

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

RAUL BERMUDEZ PINO

**ALTA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO
ADSCRITA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
VANGUARDA DO MUNICÍPIO DE FRUTA DE LEITE/MG**

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS
2016

RAUL BERMUDEZ PINO

**ALTA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO
ADSCRITA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VANGUARDA
DO MUNICÍPIO DE FRUTA DE LEITE/MG**

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: Rebeca dos Santos Duarte Rosa

MONTES CLAROS- MINAS GERAIS

2016

RAUL BERMUDEZ PINO

**ALTA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO
ADSCRITA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VANGUARDA
DO MUNICÍPIO DE FRUTA DE LEITE/MG**

Banca examinadora

Prof^a. Rebeca dos Santos Duarte Rosa – orientadora

Prof^a. Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

.....

Aprovado em Belo Horizonte, 10/02/201

DEDICATÓRIA

Meus pais, filhos e esposa, pela dedicação, esforço e apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter acompanhado e guiado minha carreira.

A meus professores do curso e especialmente à minha orientadora pelo esforço e dedicação.

RESUMO

Os sintomas depressivos são altamente prevalentes, principalmente em serviços de cuidados primários de saúde, caracterizados por sentimentos de tristeza ou vazio como episódio patológico no qual existe perda de interesse ou prazer, distúrbios do sono e apetite, retardo motor, sensação de fadiga ou perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado, sentimentos de inutilidade ou culpa e distúrbios cognitivos, provocando sérios prejuízos nos sujeitos que não são submetidos a tratamento. Com vistas a lograr uma adequada adesão ao tratamento medicamentoso pelos usuários com depressão maior, na Unidade Básica de Saúde "Vanguarda" do município Fruta de Leite - Minas Gerais foi elaborado um projeto de intervenção. Após identificação dos fatores que interferem no comportamento da não adesão das pessoas com depressão ao regime terapêutico da área de abrangência, por meio do diagnóstico situacional, definiu-se o problema prioritário. Na construção do Plano de Intervenção foram utilizados o método do Planejamento Estratégico Situacional e uma revisão narrativa de literatura realizada nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em saúde. Foram identificados os nós críticos do problema e elaboradas as operações correspondentes. Espera-se possibilitar o desenvolvimento de nossas competências, definindo fluxo adequado de cuidado e de ações preventivas, além de aumentar a qualidade de vida das pessoas com transtornos depressivos.

Palavras chave: Depressão, Transtornos mentais, Atenção primária à saúde, Adesão terapêutica.

ABSTRACT

Depressive symptoms are highly prevalent, especially in primary health care services, featured by feelings of sadness or emptiness as pathological episode in which there is loss of interest or pleasure, sleep and appetite disturbances, motor retardation feeling fatigue or loss of energy, characterized by complaints of fatigue, sense of worthlessness or guilt cognitive disorders, causing serious losses in subjects who are not undergoing treatment. With a view to achieve proper adherence to drug treatment by users with major depression, in the Unid and "basic health Vanguard" the municipality of Fruit Milk-Minas Gerais was elaborated a project of intervention. After identifying the factors that interfere with the behavior of the non-adherence of people with depression to the treatment regimen of area covered, by means of the Situational diagnosis, defined the priority problem. In the construction of the contingency plan were used the Situational strategic planning and a revision of narrative literature held in databases of Virtual Library in pay up. Critical nodes were identified the problem and prepared the corresponding operations. It is expected to facilitate the development of our competences, setting appropriate flow of care and preventive actions, in addition to increasing the quality of life of people with depressive disorders.

Keywords: Depression, Mental disorders, Primary health care, Therapeutic Adhesion.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	Território sob responsabilidade da ESF Vanguarda.....	11
1.2	Diagnóstico Situacional da área de abrangência da ESF Vanguarda.....	12
2	JUSTIFICATIVA.....	Erro
	! Indicador não definido.	
3	OBJETIVOS.....	Erro
	! Indicador não definido.	
3.1	Objetivo geral.....	16
3.2	Objetivos específicos.....	16
4	MÉTODOS.....	Erro!
	Indicador não definido.	
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	Erro! Indicador não definido.
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	Erro! Indicador não definido.
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
	REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

Fruta de Leite integra a macrorregião de Montes Claros, sendo considerada a segunda menor cidade desta macrorregião. A cidade de Fruta de Leite nasceu em 1976 e a principal atividade econômica naquela época era a plantação de árvores madeiras e fabricação de carvão vegetal (IBGE, 2014).

