

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

EDINEIA FERNANDA DA SILVA

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DEPRESSÃO NO
TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ATALAIA NO
MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES: PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2016

EDINEIA FERNANDA DA SILVA

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DEPRESSÃO NO
TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ATALAIA NO
MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES: PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

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

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2016

EDINEIA FERNANDA DA SILVA

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DEPRESSÃO NO
TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ATALAIA NO
MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES: PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

Banca Examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 30 de novembro de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico meu Trabalho de Conclusão de Curso à minha família, meus pais Artulina e Vicente, minhas irmãs Geralda, Natalia, Tania e Doguida, ao meu esposo Antônio e à minha equipe de trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha equipe, pelo trabalho e dedicação para obter dados sobre o tema escolhido, onde trabalhamos juntos para vencer as dificuldades surgidas neste período.

Também não poderia deixar de agradecer à minha família que sempre me deu palavras de incentivos e força, em especial minha irmã Natalia e meu esposo Antônio.

Ao município de Governador Valadares pela oportunidade de iniciar meu trabalho no programa que contribui para trazer saúde aos que mais necessitam.

À UFMG pela oportunidade de realizar este curso.

À minha orientadora Profa. Maria Dolôres Soares Madureira pela paciência e dedicação.

A todos meu muito obrigada!

RESUMO

Os transtornos mentais, principalmente os depressivos, interferem diretamente na qualidade de vida e estão associados a altos custos sociais, como o suicídio. O presente estudo teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção para o acompanhamento de pacientes com depressão ou com fatores de risco para adoecer, na Estratégia de Saúde de Família Atalaia, no município de Governador Valadares. Na área de atuação da equipe 12% da população apresentam com transtornos da saúde mental, sendo a depressão e a ansiedade os mais prevalentes, sendo confirmados 80 casos. Para a realização deste projeto foram realizados: diagnóstico situacional de saúde da comunidade, revisão de literatura e elaboração do plano de ação. As causas do problema, selecionadas como “nós críticos”, foram: abandono escolar, estresse relacionado ao desemprego e à violência doméstica, doenças crônicas e desconhecimento da doença. As quatro operações propostas para o enfrentamento dos “nós críticos” foram: Escola é para aprender, Ser trabalhador e não à violência doméstica, Mais saúde e Autoconhecimento. Este plano de ação permitiu à equipe de saúde melhor conhecimento da população e conduta perante estes transtornos.

Palavras-chave: Saúde Mental. Depressão. Transtornos do Humor. Atenção primária à Saúde. Estratégia saúde da família.

ABSTRACT

Mental disorders, especially the depression, interfere directly in the quality of life and are associated with high social costs such as suicide. The aim of this study The present study had as objective to draw up a project for tracking patients with depression or with risk factors for ill health in the strategy of Family Atalaia, in the municipality of Governador Valadares. In the area of expertise of the team 12% of the population present with mental health disorders, depression and anxiety being the most prevalent, with 80 confirmed cases. For the realization of this project were carried out: Situational diagnosis of the health community, literature review and action plan. The causes of the problems, selected as “us critics”, were: early school leaving, unemployment-related stress and domestic violence, chronic diseases and ignorance of the disease. The four proposed operations for the Confronting the “us critics” were: School is to learn, Be hardworking and not to domestic violence, More health and Self-knowledge. This action plan has allowed the team to better knowledge of population health and conduct in the face of these disorders.

Keywords: Mental Health. Depression. Mood disorders. Primary health care. The family health strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVO	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DE LITERATURA	17
5.1 Transtornos depressivos	17
5.2 Suicídio	20
5.3 Abordagem dos transtornos depressivos na Atenção Básica.....	21
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

Meu território de atuação é em Governador Valadares, município localizado na região do leste do estado de Minas Gerais, situado também na conhecida região do Vale do Rio Doce. Segundo o Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE, 2016) sua população em 2010 era de 263.689 habitantes, sendo 0,121% da população brasileira, tendo 47,83% da população são homens e 52,17% mulheres. Em 2016, a população estimada é de 279.665 habitantes (IBGE, 2016).

A ocupação e exploração da cidade começou no sec. XIX, com a chegada da ferroviária em 1907; começaram a chegada de comerciantes e expansão de plantações de café e a extração da madeira de lei (GOVERNADOR VALADARES, 2015).

Em 1940 a cidade recebe um *boom* econômico devido à exploração dos recursos naturais, como: madeira, pedras preciosas, mica e solos férteis. Sua população aumenta consideravelmente, recebendo imigrantes de todas as partes, onde a cidade não ofertava infraestrutura adequada, e foi sofrendo um crescimento desordenado, diversas doenças epidemiológicas foram surgindo, sendo implantado o Serviço de Saúde Pública (SESP), onde resolveu algumas das doenças infecciosas (GOVERNADOR VALADARES, 2015).

Segundo o Prof. Dr. Haruf Salmen Espíndola (GOVERNADOR VALADARES, 2015), no ano de 1993, aproximadamente 27.000 valadarenses, maioria jovens entre 16 e 35 anos, haviam emigrado para o exterior; esses emigrantes enviavam dólares que fomentaram a indústria da construção civil, o comércio e a abertura de outros negócios. Estes recursos foram fundamentais para manterem a dinâmica da economia nos anos 1980 e 90.

