

Uma proposta de intervenção para prevenção e tratamento dos casos de depressão

An intervention proposal for the prevention and treatment of depression cases

Naiana de Sousa Alencar¹

Fabrcia Castelo Branco de Andrade Brito²

- 1- Autora-correspondente: Médica. Pós-graduanda em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médica em uma Unidade Básica de Saúde de Bonfim do Piauí. E-mail: naiana_alencar@hotmail.com
- 2- Orientadora. Enfermeira. Mestre em Saúde da Mulher pela UFPI.

RESUMO

A depressão emerge como resultante de uma inibição global da pessoa que afeta a função da mente, altera a maneira como a pessoa vê o mundo, sente a realidade, entende as coisas e manifesta suas emoções. Alguns fatores de risco para os transtornos depressivos já estão bem estabelecidos como idade avançada, patologias crônicas, ansiedade, falta de vínculos e de suporte social. Desta forma, objetivou-se propor um projeto de intervenção para a prevenção da depressão na Unidade Básica de Saúde Maiarino Maia em Bonfim do Piauí. Trata-se de um projeto de intervenção, cujo público alvo serão 61 pacientes diagnosticados com depressão, sendo 43 classificados como depressão leve, nove moderados e nove graves. Todos eles fazem uso de algum tipo de psicotrópicos. Além disso, a maioria são mulheres com idade de 30 a 45 anos. Para a execução das ações programadas pretende-se contar com o apoio da equipe do núcleo de saúde da família. Portanto, pretendesse capacitar a equipe multiprofissional para a identificação, prevenção e tratamento da depressão, desenvolver com os pacientes com depressão um grupo para a promoção da saúde mental e expandir o conhecimento da comunidade sobre a depressão.

DESCRITORES: Saúde Mental. Depressão. Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Depression emerges as result of a global inhibition of the person that affects the function of the mind, changes the way the person sees the world, feels the reality, understands things and expresses his emotions. Some risk factors for depressive disorders are well established, such as old age, chronic pathologies, anxiety, lack of bonds and social support. Thus, the objective was to propose an intervention project for the prevention of depression in the Basic Health Unit Maiarino Maia in Bonfim do Piauí. It is an intervention project, whose target audience will be 61 patients diagnosed with depression, 43 of which are classified as mild depression, nine moderate and nine severe. They all make use of some kind of psychotropic drugs. In addition, the majority are women aged 30 to 45 years. For the execution of the programmed actions, it is intended to have the support of the family health team. Therefore, it intended to train the multiprofessional team for the identification, prevention and treatment of depression, to develop a group with patients with depression to promote mental health and expand the community's knowledge about depression.

DESCRIPTORS: Mental Health. Depression. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O município de Bonfim do Piauí foi criado através da lei estadual no 4.477, de 29 de abril de 1992, com sede no povoado Bonfim, sendo desmembrado do município de São Raimundo Nonato. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2017 o salário médio mensal era de 1.1 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 2.5%. Esse município possui 5.670 habitantes.

Quanto aos indicadores de saúde, nesse mesmo ano foi possível evidenciar que a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 9.71 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a

diarreias são de 7.7 para cada 1.000 habitantes. No ano de 2017 ocorreram 14 óbitos, destes 18 eram do sexo masculino, com maior representação em pessoas com oitenta anos ou mais de idade. Dentre as causas, destaca-se aquelas relacionadas a doenças do aparelho circulatório, com 17 casos e as neoplasias com sete casos (IBGE, 2017).

Dentre as doenças crônicas mais comuns do município destacam-se o diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Até o momento não há casos registrados em 2019 de casos de tuberculose, leishmaniose visceral, dengue, sífilis congênita e em gestantes.

Sua rede de saúde conta com três UBS, não possui centro de Atenção Psicossocial (CAPS-I), possui um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um Centro de Referência Assistência Social (CRAS), não possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e nem Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Não possui hospital e nem Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e os pacientes que necessitam deste tipo de atendimento são encaminhados ao município de São Raimundo Nonato.