Atualmente, Fruta de Leite tem como principais atividades econômicas o comércio e a agricultura. A cidade comporta eventos como feiras e cavalgadas. O setor artístico-cultural, principalmente pela políticas públicas e privadas, tem sido estimulado através da realização de eventos culturais.

Com uma área de 342.846 km², e uma população urbana de 2.268 habitantes e uma população rural de 3.710 habitantes, tem uma densidade demográfica de 23,91 hab/km². Apresenta ainda, uma vegetação semiárida, uma altitude de 860m com um clima tropical (IBGE, 2014).

O município encontra-se localizado ao norte da capital Belo Horizonte. A distância entre Fruta de Leite e a capital mineira é de 612 km, sendo necessárias, em média, 10 horas de viagem (IBGE, 2014).

A cidade de tem um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 18.086.123,00 e o PIB *per capita* de R\$ 34.258.369. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,449, considerado baixo, de acordo com dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento PNUD/2010. (IBGE, 2014)

Segundo dados da Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), Fruta de Leite possui abastecimento de 89,27% dos domicílios com água tratada e 85% com recolhimento de esgoto por rede pública (COPASA, 2012).

São considerados abaixo da linha da pobreza ou pessoas extremamente pobres, aqueles indivíduos que vivem com menos de R\$ 70,00 por mês. As maiores proporções de habitantes extremamente pobres estão na zona rural de Fruta de Leite principalmente nos bairros Mambuca, Água Fria, Jequi de Ribeirão, Tamburão, Caiçara e Cedro. Os índices de pobreza extrema nessas

localidades são de 31,64% da população total, de acordo com Atlas de Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Belo Horizonte, desenvolvido pela Fundação João Pinheiro e pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

O município de Fruta de Leite, atualmente, atende 90% da população através de campanhas de vacinação, atendimentos ambulatoriais ou nos serviços de alta complexidade (IBGE, 2014).

Em Fruta de Leite a proposta de orçamento para saúde em 2014 corresponde a R\$ 69,3 milhões da receita. Os principais investimentos a serem realizados são a melhoria e ampliação da infra-estrutura do setor e a construção de mais vinte unidades de saúde e compra de equipamentos (IBGE, 2014).

O acesso à saúde no município inicia-se a partir da atenção básica que se constitui por tres Unidade Básicas com Saúde da Família (UBSFs). A Estratégia de Saúde da Família está incluída na atenção básica e presente em 90% das unidades. A primeira unidade de Fruta de Leite foi implantada em 2004, no bairro Dona Chinchina. Cada equipe de saúde da família fica responsável por atender uma população de 2.000 usuários, em um território definido na cidade, diagnosticando os principais problemas de saúde das comunidades e traçando estratégias específicas para todas as regiões (IBGE, 2014).

Para atendimento de média e alta complexidade, os pacientes são encaminhados ao Centro de Referência em Especialidades Salinas-Tahioberas. Este centro possui especialistas de diversas áreas e atende as demandas que são encaminhadas por meio das UBS e agendadas através da Diretoria de Regulação

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

Os atendimentos de urgência e emergência são oferecidos através das 03 Unidades de Atendimento Imediato (UAI), que atendem todas as regiões o município de Salinas. Em caso de necessidade para internação hospitalar as UAIS realizam o encaminhamento para: Hospital Pronto Socorro de Salinas, Hospital de Taioberas, Hospital Regional de Montes Claros.

O Serviço Móvel de Urgência (SAMU), localizado no município de Taioberas, realiza atendimento de emergências em todos os bairro da cidade. O atendimento é realizado por um médico regulador que dá as primeiras orientações pelo telefone e envia uma equipe com a ambulância, se necessário. Ele funciona 24 horas.

1.1 Território sob responsabilidade da ESF Vanguarda

A Equipe de Saúde da Família de Vanguarda possui um índice de vulnerabilidade médio e elevado, atualmente tem 1.758 usuários sendo 225 famílias. Atende a população dos bairros de Tamburio, Martinopolis, Mambuca, Riberao de Jequi, Caicara, Vacarias, Cedro, Lagoinhas, Sucesso, Agua fria, Barra de agua fria e Pinhos.