Também segundo relatos da população local, este fluxo migratório trouxe muitos problemas familiares, onde várias famílias foram desmembradas e casos de óbitos ocorreram no transcurso dos imigrantes que eram ilegais na grande maioria, principalmente ao tentar entrar aos Estados Unidos da América.

A população valadarense em sua maioria apresenta baixa renda. Segundo os dados do IBGE (2016), o município em 2009 contava com aproximadamente 135 pessoas em situação de rua, 32,6% foram para as ruas por causa do consumo de drogas e 25,9% por problemas de relacionamento familiar.

É dada ênfase às características socioeconômicas do município por essas representarem alguns dos fatores de risco da patologia em estudo. O bairro Atalaia, abrange um total de 3.497 habitantes, sendo em um total de 900 famílias, onde a subsistência é de responsabilidade do pai e da mãe. Os empregos existentes na comunidade são na construção civil, domésticas, em comércios no centro da cidade e como operários nas indústrias alimentícias. O grau de alfabetização da grande maioria é somente até o ensino fundamental; existe um grande abandono dos estudos na adolescência. É uma população carente, porém suas moradias são em sua totalidade de tijolo e telhas de cerâmicas, porém há exceções de algumas que possuem placa de cimento, casas que ainda estão com construção inacabada e já estão sendo habitadas. A população tem acesso à água encanada da empresa Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE) e saneamento básico, mesmo assim é comum o padecimento da população por verminose.

O Bairro onde se encontra a Unidade de Saúde localiza-se na periferia da cidade, sendo que o mesmo não sofreu um crescimento estrutural e populacional organizado, portanto apresenta muitos problemas sociais. A grande parte da população que constitui o bairro é derivada do êxodo rural, com baixa escolaridade.

Em 2009, o município possuía 197 estabelecimentos de saúde entre hospitais, pronto socorro, postos de saúde e serviços odontológicos, sendo 108 deles privados e 89 municipais. A cidade possuía 410 leitos para internação em estabelecimentos de saúde (IBGE, 2016).

A cidade conta ainda com a Rede do Sistema Único de Saúde (SUS), dois hospitais especializados (ambos privados) e sete gerais, sendo um público, dois filantrópicos e quatro privados. O Hospital Municipal funciona com atendimento 24 horas, entretanto os serviços prestados não se encontram em condições adequadas devido

ao congestionamento da rede pública de saúde local, uma vez que também atende aos pacientes de municípios da microrregião.

O município ainda possui outros serviços de saúde: hospitais particulares, como a Casa de Saúde Maternidade Santa Teresinha, Instituto do Coração do Leste Mineiro, Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Rio Doce, HEMOMINAS, a Casa de Saúde Nossa Senhora das Graças, o Hospital Samaritano, Hospital Infantil Unimed Criança, Hospital São Lucas, Hospital São Vicente de Paula, dentre outros de relevância regional.

O setor de saúde é bastante desenvolvido: os hospitais ofertam aparelhos sofisticados, enquanto que as farmácias e laboratórios de análises clínicas são modernos e bem equipados.

Encontra-se em construção pelo Estado de Minas Gerais, com início no ano de 2014, um hospital para atendimento regional, com previsão de aumento do número de vagas e melhoria geral no atendimento de saúde da microrregião de Governador Valadares. O Departamento de Atenção à Saúde ainda conta com os seguintes Centros de Referência: Centro de Apoio ao Deficiente Físico (CADEF) Dr. Octávio Soares, Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde (CRASE) Dr. Ladislau Salles, Centro Viva Vida (CVV), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Policlínica Municipal, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Referência em Oftalmologia Social (CROS), Centro de Saúde Ruy Pimenta Filho e Centro de Referência em Doenças Endêmicas (CREDE).

Todos os bairros estão localizados em posição estratégica e os Distritos possuem Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS), entretanto há falta de atendimento médico em alguns deles.

Em relação à estrutura física da minha unidade (ESF Atalaia) ela conta com três consultórios, uma enfermaria, sala de observação e uma sala de curativo. Não possui farmácia, sala ginecológica, nem sala de espera; tem uma pequena sala de

recepção, um consultório odontológico, uma sala de reunião, um banheiro e uma cozinha.

Minha equipe conta com seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, um enfermeiro, uma médica, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal. Realiza-se semanalmente reunião com a equipe, onde se discutem soluções para problemas apresentados semanalmente.

A USF funciona de 7:00hrs às 17:00hrs; a agenda é programada em demandas agendadas (doenças crônicas) e demandas espontâneas (doenças agudas). São desenvolvidas também na unidade atividades de cuidado com a saúde da mulher, saúde do homem, puericultura, senicultura, hiperdia, pré-natal, saúde mental; são realizados exames preventivos do câncer do colo do útero e outras atividades rotineiras.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho foi realizado para solucionar uma das maiores demandas enfrentado atualmente nas unidades básicas de saúde. É preocupante seu agravamento e o período do curso da doença. A depressão afeta a todas as faixas etárias, observando de pré-escolares até idosos, em ambos os sexos. Observou-se um aumento da demanda e procura à unidade por sintomas depressivos, em muitos casos, adolescentes e adultos jovens com grau de depressão grave, e alguns casos com sintomas psicóticos e com tentativas de suicídio. Os problemas sociais vivenciados na região são uma das principais causas.

