

TARCIANA SAMPAIO COSTA

**RASTREAMENTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM USUÁRIOS ASSISTIDOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE NO
NORDESTE BRASILEIRO**

Tese apresentada ao curso de Pós-graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de
São Paulo para obtenção do título de Doutora em
Ciências da Saúde.

**SÃO PAULO - SP
2015**

TARCIANA SAMPAIO COSTA

**RASTREAMENTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM USUÁRIOS ASSISTIDOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE NO
NORDESTE BRASILEIRO**

Tese apresentada ao curso de Pós-graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de
São Paulo para obtenção do título de Doutora em
Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Orientador: RICARDO RIYOTI UCHIDA

**SÃO PAULO - SP
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**

Costa, Tarciana Sampaio

Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela estratégia saúde da família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro./ Tarciana Sampaio Costa. São Paulo, 2015.

Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Ricardo Riyoiti Uchida

1. Depressão 2. Atenção primária à saúde 3. Saúde mental

BC-FCMSCSP/67-15

ATA DE DEFESA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
TESE DE DOUTORADO

Candidata: Tarciana Sampalo Costa (201301059)

Às nove horas e trinta minutos da tarde, quatorze de outubro de dois mil e quinze, nesta Faculdade, teve lugar a sessão pública de Tese de Doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do Título de , Área de Concentração em , da aluna TARCIANA SAMPAIO COSTA, que apresentou o trabalho intitulado "Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela estratégia saúde da família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro" sob orientação do Professor Doutor Ricardo Riyofli Uchida, com arguição realizada pela banca examinadora composta pelos professores doutores Ricardo Riyofli Uchida, Lilian Ribeiro Caldas Ratto , Oziris Simoes , Natália Prioli Jora Pegoraro e Raquel Campos de Medeiros; contando ainda, como membros suplentes, Quirina Cordeiro Junior e Raionara Cristina de Araújo Santos. Terminada a arguição, os examinadores fizeram o seguinte relatório:

A aluna de doutorado apresentou a aula de forma clara, demonstrando domínio sobre o tema e didática. Durante a arguição mostrou conhecimento acerca da temática da tese, respondendo com clareza e domínio as questões propostas.

À vista deste resultado, a banca examinadora declarou a candidata PROVADA, passando agora esta Ata ao Colegiado Superior da Faculdade para homologação do referido Título.

Nada mais havendo, a Presidência da Mesa, o professor doutor Ricardo Riyofli Uchida declarou encerrada a sessão, da qual eu, Priscile Foster, lavrei a presente ata que passo a assinatura dos presentes.

São Paulo, 14 de outubro de 2015.

Prof. Dr. Ricardo Riyofli Uchida (FCMSCSP)

Profa. Dra. Lilian Ribeiro Caldas Ratto (FCMSCSP)

Prof. Dr. Oziris Simoes (FCMSCSP)

Profa. Dra. Natália Prioli Jora Pegoraro (Não Vinculado a IES)

Profa. Dra. Raquel Campos de Medeiros (Faculdades Integradas de Patos)


Priscile Foster

Supervisora - Secretária de Pós-Graduação





Prof. Dr. Luiz Henrique Amaral
Diretor Secretário

DEDICATÓRIA

A Deus, razão da minha vida e da minha existência. A minha amada família, ao meu pai Tarcizo Rufino da Costa, a minha mãe Maria de Fatima Sampaio Costa e ao meu irmão Tarcizo Rufino da Costa Filho, por serem o meu alicerce, uma fonte inesgotável de amor, principalmente nos momentos em que mais preciso. A vocês, eu dedico carinhosamente este trabalho!

*"O Senhor é a minha luz e a minha
salvação; a quem temerei? O Senhor é
a força da minha vida, de quem me
recearei?"*

Salmo 27:1

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua presença constante na minha vida. Por sempre providenciar o melhor, por ser meu guia, por ter me protegido em todas as viagens com destino a São Paulo para cursar o doutorado, livrando-me de assaltos, roubos e acidentes e por me manter perseverante, não me deixando abater diante das dificuldades.

Aos meus pais Tarcizo e Fátima, pelo estímulo e apoio incondicional desde a primeira hora, por serem as pessoas que mais amo nessa vida e por abdicarem dos seus sonhos para que os meus se realizem. A vocês, painho e mainha, meu agradecimento especial.

Ao meu irmão Tarcizo Filho, pessoa que representa a união nos momentos de dificuldades.

Ao meu namorado Isaac, por compreender carinhosamente os momentos da minha ausência em detrimento dos estudos e trabalho, por me escutar e por me orientar com sabedoria nos momentos de dificuldades, por estar ao meu lado em todos os momentos suprimindo as minhas limitações e por me oferecer o amor que tanto sonhei conquistar.

A minha família, avós, tios e tias, primos e primas, por todo o carinho, união e pelas orações que sempre ajudaram a manter limpo o meu caminho.

À minha amiga-irmã e companheira de viagens Raquel, por ter tornado a pesada caminhada leve apenas pelo fato de estar ao meu lado, pelo acolhimento em sua casa de forma tão calorosa sempre que precisei, pela ajuda incondicional em todas as fases do doutorado, desde a seleção até a defesa, por ter participado como membro da banca de defesa desta tese, proporcionando valiosas contribuições e por significar um exemplo de amizade que nem a distância será capaz de nos separar.

À minha amiga-irmã Raionara, pelos anos de convivência e companheirismo desde a época do mestrado, por termos dividido alegrias e tristezas, por ter me mostrado o que é poder contar com uma amiga nos momentos de dificuldades, por ter participado da banca de qualificação desta tese com valiosas contribuições, por ter me acolhido em sua casa quando precisei e pelo elo de amizade criado para ser preservado durante toda a vida.

A minha amiga-mãe Dona Diva, por ter me recebido gentilmente em sua casa, por me acolher como uma filha, pelos cuidados e preocupações com as viagens, por me deixar e esperar no aeroporto em cada viagem, pelos sanduíches preparados com tanto carinho para levar para as viagens e pela amizade significativa que marcou a minha vida para sempre!

À minha amiga e orientadora da graduação Prof Tatiana Vasconcelos, pessoa esta que me ensinou os primeiros passos na academia, sendo responsável por despertar em mim a paixão pela pesquisa e por me fazer pesquisadora. Além de professora, foi uma amiga com quem interagi durante anos e com quem participei de lutas que me trouxeram cada vez mais experiência e amadurecimento. Tia Taty, o sonho do Doutorado se torna hoje uma realidade em minha vida, graças aos seus primeiros ensinamentos, serei eternamente agradecida!

À instituição onde leciono, Faculdades Integradas de Patos- FIP, por me oferecer oportunidade de crescimento, proporcionando condições de viajar a São Paulo para cursar o doutorado.

Ao meu orientador Prof Ricardo Uchida, que sempre se preocupou comigo nas mais diversas situações, que me proporcionou momentos de formação, trazendo-me cada vez mais experiência e amadurecimento no trabalho em pesquisa.

À Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo-FCMSCSP e a todos os professores do programa de pós-graduação em ciências da saúde, por me proporcionarem momentos de aprendizado que serão úteis para o resto da minha vida.

À secretaria e à coordenação do curso de pós-graduação em ciências da saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo-FCMSCSP, pelo acolhimento e pelo breve atendimento as minhas necessidades;

Aos membros das bancas de qualificação e defesa, pelas valiosas contribuições responsáveis pelo engrandecimento deste trabalho.

Aos participantes desta pesquisa, pela disponibilidade e sinceridade nas suas respostas e por fazerem reais os resultados aqui apresentados.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, os meus sinceros agradecimentos!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/</i> Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
Km	Quilômetro
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SRQ-20	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
OR	<i>Odds Ratio</i>
HIPERDIA	Programa de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
1.2.	REVISÃO DA LITERATURA	15
1.2.1	Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde Da Família	15
1.2.2	Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Saúde Mental no Âmbito da Estratégia Saúde da Família	18
1.2.2.1	A Reforma Psiquiátrica	18
1.2.2.2	A Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família	21
1.2.3	Aspectos Revisoriais sobre a Assistência ao Portador de Sintomas Depressivos na Estratégia Saúde da Família	29
2.	OBJETIVOS	38
2.1	Geral	39
2.2	Específicos	39
3.	MÉTODO	40
3.1	Tipo de estudo	41
3.2	Local do estudo	41
3.3	População e amostra	41
3.4	Instrumentos	43
3.5	Procedimento para coleta de dados	44
3.6	Análise dos dados	45
3.7	Considerações Éticas	45
4.	RESULTADOS	47
5.	DISCUSSÃO	56
6.	CONCLUSÃO	65
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	76
	A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	77
	B - Roteiro de Entrevista	79

ANEXOS	80
A - Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)	81
B - Inventário de Depressão de Beck	83
C - Aprovação pelo comitê de ética em pesquisa	88
RESUMO	89
ABSTRACT	91
LISTA DE QUADRO E TABELAS	93

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, observa-se inúmeras conquistas no setor saúde, desde a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal de 1988, ao seu aprimoramento enquanto política nacional. A implementação do SUS provocou a necessidade de mudanças nas práticas de atendimento, priorizando assim os investimentos aos cuidados preventivos.

Contudo, apesar dos avanços, fragilidades devem ser consideradas. A nova prática da prevenção e promoção deveria ser uma realidade de todas as áreas da saúde, entretanto, tal prática não é contemplada quando se trata da saúde mental. Esta prerrogativa, instiga questionamentos delongas postergados e necessários na promoção do bem-estar, destacando dentre estes a articulação entre os serviços da atenção básica e os de saúde mental, em consonância com os princípios das Reformas Psiquiátrica e Sanitária. Neste prospecto, é consensual a evidência de dois serviços que contemplam este diálogo: A Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

Notadamente, a ESF tem sido sublimada no que tange ao eixo para a reorganização da atenção básica em novas bases assistenciais, integrada a Política Nacional, reafirmando os princípios do SUS (VECCHIA; MARTINS, 2009). Já o CAPS, foi implantado como um serviço intermediário entre o ambulatório e a internação psiquiátrica com a proposta terapêutica de uma prática clínica, capaz de permitir o estabelecimento de uma rede de sociabilidade (LUZIO; YASUI; 2010).

Concorda-se que as práticas desenvolvidas por estes serviços são direcionadas em perspectivas díspares. Para tanto, uma das estratégias adotadas pelas políticas públicas é a proposição da articulação entre os serviços de atenção básica e os de saúde mental. A atenção básica deve ser considerada como um espaço privilegiado para as ações de saúde mental, pois, pela proximidade com a comunidade, pode atuar não somente segundo o que chega às unidades de saúde, mas em uma interação que envolve a comunidade e a família. Por isso, os direcionamentos da inserção da saúde mental na atenção básica devem ter em perspectiva a integralidade, num olhar ampliado sobre o sujeito e articulado às ações e serviços do CAPS, uma vez que pensar o cuidado de forma isolada é inconcebível (RODRIGUES; MOREIRA, 2012). Contudo, na prática, muitas são as entraves que circundam e limitam esta atuação.

No que diz respeito aos Municípios de pequeno porte que dispõem de uma população de até 20.000 habitantes, tais dificuldades se apresentam de maneira

acentuada, uma vez que a implantação de serviços específicos em saúde mental requer a exigência de populações superiores a esse quantitativo, a exemplo da Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002 que trata sobre a implantação do CAPS. Assim sendo, tais serviços por serem referenciados à Municípios vizinhos tornam-se menos acessíveis, comprometendo, outrossim a integralidade com a ESF.

Nesta perspectiva, tal aproximação, apesar de integrar teoricamente a nova abordagem da assistência na atenção primária em saúde mental, ainda encontra-se permeada ao modelo biomédico, de maneira desarticulada, desconsiderando a reorientação do serviço para promoção, prevenção, socialização e o enfoque dos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, bem como a articulação através da rede de serviços.

Dentre os problemas que cingem a Saúde Mental, faz-se alusão de modo especial à depressão, devido se apresentar como a mais prevalente dentre os transtornos psiquiátricos na população geral, se enquadrando em situação de pandemia. Segundo Mattar et al. (2007) a palavra depressão no seu uso habitual pode significar tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença (as). Frequentemente apenas a tristeza pode ser uma reação normal diante de reações normais em determinados sofrimentos e sentimentos de perda. Nos dias atuais, é uma problemática constante.

A depressão se apresenta como uma das dez principais causas de incapacitação no mundo, limitando o funcionamento físico, pessoal e social. Estima-se que em 2020, a depressão será a segunda causa de incapacidade no mundo. Atualmente, as estimativas são da ordem de 15% a 30% da população adulta apresentam depressão clinicamente significativa em algum momento de sua vida, nos quais 12% precisam de cuidados constantes em saúde mental e outros 3% precisam de cuidados diários em saúde mental, uma vez que 15% dos casos graves cometem o suicídio (MARTIN; QUIRINO; MARI 2007; DELGADO, 2008; PELUSO; BLAY, 2008).

A prevalência estimada em homens é de 7% a 12%, em mulheres, 20% a 25%. Nos ambulatórios de Atenção Primária em torno de 5% a 10% de todos os pacientes. Dentre estes, apenas um em cem, cita como motivo da consulta a depressão, sendo que em até 50% das vezes o problema não é detectado pelos profissionais. Nesse sentido, reconhece-se que a depressão merece uma atenção maior das políticas públicas em saúde (ARANTES, 2007; SANTOS; LOPES, 2007).

Estudo realizado no Município de Abaiara-CE, objetivando realizar um rastreamento de sintomas depressivos entre usuários da ESF. Primeiramente, realizou-se uma triagem com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), onde os mesmos selecionaram os usuários com queixas de tristeza, fadiga e anedonia, sendo visitados e entrevistados todos os selecionados, totalizando 64 usuários da ESF avaliados, destes, 8 (12,5%) dos usuários visitados e que responderam ao inquérito de Beck não apresentaram sintomas sugestivos de depressão, 7 (10,9%) de depressão leve, 9 (14,1%) de depressão moderada, e a maioria 40 (62,5%) de depressão grave (COSTA, 2010).

