

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

MARLENY RODRIGUEZ PEREZ

**ELABORAÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA
MELHORAR A ADESÃO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO E
MEDICAMENTOS USADOS PELOS USUARIOS COM DEPRESSÃO
MAIOR DA EQUIPE DO PSF GERALDO ALVES DA SILVA NO
MUNICIPIO DE VIRGOLANDIA/MG**

GOVERNADOR VALADARES -MG

2016

MARLENY RODRIGUEZ PEREZ

**ELABORAÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA
MELHORAR A ADESÃO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO E
MEDICAMENTOS USADOS PELOS USUARIOS COM DEPRESSÃO
MAIOR DA EQUIPE DO PSF GERALDO ALVES DA SILVA NO
MUNICIPIO DE VIRGOLANDIA/MG**

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

Orientador: Prof.^a Dr.^a Nazaré Pellizzetti Szymaniak

Governador Valadares-MG

2016

Marleny Rodriguez Perez

Elaboração de um projeto de intervenção para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento e medicamentos usados pelos usuários com Depressão Maior da equipe do PSF Geraldo Alves da Silva no Município de Virgolândia/MG

Banca Examinadora

Examinador 1: Prof.^a Dr.^a Nazaré Pellizzetti Szymaniak

Examinador 2: Me Grace Kelly Naves de Aquino Faravato, Universidade Federal do Triangulo Mineiro/UFTMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me dar toda força e ânimo para chegar até aqui porque ele me sustentou.

Agradeço aos meus excelentes mestres professores que me auxiliaram, me orientaram e com certeza me passaram todo o conhecimento necessário para a construção deste projeto.

Agradeço à minha amiga Vanuza Lemos que me deu todo o apoio necessário e ânimo nos momentos mais difícil dessa trajetória.

Agradeço com todo carinho minha mãe que mesmo longe me apoiou em todo os momentos deste percurso.

À minha equipe de saúde e meus pacientes que a cada dia consigo aprender coisas novas com eles.

***"Nunca despreze as pessoas deprimidas.
A depressão é o último estágio da dor humana."***

Augusto Cury

RESUMO

A depressão tem sido avaliada como um transtorno com alta prevalência, possibilidade de recorrência e cronicidade que pode afligir parcela considerável da população, independente de sexo, idade ou etnia. Essa doença vem sendo apontada como um grave problema de saúde pública, relacionado a elevados custos sociais e risco de suicídio. A comunidade de Virgolândia/MG, Brasil, reflete essa realidade sendo um dos principais problemas encontrados na análise situacional que abrange a área e está associado à não adesão ao tratamento médico e outros problemas derivados da qualidade dos serviços de saúde, com consequências que afetam o plano individual, familiar e na comunidade. Desse modo, é importante conhecer os fatores envolvidos para adesão do paciente ao tratamento na depressão, para implementação de ações que melhorem a adesão e contribuam para prevenção de agravos decorrentes do uso inadequado de medicamentos. Nessa perspectiva, este estudo tem o propósito melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento na comunidade do estudo.

Palavras chave: Depressão.Risco de suicídio.Adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Depression has been evaluated as a disorder with high prevalence, the possibility of recurrence and chronicity, which can afflict considerable portion of the population, regardless of gender, age or etnia. Essa disease has been identified as a serious public health problem related to high social costs and risk of suicide. The community of Virgolândia/MG, Brasil, reflects this being one of the main problems encountered in the situational analysis covering the area and is associated to non-adherence to medical treatment and other problems arising from the quality of health services, with repercussions on the individual, family and community level; but results important to know the factors involved in adherence to treatment by patients in depression, and implement actions to improve this criterion and thus contribute in the prevention of injuries resulting in inappropriate use of medicine . In this perspective, this study aims to improve patient compliance treatment in the community of this study.

Keywords: Depression. Suicide risk. Adherence to treatment.

Sumário

1. Introdução.....	10
2. Justificativa.....	13
3. Objetivos.....	14
4. Método.....	15
5. Revisão de literatura.....	17
6. Plano de intervenção.....	19
7. Considerações finais.....	22
8. Referências Bibliográficas.....	23

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégias de Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

1 Introdução

Virgolândia é um município do Leste de Minas Gerais. Localizada na região do vale do rio doce, limita-se com os municípios de Santa Maria do Suaçuí, Coroaci, Peçanha e Nacip Raydan. Assim como a maioria dos municípios mineiros, a topografia da cidade é bastante acidentada, privilegiada pelas cachoeiras e matas nativas. Sua área territorial, com 281,022 Km² abriga população de 5720 habitantes segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2015), sendo 3402 habitantes na região urbana e 2318 na zona rural (IBGE,2015).