Nessa UBS o que chamou atenção durante as consultas médicas foi a grande quantidade de pessoas em sofrimento psíquico, em especial a depressão. Foram diagnosticados mais de 50 casos, em especial em mulheres jovens. Desta forma, na UBS em questão a depressão representa na atualidade um dos transtornos mentais mais prevalentes e impactantes, representando um sério problema de saúde pública. Outra coisa que me chama atenção é quantidade elevada de suicídio na comunidade, comparada ao tamanho do município.

Conceitua-se depressão como um estado de desânimo ou perda de interesse. Os transtornos depressivos têm como características a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo, com perda do interesse ou do prazer nas atividades, dificuldade para pensar ou se concentrar e com pensamentos recorrentes sobre morte e outros (OMS, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) entre as perturbações psiquiátricas, a depressão representa 4,3% da carga mundial de morbidade e encontra-se entre as principais causas mundiais de incapacidade, representando 11% do total mundial de anos vividos nessa condição (OMS, 2018).

A depressão pode ser classificada em leve, moderada e grave e apresenta como sintomas centrais: rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Surgem também alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse e diminuição da concentração associada geralmente à fadiga acentuada, mesmo após um esforço mínimo (MATIAS et al., 2016). Quanto aos subtipos, a depressão é classificada como transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II (OMS, 2018).

Para Nunes et al. (2016), a depressão emerge como resultante de uma inibição global da pessoa que afeta a função da mente, altera a maneira como a pessoa vê o mundo, sente a realidade, entende as coisas e manifesta suas emoções. Desse modo, é considerada uma doença do organismo como um todo, que compromete o ser humano em sua totalidade, sem separação entre o psíquico, o social e o físico. Além disso, o desespero em relação à vida, a angústia, o desejo de um fim, a morte

como presença, o medo como aliado da existência, o abandono da auto-estima, o suicídio como proposta, expressam entre outros sinais a dor do deprimido que afeta diretamente a sua saúde mental.

Alguns fatores de risco para os transtornos depressivos já estão bem estabelecidos como idade avançada, patologias crônicas, ansiedade, falta de vínculos e de suporte social. Os eventos estressantes da vida como uma viuvez recente ou outras perdas importantes, dores crônicas e estar vivendo sozinho são, também, fatores que aumentam o risco de sintomas depressivos. Porém, cabe ressaltar que a depressão além de constituir-se em um sério problema de saúde, é também considerada um forte fator de risco para outros agravos a saúde, como o uso/abuso de álcool e outras drogas (CANTÃO et al., 2015).

A associação entre doenças crônicas e sintomas depressivos é bimodal, de modo que a depressão pode precipitar o surgimento de doenças crônicas ou estas podem exacerbar sintomas depressivos por meio dos efeitos diretos na função cerebral ou através de alterações psicológicas e psicossociais (FRADE et al., 2015). A depressão está diretamente relacionada ao estado nutricional, uma vez que interfere no centro de controle neural, responsável pela fome, ansiedade e compulsões alimentares, podendo levar à desnutrição ou à obesidade (NUNES et al., 2016).

O diagnóstico da depressão é clínico baseado na anamnese, por isto é fundamental a busca ativa pelos sintomas, uma investigação de episódios depressivos anteriores, a pesquisa por sintomas de mania ou hipomania, uma revisão dos medicamentos em uso, além da abordagem cuidadosa das questões acerca de luto e suicídio (NOGUEIRA, 2014). O diagnóstico diferencial mais importante deve ser feito entre os transtornos depressivos e as demências. Estas duas patologias são muito prevalentes na população idosa, podendo estar superpostas, dificultando o diagnóstico, tratamento e piorando o prognóstico (SILVA et al., 2019).

