: depressão (305 casos), ansiedade (321), esquizofrenia (101) e transtornos de pânico (54).

Por meio do diagnóstico situacional entre os principais problemas de saúde da comunidade, os que mais se destacaram foram: problemas de saúde mental, alta prevalência de enfermidades cardiovasculares, aumento de incidência de câncer, problemas de saúde ambiental.

O propósito deste trabalho é elaborar um plano de intervenção focando o problema priorizado: problemas de saúde mental, principalmente a depressão.

2 JUSTIFICATIVA

A depressão é um dos problemas prioritários em nossa área de abrangência, que tem uma prevalência de 9% muito perto a média do país e de países com cuidados primários em saúde que é de um 10%. A prevalência dos transtornos depressivos na população geral tem apresentado “números entre 4% e 10%, sendo observada uma maior incidência em mulheres, variando de 10% a 25%, enquanto nos homens a porcentagem é de 5% a 12 %” (ZAVASCHI *et al.* 2002 *apud* CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012, p.348).

Segundo Meroto (2009), no Brasil, em torno de 15 a 20% das pessoas apresenta algum tipo de sofrimento psicossocial o que demanda, portanto, cuidados no campo da saúde mental.

A maioria dos pacientes com transtornos mentais, particularmente aqueles com transtornos de ansiedade e depressão, assistida pela equipe de saúde da família, têm dificuldade em dormir e geralmente são consumidores de algum tipo de droga para o sono, principalmente benzodiazepínicos.

O impacto da depressão está em que aproximadamente 80% dos indivíduos em tratamento com antidepressivos terão um segundo episódio depressivo, ao longo de suas vidas e os sintomas normalmente comprometem muito o funcionamento social dos pacientes. No entanto esta doença é subdiagnosticada e nem sempre tratada adequadamente (ANDERSON *et al.*, 2000).

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

Nosso plano proposto de intervenção visa melhorar as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos pacientes com transtornos depressivos em nossa área de abrangência. Assim o presente trabalho foi especialmente motivado pela perspectiva de contribuir na luta para diminuir o número de pacientes com transtornos de saúde mental, especialmente com depressão e melhorar sua qualidade de vida.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção com vistas a melhorar a qualidade de vida de pacientes com depressão na Unidade Básica de Saúde "Vila Cristina" município Betim - Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

A elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso aconteceu em três etapas:

- Identificação dos problemas de saúde da área de abrangência por meio do diagnóstico situacional, definindo o problema prioritário: pacientes com transtornos mentais, com destaque para a depressão.
- Revisão narrativa de literatura realizada nos Bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em especial no banco de dados da Literatura latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os descritores utilizados na busca bibliográfica foram: saúde mental; atenção primária à saúde; doenças crônicas; família.
- Elaboração do Projeto de intervenção: na construção do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional, conforme pressupostos de Campos, Faria e Santos (2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Saúde mental

Os fatores que promovem e protegem a saúde mental está relacionada com estilos, modos e condições de vida do indivíduo e da comunidade (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Segundo Clavijo e Barrientos (2008) os fatores de risco para saúde mental incluem: fatores familiares, fatores individuais como estilos de vida inadequados e fatores sociais, como problema social e violência.

A depressão é tão antiga quanto a humanidade e por muitos séculos foi tratado pelos amigos, feiticeiros, sacerdotes, etc. e tratado com todos os tipos de poções, a depressão é um sintoma quando a tristeza está presente e uma doença ocorre quando os outros sintomas são adicionados para dar uma síndrome; é um fenômeno de primeira ordem na prática médica atual, com um valor real de prevalência (FEIGHNER; BOYER, 1991).

Muitas pessoas passam por momentos nos quais se sentem tristes, a perda de um parente próximo, por dificuldades econômicas ou por qualquer situação infeliz de sua vida. Geralmente este é um sentimento normal e absolutamente compreensível considerando a situação vivenciada (FUREGATO *et al.*, 2005).

O “termo depressão, na linguagem corrente, pode designar um estado afetivo normal, um sintoma, uma síndrome ou várias doenças” (FUREGATO *et al.*, 2005, p.402).

A depressão tem sido caracterizada como episódio patológico no qual existe perda de interesse ou prazer, distúrbios do sono e apetite, retardo motor, sentimentos de inutilidade ou culpa, distúrbios cognitivos, diminuição da energia e pensamentos de morte ou suicídio (KAPLAN; SADOCK 1997 *apud* FUREGATO *et al.*, 2005, p.402).