Atualmente conta com os seguintes profissionais, um médico generalista, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, dez Agentes Comunitário de Saúde (ACS).

O processo de trabalho da equipe é baseado na lógica do acolhimento, realizado cinco vezes por semana de segunda até sexta feira de 7.00 até 8.00 horas. UBS oferece aos usuários os seguintes serviços: consulta de enfermagem, consulta médica, atendimento odontológico, visita domiciliar, assistência ao pré-natal, prevenção do Câncer do colo do útero, puericultura, coleta de materiais biológicos, imunização, teste do pezinho, trabalho de zoonose, curativos, encaminhamentos para academia da cidade, encaminhamento para fisioterapia, grupos operativos em hipertensão arterial, diabetes mellitus, problema renal crônico, planejamento familiar, tabagismo e saúde mental.

A maior parte da população adscrita ao território vive com dificuldade financeira de risco elevado. O número de idosos aposentadas é relativamente grande. A população tem habitação (própria ou alugada), grande parte dos usuários são idosos e moram sozinhos, freqüentemente sem o apoio de familiares. As causas de óbito mais freqüentes em nossa área de abrangência são as doenças cardiovasculares e respiratórias, neoplasias, e outras.

Quanto aos recursos de saúde, a comunidade possui no território o Centro de Saúde Fruta de Leite e conta com o Pronto Atendimento e clínicas odontológicas, além de laboratórios particulares.

No território existem duas escolas públicas de ensino fundamental e primária além de uma creche. Possui ainda várias igrejas (uma católica e seis evangélicas).

1.2 Diagnóstico Situacional da área de abrangência da ESF Vanguarda

Com a realização do diagnóstico situacional do território da Equipe de Saúde da Família Vanguarda foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados nessa área de abrangência. Na análise situacional, foram levantados dados do Ministério da Saúde e da própria prefeitura de Fruta de Leite.

Indicadores	Atendimentos
Depressão	321
Ansiedade	305
Esquizofrenia	101
Transtornos de Pânico	54
Total	781

Fonte: Registro da equipe

O problema de maior relevância na equipe Saúde Fruta de Leite foi um número considerável de pessoas com depressão sem adesão terapêutica, pois muitos deles se esquecem das recomendações sugeridas pelos profissionais e não aderem à medicação antidepressiva, consistindo num fator que contribui para a recidiva da doença podendo resultar em aumentos desnecessários na dosagem dos antidepressivos e descompensação da doença incluindo até, a morte do paciente por autoextermínio.

2 JUSTIFICATIVA

Os transtornos de saúde mental são um dos problemas prioritários nesta área de abrangência, que tem uma prevalência de 9% muito perto a média do país que é de 10%. Destes transtornos a depressão corresponde a 6,1% principalmente em mulheres, sendo o restante de transtorno somatoforme (4%) e uso nocivo/dependência de álcool. Excluindo o uso nocivo/dependência de substâncias, as mulheres apresentam maior risco de apresentar qualquer transtorno mental não-psicótico (ZAVASCHI *et al.* 2002 *apud* CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012).

A maioria dos pacientes com transtornos mentais, particularmente aqueles com transtornos de depressão e ansiedade, assistida pela equipe de medicina de família, têm dificuldade em dormir e geralmente são consumidores de algum tipo de droga para o sono, principalmente benzodiazepínicos (GUTIÉRREZ, 2015, p.12).

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

Barros (2012) A depressão é a principal causa de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) Porto Alegre (1993) apontam que, nos próximos 20 anos, a depressão deve se tornar a doença mais comum do mundo, afetando a maior quantidade de pessoas do que qualquer outro problema de saúde. A doença que mais irá gerar altos custos econômicos e sociais para os governos, devido aos gastos com tratamento para a população e às perdas de produção. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 1993)

O transtorno depressivo maior é extremamente prevalente e apresenta elevada morbidade e mortalidade. A porta de entrada para atendimento de pacientes psiquiátricos que utilizam o Sistema Único de Saúde é a atenção primária (KATON, 2003)

Justifica-se a escolha do tema pelo elevado bom número de pacientes com transtorno psiquiátrico sem adesão terapêutica que procuram o CAPS Salinas. Não existem dados estatísticos que mostrem a prevalência desse problema nesse centro, mas pela elevada procura se percebeu problema em alta dimensão no território.