Considerando que o Município de Abaiara é classificado como pequeno porte 1, onde a escassez de serviços em saúde mental é uma realidade, considerando os resultados do estudo realizado em Abaiara-CE apresentando índices de depressão preocupante (COSTA, 2010), bem como é nítida a desarticulação da ESF com a saúde mental, parte-se o pressuposto de que a assistência em saúde mental neste e nos demais Municípios pequenos é negligenciada, uma vez que lidam com as mesmas dificuldades por apresentarem características análogas. Tal conjuntura, levou-nos a verificar a prevalência de sintomas depressivos em usuários assistidos pelo programa Estratégia Saúde da Família no Município de Abaiara-CE.

1.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo apresenta-se a fundamentação teórica que embasa este estudo. Encontra-se subdividido em três subseções, nas quais abordam a temática, auxiliando, o entendimento e a compreensão desta.

Inicialmente discorre-se sobre o SUS como política pública de saúde adotada no Brasil, bem como a atuação da Estratégia Saúde da Família nesta política. Em seguida, versa-se acerca dos aspectos referentes a reforma psiquiátrica brasileira, bem como sobre a saúde mental no âmbito da ESF, e por fim, faz-se uma explanação acerca da assistência ao portador de sintomas depressivos na atenção básica.

1.2.1 Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde Da Família

O Brasil dispõe de um diferencial no que tange à modelo de assistência a saúde diante dos demais países, no qual o Estado se responsabiliza em prover saúde aos seus cidadãos, independente de seu vínculo trabalhista, desde os cuidados preventivos até os que exigem maior aparato tecnológico. Garantem, mediante políticas sociais e econômicas o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação (NORONHA, 2008; SOARES, 2008; BRASIL, 2009a).

Concorda-se que nada tão grande e tão importante, como o SUS, nasce de repente, como do nada. Movimentos prévios antecederam a criação do SUS e embasaram a conquista do sistema de saúde público e solidário (MAGALHÃES JÚNIOR, 2008). Estes movimentos se deram através das lutas populares pela conquista ao direito da saúde pública e realizadas através do movimento denominado Reforma Sanitária, iniciada nos anos 1970, período da ditadura militar.

O movimento sanitaria foi organizado e guiado por uma agenda formulada em torno da saúde, da democracia e da equidade. O SUS então se origina através da junção da necessidade de um movimento no plano da saúde pública e da luta social e política contra a ditadura militar, no qual suas bases foram lançadas por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, evento esse considerado

como um marco nessa história de grandes acontecimentos e conquistas (SOARES, 2008; MAIO; LIMA, 2009).

O SUS apresenta-se como um projeto social garantido por Lei. A Constituição de 1988 universalizou o direito ao acesso gratuito à saúde, realizando, dessa forma, uma expressiva política pública de inclusão, uma vez que incorporou milhões de brasileiros no sistema público de saúde. Programas como a ESF que direcionam o atendimento na perspectiva da atenção primária a saúde com assistência voltada ao coletivo, ampliam a cobertura de serviços, e têm possibilitado reorientações do sistema (PAIM, 2006).

Assim, a ESF representa um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, direcionando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A saúde da família como estratégia reorganizacional do SUS, adotado pelo Ministério da Saúde a partir da atenção básica, teve origem, no ano de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir da experiência exitosa do PACS, seguido da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominada, ESF, pretende integrar com a comunidade os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação através da atenção preventiva (COSTA; CARBONE, 2004; SANTOS; LOPES, 2007).

A ESF está presente em 94% dos municípios do país, respondendo às demandas de 49,9% da população brasileira. Um total de 35.305 equipes atuando em 5.352 municípios (Brasil, 2014). Assim, a Estratégia encontra-se implantada em quase todo território brasileiro, de modo inclusivo em áreas rurais e periféricas da cidade com precárias condições de vida. A ESF local trabalha com delimitação da área, e população adscrita, buscando atender a demanda espontânea e oferta organizada, identificando os problemas de saúde para intervir na realidade através do planejamento estratégico situacional (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Cada unidade de saúde da família é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adscrita) a uma área (território de

abrangência). Cada unidade de saúde da família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Uma equipe é responsável por uma área onde residam entre 600 a 1.000 famílias, com um limite máximo de 4.500 habitantes (COSTA; CARBONE, 2004).

A equipe de saúde é composta no mínimo por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 ACS's. O número de ACS's varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe – numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas e/ou 150 famílias, articulando assim a idéia de vínculo que tem como princípio a constituição de referências do usuário com os profissionais que deverão responsabilizar-se do cuidado de sua clientela (FONTINELE JÚNIOR, 2003; COSTA; CARBONE, 2004).

A ESF desenvolve suas atividades considerando os programas preconizados pelo Ministério da Saúde e direcionados para a atenção básica, dentre estes tem-se: Saúde da mulher, Saúde da criança, Controle de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, Tuberculose e Hanseníase e Saúde Mental. Contudo, as atividades de Saúde mental direcionam-se apenas a registros de atendimento gerais, álcool e drogas por livre demanda (BRASIL, 2014b).

Neste sentido, são identificadas ainda várias lacunas e dentre estas destaca-se a saúde mental, não por ser a mais importante ou necessária, mas por ser temática desse estudo e ser considerada relevante para a atenção primária devido ao enfoque preventivo.

É notória a importância da implantação do SUS no Brasil e as contribuições que a ESF oferta, ao se apresentar inserida nesta política de saúde. Entretanto, percebe-se a inexistência de ações específicas de saúde mental na atenção básica, na qual esta é apresentada como lacuna nos programas da ESF. Concorda-se com Pereira et al. (2007) ao afirmarem que as equipes da ESF, precisam de preparo para lidar com a saúde mental.

Destaca-se, portanto, a importância da prestação da assistência à saúde mental no âmbito da ESF, embasada com os ideais da Reforma Psiquiátrica, uma vez que reafirma o direito do portador de transtorno mental em fazer uso da porta de entrada do sistema, recebendo, outrossim, assistência não unicamente no

tratamento, mas preventiva, o que permite a diminuição de sintomas e gravidade de doenças como a depressão, ou até mesmo a possibilidade da não instalação da mesma.

1.2.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Saúde Mental no Âmbito da Estratégia Saúde da Família

1.2.2.1 A Reforma Psiquiátrica

Ao refletir sobre a definição de Reforma Psiquiátrica pode-se pensar numa construção crítica e prática edificada numa nova concepção de homem como ser biopsicossocial e efetivada através de um processo, no qual ainda encontra-se em elaboração, uma vez que apesar da frequência das discussões e debates acerca da temática, na prática, observa-se a pouca atuação. O objetivo da Reforma está permeado por estratégias de questionamento e elaboração de propostas para a transformação do paradigma da Psiquiatria Clássica, que, guiado pelo modelo biomédico, priorizava a hospitalização, sendo esta a única forma de intervenção no tratamento do portador de transtorno mental e a conseqüente segregação, trazendo à luz o paradigma da desinstitucionalização (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

Para tanto, observa-se a diversidade de mudanças social, política, econômica e cultural, que incitam a reforma psiquiátrica e que não se deram ao acaso, mas são resultados de revolução e transformação com repercussões na vida do doente mental, de sua família e na sociedade. Não há mais possibilidade de um recuo deste movimento, pois trata-se de um processo social, histórico e dinâmico que já fincou o sentido do novo. A negação do manicômio e o estabelecimento dos serviços substitutivos são uma realidade firmada e em processo de execução, exigindo, dessa forma, a criação de novas formas de cuidar (GONÇALVES; SENA, 2001).

A reforma psiquiátrica tem dois objetivos; O primeiro é ampliar o acesso ao tratamento por meio de uma rede de atendimento de serviços ambulatoriais e de participação também da ESF. O segundo objetivo é defender a situação dos direitos

humanos do paciente, promover sua autonomia, sua inclusão social e, de fato, reduzir o atendimento asilar (DELGADO, 2008).

Dessa forma, o Brasil tem experienciado a reforma do modelo de assistência às pessoas com transtornos psíquicos, no intuito de promover a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por recursos assistenciais voltados aos aspectos psicossociais de acordo com a Lei Federal 10.216/01 (dispõe da Reforma Psiquiátrica) e da Portaria 224/92 (dispõe sobre as diretrizes e normas para a oferta de serviço de saúde mental) (COIMBRA et al., 2005).

O novo ideário trazido pela reforma apresenta inconveniências do antigo modelo da psiquiatria clássica e que tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, tendo este como prioridade a exclusão dos doentes mentais e facilitando a cronicidade em todo o país. Hoje, discute-se a reforma psiquiátrica como parte das políticas de saúde. Assim, cumpre um importante papel de trazer para o debate a realidade da assistência psiquiátrica brasileira e estimular decisões no intuito da consolidação dos novos ideais da saúde mental no país. O rompimento com o saber/fazer tradicional da psiquiatria e a construção de um novo saber/fazer baseado nos princípios éticopolíticos do doente mental como cidadão, são metas da reforma psiquiátrica (GONÇALVES; SENA, 2001).

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil, ganhando um grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde. O aparato legal institui mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais. Para avaliar o ritmo da redução de leitos em todo o Brasil, no entanto, é preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos nos Estados, assim como a penetração das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região brasileira, uma vez que o processo de desinstitucionalização implica transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) (BRASIL, 2005).

A proposta da Reforma não se restringe a extinção dos hospitais, ou seja, os hospitais psiquiátricos se mantêm como um recurso possível no nosso país, porém não podem mais ser classificados como a única forma de tratamento existente: um

novo modelo assistencial é apresentado aos trabalhadores da saúde mental, aos seus usuários e às famílias destes, no qual deparam-se com uma nova concepção de saúde/doença, como também, uma nova noção de tratamento, uma vez que os serviços substitutivos apresentam uma variedade de terapêuticas (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

O conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por uma diversidade de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve, também, questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato, haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade (GONÇALVES; SENA, 2001).

A perspectiva da desinstitucionalização tem por intenção romper com a concepção objetiva do homem em síndromes e doenças estabelecidas pela psiquiatria, e voltar-se para o sujeito em sua experiência da loucura. Atribui a estima do sujeito, ao invés do seu diagnóstico (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005). Portanto, a desinstitucionalização procura preservar a subjetividade do cliente, sua história de vida, suas relações interpessoais, propondo inovações no tratamento em serviços abertos, criativos e maleáveis que atendam individualmente às suas necessidades e que o sustente no seu meio social (SCÓZ; FENILI, 2003).

Entende-se que mudar unicamente a estrutura física do manicômio não é suficiente se, paralelo a isso, não vier acompanhado de uma mudança no nosso modo de perceber e, conseqüentemente, agir diante da loucura. O processo de desinstitucionalização vai muito além do espaço terapêutico do doente mental. No entanto, para possibilitar essa produção de vida, precisa-se, antes de tudo, permitir-se experienciá-la dentro de cada ser, “dentro de nós mesmos”. Precisa-se repensar os papéis de cada cidadão para que, só assim, possa-se proporcionar a mudança de vida das pessoas em sofrimento mental (SILVEIRA; BRAGA, 2004).

Neste sentido, enquanto a reabilitação objetiva reinserir o indivíduo na sociedade, a desinstitucionalização se preocupa em transformá-la, questionando o trabalho, a família, a medicina, as políticas públicas e demais instituições que perpassam por nossas vidas na contemporaneidade, por isso exige uma reflexão

interminável acerca das nossas ações e se firma como uma idéia muito mais ampla que a reabilitação (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

Para a efetivação dos ideais da Reforma Psiquiátrica e conseqüente desinstitucionalização, faz-se necessário a prestação da assistência ao doente mental em todos os níveis de assistência, entretanto, apesar do início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil ter sido contemporâneo a eclosão do “movimento sanitário”, em favor de um serviço de saúde pública com prestação nestes três níveis, lamentavelmente, mesmo com o advento do SUS e concomitante Reforma Psiquiátrica, não foram criados serviços de atenção primária e secundária em saúde mental (BRASIL, 2005; REINALDO; SAEKI, 2004).

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2006), convém lembrar que após 5 anos da promulgação da Lei 10.216 ainda não ocorreu a criação de um modelo assistencial que atenda as necessidades das pessoas que sofrem de transtornos mentais nos três níveis de assistência. Esperava-se que, com a promulgação da referida lei, ocorresse um investimento direcionado a um modelo assistencial integral, de qualidade e que acompanhasse a todos as pessoas acometidas por transtornos mentais nos mais diversos graus de complexidade, o que efetivamente não ocorreu (ABP, 2006).

Contudo, ainda hoje, nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para dar conta da sua articulação com a saúde mental, por esta razão, o Ministério da Saúde vem estimulando ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, através de diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais freqüentes de saúde mental (BRASIL, 2005). Entretanto, o que se observa nas práticas da ESF, apesar das recomendações ministeriais, é um notório distanciamento das ações que direcionam a assistência em saúde mental se configurando como um desafio cujas barreiras envolvem diversos fatores, todavia, se faz necessário e urgente para efetivação das duas grande reformas que regem a saúde pública brasileira, a Psiquiátrica e a Sanitária.

1.2.2.2 A Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família

O novo modelo de saúde que visa a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos se apresenta condizente com os ideais da ESF, que em sua essência, trabalha nesta mesma lógica, estando suas equipes fortemente empenhadas no trabalho com a comunidade, incorporando ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população. Dessa forma, busca-se o resgate da singularidade de cada usuário e a valorização da subjetividade e das relações sociais, como também o investimento na força do território para o alcance dessas mudanças. Para que a saúde mental aconteça de fato na atenção básica é necessário que os princípios do SUS se transformem em prática cotidiana (BRASIL, 2004; COIMBRA, et al., 2005).