5.2 Depressão na atenção básica

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem permitido maior acesso dos portadores de transtornos mentais na atenção primária, constituindo-se “uma das parceiras para a integração das ações de saúde mental” (OLIVEIRA *et al.*, 2009, sp.).

A implantação da ESF tem possibilitado a “extensão territorial de atendimento, com relação à implementação de ações direcionadas a população geral, com programas e ações singularizadas” ou seja, atenção específica às necessidades de uma comunidade” (SOUZA *et al.*, 2007, p.394).

É muito importante desenvolver propostas de cuidado que incluam a depressão, partindo das situações do dia a dia do profissional e priorizar os recursos disponíveis para que estes sejam utilizados de modo efetivo e o que é extremamente importante para o alcance de seus objetivos (SOUZA, 2004).

Tal pensamento é reforçado por Cunha; Bastos e Duca (2012, p.352), quando afirmam ser fundamental “encontrar formas efetivas de avaliação da depressão, e do impacto na qualidade de vida, visto que uma avaliação correta e completa pode contribuir para propor diferentes formas de abordagens terapêuticas a esses sujeitos”.

5.3 Depressão e doenças crônicas.

A “relação entre depressão e doenças crônicas pode ser bidirecional”; estudos mostram que pessoas que com doenças crônicas apresentam maior prevalência de depressão (BOING *et al.*, 2012, p.622).

Alves e Rodrigues (2005), em estudo de base populacional em São Paulo, identificaram que pessoas com doenças crônicas apresentam pior auto-avaliação de saúde. Os homens que apresentavam quatro ou mais doenças crônicas tinham dez vezes mais chance de auto-percepção negativa de saúde, podendo apresentar depressão.

Eles também perceberam que doenças como dor lombar, osteartrose do joelho e câncer parecem apresentar maior impacto na qualidade de vida de diabéticos e hipertensos e outras doenças crônicas, afetando a alimentação, atividade física e realização de atividades cotidianas na vida pessoal, social ou no trabalho. Os problemas e implicações inerentes dessas restrições podem levar a transtornos de humor e à depressão (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Outros autores também, como Moussavi *et al.* (2007), identificaram que pessoas com uma ou mais doenças crônicas apresentaram maior prevalência de depressão, considerando as variáveis demográficas, socioeconômicas e as relacionadas ao uso dos serviços de saúde. Os autores fizeram análise de dados de pessoas com idade acima 18 anos em 60 países de diferentes continentes, encontrando no estudo a prevalência de depressão de 3,2%; entre as pessoas com diabetes a prevalência foi de 9,3%, entre as pessoas com artrite de 10,7% e de 18,1% entre os asmáticos.

As doenças crônicas de origem clínica podem de alguma forma contribuir para o aparecimento da depressão por meio dos “efeitos sobre a função cerebral e através de efeitos psicológicos e psicossociais” (ALEXOPOULOS, 2002 *apud* DUARTE; REGO, 2007, p.692).

A relação entre doenças crônicas e depressão é estreita, “a depressão precipitando doenças crônicas e as doenças crônicas exacerbando sintomas depressivos” (DUARTE; REGO, 2007, p.692). As doenças crônicas em alguns pacientes podem ser causas e em outros podem ser consequências. O problema mental pode levar a desencadear doenças crônicas; pode acontecer que uma pessoa com doença crônica desencadeie uma doença mental. Tal associação tem implicações importantes tanto para o manejo das doenças crônicas, quanto para o tratamento da depressão (NAJAS; PEREIRA, 2002).

Por outro lado, Boing *et al.* (2012) consideram que pessoas com depressão apresentam pior evolução para as doenças crônicas; destacam que é essencial que as equipes de saúde da atenção primária estruturarem ações específicas para essa população.

5.4 Família e depressão

A família é a unidade básica da sociedade; ela inclui, em um sentido mais básico,

[...] parentes com ligações sanguíneas ou pessoas ligadas por casamento, união estável ou adoção, em que os membros cooperam economicamente, cuidam das crianças ou consideram sua identidade como sendo intimamente conectada (TEODORO; CARDOSO; FREITAS, 2007, p.324).

Família não é um corpo biológico, e uma organização social composta por seres biológicos com uma interação psicológica entre eles, membros de uma instituição social apoiado por laços afetivos, sociais e espirituais (CLAVIJO; BARRIENTOS 2008).

Para Rosa (2002), a família possui um papel importante para o apoio que pode proporcionar ao paciente do ponto de vista físico, emocional, social e psicológico. Não só tem o papel de fornecer as necessidades materiais, mas também fornecer uma interação com a pessoa que sofre a situação psicológica e a gestão que ele pode fazer de tal situação (PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2003).