A adesão ao regime terapêutico é um problema multifatorial e complexo cujos preditores da adesão/não adesão são grandes, destacando-se aparentemente os fatores individuais e ambientais. Os estudos existentes sobre a problemática da adesão terapêutica evidenciam que um dos principais problemas com que o Sistema Nacional de Saúde se depara é o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, cujas conseqüências se refletem tanto na mobilidade como na mortalidade (AUCHEWSKI, 2004).

Nessa unidade não existe um acompanhamento adequado desse grupo específico de pacientes. Além de não contar com psiquiatra em na área de abrangência, sendo feito o acompanhamento dos pacientes psiquiátricos só pelo medico de família e a psicóloga. Sendo para isso necessário elaborar um projeto de intervenção na tentativa de garantir um atendimento e acompanhamento adequados dos portadores de doenças mentais, particularmente, dos pacientes com transtorno depressivo maior sem adesão terapêutica.

O projeto de intervenção visa melhorar a adesão terapêutica dos pacientes com depressão maior evitando complicações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção com vistas a melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso pelos usuários com depressão maior para lograr uma melhor qualidade de vida, na Unidade Basica de Saúde “Vanguarda”, no município Fruta de Leite/ MG.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar fatores que interferem no comportamento da não adesão dos doentes com depressão ao regime terapêutico.
- Conhecer as estratégias usadas pelos profissionais de saúde no comportamento de adesão dos doentes ao regime terapêutico.
- Planejar intervenções que garantam adesão terapêutica dos pacientes com depressão maior.

4 MÉTODOS

O presente trabalho é um projeto de intervenção cujo tema é a adesão terapêutica dos pacientes com Transtorno Depressivo Maior na Atenção Básica. O estudo foi realizado no ano de 2014 na cidade de Fruta de Leite/MG. O enfoque foi na população adscrita na unidade básica de saúde Fruta de Leite, localizada no bairro Dona Tintinha. A realização do diagnóstico situacional possibilitou conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados por essa UBS.

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

Os descritores utilizados nesse trabalho foram: Atenção Primária à Saúde, Transtorno Depressivo Maior, Adesão terapêutica, Sistema Único de Saúde, Depressão, Transtornos Mentais e Psicotrópicos. O trabalho vai contar com a participação dos profissionais de saúde e população adscrita a Unidade Básica de Saúde do Fruta de Leite, localizado no município de Fruta de Leite/MG.

Nesta perspectiva, o interesse visa compreender os fatores que interferem no comportamento da não adesão dos doentes com depressão ao regime terapêutico na Atenção Básica.

Na proposta de mudanças em relação aos estilos de vida, o trabalho irá ocorrer com auxílio da fisioterapia.

Cadernos de saúde mental disponibilizados pelo Ministério da Saúde servirão de base para as palestras oferecidas a esses pacientes. O enfoque maior será

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

5 REVISÃO DE LITERATURA

A depressão é uma síndrome psiquiátrica altamente prevalente na população em geral; estima-se que acometa 3 % a 5 % desta. A incidência é ainda maior, uma vez que a depressão é encontrada em 5 % a 10 % dos pacientes ambulatoriais e 9 % a 16 % de internados. (KATON.2003)

A característica mais típica dos estados depressivos são a proeminência dos sentimentos de tristeza ou vazio porém, nem todos os pacientes relatam a sensação subjetiva de tristeza. Muitos referem, sobretudo, a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente. Frequentemente associa-se à sensação de fadiga ou perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado, eles enfatizam a importância das alterações psicomotoras, em particular referindo-se à lentificação ou retardo psicomotor. (WIDLÖCHER. 1983 E PARKER. 1994).

Segundo projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), (1993) a depressão será a segunda maior causa de incapacitação no mundo em 2020.

O episódio depressivo maior é uma preocupação significativa para a saúde pública em todas as regiões do mundo. Esse é um distúrbio sério e recorrente, ligado a morbidades médicas, à mortalidade e à diminuição da qualidade de vida (PEREIRA/ PEREIRA JUNIOR 2003, p.)

Há controvérsias entre diferentes estudos para a depressão maior, em relação às variações nas diferenças de prevalência entre sexo masculino e feminino, conforme as faixas etárias consideradas; encontram-se na literatura informações de que tais diferenças existem somente entre a puberdade e a quinta década (NOBLE, 2005; BEBBINGTON,1998), e outras que, contrariamente, sustentam que a proporção de duas mulheres para um homem se mantém ao longo de toda a vida (ANGST, 2002). Os tipos de comorbidades também parecem ser distintos conforme o sexo, com homens apresentando mais doenças cardíacas e diabetes e mulheres, mais enxaquecas e disfunção tireoideana (ANGST, 2002).