A Política Nacional de Saúde Mental propõe que as práticas de saúde mental na atenção básica/saúde da família devam ser substitutivas ao modelo tradicional, atuando de forma renovada, evitando práticas arraigadas e criticadas, tais como a medicalização e a psiquiatrização do sujeito. Adensam-se a articulação da rede de cuidados, promovendo a integralidade e a construção de um processo de trabalho voltado para as necessidades singulares e sociais e não somente para as demandas (BRASIL, 2004).

A desinstitucionalização relaciona-se à mudança da formação e práticas em saúde mental, condição *sine qua nom* em detrimento das lacunas observadas nos antigos serviços e guiadas por um paradigma a emergir. Dessa forma, a ESF vem ao encontro de tais mudanças, com a finalidade de reestruturar o modelo vigente propondo a integração e organização das atividades em um território definido, voltado para a saúde da população em geral, tanto no contexto do indivíduo, quanto no contexto familiar. Assim, os discursos da ESF vão ao encontro dos ideais da reforma psiquiátrica, ambas no intuito de promover assistência integral, universal e equânime (COIMBRA, et al., 2005).

A mudança do modelo de atenção à saúde mental dentro do SUS busca a valorização do ser enquanto agente social e direciona suas ações para a ampliação e qualificação do cuidado nos serviços comunitários, tendo como base o território. Trata-se da mudança da forma como se percebe os cuidados em saúde, ou seja, o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, retomando, outrossim, a sua história de vida e seu processo de adoecimento. Ressaltamos que os saberes e

práticas não devem se restringir a técnica, mas sim, ao direcionar o processo de valorização da subjetividade. Concorde-se que ao reconhecer que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, a mais das vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis. Atualmente, todo e qualquer problema de doença está associado a um problema mental e toda saúde mental é sempre produção de saúde. Nesse sentido, torna-se necessária a articulação da saúde mental com a ESF (BRASIL, 2004).

No que diz respeito a intervenção conjunta da equipe em saúde mental e a ESF, ambas tem como estratégia atingir a meta de substituição do confinamento nos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário das pessoas que sofrem com transtornos mentais. Essa idéia abrangendo a partir da atenção básica a saúde aos portadores na ESF, rompe com o isolamento em que esse sujeito até então vivia. Possibilita que ele planeje projetos de vida e mobilize as pessoas à sua volta, como também a comunidade em geral. Neste reordenamento, percebe-se que há uma busca pelo desenvolvimento e manutenção de boas práticas em saúde mental, na medida em que o caminho em direção à comunidade possibilita a abertura de outras frentes de trabalho e inserção para a saúde mental, em especial nos projetos de prevenção da doença e promoção da saúde (REINALDO, 2008; SCÓZ; FENILI, 2003).

Hoje, mais do que oferecer atenção básica, a ESF vem se deparando com a necessidade de oferecer uma atenção mais abrangente. Sendo assim, este campo torna-se fértil para a concretização desta nova forma de pensar, fazer saúde e trabalhar a saúde mental na comunidade, estimulando reflexões sobre a prática desta assistência. Esta estratégia não significa apenas o atendimento de programas pré-estabelecidos (hipertensão, diabetes, pré-natal, dentre outros), mas um atendimento universal, abrangente e integral, para a comunidade visando a realidade social e suas necessidades de saúde dentro da família (COIMBRA, et al., 2005). No entanto, estando a ESF em desenvolvimento, a saúde mental tem sido pouco contemplada nos programas de capacitação, o que muitas vezes dificulta a efetivação da assistência que tem o domicílio como espaço terapêutico (PEREIRA et al., 2007).

A inserção das ações de saúde mental na ESF depende de uma política de saúde nacional, estadual e municipal que garanta formas de financiamento capaz de manter a integração e a operacionalização das estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reinserção social, nestas modalidades de serviços substitutivos. Dependem, também, da disponibilidade para a mudança da organização dos processos de trabalho. Considera-se que todas as pessoas envolvidas no planejamento, implantação, execução e avaliação da construção de uma rede de atenção básica de saúde estão constantemente no processo dinâmico do ensinar-aprender, ou seja, no processo contínuo de trocas em que o relacionamento interpessoal permita assistir a todos os usuários de forma integral (SCÓZ; FENILI, 2003).

Nesta perspectiva, ressalta-se que a importância da comunhão de esforços entre a saúde mental e a ESF. Dessa forma, a prevenção não seria esquecida no âmbito da saúde mental, pois, além de focar a saúde mental, esses programas deveriam desenvolver ações sociais e promover a qualidade de vida da comunidade, onde essa atuação configura-se como plausível na ESF, uma vez que o paciente deixa de ser um prontuário para se transformar numa pessoa conhecida. Os profissionais de saúde mental deveriam se empenhar na promoção de reformas sociais na prática, no contato com a comunidade, em busca de melhores condições de assistência. Há também a idéia do ser biopsicossocial, através da incorporação de novos profissionais às equipes, no qual o paciente pode ser acompanhado de diferentes formas e por diversos saberes. A principal finalidade destinada a saúde mental no âmbito da ESF é diminuir a vulnerabilidade dos indivíduos a certos transtornos comportamentais menores e acompanhar os demais casos em suas particularidades (SCÓZ; FENILI, 2003; PEREIRA et al., 2007; REINALDO, 2008).

Vale ressaltar a importância da busca ativa por informações sobre as condições de vida e saúde mental da população na área de abrangência da ESF através do mapeamento dos problemas de saúde mental, assim como as condições associadas a esses problemas, para subsidiar planejamento de ações compatíveis com as necessidades dessa população. A implantação de serviços de prevenção de distúrbios mentais, além de aliviar o sofrimento do próprio paciente e seus familiares, reduz a sobrecarga dos serviços especializados, por meio de um

atendimento mais simples e efetivo, como o proposto pela ESF (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007).

Dessa forma, considera-se que a importância do elo ESF e Reforma Psiquiátrica/Saúde Mental, como também, as variáveis comuns entre eles, ou seja, o atendimento do indivíduo no seu contexto familiar de acordo com os preceitos do SUS e o grau de complexidade do atual serviço de saúde (SCÓZ; FENILI, 2003).

A rede básica de saúde deveria constituir a principal porta de entrada das pessoas na busca da atenção à sua saúde, incluindo aquelas em sofrimento psíquico ou portadores de transtorno mental (SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003; BRASIL, 2004; COIMBRA, et al., 2005). Neste sentido, a ESF é um instrumento do processo de transformação da assistência em saúde mental, uma vez que possibilita maior aproximação entre usuário, família e profissionais, toda a comunidade enfim. Essa proximidade é um importante recurso, principalmente no que se refere ao enfrentamento dos agravos vinculados ao sofrimento psíquico, que vêm se mostrando freqüentes, e ainda pouco tratados (PEREIRA et al., 2007).

Algumas características foram atribuídas à prática da saúde mental na atenção básica, entre elas: estar associada às demais ações da atenção básica; assegurar o bem estar da comunidade e do indivíduo; privilegiar as ações preventivas, individuais e coletivas; alocar os programas de saúde mental em diferentes serviços de atenção básica, formando uma rede de suporte e cuidados; realizar ações diretas e indiretas; utilizar novas estratégias de abordagem em saúde; ter governabilidade; agregar profissionais com diferentes formações, implicar a comunidade e, por fim, considerar as características da comunidade (TEIXEIRA; HASHIMOTO, 2005-2006).

Deste ponto de vista, a psiquiatria comunitária se apresenta na prática de cuidados em psiquiatria e saúde mental dirigida à comunidade. Enfatiza a vigilância desta comunidade por meio da detecção e controle precoce de fatores de risco e de evidências de ordem social possíveis de causar sofrimento mental, indo além da prevenção, ao promover o acompanhamento destes pacientes, estando estes, ou não, em tratamento medicamentoso (REINALDO, 2008).

De fato, a necessidade do desenvolvimento de ações que abrangem a subjetividade de indivíduos na ESF é urgente. Nesta perspectiva, foi desenvolvida uma pesquisa com enfermeiros atuantes na ESF, na qual Silva; Furegato; Costa Júnior (2003) identificaram que entre 20 a 50% das pessoas atendidas por eles têm depressão. Entretanto, apenas 17,8% dos enfermeiros entrevistados encaminharam 10% dos casos e 15% encaminharam menos de 5% dos casos identificados. Observou-se que 23 enfermeiros não responderam a essas questões. A ausência de respostas de 31% dos enfermeiros sobre pacientes deprimidos, atendidos por eles, leva a supor que esses profissionais não têm estado em contato direto com o paciente.

A necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica da ESF torna-se, diariamente, visível nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde é bastante freqüente, as queixas são as mais variadas e para isso a equipe deveria estar preparada para oferecer maior resolutividade aos problemas destes usuários (COIMBRA, et al., 2005). Haja visto que o portador de sintomas de transtornos mentais está presente em todos os lugares da comunidade, como escolas, clínicas, hospitais, além dos centros de saúde mental. Dessa forma, requer essa atuação da enfermagem psiquiátrica na atenção básica a fim de prestar cuidados adequados àqueles que apresentam problemas emocionais (SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003).

Esta pouca atenção, segundo Scóz; Fenili (2003) pode estar relacionada a falta de preparo dos profissionais da ESF em lidar com o cuidado em Saúde Mental, no qual a substituição do modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, na exclusão social, intramuros, por um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, exigirá também uma adaptação dos profissionais, que deverão, através do processo de capacitação, se instrumentalizarem para permitir a viabilização do novo modelo assistencial.

Neste aspecto, com base em Pereira et al. (2007) é real a pouca atenção dos profissionais da ESF aos portadores de doença mental. Dessa forma, o processo de efetivação da ESF atrelada a assistência em saúde mental e, com ela, de uma nova possibilidade de assistência integral à saúde, voltada às necessidades dos diferentes sujeitos, configura-se como real desafio. Essas dificuldades acarretam

numa maior procura por atendimentos especializados, contrários as idéias da Reforma Psiquiátrica e do SUS.

Dessa forma, concorda-se com Coimbra et al. (2005) que a ausência da oferta de políticas municipais de saúde mental, especificamente para municípios pequenos, como também a falta de treinamento para as equipes nos municípios em geral, poderá levar esta demanda ao atendimento terciário (internação hospitalar nos manicômios). Esta situação restringe a liberdade de ir e vir das pessoas portadoras de transtornos mentais e se apresenta contra a reforma psiquiátrica que visa o atendimento na comunidade.

Reconhece-se que os desafios estão presentes e não podem ser ignorados. Particularmente, a equipe da ESF precisa estar preparada e apoiada para lidar com o sofrimento psíquico, além de cuidar das dificuldades sentidas e superá-las. O sofrimento mental está cada vez mais presente na sociedade e deve ser superado, quer seja avançando no conhecimento em relação às diretrizes da política de saúde mental, quer aproximando-nos das contingências do processo de adoecimento e contribuindo para consolidar a saúde mental no âmbito da atenção básica (PEREIRA et al., 2007; REINALDO, 2008).

O Ministério da Saúde adota um plano de apoio matricial como um arranjo organizacional através de ações conjuntas entre ESF e saúde mental através dos Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Nesse arranjo, o profissional da saúde mental responsável pelo apoio participa de reuniões de planejamento das equipes de ESF, realiza ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar por meio de discussões conjuntas, intervenções junto às famílias e comunidades. Desde janeiro de 2008 há regulamentação para a formação destas equipes, com recomendação explícita de que cada NASF conte com pelo menos um profissional de saúde mental (BRASIL, 2004).

Vale salientar que tanto o NASF, quanto o CAPS para serem implantados, em suas portarias (Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 e Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, respectivamente), adotam como requisito o número da população, área territorial e quantidade de ESF implantadas no município. Este critério de ordem

censitário exclui os municípios de pequeno porte. Dessa forma, ficam de fora destes programas e conseqüentemente, portanto, a saúde mental fica fora da atenção primária, ou seja, a mercê da elevada procura por atendimento especializado, medicalização e psiquiatrização.

Concorda-se com Coimbra et al. (2005) que nos municípios que não possuem CAPS ou até mesmo NASF, a ESF deveria estar preparada para atender esta demanda. Esta ESF deveria receber treinamento de uma equipe de saúde mental, de um município próximo ou até mesmo da secretaria de saúde do estado, no intuito de promover a qualificação do atendimento desses profissionais aos portadores de transtorno psíquico. Para planejar, coordenar e executar tais atividades nestes municípios, é de suma importância um profissional da saúde na área de saúde mental, representando, outrossim, um apoio a ESF, já que não há a possibilidade de uma equipe para estes municípios pequenos.

Atenta-se, outrossim, para que a assistência não se restrinja ao paciente, pois a família possui um importante papel no tratamento. Com a reinserção do paciente psiquiátrico na comunidade, a família passa a ser fundamental no processo de assistência, devendo esta ser acompanhada pela atenção básica. Para conseguir bons êxitos no cuidar do seu familiar doente, necessita, além dos recursos institucionais, da orientação e do apoio de profissionais preparados, tendo em vista a responsabilidade cotidiana com a pessoa em situação de sofrimento psíquico (PEREIRA et al., 2007). Assim, percebe-se o grau de abrangência que esta atuação toma, sendo seus resultados tão benéficos quanto, uma vez que nesta atuação pode-se visualizar de fato a integralidade da assistência.

A dinâmica de assistência à saúde mental, assim como na ESF, requer o envolvimento da família no cuidado dos usuários portadores de sofrimento psíquico. Concorda-se que a família é a base para todas as áreas da vida, principalmente para a saúde, ao assumir a criação das relações conscientes, transformando o compromisso entre a família e a equipe em estratégias de relação de ajuda mútua. A equipe de saúde possui papel fundamental na construção de momentos dinâmicos, através da troca de experiências entre os próprios familiares e o serviço proporcionando a aprendizagem e ajuda mútua (COIMBRA et al., 2005).