Pacientes com várias queixas, tristeza profunda, dores físicas que não apresentavam melhoria clínica com nenhum tipo de analgésicos, foi o que me questionava sempre ao observar aquela mesma senhora ou senhor, que sempre que havia possibilidade, aparecia mais uma vez à consulta médica, com as mesmas queixas, porém em lugares diferentes: às vezes era cabeça, depois articulações, abdômen entre outras. Parei de prescrever analgésicos, e comecei a deixá-los falar; observei que a dor não era somente física, as lágrimas e o desabafo eram como uma dose de morfina.

Comecei a observar que eram muitos; como sempre os deixava falarem, e depois vinham às lágrimas e o desabafo, depois um sorriso. Assim foram adultos jovens, idosos, adolescentes e neste momento infelizmente até crianças. Essa foi a minha preocupação e da minha equipe.

Dentre os transtornos mentais, foram os depressivos que observamos ter maior relevância, pelo seu rápido agravamento, tomando qualquer faixa etária e sua difícil recuperação, e pelos tantos problemas sociais que ali se encontra. Os transtornos mentais já representam quatro das dez principais incapacidades em todo mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001 *apud* ADAMOLI; AZEVEDO, 2009).

Na área de abrangência da ESF Atalaia existem em média 400 pacientes com sintomas sugestivos de transtorno da saúde mental. Deste número 80 estão

diagnosticados e recebem tratamento para depressão, seguindo os critérios diagnósticos segundo o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013).

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para o acompanhamento de pacientes com depressão ou com fatores de risco para adoecer de depressão, na Estratégia de Saúde de Família Atalaia, no município de Governador Valadares.

4 METODOLOGIA

O método utilizado pela minha equipe, para realizar o diagnóstico situacional de saúde da comunidade, foi o da estimativa rápida, como bem justificam o seu uso os autores Campos, Faria e Santos (2010, p.37):

Um modo de se obterem essas informações é fazendo uma **Estimativa Rápida**, com uma equipe composta de técnicos da saúde e/ou de outros setores e representantes da população, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições da vida da comunidade que se quer conhecer. Portanto, a Estimativa Rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território.

As fontes de pesquisa utilizada pela minha equipe foram: registros do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), consolidados da Vigilância Epidemiológica e prontuários. A coleta de dados foi realizada de setembro de 2015 a novembro de 2015, dos dados referentes ao período de janeiro de 2015 a setembro de 2015. Durante este período observamos que muitos pacientes apresentam uso exagerado de medicações antidepressivas e abandonos laborais e escolares.

Além do diagnóstico situacional foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema; em seguida, elaborado o projeto de intervenção. Utilizou-se o módulo “Iniciação à metodologia: textos científicos” no que se refere às normas da ABNT (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

A busca da literatura deu-se na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *site* do Ministério da Saúde, a partir dos descritores:

Saúde mental.

Depressão.

Transtornos do humor.

Atenção primária à Saúde.

Estratégia saúde da família.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Transtornos depressivos

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014, p.50), 7,6% das pessoas com 18 anos de idade ou mais foram diagnosticadas com transtornos depressivos pelos profissional de saúde mental. Estes dados representam 11,2 milhões de pessoas no Brasil, sendo que a maior prevalência foi na área urbana e com predominância no sexo feminino. Merece destaque, a informação de que os maiores percentuais de pessoas com depressão estão nas Regiões Sul e Sudeste, acima do percentual nacional, 12,6% e 8,4%, respectivamente.

O quadro 1, que compara o percentual de pessoas diagnosticadas com depressão no Brasil e em Minas Gerais, foi elaborado com informações da PNS realizada em 2013 (IBGE, 2014).

Quadro 1 - Pessoas diagnosticadas com depressão no Brasil e em Minas Gerais - 2013

Localidade	Sexo		Total %
	Feminino %	Masculino %	
Brasil	10,9	3,9	7,6
Minas Gerais	15,1	6,6	11,1

Observa-se que o percentual de pessoas diagnosticadas com depressão em Minas Gerais é bem superior ao percentual da média brasileira.

Os números de pessoas afetadas por transtornos depressivos no mundo são assustadores. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão, sendo as mulheres as mais afetadas (FIOCRUZ, 2016).

De acordo com a 5.^a edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais DSM-5 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014, p.155), os transtornos depressivos incluem:

[...] transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido à outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.

Os critérios diagnósticos, segundo a DSM-5, incluem: estado deprimido - sentir-se deprimido a maior parte do tempo; anedônia - 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 hipersônia praticamente diárias; agitação ou retardo psicomotor; perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar; ideias recorrentes de morte ou suicídio (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014). Neste trabalho o diagnóstico dos transtornos depressivos e seus critérios de definição não serão abordados detalhadamente, pois o DSM-5 os descreve com clareza.