Portanto, o objetivo geral é propor um projeto de intervenção para a prevenção da depressão na Unidade Básica de Saúde Maria Minervina Paes Landim no município de Bonfim do Piauí. Os objetivos específicos são: capacitar a equipe multiprofissional para a identificação, prevenção e tratamento da depressão, desenvolver com os pacientes com depressão um grupo para a promoção da saúde mental e expandir o conhecimento da comunidade sobre a depressão.

PLANO OPERATIVO

Trata-se de um projeto de intervenção para a prevenção da depressão na UBS Maria Minervina Paes Landim, cujo público alvo serão 61 pacientes diagnosticados com depressão, sendo 43 classificados como depressão leve, nove moderados e nove graves. Além dos pacientes diagnosticados, serão alvo das ações de prevenção da depressão toda a comunidade assistida pela UBS em questão. Os pacientes com classificação moderada e grave são acompanhados também pelo CAPS de referência do município. Todos eles fazem uso de algum tipo de psicotrópicos.

Inicialmente a médica realizará uma capacitação para a equipe multiprofissional da UBS e do NASF. Essa capacitação ocorrerá em dois encontros, com duração de 3h cada um. Será utilizado o manual do ministério da saúde sobre a promoção da saúde mental na atenção básica. Após a

capacitação gerar agendado uma reunião com as duas equipes no intuito de esclarecer sobre os objetivos e metas da intervenção, assim como explicar as funções de cada um.

Sendo assim, ficará organizado da seguinte forma: 1-Médica: realizará uma ação educativa. Durante as consultas realizará a identificação e o tratamento da depressão leve, assim como encaminhará os casos de depressão moderada a severa ao atendimento psiquiátrico no município de referência; 2- Enfermeira realizará uma ação educativa e otimizará as orientações durante as consultas a respeito da depressão. Também ficará responsável por monitorar e avaliar as ações programadas; 3- ACS: ficarão responsáveis por identificar os casos de pacientes com depressão da sua área e agenda consulta médica, bem como avisar e estimular a participação dos mesmos nas ações educativas; 4-Psicóloga do NASF: Ficará responsável em realizar duas ações educativas.

Serão realizadas quatro ações educativas. A médica realizará a primeira ação educativa, cuja temática educativa será sobre o tratamento farmacológico da depressão e as consequências do abandono do mesmo. A segunda ação será realizada pela enfermeira que abordará a temática sobre a importância do auto cuidado para a saúde mental, sobre a importância da regularidade nas consultas médicas e no tratamento medicamentoso. A terceira e quarta palestra serão realizadas pela psicóloga e educadora física do NASF, respectivamente. A terceira ação será uma roda de conversa sobre como promover a saúde mental e a quarta ação será uma palestra educativa sobre a importância da atividade física para a saúde mental.

Em todas as ações educativas o profissional decidirá qual recurso irá utilizar (microfone, material impresso, vídeo, música e apresentação em Power point). Essas ações serão desenvolvidas com datas pré-estabelecidas em reunião com as duas equipes, terão um tempo máximo de duração de 45 min e serão realizadas na UBS.

No intuito de otimizar a assistência aos pacientes com depressão e também aqueles com fatores de risco (depressão prévia, pacientes com doenças crônicas, aqueles que vivem sozinho e outros), a médica e a enfermeira durante as consultas irão orientar a respeito do tratamento, da duração do mesmo, dos sinais de piora ou recidiva da doença.

O quadro 1 mostra as situações problemas relacionadas com a depressão, os objetivos e metas para resolvê-los, bem como as estratégias e os respectivos responsáveis.

Quadro 1: síntese das ações programadas.