Na construção da saúde como compromisso e direito social para todos a ESF e a Reforma psiquiátrica, vêm se configurando numa dimensão política de forma inovadora de se fazer saúde. Esta, fundamentada em uma nova ética social consolidando a visão da família como a base, o centro de referência, o primeiro núcleo psicossocial no qual devem estar centrado a resolutividade das ações (SCÓZ; FENILI, 2003).

O modelo utilizado pelos profissionais de saúde e o modo de convívio com o portador de transtorno mental contribuem para as dinâmicas familiares, principalmente quando se adotam estratégias inovadoras. Estas visam construir uma nova forma de assistência em saúde mental, rompendo com modelo clássico da psiquiatria, em que o manicômio era a única resposta ao sofrimento psíquico (PEREIRA et al., 2007).

Desta forma, a ESF deve, outrossim, atuar no ambiente familiar, no sentido de amenizar o sofrimento da família e do próprio usuário. A ajuda oferecida pela equipe de saúde da família com suporte da equipe de saúde mental, pode ocorrer através de visitas domiciliares, atendimento individual e familiar, além da reunião de grupos na própria comunidade assistida (COIMBRA et al., 2005).

As ações de atenção primária a Saúde Mental, tais como identificação de fatores de riscos, busca de uma intervenção resolutiva e o acompanhamento dos familiares, devem ser realizadas através da vinculação da equipe de saúde multidisciplinar com a população, através de uma prática sustentada pela humanização e a saúde como um direito de cidadania, favorecendo a manifestação de qualidade de vida (SCÓZ; FENILI, 2003). Neste aspecto, a equipe saúde da família se apresenta como fundamental para tais práticas, uma vez que suas ações estão direcionadas à prevenção e promoção da saúde, por conhecer a população e estar inserida na mesma.

1.2.3 Aspectos Revisionais sobre a Assistência ao Portador de Sintomas Depressivos na Estratégia Saúde da Família

A depressão se apresenta nos dias atuais como um grave problema de saúde pública, evidenciada como a mais comum dentre as doenças mentais (SANTOS;

LOPES, 2007). É uma doença que se refere um estado anormal do corpo e da mente e, por ser incapacitante, envolve limitações na vida pessoal, profissional, social e econômica. Dessa forma, o indivíduo experimenta sofrimento psicológico associado a prejuízos em sua vida social e familiar. A depressão pode apresentar níveis como leve, moderado e grave, com ou sem sintomas psicóticos. Caracteriza-se, essencialmente, por modificações no humor, na psicomotricidade, na cognição e nas funções vegetativas (LIMA; MIGOTT, 2003; MARTIN; QUIRINO; MARI, 2007; SANTOS; LOPES, 2007).

A mais das vezes, os termos depressão e transtornos afetivos são utilizados como equivalentes, os quais em seu sentido exato não são. Os transtornos afetivos compõem uma categoria ampla de estados de ânimo (dificuldades no campo das emoções, na capacidade cognitiva, no comportamento e na regularidade das funções corporais). Os transtornos afetivos são desordens psiquiátricas em que há um predomínio de alterações de humor e sintomas vegetativos associados (mudanças no apetite, libido, sono, peso), que perduram por semanas a meses. Entre os transtornos afetivos, encontram-se aqueles em que predominam sintomas de tristeza e anedonia (depressão) e aqueles em que há excitação e euforia (mania). A depressão é a forma mais comum de transtornos afetivos (SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003; VISMARIL; JUSSILANE; PALERMO-NETO, 2008).

Popularmente, a depressão é vista como um problema ou dificuldade das pessoas realizarem tarefas referida como “falta de vontade”. As limitações impostas pela depressão, os sofrimentos que esta doença traz, os custos sociais e de saúde elevados, aliados ao fato de apenas uma pequena parcela das pessoas acometidas pela depressão ter acesso ao diagnóstico e aos tratamentos adequados, fazem com que este agravo à saúde se intensifique, levando, muitas vezes, as pessoas a um estado de cronificação (LIMA; MIGOTT, 2003). Dessa forma, percebe-se o quanto o conceito de depressão é complexo, pois envolve vários fatores psicológicos, fisiológicos, sociais e econômicos.

Uma pesquisa realizada por Santos; Lopes (2007) demonstra que, dentre os enfermeiros em estudo de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a maioria conhecem a definição da depressão, embora incompleta e simplista. Somente 16,67% identificaram a doença como um Transtorno Afetivo. Assim, fica evidente o

conhecimento superficial deficiente sobre a classificação das doenças mentais a respeito do conceito da Depressão. Esse estudo também demonstrou que, apesar da depressão ser considerada um importante problema de saúde pública, é negligenciada desde a assistência primária, o que impede a prevenção, a detecção e o acompanhamento pelas ESF.

A prevalência da depressão em homens é estimada em 7% a 12% e, em mulheres, 20% a 25%. Em ambulatórios de Atenção Primária, sua prevalência é estimada em 5% a 10% de todos os pacientes, e apenas um em cem, cita como motivo da consulta, sendo que em até 50% das vezes o problema não é detectado pelos profissionais. Nesse sentido, a depressão deve merecer uma atenção maior da saúde pública; (LIMA; MIGOTT, 2003; ARANTES, 2007; SANTOS; LOPES, 2007).

De acordo com Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V), os sintomas da depressão são vários, abrangendo desde aspectos psíquicos, fisiológicos e até comportamentais. Dentre os sintomas psíquicos destacam-se: humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa); redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis; perda de interesse; fadiga ou sensação de perda de energia. O tempo para a execução das tarefas torna-se mais lento; diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões, as quais, antes, eram quase automáticas; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, indecisão ou capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se e pensamentos de morte recorrentes (DSM V, 2013).

Ressalta-se que os sentimentos de tristeza e alegria “colorem” o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Cumpre lembrar que essa resposta tem valor adaptativo, do ponto de vista evolucionário, uma vez que, por meio do retraimento, poupa energia e recursos para o futuro. Outrossim, constitui-se em sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está precisando de companhia e ajuda. A depressão é considerada quando a tristeza perde sua função adaptativa e o humor segue autônomo persistentemente deprimido. Quando a tristeza ultrapassa o limiar da normalidade, perdendo seu

papel adaptativo, e o humor persistentemente e autonomamente se torna deprimido, a depressão é estabelecida (ARANTES, 2007).

Quanto aos sintomas fisiológicos, destacam-se alterações do sono, sendo mais freqüentemente a insônia, podendo ocorrer também hipersonolência. A insônia é, mais tipicamente, intermediária, ou seja aquela que ao acordar no meio da noite, a pessoa apresenta dificuldades para voltar a conciliar o sono ou a terminal, ao acordar mais cedo pela manhã; alterações do apetite como a perda do apetite, podendo ocorrer também aumento dele; Redução do interesse sexual e o cansaço marcante após esforços leves. As evidências comportamentais caracterizam-se por: retraimento social; crises de choro, comportamentos suicidas, como também, retardo psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora (LIMA; MIGOTT, 2003; SANTOS; ARANTES, 2007; KASSOUF, 2007).

Todos esses sintomas psíquicos, fisiológicos e comportamentais se apresentam de diversas maneiras, em termos de grau e intensidade. Cada pessoa possui sua maneira de ser e de se apresentar diante de um quadro depressivo. Há casos em que são relatados como a falta de interesse pelos passatempos prediletos. As atividades sociais podem ser negligenciadas, e geralmente, tudo pode ter o peso de terríveis “obrigações.” Há também sujeitos que parecem não estar conscientes de sua depressão, sofrem calados na sua insegurança e não se queixam de perturbação do humor, embora exibam retraimento, resistem ao envolvimento, como também não respondem à família, amigos e atividades que, anteriormente, lhes interessavam. Nestes casos, podem aceitar o estigma de “fraco”, além de temer o rótulo de “doente mental” e de “louco”. Em razão das visões negativas, tendem ao isolamento, a verbalizar pouco, a pensar que não merecem ajuda e a formar vínculos de dependência com os outros (LIMA; MIGOTT, 2003; SANTOS; LOPES, 2007).

Portanto, o enfermeiro pode deparar-se com variadas situações as quais, irão exigir desse profissional uma abordagem tranqüila, sem críticas e com muito calor humano. Deve demonstrar honestidade, empatia e compaixão. O profissional deve ajustar-se ao ritmo da pessoa deprimida, falando mais devagar e dando mais tempo para ela responder. Deve chamá-la pelo nome, conversar e escutá-la (SANTOS; LOPES, 2007). Essa assistência deve ser contínua, uma vez que os pacientes com

mais sintomas depressivos consultam mais os serviços de saúde, permanecem mais tempo internados e faltam mais dias ao trabalho do que os menos deprimidos (FLECKA et al., 2002).

A depressão cresce progressivamente no mundo inteiro. Há uma série de interpretações possíveis para o fenômeno, entre elas as características do mundo moderno, tais como crise de valores, o caos urbano, e as conturbações sociais. Os transtornos mentais são sensíveis aos fatores econômicos e culturais, por isso, são tão numerosos no mundo todo. Eles acompanham a dificuldade de resolver problemas e o sentimento de desvalorização pessoal (DELGADO, 2008).

Os fatores desencadeantes da Depressão possuem naturezas diversas – psicossociais, espirituais, morais e biológicas – indicando uma compreensão etiológica multifatorial. (PELUSO; BLAY, 2008). Os fatores de risco são: episódios anteriores de Depressão, história familiar de Depressão, tentativas anteriores de suicídio, período pós-parto, co-morbidade médica, ausência de apoio social, eventos estressantes, história pessoal de abuso sexual e abuso atual de substâncias (SANTOS; LOPES, 2007). Outros fatores de ordem social podem contribuir para desencadear a depressão, tais como, pobreza, conflitos e desastres, além da maioria das doenças físicas e o ambiente familiar e social (SANTOS; KASSOUF, 2007). Some-se as causas associadas ao estresse psicossocial são consideradas as mais relevantes (PELUSO; BLAY, 2008).

Os resultados de uma pesquisa realizada por Martin; Quirino; Mari (2007) demonstram que a origem da depressão relaciona-se aos eventos da vida. Algumas são de ordem pública como desemprego, dificuldades financeiras, vitimização ou testemunho de assassinatos, prisão de parentes, presença na vizinhança de traficantes e usuários de drogas. Outras causas são de ordem privada como morte de parentes, agressões, traição e alcoolismo do companheiro. Percebe-se que os fatores sociais que podem desencadear a depressão variam de acordo com a situação em que se vivencia, entretanto, em casos específicos, estes advêm de problemas mentais de familiares e o uso e abuso do álcool em família, o que remete a um problema não solucionado, originando outro problema de mesma relevância.

Na depressão, as causas de natureza biológica, segundo Peluso; Blay (2005) são consideradas menos relevantes na medida em que problemas genéticos são

raramente as causas mais importantes, apesar de terem sua parcela de contribuição. Questões de caráter religioso ou que se atribui a responsabilidade à própria pessoa, como “falta de amor próprio”, também são pouco relevantes como fator desencadeante.

No que diz respeito ao tratamento, a indicação psicofarmacológica remete ao uso dos antidepressivos. Este grupo de psicofarmacos, comumente disponíveis, possuem eficácia para os pacientes em cuidados primários ou em ambulatório. Outra indicação é a realização de psicoterapia cognitiva, psicoterapia interpessoal e psicoterapia de solução de problemas, pois mostram-se efetivas no tratamento dos episódios depressivos leves a moderados (FLECK et al., 2001).

Para o Mello (2004), a psicoterapia é uma forma de tratamento que utiliza como instrumentos a comunicação e o relacionamento sistematizado entre o terapeuta e um ou mais pacientes (terapias de grupo, família e casal). Nesta forma de tratamento, o terapeuta objetiva fazer com que o paciente consiga identificar, entender e dar sentido aos seus conflitos, procurando corrigir as distorções nas percepções que o paciente tem de si mesmo e do meio que o cerca, além de ajudar a melhorar suas relações interpessoais.

Para Arantes (2007); Lima; Migott (2003) a eficácia do trabalho está relacionado à educação do paciente e da família, pois qualquer tentativa de tratar o indivíduo isoladamente de sua família torna-se inútil para ele, uma vez que os principais passos para a promoção da saúde mental e seu tratamento devem ser planejados dentro do contexto familiar. Os pacientes e os membros da família freqüentemente carregam estigmas acerca da depressão e seu tratamento. Durante o processo de cuidar, algumas informações mínimas são necessárias, como: a depressão é doença comum e há tratamento efetivo disponível; a depressão não é fraqueza ou preguiça; a depressão pode afetar a capacidade de decisão; o suporte emocional e prático de familiares e amigos é recurso muito válido; os antidepressivos não provocam dependência (ARANTES, 2007; LIMA; MIGOTT, 2003).

Com base em Santos; Kassouf (2007) a depressão causa severa incapacidade e influência negativa sobre a qualidade de vida dos indivíduos, de suas famílias e da sociedade como um todo. Os indivíduos sofrem por se tornarem,

muitas vezes, incapazes de participar de trabalhos e atividades de lazer, por se tornarem dependentes de outras pessoas, por não conseguirem desempenhar suas responsabilidades dentro da família e com os amigos e pela freqüente discriminação enfrentada na sociedade.

Conforme a intensidade, os sentimentos de raiva, culpa e inutilidade, podem precipitar em pensamentos, sentimentos ou gestos suicidas, acarretando, entre várias outras conseqüências, a concretização do ato (SANTOS; LOPES, 2007; SANTOS; KASSOUF, 2007). O transtorno depressivo é responsável por riscos significativos de morte. Cerca de 15% dos pacientes com transtornos do humor morrem “por suas próprias mãos” e pelo menos 66% de todos os suicídios são precedidos por depressão (ARANTES, 2007).