Os sintomas depressivos agem diretamente na qualidade de vida, trazendo sofrimento na vida da pessoa, família e comunidade. Associam-se a custos sociais elevados, como: absenteísmo, atendimento médico, medicamentos e suicídio. Há evidências de que pelo menos 60% das pessoas que se suicidam apresentam sintomas de características depressivas (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013; SILVA *et al.*, 2015).

As características mais comuns dos transtornos depressivos são: “presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo”, sendo que o tipo do transtorno é distinguido pelos seguintes aspectos: duração, momento ou etiologia presumida (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014, p.155).

A Organização Mundial de Saúde, segundo a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2016, sp.), define depressão como um “transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite”. É comum também a presença de sensação de cansaço e falta de concentração.

Estamos vivendo mais, porém muitos estão vivendo, boa parte deste período de vida, doentes, onde muitos não aceitam a doença, tratamento ou a dieta imposta, também acabam os mesmos sentindo-se como um peso para a família, por não ter mais a compreensão dos familiares. Assim, inicia-se, muitas vezes, o abuso de medicação, pois os familiares desejam que este permaneça sempre dormindo ou quieto, sem ruído e queixa. Os mesmos vêm à consulta pedir uma gama de antidepressivos, na grande maioria, benzodiazepínicos, e alguns já em uso dos mesmos há mais de 20 anos. Explicar e conscientizar paciente e familiar sobre o uso abusivo dos mesmos é um trabalho árduo (BRASIL, 2013).

No Brasil, o uso dos benzodiazepínicos é “campeão de audiência”, colocando o país no topo de *ranking* dos países que mais os consomem. “Ambigualmente, são motivos de revoltas e tabus no dia a dia das unidades, com usuários implorando por renovação de receitas e médicos contrariados em fazê-lo” (BRASIL, 2013, p.161).

Embora o transtorno depressivo possa surgir em qualquer idade, a sua incidência aumenta na puberdade. Maioria dos casos tem seu início entre os 20 e os 40 anos. O curso do transtorno varia de pessoa para pessoa, sendo que os sintomas podem durar dias ou semanas, enquanto que algumas pessoas podem nunca apresentarem remissão dos sintomas, principalmente se não forem tratadas, podem durar meses ou anos; passado esse período, a maioria dos pacientes retorna à vida normal. Outras podem nunca experimentar remissão total dos sintomas; em 25% das vezes a doença se torna crônica (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013).

Alguns fatores são considerados de risco para os transtornos depressivos: temperamentais, como afetividade negativa; ambientais, como experiências adversas na infância, eventos estressantes; genéticos e fisiológicos, como familiares

de primeiro grau com transtorno depressivo; modificadores do curso de vida, como o uso de substâncias e a ansiedade exagerada frente às dificuldades cotidianas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014). Uma decorrência de grande relevância dos transtornos depressivos é o suicídio.

5.2 Suicídio

Um das principais complicações dos transtornos depressivos é o suicídio que pela sua incidência vem se tornando uma das maiores preocupações das organizações de saúde.

Com base nos dados do sistema de mortalidade do DATASUS, em 16 anos o número de mortes no Brasil relacionadas com depressão cresceu 705%, incluindo “casos de suicídio e outras mortes motivadas por problemas de saúde decorrentes de episódios depressivos”. Entretanto, ressalta-se que “as taxas de suicídio são muito superiores às mortes associadas à depressão porque, na maioria dos casos, o atestado de óbito não traz a doença como causa associada” (DATASUS, 2012, sp.).

Segundo Heck *et al.* (2012) quanto ao crescimento do número de suicídio entre 2000 e 2012, o Brasil ocupa o quarto lugar entre os países da América Latina, atingindo uma taxa geral de 4,3 por 100.000 habitantes, embora em alguns dos seus estados essas taxas sejam superiores.

No Brasil, desde 2014, é realizado no mês de setembro o *setembro amarelo*, uma campanha para divulgar a informação sobre as consequências da depressão e principal complicação que é o suicídio (PORTAL BRASIL, 2016).

O fator de risco para suicídio mais consistente é história de tentativas anteriores ou ameaças de suicídio, entretanto a maioria dos suicídios fatais não é precedida por tentativas frustradas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

As ideias suicidas de uma pessoa podem ser manifestadas de modo bastante sutis. “Não obstante, o suicídio é apontado, no Brasil, como a causa de 5,6 mortes por

100.000 habitantes e está em tendência crescente ao longo das últimas três décadas”, portanto, é necessário um olhar atento do profissional para captar pessoas em risco. Quando o profissional coloca-se aberto para a escuta, é possível “trabalhar com as ambivalências destes sentimentos, fortalecendo os fatores que preservam o desejo de viver e o vínculo entre profissional e usuário, estabelecendo um plano de proteção imediata e em longo prazo” (BRASIL, 2012, p.229).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p.232), o profissional no acolhimento deve fazer algumas perguntas que auxiliarão na avaliação do risco de suicídio, como:

1. Tem se sentido triste, desanimado, deprimido durante a maior parte do tempo, quase todos os dias?
 2. Tem perdido o interesse e o prazer nas coisas que costumava gostar?
- Se uma das duas respostas for positiva, continuar com as perguntas abaixo:
- A. Houve mudança significativa do seu apetite?
 - B. Tem problemas para dormir quase todas as noites (dificuldade para pegar no sono, desperta durante a noite, dorme mais do que o habitual)?
 - C. Tem falado ou se movido mais lentamente que o habitual ou, tem se sentido inquieto ou incapaz de permanecer parado?
 - D. Tem se sentido cansado, sem energia quase todos os dias?
 - E. Tem tido dificuldade para tomar decisões, concentrar-se ou problemas de memória quase todos os dias?
 - F. Tem tido pensamentos desagradáveis em várias ocasiões, como por exemplo: preferia estar morto ou de lastimar-se ou ferir a si mesmo?