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESP
Conhecimento irregular a respeito prevenção e tratamento da depressão.	Capacitar a equipe multiprofissional para a identificação, prevenção e tratamento da depressão.	Capacitar 100% da equipe para a identificação, prevenção e tratamento da depressão/ duas semanas.	A médica realizará uma capacitação para a equipe multiprofissional da UBS e do NASF.	Médica
Ausência de grupos educativos para a promoção da saúde mental aos pacientes com depressão.	Desenvolver com os pacientes com depressão um grupo para a promoção da saúde mental.	Realizar grupos educativos para a promoção da saúde mental de 80% dos pacientes com depressão/ 3 meses	Serão realizados quatro grupos educativos.	Médica Enfermeira Psicólogo (NASF) Educador físico (NASF)

Conhecimento limitado da comunidade sobre a depressão	Expandir o conhecimento da comunidade sobre a depressão.	Otimizar o conhecimento de pelo menos 80% da comunidade sobre a depressão/ 3 meses	A médica e a enfermeira durante as consultas irão orientar todos os pacientes com depressão e também os pacientes em risco.	Médica Enfermeira
---	--	--	---	-------------------

REVISÃO DE LITERATURA

Sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), são critérios para diagnóstico de depressão: estado deprimido (sentir-se deprimido a maior parte do tempo); anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina; sensação de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se; fadiga ou perda de energia; distúrbios do sono: insônia ou hipersonia praticamente diárias; problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor; perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar; ideias recorrentes de morte ou suicídio (WHO, 2017).

Conforme o número de itens respondidos afirmativamente, o estado depressivo pode ser classificado em três grupos: a) depressão menor: dois a quatro sintomas por duas ou mais semanas, incluindo estado deprimido ou anedonia; b) distímia: três ou quatro sintomas, incluindo estado deprimido, durante dois anos, no mínimo; c) depressão maior: cinco ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia (COSTA, 2015).

O principal sintoma da depressão é o humor deprimido. A pessoa vem se sentindo triste a maior parte do dia durante pelo menos 2 semanas. Outros sintomas importantes são a perda de interesse nas coisas do dia-a-dia e o desânimo, cansaço, perda de energia (MAGALHÃES; ANDRADE, 2019).

Também podem estar presentes a diminuição de concentração, de atenção, de autoestima e de apetite. O sono costuma estar alterado, para mais ou para menos. Pensamentos como ideias de culpa e inutilidade, vontade ou ato de se machucar ou suicidar, além de visões desoladas e pessimistas do futuro podem fazer parte do quadro (MOTTA; MARÉ; NUNES, 2017).

Algumas vezes, as pessoas com depressão não relatam esses sentimentos e ideias, por terem preconceito com relação a esse problema, mas referem os sintomas físicos, como sensação de desconforto no batimento cardíaco, constipação, dores de cabeça, dificuldades digestivas. É importante lembrar que, qualquer que seja a suspeita, ela deve ser confirmada por avaliação médica (FORTALEZA; MIGUEL, 2013).

Um ponto preocupante em relação a depressão refere-se ao fato de que menos da metade das pessoas afetadas recebe tratamento adequado, seja pela falta de recursos, falta de capacitação dos profissionais, estigmas associados ao adoecimento psíquico e dificuldades na avaliação/diagnóstico desses casos (WHO, 2017).

No Brasil, uma pesquisa populacional de 2013 com amostra nacionalmente representativa, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), mostrou que a prevalência de depressão maior é mais significativa

entre as mulheres que vivem em áreas urbanas, com níveis educacionais mais baixos e com condições crônicas, como hipertensão e diabetes (LOPES et al., 2016).

Dados da mesma pesquisa evidenciaram inequidades no acesso aos cuidados em saúde mental. Verificou-se que a maioria dos brasileiros com sintomas depressivos clinicamente relevantes (78,8%) não recebia nenhum tipo de tratamento. A depressão se apresenta como uma das principais causas de incapacitação no mundo, limitando o funcionamento físico, pessoal e social (LOPES et al., 2016).

Estudos estabeleceram correlação entre estado depressivo e piora de quadros clínicos, tais como cardiopatias, diabetes, obesidade e problemas oncológicos e ainda associação significativa entre depressão na maternidade, problemas no desenvolvimento infantil e piora no rendimento escolar, com implicações para o ambiente familiar (LOOSLI; PIZETA; LOUREIRO, 2016).