Paradoxalmente, segundo Santos; Lopes (2007) todos os indivíduos com Depressão são suicidas em potencial. A população muitas vezes não reconhece os sintomas como uma doença e muito menos como um problema que necessita da ajuda do médico. A maioria dos casos são diagnosticados após tentativa de suicídio. Além disso, quando diagnosticada, há associação com a loucura, entendida como perda da razão, como também, há associação com outras patologias (MARTIN; QUIRINO; MARI, 2007).

De acordo com Santos; Lopes (2007) evitar conseqüências trágicas e irreversíveis, se faz necessário adotar a prevenção de toda e qualquer doença, por ser um meio mais eficaz na assistência a saúde, a qual deve ser trabalhada de acordo com duas abordagens principais: o reconhecimento precoce e a ajuda para aqueles sob risco. Em estudo realizado, constatou-se que a maioria dos enfermeiros pesquisados reconhece que é necessário abordar o tema suicídio com os sujeitos que apresentam Depressão.

Ademais, as pessoas deprimidas podem nem procurar o médico devido aos próprios sintomas causadores da enfermidade, como a falta de energia, indecisão, insegurança e culpabilidade, além do estigma associado à enfermidade mental. Neste aspecto, ressaltamos a necessidade da atuação da ESF na busca ativa, detecção, diagnóstico e acompanhamento desses casos, como também o trabalho preventivo na comunidade susceptível (SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003).

A intensidade dos sintomas depressivos demonstrada por Flecka et al. (2002) está inversamente relacionada a vários indicadores subjetivos de bem-estar e saúde em indivíduos que buscam um serviço de cuidados primários de saúde no Brasil. Assim, os pacientes com mais sintomas depressivos possuem mais comprometimento do funcionamento físico e psicológico e avaliam sua qualidade de vida como pior. No entanto, verifica-se a falta de atenção dos profissionais de saúde aos problemas emocionais.

O transtorno depressivo reconhecido como um problema de saúde pública insere-se como atendimento médico primário. Destaca-se que sua prevalência é relativamente alta e por seu impacto no cotidiano de pacientes e familiares envolvidos (FLECKA et al., 2002; COSTA JÚNIOR, 2003; SILVA; FUREGATO; VALENTINIA et al., 2004). Segundo Arantes (2007) a maioria dos pacientes deprimidos (60%) recebe tratamento na Atenção Primária. Estima-se que 50% das prescrições de antidepressivos sejam de clínicos, 30% de psiquiatras e 20% de outras especialidades. De acordo com Arantes (2007); Valentini et al. (2004) os clínicos gerais atuantes na ESF falham na detecção do transtorno em mais de 50% dos casos, e provêm tratamento para apenas um terço deles. Nos pacientes em que o transtorno não é diagnosticado ou é subtratado, observa-se uma pior evolução.

Com base em Valentini et al. (2004) os clínicos da rede primária de saúde não diagnosticam e não tratam a depressão de modo apropriado. Tais conclusões são baseadas na observação das altas taxas de prescrição de benzodiazepínicos e baixas taxas de prescrição de antidepressivos. Frequentemente, estes profissionais recebem treinamentos em hospitais e ambulatórios psiquiátricos, onde os problemas dos pacientes são totalmente diferentes daqueles encontrados na prática diária do centro de saúde. Ademias, segundo Arantes (2007) os antidepressivos são frequentemente prescritos na Atenção Primária, por períodos curtos de tempo. Este tipo de prescrição frequentemente leva a cronicidade do quadro.

Destaca-se, que os cuidados com os doentes mentais que necessitam de atenção diária não se resumem à medicação, mas também um acompanhamento de suporte social, uma reabilitação psicossocial permanente para participar das oficinas terapêuticas, a mais das vezes em suas próprias residências (DELGADO, 2008).

Dessa forma, a problemática da depressão na atenção primária para Santos; Lopes (2007) não se limita apenas ao diagnóstico, como também às demais ações realizadas na ESF, tais como busca ativa, detecção, acompanhamento e que abrangem a equipe como um todo. Prosseguindo afirma que as estratégias de enfermagem como rastreamento de problemas mentais, aconselhamento para indivíduos e famílias em situações que os colocam em alto risco para desenvolvimento de transtornos mentais ou emocionais, grupos de auto-ajuda, visitas domiciliares e outras intervenções intensivas em situações de alto risco envolvendo estresse e falta de suporte social são indicadas na prevenção de Transtornos Mentais. O enfermeiro está diretamente ligado ao programa, quem tem maior contato com toda a equipe, também encontra dificuldades em lidar com as questões de saúde mental, especificamente a depressão.

Estudo realizado por Silva; Furegato; Costa Júnior (2003) demonstra a falta de conhecimento do enfermeiro em lidar com a depressão na rede básica de saúde, no qual seu trabalho se limita ao encaminhamento ao profissional médico, havendo, dessa forma, evidências de submissão profissional, uma vez que não possui formação para desenvolver assistência de enfermagem em saúde mental na atenção básica. Tal problemática sugere a necessidade de capacitação profissional para lidar com ações em saúde mental, no desempenho de suas tarefas profissionais. Os resultados sugerem também que pode haver dificuldades em lidar com suas próprias emoções. Todos esses aspectos podem e devem ser focalizados durante os cursos de graduação, de educação continuada, atualizações e outros aperfeiçoamentos.

A integração da saúde mental na ESF e conseqüente introdução da assistência qualificada aos pacientes depressivos, facilitaria o tratamento, treinando médicos para diagnósticos precisos e enfermeiras na detecção e assistência de enfermagem desses transtornos, como também, a realização de um trabalho educativo sobre os sintomas e prevenção da doença. Apesar da necessidade, a efetividade de programas de treinamento para o tratamento da depressão, voltados para os profissionais dos serviços de atenção primária, permanece controversa (VALENTINI et al., 2004).

Geral

Verificar a prevalência de sintomas depressivos em usuários assistidos pelo programa Estratégia Saúde da Família no Município de Abaiara-CE.

Específicos

Constatar a existência de usuários da ESF apresentando sofrimento mental;

Identificar a presença de sintomas depressivos em usuários da ESF;

Averiguar casos de depressão entre usuários da ESF;

Verificar a correlação entre o instrumento de rastreamento de depressão e os casos das zonas rural e urbana e dados sócio-demográficos.

3.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa é do tipo transversal.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado na atenção primária do Município de Abaiara localizado no interior da região Nordeste, Sul do Estado do Ceará, a 508 km da capital Fortaleza. Em 2013, Abaiara contou com uma população estimada de 11.089 habitantes, taxa de mortalidade infantil de 14,8 e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0,618, menor do que o Estadual (0,682) e do que o Nacional (0,730). Em relação a renda, o valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes da zona rural é de 140,00 e o valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes da Zona Urbana é de 260,00 (IBGE,2013).

O município encontra-se habilitado na gestão plena da Atenção Básica, pertencendo à 19ª Microrregião de Saúde e possui 4 equipes de Saúde da Família cadastradas, sendo 2 da zona urbana e 2 da zona rural. A coleta dos dados foi realizada nas referidas Unidades Saúde da Família. O local foi escolhido por ser de pequeno porte, com acessibilidade à pesquisa e por apresentar usuários cadastrados apresentando sintomas de depressão. Destaca-se que, o Município não dispõe de serviços em saúde mental, CAPS ou NASF, portanto não conta com atuação de psiquiatra ou psicólogo prestando serviços via Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Tais atendimentos são realizados em Municípios vizinhos pela rede pública através do CAPS de referência localizado no Município de Brejo Santo-CE e através da rede privada por meio dos diversos consultórios de psiquiatria particulares localizados nos Municípios maiores do interior, como Brejo Santo (34 km), Barbalha (45,7 km), Juazeiro do Norte (53,7 km) e a Capital Fortaleza (508 km).

3.3 População e Amostra

A população deste estudo é composta por Usuários da Estratégia Saúde da Família do Município de Abaiara com a partir dos 15 anos, respeitando os blocos de faixa-etária do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), totalizando 7.334 usuários cadastrados, conforme se apresenta na seguinte tabela:

Amostra por intenção, não ponderou o número de usuário.

Tabela 01: Distribuição dos usuários da ESF conforme faixa-etária

ESF	Faixa-etária	População
ESF I	15 a 19	388
	20 a 39	1052
	40 a 49	334
	50 a 59	229
	60 ou mais	368
	Total	2371
ESF II	15 a 19	239
	20 a 39	779
	40 a 49	270
	50 a 59	221
	60 ou mais	397
	Total	1906
ESF III	15 a 19	279
	20 a 39	842
	40 a 49	332
	50 a 59	221
	60 ou mais	392
	Total	2066
ESF IV	15 a 19	136
	20 a 39	456
	40 a 49	143
	50 a 59	103
	60 ou mais	153
	Total	991
Total	7334	

A amostra foi composta por usuários que respeitaram aos seguintes critérios de inclusão: 1) estar na faixa etária a partir de 15 anos de idade; 2) serem cadastradas na referida ESF; 3) estiveram presente na ESF para consulta durante o período da coleta dos dados. Como critério de exclusão: 1) apresentar dificuldade de

diálogo. Para o cálculo de tamanho amostral, adotou-se a amostra por intenção, não ponderando assim, o número de usuário.

3.4 Instrumento

Utilizou-se três instrumentos a ser aplicados aos usuários da ESF apresentando sintomas depressivos, sendo estes descritos a seguir:

- Roteiro de entrevista semi-estruturado, contendo questões sócio-demográficas a fim de caracterizar a amostra dos participantes, contendo itens relacionados à idade, sexo, estado civil, renda, ocupação, carga-horária de trabalho, religião e escolaridade;
- Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), questionário desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para uso em serviços de atenção primária em saúde, com a finalidade de avaliar a saúde mental das populações em países em desenvolvimento. Contém 20 itens que compõem 04 grupos de sintomas não-psicóticos, sendo estes: 01-Humor depressivo-ansioso (Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? Assusta-se com facilidade? Sente-se triste ultimamente? Você chora mais do que de costume?); 02- Sintomas somáticos (Tem dores de cabeça frequentemente? Você dorme mal? Você sente desconforto estomacal? Você tem má digestão? Você tem falta de apetite? Tem tremores nas mãos?); 03- Decréscimo de energia vital (Você se cansa-se com facilidade? Tem dificuldade em tomar decisão? Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas? O seu trabalho traz sofrimento? Sente-se cansado todo o tempo? Tem dificuldade de pensar claramente?) e 04- Pensamentos depressivos (Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida? Tem perdido o interesse pelas coisas? Tem pensado em dar fim à sua vida? Sente-se inútil em sua vida?) (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009). Destaca-se que, a comprovação de sofrimento mental será confirmada quando o resultado do teste for maior ou igual a 07 afirmativas dos itens do questionário.
- Inventário de Beck - Depression Inventory Scales, escala mais utilizada, dentre as existentes para screening na Atenção Primária, outrossim, é caracterizada como uma medida de avaliação de depressão, sendo necessário cerca de dez minutos para ser aplicada, tendo sido validada em

Português por Gorestein; Andrade (1998) em uma população de estudantes universitários.

Santos (2008) considera o Inventário de Beck um instrumento como provável medida de avaliação de depressão mais utilizada, tanto no que diz respeito à pesquisa quanto para fins de clínica, e por isso, tem sido traduzido não somente em português, mas em diversos idiomas, o que demonstra sua repercussão internacional e capacidade de apreensão da temática.

A escala original consiste de 21 itens, cada qual com quatro afirmações, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3, zero o neutro e 3 a intensidade máxima, podendo as pontuações do questionário variar de 0 a 63 em sua totalidade. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido (GORESTEIN; ANDRADE, 1998).

Apesar de não ter sido desenvolvida para fins diagnósticos, frequentemente a escala é utilizada em pesquisas de rastreamento de sintomas depressivos, considerando a visão do próprio paciente (GORESTEIN; ANDRADE, 1998; SANTOS, 2008). Neste estudo, utilizar-se-á os seguintes escores apresentados por Gorestein; Andrade (1998); Santos (2008), até 15 pontos como sem depressão, de 16 a 20 para depressão leve, de 21 a 29 como depressão moderada e acima de 30 como depressão grave;

3.5 Procedimento para Coleta de Dados

Inicialmente, obteve-se autorização e confirmação da possibilidade de realização deste estudo junto aos usuários da ESF, a doutoranda apresentou os objetivos da pesquisa às Secretarias de Saúde dos referidos Municípios, solicitando a assinatura do Termo de Autorização.

Após aprovação do Comitê de Ética, deu-se início a coleta dos dados propriamente dita, prevista para os meses de Dezembro de 2013 e Janeiro de 2014, nos turnos matutino ou vespertino, de acordo com a disponibilidade dos pesquisados na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para aplicação dos instrumentos, utilizou-se uma entrevista semi-estruturada. A coleta de dados ocorreu em três momentos, logo após a consulta normal do paciente pelo médico da ESF:

1º momento: Identificação dos usuários da ESF quanto aos dados sócio-demográficos e presença de sofrimento mental através do SRQ-20;

2º momento: Aplicação do Inquérito de Beck aos usuários da ESF que apresentarem escore maior ou igual a 7 no questionário SRQ-20;

3º momento: recolhimento da ficha médica contendo dos dados pessoais do paciente, bem como o diagnóstico médico.

As não houve recusas. Utilizou-se o Inquérito de Beck como padrão-ouro.

3.6 Análise dos Dados

Para análise dos dados utilizar-se-á o Programa Estatístico SPSS versão 18.0 e em todos os testes foram adotados o nível de significância de 5%. Foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk* para testar a normalidade das variáveis quantitativas; os testes *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney* foram utilizados para verificar a associação de dados não paramétricos entre a variável SRQ-20 e as variáveis categóricas; os testes do *Qui-quadrado* e *Exato de Fisher* foram utilizados para verificar associação entre a Classificação de *Beck* as variáveis qualitativas do estudo; A correlação de *Spearman* foi utilizada para verificar a correlação entre SRQ-20 e as variáveis categóricas; O modelo de regressão linear foi utilizado para identificar as variáveis preditoras para a variável SRQ-20 e os modelos de regressão logística multinomiais foram utilizados para identificar variáveis preditoras para a variável Classificação de *Beck*.