5.3 Abordagem dos transtornos depressivos na Atenção Básica

No tratamento da depressão, é importante que o profissional de saúde esclareça a pessoa e seus familiares sobre depressão, abordando os seguintes aspectos: depressão não é falta de caráter e nem é causada por falta de ocupação; não basta apenas a pessoa esforçar-se para melhorar; os medicamentos antidepressivos não causam dependência química. Além disso, a depressão é uma doença comum que pode ser tratada e tem grandes chances de ser curada ou controlada (BRASIL, 2012).

Na recuperação de pessoas com depressão, é de grande importância a utilização de programas de promoção nas mudanças sociais, contribuindo para solucionar este problema. A alta prevalência da depressão na população “embora multideterminada, frequentemente está associada a problemas interpessoais que podem ser resolvidos pelo aprimoramento de habilidades sociais”. Habilidades sociais, como a capacidade de adaptação da pessoa às mudanças, contribuem para reduzir os sintomas depressivos “à medida que alteram as condições do ambiente vivencial da pessoa, incluindo a construção de suporte social, o aumento da autoconfiança e autoestima nas relações interpessoais, a diminuição do estresse” (FEITOSA, 2014, p.496).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), é comum a demanda na Atenção Básica de pessoas em situação de sofrimento psíquico, sendo estratégico o cuidado em saúde mental neste nível, pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa.

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (BRASIL, 2013, p.23).

Na Atenção Básica, as pessoas com transtornos depressivos geralmente apresentam, predominantemente, queixas com sintomas físicos em vez de queixas emocionais, o que dificulta o diagnóstico do transtorno e seu tratamento (DUAILIBI; SILVA, 2014).

Feitosa (2014) enfatiza que os profissionais de saúde devem estar preparados para compreender a depressão, haja vista a sua alta prevalência na população, considerando-se os seus múltiplos determinantes, geralmente investigados como eventos de vida estressantes.

Para Abelha (2014), os transtornos depressivos podem ser identificados e tratados nos serviços da Atenção Básica. Para que isso ocorra são fundamentais as capacitações da equipe de saúde e as campanhas de conscientização da

população, incentivando-a a buscar o serviço de saúde para ajuda. Canale e Furlan (2006) reforçam este pensamento ao afirmarem que “a depressão precisa ser aceita como uma doença que, principalmente, pode ser tratada” (CANALE; FURLAN, 2006, p.30).

Portanto, o fortalecimento e capacitação das equipes da Estratégia Saúde da Família são fundamentais para a saúde mental. A educação permanente da equipe “pode impulsionar mudanças das práticas em saúde, estimulando a construção de ações mais inclusivas das populações vulneráveis” (BRASIL, 2013, p.71).

É necessário integrar os diversos serviços em um “processo de aproximação e construção comum entre as equipes de Atenção Básica, CAPS, outros serviços de saúde, assim como de outros equipamentos do território”. “Esses equipamentos e serviços são potenciais portas de entrada dos sistemas, como também conferem fértil possibilidade de compartilhamento de olhares em rede diante dos sujeitos que se apresentam com suas demandas e necessidades” (BRASIL, 2013, p.127). Sob este prisma, foi elaborado este projeto de intervenção.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Atalaia foi realizado por meio da estimativa rápida, utilizando entrevistas com líderes comunitários, registros de fontes secundárias, pesquisa com a população, observação ativa da área, informações contidas nos prontuários.

O plano de ação seguiu os passos propostos por Campos, Faria e Santos (2010).

Primeiro passo: definição dos problemas.

De acordo com os registros da ESF Atalaia, a população total da sua área de abrangência é 4.073 pessoas, sendo 8.9% de 0 a 14 anos, 66.1% de 15 a 64 anos e 5.2% de pessoas com 65 anos ou mais.

Identificou-se que 18% da população apresentam hipertensão arterial sistêmica, 17% diabetes *mellitus*, 16.2% transtornos depressivos; os demais percentuais da população equivalem a outros agravos.

Segundo passo: priorização de problemas

A priorização dos problemas obedeceu aos critérios de importância do problema, urgência na sua resolução e capacidade de enfrentamento da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 2 mostra a seleção das prioridades para os problemas identificados.

Quadro 2 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Atalaia. 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Transtornos depressivos	Alta	7	Parcial	1
Hipertensão arterial	Alta	5	Parcial	2
Diabetes <i>Mellitus</i>	Alta	5	Parcial	2

Dentre os problemas identificados no diagnóstico situacional, foi definido como prioritário o problema: transtornos depressivos.

Quanto ao problema escolhido, temos como principais causas os problemas sociais como desemprego, abandono escolar, drogadição e uso abusivo de medicamentos antidepressivos, assim também como doenças cardiovasculares e outras que se relacionam com o problema escolhido.