O município possui três Estratégias de Saúde da Família (ESF) implantadas totalizando 100% de cobertura à população. As unidades de ESF estão localizadas tanto na zona urbana quanto na zona rural. Conta-se com equipe interdisciplinar composta pelos seguintes profissionais de saúde: médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, agentes de saúde, odontólogos, auxiliares de consultório odontológico, psicólogo, fisioterapeuta, recepcionista e outros (Plano Municipal de Saúde Virgolândia, 2015)

Existe no município o Serviço de Farmácia de Minas, um Laboratório de Análises Clínicas e um Centro de Saúde onde são realizados atendimentos de urgência e emergência, por 24 horas/dia. A ESF Geraldo Alves da Silva localiza-se no Divino de Virgolândia, na Zona Rural da cidade, cuja estrutura física foi construída no ano de 2001 (Plano Municipal de Saúde Virgolândia, 2015).

O processo de trabalho do PSF Geraldo Alves da Silva do Distrito Divino de Virgolândia, situado no município de Virgolândia, funciona de acordo com as normas do Ministério da Saúde seguindo as linhas guias, apontado por (Campos 2010).

Mensalmente é elaborado cronograma constatando-se as atividades a serem desenvolvidas pela equipe, desde visitas domiciliares, acompanhamentos das

gestantes, idosos, puericulturas, atendimento planejado das doenças crônicas, reuniões de grupo, visitas aos assentamentos, entre outros.

A agenda diária do médico é feita a través de agendamento dos pacientes que serão atendidos. Cada paciente agenda pessoalmente ou por telefone e por meio dos agentes comunitários.

A equipe tem cadastrado pacientes crônicos planeja agendamento de consultas de acompanhamento semestral , visitas domiciliares dos mesmos e trabalho com grupos específicos de hipertensos, diabéticos, ou de riscos específicos como tabagismo desenvolvendo atividades onde priorizado a promoção de saúde, autocuidado e autonomia dos pacientes em relação a sua saúde. Toda sexta feira são elaboradas atividades com a fisioterapeuta para atividade física com os pacientes, exercícios de alongamento, entre outros. Além disso, é realizado reunião do Programa HIPERDIA, destinado aos hipertensos e diabéticos. Às quintas-feiras no Salão Paroquial do Divino se faz uma bailo terapia (Zumba) para adultos. Todas estas atividades são feitas visando atendimento integral aos portadores de doenças crônicas e melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

Diariamente, são programadas em torno de 20 consultas, sendo 8 de acompanhamento às situações crônicas e àqueles que precisam ser avaliados por determinadas condições de saúde. Os demais atendimentos referem-se aos pacientes com situação agudas ou demanda espontânea. À tarde é feito acolhimento às crianças, consultas pré-natal e puericultura às quartas-feiras, trabalho com grupos específicos e visitas domiciliares aos pacientes idosos, acamados, com incapacidades, gestantes , crianças, pacientes com doenças crônicas, entre outros. Quinzenalmente são programadas visitas domiciliares aos assentamentos rurais.

No atendimento às condições agudas o município Virgolândia oferece uma Unidade de Pronto Atendimento para onde são encaminhados casos de emergências e cuidados específicos O PSF não dispõe de Sala de Emergência equipamentos para este tipo de atendimento Caso o paciente necessite de

acompanhamento especializado o Distrito e o município contam com ambulâncias disponíveis e equipadas para os traslados dos pacientes. As condições agudas de fácil manejo são atendidas pela equipe de forma integral e no tratamento não farmacológico, assim como, nas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças (Plano Municipal de Saúde Virgolândia, 2015)

Após a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe, foram identificados vários problemas e o principal problema priorizado pela equipe foi elevada prevalência de problemas de saúde mental do número de pacientes com Depressão Maior sem adesão terapêutica. No município este problema de saúde tem alto custo social e econômico, produzindo incapacidade laboral e com implicações para a qualidade de vida dos pacientes, somado à dificuldade no diagnóstico e tratamento adequado desses transtornos (FLECK, 2003).