3.7 Considerações Éticas

Para o processo de coleta de dados será levado em consideração as exigências contidas na Resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, garantindo a segurança ao anonimato, a privacidade e a desistência em qualquer etapa da pesquisa (BRASIL, 2012). Para tanto, utilizou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em que apresentou a proposta do estudo através de uma linguagem acessível e objetiva que permitiu o entendimento dos participantes, assegurando-lhes a importância da sua participação no estudo, assim como a liberdade de participar ou não, o direito a desistência, bem como o sigilo durante qualquer fase da pesquisa, sem danos a sua assistência, trabalho,

família ou imagem. Ademais, solicitou-se a publicação dos resultados em eventos científicos acadêmicos.

Para melhor compreensão dos resultados, estes serão apresentados em forma de Figuras e Tabelas seguidos da análise dos dados. A Figura 01 apresenta a distribuição da população do Município de Abaiara, da população cadastrada na ESF e da população participante deste estudo, conforme apresentado a seguir:

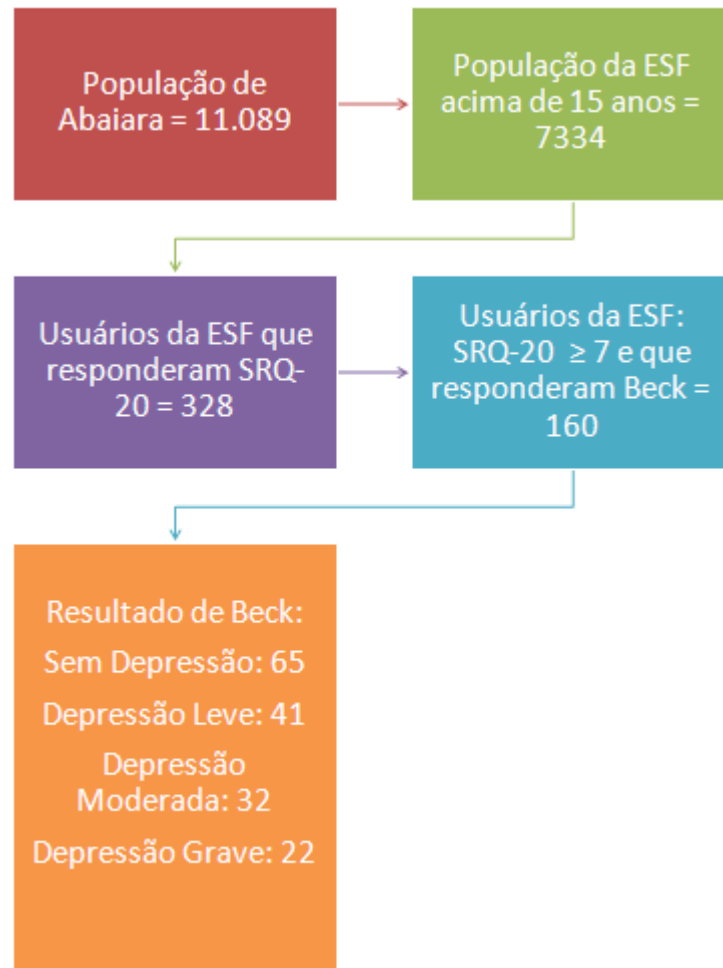


Figura 01: Distribuição da população do Município de Abaiara, da população cadastrada na ESF e da população participante do estudo.

Conforme apresentado na Tabela 01, observa-se que o Município de Abaiara conta com uma população de 11.089 habitantes, destes 7.335 com idade superior a 15 anos são cadastrados nas ESF locais e realizam acompanhamento. Dentre tais usuários da ESF 328 participaram deste estudo respondendo o instrumento SRQ-20 e os que apresentaram Sofrimento Mental (resultados do SRQ-20 igual ou superior a 7 quesitos positivos), foram solicitados a responderem o Inventário de Beck para rastreamento de sintomas depressivos, o que possibilitou identificar 160 usuários em sofrimento mental, destes 65 sem depressão, 41 com depressão leve, 32 com

depressão moderada e 22 com depressão grave. As tabelas a seguir mostram a composição da amostra em relação a todas as variáveis categóricas estudadas.

A tabela 2 apresenta as variáveis categóricas que serão associadas com os instrumentos Beck e SRQ20, bem como a classificação dos mesmos.

Tabela 2. Descrição das variáveis categóricas estudadas.

Variável	Categoria	N	%
Classificação de Beck	Sem depressão	233	71,0
	Com depressão	95	29,0
	Total	328	100,0
Classificação SRQ20	Ausência de sofrimento mental	168	51,2
	Presença de sofrimento mental	160	48,8
	Total	328	100,0
Estado Civil	Solteiro	100	30,5
	Casado	193	58,8
	Viúvo ou Separado	35	10,7
	Total	328	100,0
Propriedade da Residência	Própria	254	77,4
	Não própria	74	22,6
	Total	328	100,0
Tipo de Renda	Empregado	264	80,5
	Desempregado	27	8,2
	Aposentado/Pensionista	37	11,3
	Total	328	100,0

N: número de indivíduos.

Dentre os pesquisados, observa-se que 95 (29%) apresentaram depressão, 160 (48,8%) sofrimento mental, a maioria 193 (58,8%) eram casados, 254 (77,4%) residiam em casa própria e 264 (80,5%) são empregados. Essa tabela aponta para a preocupante frequência dos sintomas depressivos e presença de sofrimento mental em relação aos usuários da ESF, observando elevados índices (29%) e (48,8%), considerando que esta população foi escolhida aleatoriamente o que traz uma representatividade considerável para a população geral.

Tabela 3: Associações entre Inquérito de Beck e as variáveis sociodemográficas do estudo.

Variável	Categoria	Classificação de Beck		Total N (%)	χ^2	p	pFisher
		Sem Depressão	Com Depressão				
		N (%)	N (%)				
Gênero	Feminino	150 (65,8%)	78 (34,2%)	228 (100%)	10,007	0,002*	0,001*
	Masculino	83 (83,0%)	17 (17,0%)	100 (100,0%)			
Filhos faleceram	Sim	47 (64,4%)	26 (35,6%)	73 (100,0%)	2,02	0,155	0,188
	Não	186 (72,9%)	69 (27,1%)	255 (100,0%)			
Estado Civil	Solteiro	80 (80,0%)	20 (20,0%)	100 (100,0%)	14,81	0,001*	0,001*
	Casado	37 (71,0%)	56 (29,0%)	193 (100,0%)			
	Viúvo ou Separado	16 (45,7%)	19 (54,3%)	35 (100,0%)			
Carga horária de trabalho diário	4h	29 (85,3%)	5 (14,7%)	34 (100,0%)	4,665	0,097	0,123
	8h	202 (69,2%)	90 (30,8%)	292 (100,0%)			
	12h	2 (100,0%)	0 (0,0%)	2 (100,0%)			
Religião	Católico	217 (70,7%)	90 (29,3%)	307 (100,0%)	0,579	0,749	0,859
	Evangélico	15 (75,0%)	5 (25,0%)	20 (100,0%)			
	Sem Religião	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)			
Escolaridade	Sem Instrução	22 (68,8%)	10 (31,3%)	32 (100,0%)	4,284	0,638	0,662
	Ensino Básico Incompleto	55 (69,6%)	24 (30,4%)	79 (100,0%)			
	Ensino Básico Completo	16 (76,2%)	5 (23,8%)	21 (100,0%)			
	Ensino Médio Incompleto	12 (60,0%)	8 (40,0%)	20 (100,0%)			
	Ensino Médio Completo	81 (69,8%)	35 (30,2%)	116 (100,0%)			
	Ensino Superior Incompleto	10 (90,9%)	1 (9,1%)	11 (100,0%)			
	Ensino Superior Completo	37 (75,5%)	12 (24,5%)	49 (100,0%)			
Ter Renda	Sim	167 (68,2%)	78 (31,8%)	245 (100,0%)	3,885	0,049	0,051
	Não	66 (79,5%)	17 (20,5%)	83 (100,0%)			
Valor da Renda	Sem renda	66 (79,5%)	17 (20,5%)	83 (100,0%)	6,908	0,075	0,075
	Igual ou inferior a um salário mínimo	134 (66,7%)	67 (33,3%)	201 (100,0%)			
	Entre 1 e 3 salários mínimos	23 (69,7%)	10 (30,3%)	33 (100,0%)			
	Entre 3 e 6 salários mínimos	10 (90,9%)	1 (9,1%)	11 (100,0%)			
Local onde reside	Zona Urbana	167 (71,7%)	66 (28,3%)	233 (100,0%)	0,159	0,69	0,689
	Zona Rural	66 (69,5%)	29 (30,5%)	95 (100,0%)			
Total		233 (71,0%)	95 (29,0%)	328 (100,0%)			

Tabela 4: Associações entre Inquérito de Beck e as variáveis relacionadas à saúde.

Variável	Categoria	Classificação de Beck		Total N (%)	χ^2	p	pFisher
		Sem Depressão	Com Depressão				
		N (%)	N (%)				
Estratégia de saúde da família	I	80 (88,9%)	10 (11,1%)	90 (100,0%)	20,03	<0,001*	<0,001*
	II	65 (61,3%)	41 (38,7%)	106 (100,0%)			
	III	80 (66,7%)	40 (33,3%)	120 (100,0%)			
	IV	8 (66,7%)	4 (33,3%)	12 (100,0%)			
Presença de problemas emocionais	Sim	60 (48,0%)	65 (52,0%)	125 (100,0%)	52,095	<0,001*	<0,001*
	Não	173 (85,2%)	30 (14,8%)	203 (100,0%)			
Estresse	Não	218 (70,6%)	91 (29,4%)	309 (100,0%)	0,613	0,433	0,604
	Sim	15 (78,9%)	4 (21,1%)	19 (100,0%)			
Síndrome do pânico	Não	227 (71,6%)	90 (28,4%)	317 (100,0%)	1,504	0,22	0,308
	Sim	6 (54,5%)	5 (45,5%)	11 (100,0%)			
Ansiedade	Não	215 (71,0%)	88 (29,0%)	303 (100,0%)	0,012	0,912	1,000
	Sim	18 (72,0%)	7 (28,0%)	25 (100,0%)			
Insônia	Não	232 (71,6%)	92 (28,4%)	324 (100,0%)	4,171	0,041	0,075
	Sim	1 (25,0%)	3 (75,0%)	4 (100,0%)			
Nervosismo	Não	233 (72,6%)	88 (27,4%)	321 (100,0%)	17,543	<0,001*	<0,001*
	Sim	0 (0,0%)	7 (100,0%)	7 (100,0%)			
Depressão	Não	206 (78,0%)	58 (22,0%)	264 (100,0%)	32,165	<0,001*	<0,001*
	Sim	27 (42,2%)	37 (57,8%)	64 (100,0%)			
Adesão ao tratamento	Sim	39 (43,8%)	50 (56,2%)	89 (100,0%)	43,974	<0,001*	<0,001*
	Não	194 (81,2%)	45 (18,8%)	239 (100,0%)			
Tratamento psicológico	Não	223 (70,8%)	92 (29,2%)	315 (100,0%)	0,228	0,633	0,763
	Sim	10 (76,9%)	3 (23,1%)	13 (100,0%)			
Tratamento psiquiátrico	Não	219 (74,7%)	74 (25,3%)	293 (100,0%)	18,344	<0,001*	<0,001*
	Sim	14 (40,0%)	21 (60,0%)	35 (100,0%)			
Tratamento medicamentoso	Não	200 (80,6%)	48 (19,4%)	248 (100,0%)	45,627	<0,001*	<0,001*
	Sim	33 (41,3%)	47 (58,8%)	80 (100,0%)			
Outros tratamentos	Não	233 (71,3%)	94 (28,7%)	327 (100,0%)	2,46	0,117	0,290
	Sim	0 (0,0%)	1 (100,0%)	1 (100,0%)			
Total		233 (71,0%)	95 (29,0%)	328 (100,0%)			

Constata-se, nas Tabelas 3 e 4, que houve associação estatisticamente significativa entre gênero, estado civil, ESF, presença de problemas emocionais, nervosismo, depressão, tratamento psiquiátrico e tratamento medicamentoso. Verificou-se que as mulheres apresentaram o dobro de frequência de depressão 78(34,2%) quando comparadas ao sexo masculino 17(17,0%), mais da metade dos indivíduos viúvos ou separados 19(54,3%) apresentaram depressão, seguido por casados 56(29%), a unidade com maior frequência de usuários apresentando sintomas depressivos foi a ESF I e a maioria dos entrevistados em acompanhamento com o profissional psiquiatra 21(60,0%) e/ou tratamento medicamentoso 47(58,8%) apresentaram sintomas depressivos quando comparado aos que não realizavam tratamento. Destaca-se o elevado índice de pacientes que apresentaram sintomas depressivos e não realizavam tratamento 48(50,50%).

Na avaliação subjetiva das pessoas que buscaram atendimento na ESF, 125 consideraram apresentar problemas emocionais, destes 65(52,0%) obtiveram Inventário de Beck positivo; 264 afirmaram sofrer de depressão, destes 58(22%) foram confirmados pelo Inventário de Beck e 7 informaram nervosismo como problema, sendo os 7(100%) positivo para Inventário de Beck.

Embora o Teste Exato de Fisher não tenha revelado associação estatisticamente significativa entre o histórico de falecimento de filhos, carga-horária de trabalho diário, religião, escolaridade, ter renda, valor da renda, local de residência, estresse, síndrome do pânico, ansiedade, insônia, tratamento psicológico e outros tratamentos, podem ser evidenciados alguns aspectos relevantes, como maior porcentagem de depressão 8(40,0%) entre os entrevistados que afirmaram apenas Ensino Médio Incompleto quando questionados sobre a escolaridade, destacando-se que a maioria 267(81,4%) não ingressaram na universidade. Ademais, a maioria 201(61,3%) possui renda apenas Igual ou inferior a um salário mínimo e uma parcela considerável 83(25,3%) referiu não possuir renda alguma.