Pereira e Pereira Junior (2003, p.95), em estudo de entrevistas com familiares de pessoas com transtornos mentais, perceberam um pensamento constante em todas as narrativas: “a idéia que o transtorno mental é penoso para quem vivencia a doença, e não menos difícil para a família que convive no cotidiano com esta situação”. Isto reforça a necessidade da equipe de saúde planejar intervenções que acolham pessoas com transtorno mental, como no caso da depressão, considerando a subjetividade das mesmas e favorecendo a dinâmica da relação familiar.

Estudos enfatizam que é necessário que haja no espaço do atendimento primário uma disponibilidade para uma abordagem especial para saúde mental (MARAGNO *et al.*, 2006).

Neste sentido, estudo de Pereira *et al.* (2007, p.571) evidencia a necessidade de se investir na capacitação dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde:

[...] promovendo o desenvolvimento de habilidades para lidar com as questões relacionadas à afetividade, à subjetividade, aos vínculos, para converter em realidade a desejada e efetiva assistência à saúde. Vemos ainda a necessidade de transformação da cultura manicomial e, nesse processo, efetivar a revisão de valores, de condutas, de princípios e de ética.

Castro e Colet (2011) alertam para a importância da equipe de saúde adquirir mais conhecimento sobre os fatores que contribuem para que uma pessoa apresente depressão e suas características mais relevantes, favorecendo uma assistência integral e adequada.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este projeto de intervenção foi elaborado tendo em vista os problemas de saúde da área de abrangência da Equipe da Estratégia Saúde da Família de Vila Cristina Município de Betim Minas Gerais.

Na sua elaboração foram seguidos os passos do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

Para cumprir com os objetivos propostos, se identificarão os pacientes com depressão em consultas, será desenvolvido um questionário para o diagnóstico de depressão e determinar suas causas fundamentais e se definirá a abordagem a ser feita.

Identificação dos problemas

Unidade de Vila Cristina possui uma população de 3.680 habitantes A equipe de saúde atende a população por meio de visitas domiciliares, consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas odontológicas, procedimentos e assistência de enfermagem, grupos educativos, entrem outros.

Os grupos são realizados pelos enfermeiros, e os ACS e em algumas ocasiões por toda a equipe multiprofissional. Existem ainda exames laboratoriais que são realizados e analisados no município, ou enviados para analisar em laboratórios na cidade de São Paulo, custeados pelo município de Betim.

Em nossa área de abrangência da ESF existe um grande número de pacientes com problemas de saúde mental: ansiedade, depressão, esquizofrenia, transtorno de pânico. Entre eles a depressão é a que mais frequente.

Priorização de problemas

Os principais problemas encontrados em ordem de prioridade foram:

- Pacientes com depressão.
- Alta prevalência de enfermidades cardiovasculares.
- Aumento de incidência de câncer.
- Problemas de saúde ambiental.

Descrição e explicação do problema selecionado

Podemos tomar como uma prioridade o grande número de pacientes com depressão, porque quando você faz uma análise minuciosa deste tipo de condição, pode verificar a inter-relação destes com outros fatores que estão presentes e são causas que desencadeiam doenças psiquiátricas, que afetam a família, a comunidade. Os principais fatores são: pressão social, como violência e desemprego, hábitos e estilos de vida inadequados como alcoolismo e droga adição; fatores econômicos, famílias disfuncionais, problemas educacionais, ocupacionais e comunitários.

Os transtornos mentais são uma condição clínica que tem em geral uma evolução crônica caracterizada por episódios recorrentes, muito comuns em cuidados primários. A depressão é uma doença que afeta grande parte da população, especialmente as mulheres com ingestão abusiva de psicofarmacos, comprometendo a saúde física e muita utilização dos serviços de saúde.

O manejo adequado pelo médico clínico é um dos maiores desafios para redução da morbidade causada por essa condição, e para reduzir hospitalizações e taxas de suicídio, principalmente nos transtornos do humor (LAFER; NERY, 2011).

Para executar um plano de ação para atuar com pacientes que apresentam depressão, temos de agir sobre os fatores relacionados ao aparecimento deste transtorno, porque estamos a falar de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Quando evitamos o aparecimento da depressão ou pelo menos o seu controle, também estamos evitando o aparecimento ou complicações de outras doenças, como as doenças cardiovasculares nestes pacientes.