2 Justificativa

O Transtorno Depressivo Maior causa de incapacidade e a segunda causa de perda de anos de vida saudável entre as 107 doenças e problemas de saúde relevantes. é extremamente prevalente e apresenta elevada morbimortalidade. Sullivan(2004)

As consequências que podem trazer, este tipo de problemas são: descontrole das doenças crônicas e inadequada adesão ao tratamento com aparecimento de complicações, perda da estabilidade emocional, perda do emprego, desestabilização da família, maior índice de suicídio, incremento de doenças psicossomáticas, maior índice de violência pública, menor capacidade da aprendizagem e porta de entrada ao consumo de drogas(ALMEIDA, 2007).

Para executar um plano de ação deste problema de saúde pública, atua-se sobre os fatores que levam ao aparecimento dessa doença, quando se trata de medicina preventiva.

Justifica-se a escolha do tema pelo elevado número de pacientes com transtorno psiquiátrico sem adesão à terapêutica e que procuram a UBS. Não existem dados estatísticos que mostrem a prevalência desse problema nessa UBS, mas pela elevada procura detectou-se o problema de grande dimensão no território adstrito, no entanto a doença é subdiagnosticada e subtratada.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhor adesão dos pacientes ao tratamento da depressão maior da equipe do PSF Geraldo Alves da Silva em Virgolândia/MG.

3.2 Objetivos específicos

Elaborar medidas para incentivar a adesão ao tratamento nestes pacientes.

Capacitar a equipe de suporte na operação melhor conhecimento.

Realizar oficinas de educação em saúde com pacientes com transtornos depressivos para promover os benefícios de cumprir adesão ao tratamento médico.

4 Método

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional -PES conforme os textos da cessão do módulo 1 do módulo de iniciação científica e cessão do 2 módulo do módulo de planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema(CAMPOS, 2013).

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios.Na UBS o problema identificado foi o grande número de transtornos por depressão maior. Uma vez definido seus problemas e as prioridades, a próxima etapa foi a descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, utilizaram-se alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção dos dados. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos.A partir da explicação do problema foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão. Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes passou se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento dos mesmos, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

Neste mesmo processo, à equipe, estabeleceu-se ordem de prioridade aos problemas de saúde pública. Após o estabelecimento das prioridades, escolheu-se um dos problemas prioritários, com redação textual, onde se registrou a descrição, a explicação e a identificação dos "nós críticos" do problema escolhido.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constituem uma atividade fundamental pra habilidade do plano. Identificado os autores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas pra motivar os atores identificados.

Após a análise dos dados e levantamentos feitos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) identificaram-se os seguintes problemas na área de abrangência: elevada prevalência de doenças cardiovasculares e endócrinas metabólicas, assim como de problemas de saúde mental pela não adesão terapêutica, elevada incidência de gravidez precoce, assim como da frequência de fumantes e do consumo de álcool e de drogas ilícitas.

Uma vez listados os problemas de saúde, a equipe desse PSF determinou prioridades baseados em dois critérios: quanto à importância naquilo que se refere ao tamanho e amplitude do problema, assim como, na capacidade de intervenção, ou seja, quanto a equipe dispõe de governabilidade, recursos humanos, qualificação técnica, recursos materiais e tecnológicos (de tecnologia leve, moderada ou dura) para enfrentar e resolver esses problemas identificados. Finalmente para elaboração do plano operativo, realizou-se reunião da equipe interdisciplinar envolvida no planejamento, definindo-se por consenso pela distribuição de responsabilidades por operação e definição de prazo para a realização de cada produto.

5 Revisão de Literatura

O Transtorno Depressivo Maior é que chamamos comumente de depressão. De acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), suas características principais são o humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de mudanças somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade da pessoa de funcionar. Embora possa ocorrer apenas um episódio, geralmente é uma condição recorrente. É muito importante distinguir a depressão de tristeza e luto normais de um transtorno depressivo.