Foram ajustados modelos de regressão logística para verificar se a perda de filhos é capaz de prever sofrimento mental e sintomas depressivos. Foram calculados valores de OR (*Odds ratio* ou - razão de chances), que indica a chance de uma variável prever a presença de sofrimento mental e presença de depressão.

Quando $OR > 1$, o risco aumenta (Variável de risco) e quando $OR < 1$, o risco diminui (variável protetora).

Tabela 5: Modelo de regressão logística para calcular a chance de apresentar sofrimento mental e/ou depressão utilizando como independente a variável Perda de filhos.

Variável Dependente	Variáveis Independentes	p	OR	IC 95%	
				Inferior	Superior
Beck SRQ-20	Faleceu algum filho (Sim)	0,157	1,491	0,858	2,592
		0,091	1,573	0,93	2,66
SRQ-20	Mulheres que perderam filhos	0,009*	2,448	1,256	4,77
	Homens que perderam filhos	0,175	0,44	0,134	1,44
Beck	Mulheres que perderam filhos	0,054	1,854	0,989	3,478
	Homens que perderam filhos	0,36	0,481	0,101	2,303

OR: *Odds Ratio*; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; * $p < 0,05$.

A análise, após o ajuste do modelo final da regressão logística, revelou que a variável causa impacto significativo para o aparecimento de sofrimento mental em **Mulheres que perderam filhos**, sendo capaz de predizer 2,448 vezes maior de chance de apresentar sofrimento mental do que as mulheres que não perderam filhos.

Tabela 6: Modelo de regressão logística para calcular a chance de apresentar sofrimento mental.

SRQ-20	p	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
Idade	0,877	0,998	0,973	1,024
Gênero (Feminino)	<0,001*	3,922	2,183	7,046
Escolaridade (Ens. Básico incompleto)	0,733	1,179	0,457	3,045
Escolaridade (Ens. Básico completo)	0,685	1,306	0,36	4,734
Escolaridade (Ens. Médio incompleto)	0,137	3,103	0,697	13,815
Escolaridade (Ens. Médio completo)	0,564	0,733	0,255	2,107
Escolaridade (Ens. Superior incompleto)	0,729	0,731	0,125	4,276
Escolaridade (Ens. Superior completo)	0,412	0,614	0,191	1,969
Tem renda (Inferior a 1 salário)	0,001*	3,066	1,596	5,891
Local onde reside (Zona urbana)	0,971	1,01	0,582	1,753
Faleceu algum filho (Sim)	0,588	1,268	0,537	2,994
Quantidade de filhos falecidos	0,849	1,034	0,735	1,453
Estado civil (Casado)	0,094	1,652	0,917	2,977
Estado civil (Viúvo ou separado)	0,16	1,982	0,763	5,147
A casa onde mora é (Não própria)	0,118	1,624	0,884	2,983
Tipo de renda (Desempregado)	<0,001*	0,073	0,022	0,238
Tipo renda (Aposentado/Pensionista)	0,246	0,568	0,219	1,478

OR: *Odds Ratio*; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Em nosso estudo as variáveis: **Gênero**, **Tem renda** e **Tipo de renda** foram capazes de prever significativamente a presença de Sofrimento mental. Ser do sexo feminino e possuir renda aumenta em 3,922 e 3,066 vezes, respectivamente, e estar desempregado diminui em 0,073 vezes a chance de apresentar sofrimento mental.

Tabela 7: Modelo de regressão logística para calcular a chance de apresentar depressão.

Beck	p	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
Idade	0,992	1	0,973	1,028
Gênero (Feminino)	<0,001*	3,667	1,848	7,277
Escolaridade (Ens. Básico incompleto)	0,907	0,941	0,341	2,595
Escolaridade (Ens. Básico completo)	0,774	0,816	0,204	3,273
Escolaridade (Ens. Médio incompleto)	0,612	1,454	0,342	6,19
Escolaridade (Ens. Médio completo)	0,545	0,712	0,237	2,14
Escolaridade (Ens. Superior incompleto)	0,204	0,212	0,019	2,316
Escolaridade (Ens. Superior completo)	0,066	0,311	0,089	1,081
Local onde reside (Zona urbana)	0,411	0,779	0,429	1,413
Faleceu algum filho (Sim)	0,901	1,06	0,424	2,648
Quantidade de filhos falecidos	0,721	1,077	0,717	1,617
Estado civil (Casado)	0,193	1,555	0,8	3,022
Estado civil (Viúvo ou separado)	0,007*	3,951	1,465	10,653
A casa onde mora é (Não própria)	0,948	1,021	0,542	1,923
Tipo de renda (Desempregado)	0,002*	0,121	0,033	0,451
Tipo de renda (Aposentado/Pensionista)	0,005*	0,204	0,067	0,621

OR: *Odds Ratio*; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Ainda considerando a regressão logística, esta revelou que as variáveis: **Gênero**, **Estado Civil** e **Tipo de renda** foram capazes de prever significativamente a presença de depressão. Ser do sexo feminino e estar viúvo ou separado aumenta em 3,667 e 3,951 vezes, respectivamente, a chance de apresentar depressão. Além disso, estar desempregado ou ser aposentado/pensionista diminui em 0,121 e 0,204 vezes a chance de apresentar depressão.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo buscou verificar a prevalência de sofrimento mental e sintomas depressivos em 328 usuários assistidos pelo Programa ESF de um Município de pequeno porte, destes 95 (29%) apresentaram sintomas depressivos. Constatou-se elevado índice, o que remete à ocorrência de considerável demanda de pacientes psiquiátricos a procura de atendimento na atenção primária a saúde. Tais resultados são semelhantes a vários estudos nacionais Peluso; Blay, 2008 (São Paulo-SP); Hoffmann et al, 2010 (Montes Claros-MG); Lopez et al, 2011; Molina et al, 2012 (Pelotas-RS); Andrade et al 2012 (São Paulo-SP).

Dentre estes, destaca-se um estudo realizado nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pelotas-RS, objetivando verificar a prevalência de depressão e de fatores associados em indivíduos com idade superior a 14 anos e identificou que, dos entrevistados que buscaram atendimento na atenção primária 14,9% apresentaram risco de suicídio e a prevalência de depressão foi de 23,9% (MOLINA et al, 2012).

Destaca-se que, os resultados deste estudo apresentam uma frequência maior quando comparados aos resultados de pesquisas internacionais Apóstolo et al., 2008 (Portugal); Ansseau, 2008 (Bélgica); Apóstolo et al., 2011 (Portugal); Grandes, 2011 (Bélgica); Gabilondo et al., 2012; Amoran; Ogunsemi; Lasebikan, 2012 (Nigéria); (Espanha); Rancans et al., 2014 (Latvia); Sacks et al 2014 (Estados Unidos); Lejtzen et al., 2014 (Suécia); Buffel; Velde; Bracke, 2014 (Europa).

Dentre estes faz-se alusão a um estudo objetivando descrever os níveis de depressão, ansiedade e stresse de pacientes de um Centro de Saúde de uma Cidade do centro de Portugal e identificou que dentre 192 entrevistados, 10,93% apresentaram depressão leve; 18,23% depressão moderada e 10,42% depressão grave (Apóstolo et al., 2008). Observa-se outro estudo com o mesmo objetivo, realizado em Portugal 3 anos depois com o total de 343 entrevistados, demonstrando resultados com discreto aumento para a depressão leve com 11,08%; e diminuição da porcentagem para depressão moderada com 17,20% e depressão grave 6,12% (Apóstolo et al., 2011), contudo tais resultados ainda são preocupantes. Já na Lituânia, ainda na Europa, identificou-se frequências bem menores, em torno de 6,7% na população geral (RANCANS et al., 2014).

Nesta perspectiva, é de grande valia mencionar um estudo com o objetivo de descrever e comparar a prevalência de transtornos mentais na população do centro

de cuidados primários e estimar o seu impacto na qualidade de vida, realizou-se com 2.539 indivíduos na Espanha. A prevalência dos transtornos de humor foi de 23,2% e de 20,7% para transtorno depressivo ao longo da vida, nos últimos 12 meses, sendo os mais acometidos na população estudada. Ocorreram em oito Centros de Atendimento de atenção primária (Grandes, 2011).

Vale salientar ainda um estudo realizado na Bélgica, em Luxemburgo objetivando avaliar o papel dos fatores socioeconômicos nos diagnósticos de Ansiedade Generalizada e Depressão, resultados significativos foram observadas nos motivos de consulta para depressão, que era mais freqüente em Bruxelas e na Valónia (12,1 e 11,6%, respectivamente) do que no Luxemburgo e na Flandres (6,1 e 5,2%, respectivamente). Diferenças socioeconômicas marcadas foram encontradas entre as regiões. A proporção de pacientes vivendo sozinho foi significativamente maior em Bruxelas. A proporção de pacientes com menor grau de formação foi maior na região de Valónia. Em relação ao estado profissional, os pacientes sem renda foram mais freqüentes na cidade de Bruxelas do que em as outras regiões, considerando que o desemprego foi registrado com mais freqüência na Valónia e Bruxelas do que em Flandres e Luxemburgo (ANSSEAU, 2008).

Considerando tais resultados, observa-se nitidamente que apesar destes estudos serem realizados em grandes centros, os resultados com maior porcentagem de depressão estão associados a características peculiares dos municípios de pequeno porte, tais como pessoas com menor grau de formação, sem renda e desempregadas, sendo estas presentes nestes municípios na maior parcela da população devido ao limitado desenvolvimento econômico, o que torna a problemática da depressão mais preocupante, pois esta alia-se a limitação de acesso ao tratamento típico dessas localidades, considerando que a implantação dos programas do Ministério da Saúde adotam como pré-requisito o total de habitantes, beneficiando os grandes centros.

A maioria dos estudos são realizados em grandes centros, tanto nacionais quanto internacionais, devido a inserção de Universidades e pesquisadores nestas localidades, facilitando tanto o acesso quanto a vivencia e/ou conhecimento da realidade *in locu* e as problemáticas existentes, motivando-os à realização de investigações científicas. Já nos Municípios pequenos ou suburbanos, os estudos

são praticamente inexistentes, dificultando a comparação dos resultados desse estudo.

No que diz respeito a estudos brasileiros em Municípios de Pequeno porte, é possível mencionar apenas um, realizado em um Município do Estado do Paraná com 4.147 habitantes. O estudo foi realizado através da coleta dos discursos dos familiares dos portadores de transtorno mental e através destes é declarada a inexistência da atenção em saúde mental na perspectiva extra-hospitalar. Mais do que isso, é desconhecida. A atenção a saúde mental continua reduzida ao uso de medicação, que, via de regra, é um conjunto de psicotrópicos que se repete sistematicamente e em número nada desprezível. E, quando ocorre o agravo do transtorno mental, a única referência, nessa situação, é a internação do paciente em hospital psiquiátrico em municípios mais próximos. É o encaminhamento “natural”, sem questionamento ou reivindicação de um outro tipo de assistência, que a pessoa portadora de sofrimento mental ignora como direito seu (BOARINI, 2009). Nesta realidade estão inseridos os casos de depressão, que são negligenciados desde a identificação ao tratamento.

Já em relação aos estudos internacionais, não identificou-se investigações de rastreamento de depressão em Municípios suburbanos. Contudo, um estudo realizado na Escócia buscou realizar um levantamento da quantidade de psicotrópicos prescritos para a ansiedade, depressão e psicose em áreas urbanas e rurais. Os resultados demonstraram que as áreas urbanas têm taxas mais elevadas de prescrição destas medicações, não sendo apresentadas as condições de acesso ao tratamento entre as áreas e nem um levantamento dos sintomas de tais transtornos, o que limita a discussão e a comparação dos dados (MCKENZIE; MURRAY; BOOTH, 2013).

A literatura demonstra que os índices de depressão na atenção primária a saúde apresentam frequências consideráveis tanto nos estudos nacionais quanto nos estudos internacionais, contudo observa-se maiores índices nos estudos desenvolvidos no Brasil, o que remete as lacunas na assistência e nas políticas públicas direcionadas a tal problemática e o pouco investimento em pesquisas nesse âmbito (ANSSEAU, 2008; APÓSTOLO et al, 2008; PELUSO; BLAY, 2008; HOFFMANN et al, 2010; APÓSTOLO et al, 2011; GRANDES, 2011; LOPEZ et al.,

2011; GABILONDO et al., 2012; MOLINA et al., 2012; RANCANS et al., 2014; SACKS; GREENE; HIBBARD; OVERTON, 2014).

Já no contexto mundial, apesar dos poucos estudos publicados, observou-se investimentos em pesquisas científicas para aprimorar o cuidado nos serviços primários nos Estados Unidos (McCann; Lubman, 2012); França (Rondet et al, 2013); Espanha (Romera et al., 2013); Austrália (Sacks; Greene; Hibbard; Overton, 2014); e Espanha (Gómez et al, 2014). Dentre estes, destaca-se um estudo realizado nos serviços sanitários de Fairview em Minnesota nos Estados Unidos, que buscou testar o instrumento “Patient Health Questionnaire (PHQ)”, no intuito de identificar previamente índices de recidiva e da evolução da depressão entre pacientes com depressão no período de um ano, sendo possível prever tais resultados, auxiliando num tratamento precoce mais eficaz e aderido por estes serviços (SACKS; GREENE; HIBBARD; OVERTON, 2014).