Seleção dos "nos críticos "

- Falta de informação da comunidade e dos pacientes sobre as doenças crônicas,
- Pressão social (desemprego, violência): desemprego e violência no país estão entre as principais causas de estresse em que a maioria das pessoas vive.
- Hábitos e estilos de vida inadequados: alcoolismo e dependência de outras drogas, causando instabilidade nestes pacientes e seus familiares.
- Família disfuncional: problemas familiares afetam todos os membros da família principalmente as crianças.

O "nó crítico" pressão social não será trabalhado no projeto, uma vez que foge à governabilidade da equipe.

Desenho das operações

Para dar continuidade ao projeto de intervenção foram elaborados alguns quadros 1, 2 e 3, apresentando os próximos aspectos:

- As operações que vão ser realizadas e os resultados esperados.
- Identificação dos recursos críticos usados para elaborar e desenvolver as ações para solução dos problemas.
- Análise da viabilidade do plano, mostrando como organizar os responsáveis para cada operação.

Gestão do plano

É necessário um sistema de gestão para garantir a execução das operações planejadas em conformidade com o tempo indicado, fazer as correções necessárias, avaliar as que não foram cumpridas, a procura das causas para dar solução e dar um novo prazo para o cumprimento.

Quadro 1 - Operações sobre o “nó crítico” falta de informação da comunidade e dos pacientes sobre as doenças crônicas, relacionado ao problema de saúde mental, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Vila Cristina, em Betim, Minas Gerais.

Nó crítico	Falta de informação da comunidade e dos pacientes sobre as doenças crônicas
Operação	Saber +
Projeto	Aumentar os conhecimentos da população, sobre doenças crônicas e saúde mental.
Resultados esperados	População com mais conhecimentos sobre doenças crônicas e saúde mental.
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população Campanha no rádio
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde
Recursos necessários	Financeiros: folhetos de informação sobre o tema, recursos audiovisuais. Político: articulação Inter setorial. Cognitivos: conhecimento sobre o tema.
Recursos críticos	Político: articulação Inter setorial
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar e discutir o projeto
Responsáveis	Equipe de saúde.
Cronograma / Prazo	Início em três meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Avaliação após 6 meses do início do projeto.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico” Hábitos e estilos de vida inadequados relacionado ao problema de saúde mental, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Vila Cristina, em Betim, Minas Gerais.

Nó crítico	Hábitos e estilos de vida inadequados como alcoolismo e usuários de drogas.
Operação	+ saúde
Projeto	Sensibilizar os usuários a modificar seus estilos e hábitos de vida
Resultados esperados	Diminuir 20% alcoólicos e usuários de drogas.
Produtos esperados	Grupos de alcoólicos e usuários de drogas. Programa na rádio local.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde.
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos. Financeiros: folhetos de informação do tema, recursos áudio visuais. Político: Conseguir no local.
Recursos críticos	Financeiros: folhetos de informação do tema, recursos áudio visuais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de saúde. Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar e discutir o projeto
Responsáveis	Equipe de saúde.
Cronograma / Prazo	Início em 3 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Avaliação após 6 meses do início do projeto.

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico Família disfuncional” relacionado ao problema de saúde mental, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Vila Cristina, em Betim, Minas Gerais.

Nó crítico	Família disfuncional
Operação	Viver juntos
Projeto	Estimular a convivência familiar
Resultados esperados	Melhorar a convivência familiar
Produtos esperados	Grupos de apoio a famílias disfuncionais Campanhas de divulgação
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde, psicólogo e assistente social
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Organizacional: auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos. Financeiros: folhetos de informação do tema, recursos áudio visuais
Recursos críticos	Financeiros: folhetos de informação do tema, recursos áudio visuais.
Controle dos recursos críticos /Viabilidade	Ator que controla: Setor de comunicação social Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis	Equipe de saúde
Cronograma / Prazo	Início em 3 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Avaliação após 6 meses do início do projeto

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão é um dos problemas prioritários nos cuidados primários em saúde é uma doença que ocupa grande parte das consultas em nossa área de abrangência.

Neste trabalho, podemos ver que existem muitas causas que geram depressão, precisando uma cooperação multifatorial que poderia ajudar a melhorar a qualidade de vida dos pacientes; é muito importante agir sobre fatores de risco de saúde mental, com atuações em todos os setores, respondendo à natureza integral dos problemas de saúde e, portanto a necessidade de medidas diferentes para os diversos setores sociais envolvidos.

Finalmente, é possível melhorar a qualidade de vida de pacientes com depressão, com ações na comunidade, na família e na sociedade. Estas ações tem por finalidade modificar estilos de vida, elevar os conhecimentos da população, sobre doenças crônicas e saúde mental, com apoio às famílias disfuncionais e diminuição da pressão social do individuo com programas de geração de emprego, programa da cultura da paz, entre outras ações.