O critério para Transtorno Depressivo Maior, apresenta no mínimo um ou dois dos sintomas descritos a seguir: humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; interesse ou prazer marcadamente diminuídos em relação a todas ou quase todas as atividades, quase todos os dias; perda ou ganho de peso significativo; insônia ou sono excessivo quase todos os dias; agitação ou lentidão psicomotora quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentir-se sem valor ou com culpa excessiva, quase todos os dias; habilidade reduzida de pensar ou se concentrar, quase todos os dias e; pensamentos recorrentes sobre morte, pensamentos suicidas sem um plano, tentativa de suicídio ou plano para cometer suicídio (Ministério da Saúde,2019).

Desse modo, para que se considere que a pessoa esteja em depressão, os sintomas precisam causar impacto significativo no convívio social, no trabalho ou em outras áreas importantes. Embora a depressão seja um quadro que pode apresentar risco de morte para o paciente, muitas vezes é vista com menor apreço por parte da pessoa que está sofrendo(Cavalheri,2015).Um documento do Ministério da Saúde.Ministério da Saúde. (2009); aponta que algumas concepções erradas sobre a depressão podem atrapalhar seu diagnóstico e tratamento, como: depressão é fraqueza de caráter; a pessoa pode se curar apenas com força de vontade; depressão é uma consequência natural do envelhecimento e; confundir depressão com estresse.

É importante que os sintomas depressivos não sejam descartados pelos profissionais de saúde. As pessoas não entram em depressão porque querem; estar em depressão é angustiante, e se dependesse apenas de questão individual, certamente o mesmo não permaneceria nesse estado. Desse modo, a depressão precisa de tratamento (Duncan BB,2005).

Vários estudos identificaram o tratamento para a depressão, indicando-se a combinação de psicoterapia com medicação como melhor estratégia, sendo um pouco superior à psicoterapia isolada (Cuijpers; Andersson, 2010).

Entre as psicoterapias, não há diferenças significativas entre diversas modalidades estudadas, existindo evidência de que as principais linhas, como a terapia cognitivo-comportamental (Hofman, 2012), as terapias de terceira onda (Database of Systematic Reviews, 2013) e terapias de orientação psicodinâmica (Thase, 2013), são igualmente efetivas.

6 Plano de Intervenção

Cada membro da equipe escolheu um problema a critério próprio, e depois realizou-se a somatória de participantes por problema e da ordem de prioridade (Quadro 1). O problema priorizado pela equipe foi a elevada prevalência de transtornos da saúde mental na área de abrangência, pela não adesão terapêutica.

Quadro 1. Principais problemas por critérios de pontuação na ESF Geraldo Alves da Silva			
Prioridade	Problema	Crítérios	Pontuação
1	Elevada prevalência de problemas de saúde mental pela não adesão à terapêutica.	Importância	4
		Capacidade de intervenção	3
		Total	7
2	Elevada frequência de fumantes e consumo de álcool.	Importância	2
		Capacidade de intervenção	4
		Total	6
3	Elevada prevalência de doenças cardiovasculares e endócrinas metabólicas.	Importância	3
		Capacidade de intervenção	2
		Total	5
4	Alto índice de drogas ilícitas.	Importância	1
		Capacidade de intervenção	2
		Total	3
5	Elevada incidência de gravidez precoce.	Importância	1
		Capacidade de intervenção	2
		Total	3
6	Inadequada disposição final dos resíduos sólidos e líquidos.	Importância	2
		Capacidade de intervenção	0
		Total	2

Fonte: PEREZ, 2016.

Entre os problemas de saúde mental predominantes estão ansiedade e a depressão que em muitas ocasiões são diagnosticados incorretamente e com indicação inadequada desses fármacos.

As principais causas deste problema estão descritas a seguir. Desconhecimento ou a falta de informação dos pacientes em relação à sua doença: estas doenças nos pacientes podem criar um desequilíbrio emocional, devido a descontrolado frequente, desconhecimento, falta de informação que eles têm em relação à sua doença. O uso incorreto da medicação ou não adesão terapêutica dos pacientes com depressão maior; Automedicação muito difundida na população pode produzir diferentes reações adversas como transtornos do sono e sintomas psiquiátricos. Estrutura dos Serviços de Saúde que ainda não garantem os

medicamentos necessários para o tratamento dos pacientes com depressão maior. Inadequado processo de trabalho em equipe que ainda não disponibilizam do tempo necessário na agenda de trabalho para o atendimento dos pacientes com depressão maior.