O diagnóstico da depressão é feito a partir da presença de determinados sintomas que se manifestam numa certa duração e intensidade também toma como base a história de vida do paciente. Como o estado depressivo pode ser um sintoma secundário a várias doenças, sempre é importante estabelecer o diagnóstico diferencial (LOPES et al., 2016).

Existem fatores genéticos e hereditários envolvidos nos casos de depressão, que pode ser provocada por uma disfunção bioquímica do cérebro. Tem como principal tratamento o farmacoterápico, podendo ser associada à psicoterapia, em alguns casos. Há evidências de que a atividade física é um recurso importante para reverter quadros de depressão, porém, nem todas as pessoas com predisposição genética reagem do mesmo modo diante de fatores que funcionam como gatilho para as crises: acontecimentos traumáticos na infância, estresse físico e psicológico, algumas doenças sistêmicas (ex: hipotireoidismo), consumo de drogas lícitas e ilícitas, certos tipos de medicamentos (ex: as anfetaminas) (DUNCAN et al., 2014).

Desta maneira, o tratamento da depressão depende de algumas variáveis: gravidade do quadro, fatores desencadeantes, tipo dos sintomas presentes, recursos disponíveis no contexto de atendimento, preferência do paciente e familiaridade do profissional com o método (DUNCAN et al., 2014).

A doença pode ser acompanhada por alterações de substâncias no Sistema Nervoso Central, principalmente a noradrenalina e a serotonina e, em muitos casos evolui de forma crônica, necessitando de tratamento prolongado. Quadros leves costumam responder bem ao tratamento psicoterápico. Nos outros mais graves e com reflexo negativo sobre a vida afetiva, familiar e profissional e em sociedade, a indicação é o uso de antidepressivos com o objetivo de tirar a pessoa da crise (CORDIOLI; GALIAS; ISALAN, 2014).

Existem vários grupos desses medicamentos que não causam dependência. Apesar do tempo que levam para produzir efeito (por volta de duas a quatro semanas) e das desvantagens de alguns efeitos colaterais que podem ocorrer, a prescrição deve ser mantida, às vezes, por toda a vida, para evitar recaídas. Há casos de depressão que exigem a associação de outras classes de medicamentos os ansiolíticos e os antipsicóticos, por exemplo, para obter o efeito necessário (CORDIOLI; GALIAS; ISALAN, 2014).

O tratamento para os casos leves o benefício dos antidepressivos não está bem estabelecido. Sendo assim, medidas não farmacológicas por pelo menos seis semanas é mais indicado, por meio de: psicoedução, atividade física (três ou mais vezes por semana por 45 a 60 minutos), acompanhamento ambulatorial semanal, psicoterapia (se disponível) e, se necessário, higiene do sono e técnicas de controle de ansiedade. Se os sintomas persistirem, prescrever antidepressivo e só usar antidepressivo imediatamente apenas se história prévia de depressão moderada a grave (DUNCAN et al., 2014).

Já nos pacientes com grau moderado a grave de depressão é necessário a prescrição de antidepressivo. Para escolha do fármaco é importante considerar: a resposta/tolerância prévia a um fármaco (inclui uso bem-sucedido por familiares); o perfil de efeitos adversos; a toxicidade, meia-vida, risco de virada maníaca, facilidade posológica; o Custo; as comorbidades associadas, as possíveis interações; os sintomas depressivos específicos e se psicoterapia estiver disponível considerar tratamento combinado (DUNCAN et al., 2014).

Os antidepressivos mais usados em nosso meio são os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os inibidores seletivos da receptação da serotonina (ISRS). Os antidepressivos apresentam eficácia semelhante, sendo diferenciados em virtude de seus perfis de efeitos adversos e de seus potenciais de interação farmacológica. Os ISRS costumam ser mais bem tolerados do que os ADT. Além disso, os ADT apresentam maiores riscos associados (como prolongamento do intervalo QT e letalidade em sobredose). Frente aos riscos cardiovasculares dos ADT, sugerimos que pacientes que necessitam doses elevadas de ADT realizem eletrocardiograma (ECG) e avaliação clínica de risco para morte súbita (COSTA, 2015).