A depressão, como transtorno mental, é um problema crescente e muitas vezes confundido com uma tristeza normal; por isso os sintomas podem passar despercebidos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) faz projeções de que os transtornos mentais “representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo e esse crescente ônus vem a representar um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001 *apud* ADAMOLI; AZEVEDO, 2009, p.244).

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

A título de exemplo, tomaremos o problema “depressão” como o de maior importância na área de abrangência do ESF Atalaia que devemos enunciá-lo o mais completamente, da seguinte maneira: “16.2% da população de 18 anos até 65 anos da Equipe Atalaia”.

Esse foi o problema definido como prioridade número 1 pela Equipe Atalaia. Para descrição do problema priorizado, a Equipe Atalaia utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e outros que foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas relacionados à depressão (usuários de antidepressivos, alcoólicos e usuários de drogas, etc.), da ação da equipe frente a esses problemas (cobertura e realização de grupo de saúde mental e outros) e também indicadores que podem nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações e casos de suicídio).

Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

O quadro 3 apresenta os descritores identificados em relação à depressão na área de abrangência, de acordo com levantamento realizado pelas agentes comunitárias de saúde (ACS).

Quadro 3 - Descritores do problema depressão da população da Equipe Atalaia

Descritivos	Valores	Fontes
Depressão esperados	650	Registro equipe
Depressão cadastrada	400	Registro equipe
Depressão acompanhada	80	Registro equipe
Depressão controlada	70	Registro equipe

Quarto passo: explicação do problema

As causas da depressão são controvertidas e pouco conhecidas.

Começamos a procurar quais os fatores relacionados aos transtornos depressivos que se encontram na população adscrita da nossa unidade de saúde e os problemas sociais são os principais fatores desencadeantes; dentre eles as drogas, estresse social provocado pelo desemprego e violência doméstica, abandono escolar, desconhecimento da doença, doenças crônicas, uso indiscriminado de medicamentos, principalmente benzodiazepínicos, e outros.

Tratamos de listar os que considerávamos dentro das vulnerabilidades sociais com maior impacto, optamos pelo estresse relacionado ao desemprego e à violência doméstica, desconhecimento da doença, doenças crônicas, abandono escolar, já que trabalhando com estes quatro fatores conseguimos amenizar ou resolução dos demais.

O desemprego, além da vulnerabilidade social que traz, apresenta consequências na saúde do indivíduo de grande importância, pois as pessoas tornam-se

pessimistas, porque acham que nunca mais arranjarão outro emprego; inseguras, porque acham que outros conseguirão emprego e elas não; inferiores (autoestima baixa) porque os outros são melhores e serão preferidos; muito responsáveis, porque sobre seus ombros pesa o dever de prover; submissos à opinião dos demais, porque os outros estarão comentando sobre sua ociosidade e melancólicos, porque o desemprego justifica sua infelicidade (BALLONE, 2005).

O abandono escolar também é muito comum na área da ESF Atalaia, poucos chegam ao ensino médio, e destes poucos concluíram o segundo grau completo, conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1 - Taxa de rendimento escolar em Governador Valadares, ensino médio no ano 2015.

Ensino médio	Reprovação %	Abandono %	Aprovação %
Primeiro ano	22,0	8,3	69,7
Segundo ano	13,7	5,4	80,9
Terceiro ano	7,9	3,9	88,2

Fonte: QED, Censo Escolar 2015, INEP.

A preocupação maior da minha área de atuação é tratar de entender por que este abandono escolar na adolescência, e a associação de depressão como causam do abandono escolar e também como consequência do mesmo. Observamos adolescentes depressivos com tentativa de suicídio ou com ideação suicida.

Para abordar a causa da depressão não é tão simples, pois quase sempre falam pouco e são reprimidos. É preciso conquistar a confiança dos mesmos aos poucos. Entre as violências sofridas na escola, o bullying é o que vemos com mais frequência, como causa do abandono escolar e depressão (SANTOS *et al.*, 2016).

O abuso medicamentoso ocorre pelo abandono das psicoterapias; os pacientes se mantêm com tratamento por anos e solicitando aumento de doses terapêuticas. Este tipo de conduta não é adequado, mas se observa um grande número de pacientes com uma gama de medicamentos antidepressivos.

O abandono escolar e do trabalho, o absentéismo apresentam-se com frequência. Geralmente paciente procuram ajuda medica por dores sem explicação para solicitar atestado medico para ausência das atividades laborais e escolar. Na grande maioria das vezes são do sexo feminino, e ao interrogar após diversas consultas sobre a mesma queixa inexplicada, é que se revela a verdade. Mais o adolescente do sexo masculino não se expressa com tanta facilidade, tornando difícil o diagnóstico.

Segundo Ballone (2005, sp.), outras causas de depressão, já mais comuns na terceira etapa da vida, são as doenças crônicas como as cardiovasculares, crônicas degenerativas, diabetes e também o câncer. "...Observa-se com frequência a formação de um círculo vicioso: doença-depressão-demora para sarar-depressão-piora da doença".

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

A Equipe Atalaia selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido.