Para o enfrentamento ao principal problema priorizado dando continuidade ao planejamento estratégico situacional, foi elaborado o plano de ação, realizando-se em conjunto com a equipe o desenho das operações, a identificação dos recursos críticos, a análise da viabilidade e o plano operativo do projeto de intervenção. Tendo estes principais problemas, elaborou-se proposta de intervenção (Quadro 2 ao 4).

Quadro 2. Operações sobre o nó crítico 1.	
Nó crítico 1	Desconhecimento e falta de informação dos pacientes em relação à sua doença
Operação	Melhor conhecimento Aumentar o conhecimento dos pacientes sobre as condições de saúde mental.
Resultados esperados	Pacientes com melhor conhecimentos sobre suas condições de saúde mental.
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação dos pacientes. Divulgação nos meios de comunicação local. Grupo operativo de saúde mental.
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema Financeiros: folhetos informativos recursos audiovisuais, entre outros. Organizacional: Estrutura física PSF, recursos humanos – equipe de saúde, equipamentos, como: datashow, cartazes, entre outros. Políticos : Articulação com a Rede de Saúde Mental e a mobilização da população
Recursos Críticos	Políticos: articulação com a Rede de Saúde Mental.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde
Ação estratégicas e motivação	Apresentação dos projetos; apoio das Associações Motivação:Favorável
Pró-endemias e epidemias em adultos	Avaliação do nível de informação dos pacientes Divulgação nos meios de comunicação locais. Grupo operativo de saúde mental
Responsáveis	Equipe de saúde
Prazo	Início em dois meses termino em quatro meses. Início em três meses e termino em 12 meses. Avaliações a cada trimestre.

Fonte: PEREZ, 2016.

Quadro 3. Operações sobre o nó crítico 2.	
Nó crítico 2	O uso incorreto da medicação ou não adesão terapêutica; automedicação
Operação	Melhor adesão terapêutica. Aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre o tratamento adequado
Resultados esperados	Pacientes com mais conhecimento sobre o tratamento adequado
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação dos pacientes. Divulgação nos meios de comunicação local. Grupo operativo de saúde mental.
Recursos necessários	Cognitivo :Informação sobre o tema e elaboração de projetos educacionais. Organizacional :Estrutura física do PSF, recursos humanos, equipe de saúde, equipamentos como: datashow, cartazes, entre outros. Financeiros :Financiamento dos projetos educativos, para folhetos de informação do tema, recursos audiovisuais, entre outros. Políticos :Aprovação dos projetos educativos.
Recursos Críticos	Financeiros:financiamento dos projetos.
Controle dos recursos críticos	Políticos: aprovação dos projetos Secretaria Municipal de Saúde
Ação estratégicas e motivação	Apresentação dos projetos; apoio das Associações
Pró-endemias e epidemias em adultos	Avaliação do nível de informação dos pacientes Divulgação nos meios de comunicação locais. Grupo operativo de saúde mental
Responsáveis	Equipe de saúde
Prazo	Apresentar o projeto educativo em dois meses.

Fonte: PEREZ, 2016.

Quadro 4. Operações sobre o nó crítico 3	
Nó crítico 2	Estrutura dos Serviços de Saúde que ainda não garantem os medicamentos necessários para o tratamento dos pacientes com depressão maior.
Operação	Melhor Serviço de Saúde. Manter quantidade adequada dos medicamentos necessários e medidas para adesão às terapias.
Resultados esperados	Garantia de medicamentos e medidas de adesão terapêutica dos pacientes com depressão maior.
Produtos esperados	Capacitação do pessoal Contratação de compras e medicamentos, materiais e insumos previsto. Consultas especializadas
Recursos necessários	Cognitivo :Elaboração do projeto de adequação Organizacional :Estrutura física do PSF, recursos humanos, equipe de saúde e equipamentos, como: datashow, cartazes, entre outros. Financeiros :Para folhetos de informação do tema, audiovisuais, entre outros. Aumento da oferta de medicamentos e consultas. Políticos :Decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços.
Recursos Críticos	Políticos : aumento dos recursos para estruturar os serviços
Controle recursos críticos	Prefeitura Municipal de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde
Ação estratégicas e motivação	Apresentação dos projetos; apoio das Associações Favorável
Pró-endemias e epidemias em adultos	Capacitação do pessoal ,consultas especializadas Contratação de compras e medicamentos, materiais e insumos previsto.
Responsáveis	Equipe de saúde
Prazo	Três meses para o início das atividades.