Segundo Kessler; Walters,(1998) dentre as possíveis diferenças nas manifestações depressivas entre homens e mulheres, em âmbito biológico, chamam a atenção o funcionamento hormonal e suas conseqüências. Até a adolescência, a prevalência de depressão parece ser semelhante entre os dois sexos.

A pesar desta alta prevalência em populações clínicas, a depressão ainda é subdiagnosticada e, quando corretamente diagnosticada, é muitas vezes tratada de forma inadequada, com subdoses de medicamentos e manutenção de sintomas residuais, que comprometem a evolução clínica dos pacientes. Apenas 35% dos doentes são diagnosticados e tratados adequadamente. (HIRSCHFELD.1997)

Segundo Briley (2004) as medicações antidepressivas (AD) exercem diversos efeitos, além da desejada melhora da depressão. Alguns antidepressivos podem tratar a depressão, mas aumentar o risco cardiovascular por possuírem propriedades cardiotoxícas, mesmo em níveis terapêuticos (como os AD tricíclicos e seu efeito na pressão arterial [PA], frequência cardíaca [FC] e na condução do impulso elétrico no miocárdio – efeito antiarrítmico do tipo 1A). Os AD tricíclicos têm uso restrito em cardiopatas nos dias de hoje, limitado às aminas secundárias. Cuidadosa avaliação risco–benefício é imperiosa. As aminas secundárias (nortriptilina e desipramina, esta última não disponível no Brasil) provocam menos efeito anticolinérgico e menos hipotensão ortostática que os tricíclicos tradicionais (aminas terciárias como imipramina, clomipramina, amitriptilina). A eficácia e tolerabilidade da nortriptilina, em populações de cardiopatas, foi extensamente estudada em nosso meio. Os efeitos anticolinérgicos também podem provocar piora cognitiva e grave obstipação intestinal.

APA(1994). Independentemente da condução do tratamento farmacológico, é sempre útil a indicação de avaliação psicológica e eventualmente de psicoterapia para depressão, associada ao tratamento medicamentoso. A psicoterapia melhora a compreensão, da doença de base como da depressão,

facilitando a adesão aos tratamentos propostos. Os efeitos da psicoterapia sobre o humor são muitas vezes evidentes, promovendo melhora direta do ânimo e da vontade de viver. É preciso salientar que, caso seja confirmado o diagnóstico de depressão (conforme os descritos anteriormente), está indicado o tratamento farmacológico, mesmo que haja possibilidade de abordagem psicoterápica concomitante.

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

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

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

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

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

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

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

Quadro: Operações sobre o “nó crítico” desconhecimento ou a falta de informação dos pacientes em relação à doença, uso incorreto da medicação ou não adesão terapêutica dos pacientes com depressão maior, estrutura dos serviços de saúde e processo de trabalho da Equipe, relacionado ao problema de saúde mental, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vanguarda, em Fruta de Leite, Minas Gerais.

Nó crítico	Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários	Responsáveis
Desconhecimento ou a falta de informação dos pacientes em relação à doença	Aumentar o nível de informação da população com depressão maior.	População com Depressão maior mais informada sobre sua doença.	Avaliação do nível de informação dos pacientes com depressão maior sobre a adesão terapêutica.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: Articulação Inter setorial (parceria com o setor educação) e Mobilização social.	Dr.Raul Bermudez Pino Enf: Yacilene de Oliveira Dias
O uso incorreto da medicação	Aumentar a adesão	População mais	Maior número de	Cognitivo: conhecimento	Dr.Raul Bermudez