Nos pacientes com uso de doses a partir de 100 mg/dia de amitriptilina, imipramina e clomipramina e 62,5 mg de nortriptilina, sugerimos realizar: anamnese completa, incluindo avaliação de fatores de risco para morte súbita, como diagnóstico de cardiopatia isquêmica ou insuficiência cardíaca, história de tabagismo ou abuso de álcool, fatores de risco para doença cardiovascular (hipertensão, dislipidemia e diabetes) e história familiar de morte súbita. Recomenda-se também realizar um ECG para detectar alterações que não sejam conhecidas, como distúrbios de condução, hipertrofia ventricular esquerda e isquemia miocárdica (DUNCAN et al., 2014).

Não há evidências de que doses menores que 100 mg/dia de amitriptilina, imipramina e clomipramina e 62,5 mg de nortriptilina representem aumento do risco de morte súbita; assim, em pacientes sem outros fatores de risco, não há necessidade de solicitar um ECG antes de sua prescrição (COSTA, 2015).

Sugeri-se, no entanto, solicitar um ECG antes de prescrever um ADT, mesmo em doses baixas, na presença de doença cardiovascular prévia e na presença de outros fatores de risco para arritmia (como polifarmácia, distúrbios hidroeletrólíticos, doenças renal e hepática, uso concomitante de outros fármacos que prolonguem o intervalo QT, como antipsicóticos e lítio, e uso de fármaco que aumente a concentração sérica dos ADT em virtude de interação medicamentosa, como fluoxetina, paroxetina e bupropiona) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION-APA, 2014).

No entanto, é importante ressaltar que os ADT não estão contraindicados como opção de primeira linha no tratamento da depressão e possuem especial relevância em situações nas quais custo

e acessibilidade são determinantes para a adesão ao tratamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION-APA, 2014).

Depressão no contexto da atenção básica

Pacientes deprimidos são frequentadores assíduos de serviços de atendimento primário, porém, muitas vezes, não são diagnosticados como tal (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION-APA, 2014). Um Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) aponta que o número de casos de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015: são 322 milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria mulheres. No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas (5,8% da população).

Em ambulatórios de Atenção Primária, a prevalência de depressão foi estimada em 5% a 10% de todos os pacientes, e apenas um em cem cita a doença como motivo da consulta, e em até 50% das vezes o problema não é detectado pelos profissionais (COSTA, 2015).

Há uma década, o Brasil incorporou a atenção à saúde mental às ações da Atenção Básica (AB), garantindo panorama favorável ao atendimento aos quadros depressivos, pois possibilitou mais acesso ao tratamento do usuário com depressão (MOLINA et al., 2017).

Atualmente, a demanda por atendimento à depressão corresponde a 23,9% dos usuários na rede básica de atenção à saúde, caracterizando-se como predominante no atendimento em saúde mental na rede pública (MOTTA; MARÉ; NUNES, 2017).

Na Atenção Básica, o atendimento à depressão é sustentado por um conjunto de políticas que possibilita construir modelo de atenção que visa ao atendimento integral do usuário. Nesse sentido, os aspectos socioculturais do adoecimento ganham impulso e os cuidados em saúde retomam perspectivas contextuais e institucionais, de forma que a dimensão psicossocial possa ser reconhecida na construção dos processos de saúde e doença. Nessa linha de raciocínio, os processos de intervenção dos profissionais exigem atuação em concepção ampliada, interagindo com os diferentes campos do conhecimento no desenvolvimento do projeto terapêutico (LOPES et al., 2016).

A depressão é uma patologia multifatorial e, assim, exige que tenhamos um olhar ampliado de saúde. Trabalhar com saúde mental implica ter um olhar integral sobre o sujeito, sua cultura, sua família e seus valores. Isso exige que as intervenções não se limitem apenas ao tratamento medicamentoso (indicado nas depressões moderadas e graves) ou a psicoterapia individual, por exemplo (FORTALEZA; MIGUEL, 2013).