Os problemas considerados “nós críticos” pela Equipe Atalaia foram:

- Abandono escolar;
- Estresse relacionado ao desemprego e à violência doméstica;
- Doenças crônicas;
- Desconhecimento da doença.

Sexto passo: desenho das operações

O plano de ação, segundo Campos, Faria e Santos (2010, p.64), “é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano”.

As operações e projetos para o enfrentamentos dos “nós críticos”, bem como os resultados esperados, produtos e recursos necessários à sua execução estão apresentados no quadro 4, a seguir.

Quadro 4 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema depressão

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Abandono escolar	Escola é para aprender Procurar motivos pelos quais crianças e adolescentes estão abandonando escola, e se há a presença de depressão nesta etapa da vida.	Que os pais, assim como a escola, observem sinais de depressão em crianças e adolescentes e fatores que levam a ela, como por exemplo, o <i>bullying</i> .	Palestras na escola. Programa em radio. Panfletos.	Organizacional: mais trabalho em equipe multiprofissional. Cognitivo: mais estratégia de saúde da família. Político: mais mobilização social.
Estresse relacionado ao desemprego e à violência doméstica;	Ser trabalhador e não à violência doméstica Articular com a prefeitura e a comunidade o aumento da oferta de empregos e de outras atividades ocupacionais.	Diminuição da violência. Aumento da autoestima.	Programa de geração de emprego e renda. Aumento de capacitações para tornar o profissional viável para o mercado de trabalho e informações em torno à violência doméstica, suas consequências físicas, mentais e legais.	Político: mais mobilização social. Cognitivo: mais informação sobre o tema, elaboração social e gestão de projetos de geração de trabalho.
Doenças crônicas	Mais saúde Modificar estilos de vida e controlar doença de base.	Aumento da compreensão o das doenças. Evitar fatores de riscos. Manter seu controle.	Grupo HIPERDIA. Programa em radio.	Cognitivo: mais informação sobre o tema. Organizacional: mais estratégia saúde da família. Político: mais mobilização social.

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Quadro 5 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema depressão.

Operação/projeto	
<p>Escola é para aprender Procurar motivos pelos quais crianças e adolescentes estão abandonando escola, e se há a presença de depressão nesta etapa da vida.</p>	<p>Organizacional: mobilização social em torno das questões discutidas. Político: aprovação de projetos.</p>
<p>Ser trabalhador e não à violência doméstica. Articular com a prefeitura e a comunidade o aumento da oferta de empregos e de outras atividades ocupacionais. Diminuir drogadicção, a violência doméstica e sua consequência na população.</p>	<p>Político: aprovação de projetos.</p>
<p>Mais saúde Modificar estilos de vida e controlar doença de base</p>	<p>Cognitivo: interesse da população sobre o tema. Político: mais mobilização social.</p>
<p>Autoconhecimento Informar as pessoas sobre a depressão, despertando o autoconhecimento.</p>	<p>Cognitivo: mais informação sobre o tema. Organizacional: mais estratégia saúde da família. Político: mais mobilização social e recursos financeiros.</p>

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Quadro 6 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Operações/projetos	Recursos críticos	Controle de recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Escola é para aprender	Político: mobilização social.	Conselho de bairro, escolas municipais e estaduais, secretaria de saúde municipal.	Favorável	Não é necessária.
Ser trabalhador e não a violência doméstica.	Político: mobilização social em torno do desemprego e violência doméstica. Financeiro: para cursos profissionalizantes e elaboração de panfletos.	Associações de bairro. Prefeitura, secretaria de saúde, ONGs, sociedade civil.	Algumas são favoráveis e outras são indiferentes	Apresentar o projeto às associações.
Mais saúde	Cognitivo: interesse da população. Político: mais mobilização social.	Estratégia de saúde da família e NASF.	Favorável	Não é necessária.
Autoconhecimento	Político: mais mobilização social e recursos financeiros.	ESF, Conselho de bairro, escolas municipais e estaduais, Secretaria de Saúde Municipal.	Favorável	Não é necessária.

Nono passo: elaboração do plano operativo

Quadro 7 - Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Escola é para aprender Procurar motivos pelos quais crianças e adolescentes estão abandonando escola, e se há a presença de depressão nesta etapa da vida.</p>	<p>Criar consciência em pais e educadores que depressão existe em crianças, e onde geralmente apresenta ou iniciam seus primeiros sintomas é na escola.</p>	<p>Palestra e roda de bate papo.</p>	<p>Apresentar o projeto para apoio das associações</p>	<p>Edineia, Patrícia e Cássia.</p>	<p>Iniciar nos próximos 3 meses.</p>
<p>Ser trabalhador e não a violência doméstica. Articular com a prefeitura e a comunidade o aumento da oferta de empregos e de outras atividades ocupacionais. Diminuir drogadicção, a violência doméstica e sua consequência na população.</p>	<p>Articular vagas de trabalho e capacitar adolescentes e adultos jovens para o mercado de trabalho. Diminuir a violência doméstica, e suas consequências na sociedade.</p>	<p>Ajudar na realização de currículos e divulgação. Informar sobre leis que protegem as mulheres (lei Maria da Penha) sendo estas as mais afetadas.</p>	<p>Apresentar o projeto para apoio associações</p>	<p>Edineia, Patrícia e Cássia</p>	<p>Iniciar nos próximos 3 meses</p>
<p>Mais saúde Modificar estilos de vida e controlar doença de base</p>	<p>Prevenir e promover saúde.</p>	<p>Caminhadas, culinária saudável.</p>	<p>Apresentar o projeto para apoio associações</p>	<p>Edineia, Patrícia e Gina.</p>	<p>Iniciar nos próximos 3 meses</p>
<p>Autoconhecimento Informar as pessoas sobre a depressão, despertando o autoconhecimento.</p>	<p>Procurar ajuda logo no início da doença, evitando sua cronicidade.</p>	<p>Palestra e roda de bate papo.</p>	<p>Apresentar o projeto para apoio associações</p>	<p>Edineia, Patrícia e Cássia</p>	<p>Iniciar nos próximos 3 meses</p>