ou não adesão terapêutica dos pacientes com depressão maior	terapêutica dos pacientes com depressão maior. informação da população sobre a importância uso correto da medicação	informada Sobre a importância do tratamento antidepressivo Aumentar o cumprimento das indicações medicas minha ESF em um ano .	pacientes com adesão terapêutica; Capacitação dos ACS.	sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: articulação Inter setorial (parceria com o Setor educação) e mobilização social.	Pino Enf:Yacilen e de Oliveira Dias
Estrutura dos serviços de saúde.	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes com depressão maior.	Garantia de medicamentos e medidas para adesão terapêutica dos pacientes com depressão maior.	Capacitação de pessoal; Contratação de compra de medicamentos ,materiais e insumos previstos; Consultas especializadas .	Políticos: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento da oferta de exames e consultas e Cognitivo: Elaboração do projeto de adequação.	Enf. Yacilene de Oliveira Dias Aux. Enfermag m:Cido Mendes ACS.Leidiana
Processo de trabalho da Equipe	Implantar a linha de cuidado aos pacientes com depressão maior Disponibilizar o tempo na	Cobertura de 90% dos Pacientes com depressão maior. Atendimento médico especializado	Linha de cuidado para pacientes com depressão maior; Protocolos implantados; Recursos	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político: articulação entre os setores da saúde e	Dr.Raul Bermudez Pino Enf: Yacilene de Oliveira Dias

	agenda da equipe para atendimento dos pacientes com depressão maior.	e grupos operativos específicos	Humanos capacitados; Regulação implantada; Gestão da linha de cuidado.	adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos.	Coordenador de ABS
--	--	---------------------------------	--	---	--------------------

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se com esse plano de intervenção identificar fatores que influenciam o comportamento de adesão dos doentes ao regime terapêutico, no Centro de Saúde Fruta de Leite, município Fruta de Leite/MG.

Além de isso espera-se possibilitar o desenvolvimento de competências para que nós, enquanto profissionais de saúde possamos ajudar os doentes a criarem as suas próprias estratégias de maneira a cumprirem com mais rigor um determinado regime terapêutico, aumentar a taxa de adesão e reduzir o número de usuários que estão com acompanhamento médico errado, definindo fluxo adequado de cuidado e de ações preventivas e por fim garantir atendimentos de qualidade além de aumentar a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, m. a. b. de; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R.. **Quality of life: definition, concepts and interfaces with other areas of research**. São Paulo: School of Arts, Sciences and Humanities-EACH/USP, 2012. 142p. Available at: http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf. Access on 15 jun 2015

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

ANGST, J. et al. - Gender differences in depression: epidemiological findings from the European Depres I and II studies. **Eur Arch Psychiatry ClinNeurosciv**, v.252, n. 5, p. 201-9, 2002.

APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition).Washington, DC: **American Psychiatric Press**, 1994.

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

AUCHEWSKI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 24-31, mar. 2004.

BARROS, A. I. V. **Estudo da prevalência de perturbações depressivas nos doentes da consulta externa do H.A.N.** Extensão Trindade de 2004-2008.Disponível emWWW:URL:<http://hdl.handle.net/123456789/271> acesso em:12 de Janeiro de 2012

BEBBINGTON, P.E. - Sex and depression. **Psychol Med** v 28,p1-8, 1998.

BRILEY, M. Clinical Experience with Dual Action Antidepressants in Different Chronic Pain Syndromes. **Hum Psychopharmacol** 19(Suppl.1):S21-S25, 2004.

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.

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

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

HIRSCHFELD, R.M.; KELLER, M.B.; PANICO, S. et al. - The National Depressive and Manic-Depressive Association, **Consensus Statement on the Undertreatment of Depression**. JAMA, v 277, p 333-40, 1997.

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

KATON, W.J. Clinical and Health Services Relationships Between Major Depression, Depressive Symptoms, and General Medical Illness. **Biol Psychiatry**, v.54, p.216-26, 2003.

KESSLER, R.C.; WALTERS, E.E. Epidemiologia da DSM-III-R major depressão e depressão menor entre adolescentes e jovens adultos na pesquisa nacional de comorbidade. **Ansiedade deprime**, v.7, p.3-14, 1998.

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

NOBLE, R. E. - Depression in women. **Metabolism** v.54, n. 5, p 49-52, 2005

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: **Artes Médicas**; 1993

PARKER G, HADZI-PAVLOVIC D, WILHEM K, HICKIE I, BRODATY H, BOYCE P, et al. melancolia definição: Propriedades de uma medida baseada no sinal refinada. **Jornal britânico de psiquiatria**; v.164, p. 316-26.1994

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

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

WIDLÖCHER DJ. Psychomotor retardation: clinical, theoretical and psychometric aspects. **Psychiatric Clinics of North America**; v.6, p27-40.1983

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