REFERÊNCIAS

ALEXOPOULOS, G. S. *et al.* Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment. **Biol Psychiatry**, v.52, p.543-58, 2002.

ALMEIDA, M. A. B. de; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R.. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP, 2012. 142p. Disponível em: http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf. Acesso em 15 jun. 2015.

ALVES, L. C., RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica.**, v.17, n.56, p.333-41, 2005.

ANDERSON, I. M. *et al.* Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. **Journal of Psychopharmacology**, v.114, p.3-20, 2000.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>. Acesso em: 20 abr. 2015.

BOING, A. F. *et al.* Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. **Rev Saúde Pública**, v.46, n.4, p.617-23, 2012.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.

CASTRO, A. L. F. M.; COLET, C. F. Perfil socioeconômico e características da depressão de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Panambi/RS. **Revista Contexto & Saúde**, v.10, n.20, p.401-408, 2011.

CLAVIJO, A.; BARRIENTOS, G. **Medicina General Integral: Salud Mental**. 1ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008. p. 90-98.

COMPANHIA DE ABASTECIMENTO DE MINAS GERAIS – COPASA. 2012. Site: <http://www.copasa.com.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=98/>. Acesso em: 27 abr. 2015.

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

DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V.. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad. Saúde Pública** [online], v.23, n.3, p.691-700, 2007.

FEIGHNER, J. P.; BOYER, W. F. **Diagnóstico de la depresión. Perspectivas en Psiquiatría**. v.2. Madrid: Salvat; 1991. p.130-41.

FUREGATO, A. R. F.; NIEVAS, A. F.; SILVA, E. C.; COSTA JR, M. L.. Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre acadêmicos de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v.39, n.4, p.401-408, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais**. 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/fotos.php?lang=&codmun=310670>>/>. Acesso em: 28 abr. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 2013**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/>>.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed; 1997.

LAFER, B.; NERY, F. G.. Tratamento da depressão bipolar. **Revista Debates em Psiquiatria**, v.1, n.5, p.14-20, 2011.

MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.8, p.1639-1648, 2006.

MEROTO, N. **Entrevista**: Coordenador Nacional de Saúde Mental. 2009. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/noticias/entrevista>> Acesso em: 15 jun. 2015.

MOUSSAVI, S. *et al.* Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. **Lancet.**, v.370, n.9590, p.851-8, 2007.

NAJAS, M.; PEREIRA, F. A. I. Nutrição. In: FREITAS, E. V. *et al.* (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.838-45.

OLIVEIRA, F. B. de; GUEDES, H. K. A.; OLIVEIRA, T. B. S. de; SILVA, J. C. C.. Saúde mental e Estratégia de Saúde da Família: uma articulação necessária. **Psychiatry on line**, v.14, n.9, 2009. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano09/art0909.php>. Acesso em 15 jun. 2015.

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev Esc Enferm USP.**, v.37, n.4, p.92-100, 2003.

PEREIRA, M. A. O.; BARBIERI, L.; PAULA, V. P. de; FRANCO, M. dos S. P.. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v.41, n.4, p.567-572, 2007.

ROSA, W. A. G. **A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família – PSF**. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.

SOUZA, A. J. F.; MATIAS, G. N.; GOMES, K. F. A.; PARENTE, A. C. M.. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v.60, n.4, p.391-5, 2007.

SOUZA, C. R. **Produção de sentidos por profissionais de saúde da família acerca do doente mental e dos cuidados a ele dirigidos** [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

TEODORO, M. L. M.; CARDOSO, B. M.; FREITAS, A. C. H.. Afetividade e conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.23, n.2, p.324-333, 2007. Disponível em:<[www.scielo,br/prc](http://www.scielo.br/prc)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

ZAVASCHI, M. L. S. *et al.* Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Rev Bras Psiquiatria**, v.24, n.4, p.189-95, 2002.

ANEXO**Questionário:****Unidade Básica De Saúde "Vila Cristina" município Betim - Minas Gerais**

Paciente:

Idade:..... sexo:.....

Tem diagnóstico de depressão ou problema de saúde mental:

.....

Tem diagnosticada alguma outra doença crônica: sim..... não:.....

Qual doença:

Quais são os sintomas que estão apresentando:

Tristeza.....

Ânsias de choro

Perda de sono.....

Fraqueza.....

Idéias suicidas.....

Tem problemas de

Desemprego.

Violência por parte de algum membro na família.....

Uso de droga e alcoolismo.....

Funcionamento familiar.....

Tem algum outro problema que causa seu estado depressivo.

.....