No contexto da atenção primária à saúde, a saúde mental é um dos maiores motivos de busca de atendimento e deve ser acolhida pelas equipes de saúde da família. Qualquer profissional dessa equipe pode fazer a primeira escuta do usuário e depois discutir o caso com os colegas para pensar num melhor encaminhamento (GONÇALVES et al., 2018).

É importante que o profissional tenha bom vínculo com o paciente, que deve ser estabelecido com tempo e paciência. Os ACS e/ou profissionais de referência para a família devem iniciar o vínculo através de visitas domiciliares. Os ACS auxiliam a equipe identificando os sinais e facilitando o acesso destes usuários ao serviço para que um possível diagnóstico seja feito pelo médico ou psicólogo. Deve-

se estar atento para não “rotular” como depressão quadros em que o usuário apresenta é somente tristeza (por exemplo em um luto ou em uma separação). Depressão é diferente de tristeza.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretende-se capacitar a equipe multiprofissional para a identificação, prevenção e tratamento da depressão; desenvolver com os pacientes com depressão um grupo para a promoção da saúde mental; expandir o conhecimento da comunidade sobre a depressão.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Tradução Maria Inês Correa Nascimento et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CANTÃO, L. C. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com depressão e o uso de substâncias psicoativas. **Rev Rene**. Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 355-62, set. 2015.

CHILOFF, C. L. M. *et al.* Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 21, supl. 2, fev. 2019.

CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. (Org.). **Psicofármacos: consulta rápida**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

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

DARÉ, P. K.; CAPONI, S. N. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, São Paulo, v. 7, n.1, mar. 2017.

DUNCAN, B. B *et al.* **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FORTALEZA O. V., MIGUEL E. C., Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). **Compêndio de Clínica Psiquiátrica – 1ª ed.** Manole, São Paulo; 2013.

FRADE, J. *et al.* Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não institucionalizados. **Rev. Enf. Ref.** Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 41-49, set. 2015.

GONÇALVES, A. M^a, C. *et al.* Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Bras Psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 101-09, mai. 2018.

LOOSLI, L.; PIZETA, F. A.; LOUREIRO, S. R. Escolares que convivem com a depressão materna recorrente: diferenças entre os sexos. **Psic Teor Pesq.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 1-10, set. 2016.

LOPES, C. S. *et al.* Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. **Int J Equity Health.** v. 15, n. 2, p. 154-61, mai. 2016.

MAGALHÃES, L. S.; ANDRADE, S. M^a. O. Depressão e comportamento suicida: atenção primária em saúde. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v.11, n. 1, p. 23-33, jan./abr. 2019

MATIAS, A. G. C. *et al.* Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. **Einstein**, Rio de Janeiro, v. 144, n. 1, p. 6-11, mai. 2016.

MOLINA, M. R. A. L. *et al.* Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Prevalence of depression in users of primary care settings. **Rev. psiquiatr. Clín.** Rio de Janeiro, v. 39, n. 6, p. 194-97, mai. 2017.

MOTTA, C. C. L.; MOREÍ, C. L. O.; NUNES, H. S. S. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. **Ciênc. saúde colet.** São Paulo, v. 22, n. 3, p. 12-23, mar. 2017.

NOGUEIRA, E. L. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 368-77, set. 2014.

NUNES, W. A. *et al.* Cognição, funcionalidade e indicativo de depressão entre idosos. **Rev Rene.** v. 17, n. 1, p. 103-11, mai. 2016.

Organización Mundial de la Salud. **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf. Acesso em: 03 dez. 2019.

SILVA, A. K. A. G. *et al.* Sintomas Depressivos em Grupos de Terceira Idade. **Jornal. Res.: Fundam. Care. Online**, São Paulo, v. 11, n. esp, p. 297-303, mai. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.** Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression. Acesso em: 03 dez. 2019.