Fonte: PEREZ, 2016.

Quadro 5. Operações sobre o nó crítico 4	
Nó crítico 2	Inadequado processo de trabalho em equipe
Operação	Linha de cuidado saúde mental. Implantar a linha de cuidado para condições de saúde mental incluindo os mecanismos de referência e contra referência.
Resultados esperados	Cobertura de 100% dos pacientes com transtornos de saúde mental
Produtos esperados	Apoio aos pacientes com depressão maior. Atendimento médico especializado e grupos operativos específicos.
Recursos necessários	Cognitivo :Elaboração do projeto de linha de cuidados e protocolos. Político:Articulação dos setores da saúde e adesão dos profissionais. Organizacional:Adequação de fluxos (referência e contra referência). Financeiros :Para aumento das consultas especializadas Recursos necessários para estruturação do serviço (custos e equipamentos).
Recursos Críticos	Político:articulação dos setores da saúde e adesão dos profissionais.
Controle dos recursos críticos	Financeiros:Aumento das consultas especializadas e dos recursos necessários para estruturação do serviço (custo e equipamentos). Prefeitura Municipal de Saúde/ Secretaria Municipal de Saúde
Ação estratégica e motivação	Apresentação dos projetos; apoio das Associações Favorável
Pró-endemias e epidemias em adultos	Linha de cuidado para saúde mental. Protocolos de atendimento implantados Recursos humanos capacitados.
Responsáveis	Equipe de saúde e coordenadora de atenção básica
Prazo	Início em três meses e finalização em 12 meses.

Fonte: PEREZ, 2016.

7 Considerações Finais

Com o desenvolvimento deste estudo, assim como do plano de ação sugerido espera-se ampliar o conhecimento da equipe e população alvo, da importância que tem a adesão ao tratamento.

Implementar as ações de promoção de saúde ressaltando a aplicação e cumprimento do tratamento é uma ação da equipe e constitui um desafio para os serviços de saúde. Porém, considera-se essencial o desenvolvimento de atividades em conjunto, do planejamento aos resultados .

Espera-se aumentar a adesão ao tratamento e reduzir a ocorrência de complicações associadas aos transtornos por Depressão Maior.

8 Referências

ALMEIDA, Helcia Oliveira et al. Adesão a tratamentos entre idosos. Revista Comunicação em Ciências da Saúde. 18 (1). Brasília, Janeiro/Março, 2007, p. 57-67.

ALVES G. O cotidiano dos trabalhadores de saúde em uma unidade sanitária. [Dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1993.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Área territorial oficial. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acessado em 17 de Maio de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais. Página visitada em 17 de maio de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais. Página visitada em 17 de maio de 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIRGOLÂNDIA. Disponível em: Virgolândia.mg.gov.br. Acessado em: em 23 de junho de 2015.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Elaboração do plano de ação. Nescon/UFMG, 2010.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais da saúde da atenção básica. Campinas: Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Unicamp, 2009.

CAVALHERI S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Rev Bras Enferm.* (Internet). 2010(aceso em 17 de maio de 2015);63(1):51-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000100009&script=sci_abstract&tIng=pt.

CUIJPERS, P. et al. (2010), The contribution of active medication to combined treatments of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121: 415–423. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01513.x

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J.. *Medicina Ambulatorial: Conduas de atenção primária baseada em evidências*. 3ª Ed. 2005; 855-943.

FLECK, M. P. A. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, p. 114-122, 2003.

HOFMANN, S. G. et. al. The efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36 (5), 427-440, 2012.

HUNOT V, et al. Third wave' cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD008704. DOI: 10.1002/14651858.CD008704.pub2.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA–SIAB. Disponível em www.datasus.br.com. Acessado em 17 de Maio de 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano municipal de saúde 2014-2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Registro de dados estadísticos,2015.

SULLIVAN, M.C.; PESRSALI, H.R.; WOODS, S.W.. Adherence to conventional and atypical antipsychotics after hospital discharge. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(3):345-60

THASE, M. E. (2013). Comparative Effectiveness of Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy: It's About Time, and What's Next? *Am J Psychiatry*, 170, 953-956. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13060839