Décimo passo: Gestão do plano

Para que um plano de ação seja efetivado com sucesso, é importante desenhar um modelo de gestão, discutir e definir o processo de acompanhamento e monitoramento e definir seus respectivos instrumentos. Esses verificarão o impacto das operações sobre o problema de saúde enfrentado, bem como todo o processo e assim apontará ajustes se necessários. Este acompanhamento acontecerá por meio de reuniões quinzenais em que se discutirão os resultados alcançados e se as estratégias utilizadas necessitam ser modificadas ou não.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar este trabalho aprendi muito sobre a minha área de atuação, ESF Atalaia, e sobre o município; foi uma experiência grandiosa. O curso Especialização em Saúde da Família ajudou-nos a integrar o conhecimento, abordando cada paciente de forma simples e organizada.

Depois de um ano de curso percebi identificar uma condição de saúde de grande impacto na sociedade, não somente na minha área de atuação.

Espero que possamos identificar precocemente pacientes com transtornos depressivos e que com isso possamos diminuir sua incidência e sua recorrência ou cronicidade, episódios recorrentes e também o suicídio. Trabalhar também com a população sobre o uso necessário e o uso abusivo de antidepressivos, informando-a sobre seu uso de forma consciente e necessária.

Tenho como expectativa que possamos diminuir a incidência e prevalência desta doença assim como a suas complicações, visando uma melhor saúde para todos.

REFERÊNCIAS

ABELHA, L. Depressão, uma questão de saúde pública. **Cad. Saúde Colet.**, v.22, n.3, p.223, 2014.

ADAMOLI, A. N. I; AZEVEDO, M. R.. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.243-251, 2009.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico e estatístico de transtorno DSM-5/ [American Psychiatric Association, tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.*]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli *et al.*. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

BALLONE, G. J. **Causas da Depressão.** (2005). Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/>>. Acesso em: 12 nov, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

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.

CANALE, A.; FURLAN, M. M. D. P. Depressão. **Arq. Mudi**, v.10, n.2, p23-31, 2006.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S .L.. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2013. 140p.

DATASUS. **Saúde Pública em Alerta: No Brasil, mortes por depressão crescem mais de 700% em 16 anos mostram dados do DATASUS.** 2012. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/512-saude-publica-em-alerta-no-brasil-mortes-por-depressao-crescem-mais-de-700-em-16-anos-mostrar-dados-do-datasus>> Acesso em: 12 nov.2016

DUALIBI, K.; SILVA, A. S. M.. Depressão: critérios do DSM-5 e tratamento. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, v.40, n.1, p.27-32, 2014.

FEITOSA, F. B.. A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. **Psicol. cienc. prof.**, v.34, n.2, p.488-499, 2014.

FIOCRUZ, 2016. **Canal saúde**. Disponível no site: <<http://www.canal.fiocruz.br/destaque/index.php?id=722#head-brasil>>. Acesso em: 12 de novembro de 2016.

GOVERNADOR VALADARES. Prefeitura Municipal de Governador Valadares. **História da Cidade**. 2015. Disponível em: <http://www.valadares.mg.gov.br/Materia_especifica/12094/Historia-da-Cidade> Acesso em: 25 ago. 2016.

HECK, R. M. *et al.* Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto Contexto Enferm.** v.21, n.1, p.26-33, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades Minas Gerais. 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312770&search=mi-nas-gerais|governador-valadares>> Acesso em: 25 ago. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>> Acesso em: 22 nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório sobre a Saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: OMS; 2001. *Apud* ADAMOLI, A. N. I.; AZEVEDO, M. R. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.243-251, 2009.

PORTAL BRASIL. **Campanha Setembro Amarelo faz alerta para aumento de casos de suicídio**. 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/09/campanha-setembro-amarelo-faz-alerta-para-aumento-de-casos-de-suicidio>> Acesso em: 12 nov. 2016.

SANTOS, S. O.; MAIO, A. P. V.; BARBOSA, C. B. B.; SOUZA, J. M.; SIMÕES, V. A. P. Depressão infantil: sintomas e aspectos sociais, psicológicos na educação escolar. **Educere - Revista da Educação**, v.16, n.1, p.47-60, 2016.

SILVA, D. S. D. *et al.* Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm. USP.** v. 49, n.6, p. 1027-1036, 2015.