Nesta perspectiva, quando comparado ao Brasil, percebe-se o quanto é nítida a acessibilidade aos cuidados primários em saúde mental nos países da Europa (Buffel; Velde; Bracke, 2014) e Estados Unidos (Pettersen et al, 2014), sendo estes utilizados com maior frequência pela população menos favorecida economicamente, uma vez que a classe mais favorecida utiliza os serviços especializados. Destaca-se que lacunas nestes serviços são apontadas, principalmente no que tange aos cuidados em rede (PHILLIPS JÚNIOR et al., 2011; SZYMANSKI et al., 2012).

Observa-se que os estudos nacionais utilizam instrumentos de identificação de sintomas depressivos apenas para fins de pesquisa científica, com a notória ausência da adesão destes instrumentos no contexto da assistência nas Unidades Básicas de Saúde (PELUSO; BLAY, 2008; HOFFMANN et al., 2010; LOPEZ et al., 2011; MOLINA et al., 2012; MINGHELLI et al., 2013;)

Ademais, deve-se considerar os fatores exógenos que podem contribuir para um maior índice dos níveis de depressão, notadamente característicos de municípios brasileiros de pequeno porte como o menor grau de escolaridade e nível socioeconômico baixo. Dessa forma, a alta prevalência encontrada neste estudo pode refletir a realidade da população estudada, pelo fato de a maioria da população entrevistada pertencerem as zonas periféricas menos favorecidas, compondo a maior parcela da cidade (MINGHELLI et al., 2013; MOLINA, et al., 2012). Tais características podem remeter a presença de sofrimento mental

investigada nesse estudo, onde identificou-se índices alarmantes, com presença de sofrimento mental para 48,5% da população estudada.

E ainda, os sintomas depressivos podem estar associados a doenças crônicas, típicas das doenças que compõem os programas da ESF, a exemplo do Programa de Acompanhamento a Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). Um estudo realizado com a população geral da Espanha, objetivando identificar a associação da presença de episódio depressivo durante 1 ano em pacientes com diversas doenças crônicas, identificaram que 5.9% da população estudada apresentou esta associação. Tal resultado é considerável, uma vez que a população geral desse estudo apresentou uma predominância relativamente baixa de depressão, em torno de 1,5% (GABILONDO et al., 2012).

Assim, percebe-se que a depressão não se caracteriza apenas como problema de saúde, mas um problema social, uma vez que a manifestação da mesma está diretamente associada ao contexto de vulnerabilidade da população, permeada por diversos aspectos. Um estudo realizado em Detroit, Michigan nos Estados Unidos, objetivando investigar os efeitos de eventos traumáticos durante um período de 1 ano em mudanças na severidade da depressão, identificou uma relação fortemente positiva entre o número de eventos traumáticos e o agravamento da depressão (Tracy et al., 2014). Dessa forma, inclui-se também a violência como agravante no quadro depressivo, podendo esta estar atrelada ao uso de drogas, típico dos Municípios pequenos, devido a facilidade do acesso em detrimento da fragilidade da Organização da Segurança Pública nestes locais.

Os níveis de depressão foram em dobro mais prevalentes no gênero feminino. O mesmo foi observado em outros estudos (LIAO, 2012; MINGHELLI et al., 2013; RANCANS et al., 2014; LEJTZÉN et al., 2014; BUFFEL; VELDE; BRACKE, 2014). A doença depressiva é diagnosticada duas vezes mais nas mulheres devido a uma maior frequência de ida a consultas médicas e a maior adesão a tratamentos de saúde, que conseqüentemente conduz a uma maior detecção desses casos (MINGHELLI et al, 2013).

Outro fator que foi identificado com significância e que pode interferir nos níveis de depressão é o estado civil, cuja ausência do cônjuge pode aumentar a prevalência desse sintoma (MINGHELLI et al., 2013; RANCANS et al., 2014; KAMIYA et al., 2013; LEJTZÉN et al., 2014; BUFFEL; VELDE; BRACKE, 2014).

Estudo realizado por Minghelli et al., (2013) confirma tal fato, através da realização de regressão logística que verificou que estar sozinho aumenta em até oito vezes a probabilidade de desenvolver sinais de depressão.

Quanto a presença de doenças, a literatura revela que diversas doenças estão associadas a depressão, principalmente as doenças neurológicas (GABILONDO et al., 2012; MINGHELLI et al., 2013; RANCANS et al., 2014). Percebeu-se nesse estudo, associação significativa da depressão com presença de problemas emocionais e nervosismo. No entanto, apesar de verificada essa associação, não realizou-se classificação da cronicidade e incapacidade, como também não realizou-se diagnósticos firmados com consulta psiquiátrica, sendo informado pelo próprio pesquisado. Contudo, uma pesquisa realizada por Rancans et al. (2014) demonstra que apresentar problemas de saúde pode aumentar em até 4.5 vezes o desencadeamento da depressão. Assim, é de suma importância que os serviços de atenção primária adotem instrumentos de auto-avaliação da saúde entre seus usuários.

Ademais, o mesmo ocorre no que diz respeito a satisfação com a vida, estando esta associada fortemente com as características que podem desencadear a depressão, quais sejam: baixa renda, baixa escolaridade, violência e presença de doença crônica (RISSANEN et al., 2013; LEJTZÉN et al., 2014; BUFFEL; VELDE; BRACKE, 2014). Neste sentido, pode-se relacionar a diversas situações que causam algum tipo de dificuldade, como identificado neste estudo através de regressão logística que a mulher que perdeu um filho aumenta em 0,009 vezes de apresentar sofrimento emocional, fazendo-se necessário essa abordagem nas consultas nas UBS.

Vale destacar, a significância da associação do rastreamento da depressão através do Inquérito de Beck e a depressão auto-informada. Dos entrevistados que informaram não receber diagnóstico de depressão, 22% apresentaram Inquérito de Beck Positivo, sendo estes não diagnosticados e presentes na ESF com a finalidade de acesso a outros serviços. Percebe-se as fragilidades da identificação dos sintomas depressivos na atenção básica a saúde, como também a frequência de pacientes apresentando tais sintomas nestas unidades. Estudos demonstram o quanto é alarmante a ocorrência de pacientes psiquiátricos que freqüentam os serviços de cuidados primários de saúde no Brasil (PELUSO; BLAY, 2008;

HOFFMANN et al., 2010; LOPEZ et al., 2011; MOLINA et al., 2012;) e o quanto é incipiente a assistência na atenção primária, com fragilidades desde o diagnóstico ao tratamento (MARQUES; ZUARDI, 2011; GÓMEZ, 2014).

Ademais, dos entrevistados que afirmaram serem diagnosticados com depressão, 42,2% acusaram Inquérito de Beck negativo, o que nos leva a supor que estes encontram-se em curso de acompanhamento e que este tem auxiliado a cessar os sintomas. Já outros 57,8%, afirmaram o diagnóstico de depressão e acusaram Inquérito de Beck positivo, o que confirma o diagnóstico e demonstra evidências da permanência dos sintomas. Contudo, estes dados direcionam apenas a possibilidades, exigindo estudos mais específicos e com uma abordagem clínica controlada e realizada por profissionais especialistas. Apesar destas limitações, não pode-se negligenciar tais resultados, o que remete a lacunas que devem ser consideradas.

Com base em Marques; Zuardi (2011) é perceptível a necessidade de investimentos na atenção primária em saúde mental no Brasil, através de investimentos e adoção de instrumentos capazes de traçar avaliações precisas considerando o físico, o emocional e o bem estar social e subjetivo desta população. Segundo Andrade et al. (2012), dos casos de transtornos mental identificados em estudo em São Paulo-Brasil, apenas 1/3 recebem tratamentos quando agravados e em serviços especializados.

O estudo de Boarini (2009) comprova tal necessidade, de maneira mais acentuada nos Municípios de Pequeno Porte, onde devido a ausência de ações na atenção primária, ocorre o agravamento dos casos, e os familiares dos portadores de transtornos mental relatam que estes ficam a mercê do interesse do gestor, que na grande maioria das vezes não tem na atenção à saúde mental uma de suas prioridades. Nesse estudo, foi citado que, nos casos de agravamento, quando o familiar solicita a retirada do seu parente do hospital psiquiátrico porque não está percebendo melhora, a gestora responde que não pode fazer mais nada. Dessa forma, configura-se a ausência de uma rede de cuidados que, de fato, desenvolva ações mais resolutivas e maior abrangência social.

Vale destacar que, a implantação de programas ou serviços destinados a Municípios de Pequeno Porte não possibilitará o impacto necessário na

resolutividade do atual quadro, mais do que serviços isolados, há a necessidade de estruturação da rede de cuidados através de uma reforma na gestão.

O presente estudo apresentou algumas limitações, notadamente a escolha não aleatória da amostra, considerando a demanda semanal em cada ESF estudada e não excluindo a presença de doenças crônicas da população, podendo contribuir para lacunas no cálculo amostral e associações da depressão com outras doenças. Outra limitação seria as informações auto-informadas pelos entrevistados, poderia ter-se realizado uma avaliação clínica no intuito de colher dados mais precisos para a realização das associações, contudo este não foi possível devido a ausência de um profissional habilitado com disponibilidade para a realização de tal avaliação.

Em relação a discussão, percebeu-se a escassez de estudos que identifiquem sintomas ou episódios de depressão em Municípios de pequeno porte. Na literatura, grande parte dos estudos na atenção primária busca avaliar os transtornos mentais de forma geral ou a ocorrência de depressão em populações específicas (homens, mulheres e idosos) pertencentes a grandes centros. Em função disso, tornou-se difícil a comparação com resultados obtidos nesse estudo. Por outro lado, como aspecto positivo, o estudo contou com a população de distintas UBS localizadas em diferentes pontos da cidade e foi utilizado um instrumento de rastreamento específico para tal população.

6. CONCLUSÃO

Diante dos resultados percebeu-se o quanto é freqüente usuários da ESF com sintomas depressivos e freqüentando as UBS Saúde, bem como identificou-se fatores associados aos sintomas depressivos, tais como ser do sexo feminino, solteiro ou viúvo, ter renda inferior a 1 salário mínimo e vivenciar situação de sofrimento mental como a perda de filho.

Diante disso, sugere-se a criação de protocolos de saúde mental para a atenção primária a saúde, instrumentos específicos de rastreamento considerando os fatores associados e inserção de indicadores de saúde mental na atenção básica a saúde.

Ademais, percebe-se a necessidade de estruturar a rede de cuidados em saúde mental, para tanto é de suma importância fortalecer a gestão, através de coordenadores municipais e estaduais de saúde mental, no intuito de conduzir tal processo.

Sugere-se, por fim, investimentos em pesquisas científicas que explorem tal temática, no intuito de fortalecer a assistência, principalmente no que tange a identificação precoce dos casos e o seu devido acompanhamento.

REFERÊNCIAS

Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2009; 25(5):1103-12.

Almeida AM, Stroppa A. Importância e impacto da espiritualidade na saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2009; 2(1):2-6.

Anthikad J. tradução Fernando Gomes do Nascimento. *Psicologia para a Enfermagem*. 2ª ed. São Paulo: Reichmann & Editores, 2005.

Amoran OE, Ogunsemi OO, Lasebikan VO. Assessment of mental disorders using the patient health questionnaire as a general screening tool in western Nigeria: A community-based study. *J Neurosci Rural Pract*. 2012;3:6-11.

Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Silva CA, Siu ER, Nishimura R, Anthony C, Gattaz WF, Kessler RC, Viana MC. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS ONE*. 2012; 7(2):e31879.

Anseau M, Fischler B, Dierick M, Albert A, Leyman S, Mignon A. Socioeconomic correlates of Generalized Anxiety Disorder And Major Depression In Primary Care: The Gadis li Study (Generalized Anxiety And Depression Impact Survey li). *Depress Anxiety*. 2008;25:506-13.

Apóstolo J, Ventura A, Caetano C, Costa S. Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. *Rev Referência*. 2008; 2(8):45-9.

Apóstolo JLA, Figueiredo MH, Mendes AC, Rodrigues MA. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(2):[06 telas].

Aranha, M. Culpa. Instituto de Ciências Cognitivas, 2009. Disponível em www.icc-br.org.

Arantes, D. V. Depressão na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Medicina*. 2007;2(8):261-270.

Associação Brasileira de Psiquiatria. Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. 2006.

Barbosa SRCS. Subjetividade e Complexidade Social: Contribuições ao Estudo da Depressão. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. 2006; 16(2):317-50.

Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa – Portugal: edições 70, 1977.

Barros MMMA, Chagas, MIO, Dias MSA. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):227-32.

Benjamin R, Szymanski, Bohnert KM, Zivin, McCarthy JF. Integrated Care: Treatment Initiation Following Positive Depression Screens. *J Gen Intern Med.* 2012;28(3):346–52.

Boarini, M. L. A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. *Psicologia em Revista.* 2009;15(1):28-50.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Resolução n. 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Atenção Básica. 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1>. Acesso em: 04/09/2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Base de dados. 2009c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149>. Acesso em: 04/09/2009.

Brasil. Ministério da Saúde. SUS 20 anos. Base de dados. 2009d. Disponível em: <http://sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=53>. Acesso em: 11/09/2009.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sistema Único de Assistência Social. Proteção Social Básica. Orientações Técnicas – Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Brasília. 2009e.

Buffel V, Velde SV, Bracke P. Professional care seeking for mental health problems among women and men in Europe: the role of socioeconomic, family-related and mental health status factors in explaining gender difference. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014; 49:1641–53.

Cedraz A, Dimenstein M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades ou desinstitucionalizantes? *Revista Mal-estar e Subjetividade.* 2005; 5(2):300-27.

Costa EMA, Carbone MH. Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubia, 2004.

Coimbra VCC, Oliveira MM, Vila TC, Almeida MCP. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2005;7(1), 113-111.

Coutinho MPL, Gontiès B, Araújo LF, Sá RCN. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Revista Psico-USF*. 2003; 8(2):183-192.

Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2005; 27(4):181-188.

Delgado PG. In: Xavier D. Depressão cresce no mundo inteiro. Agência Brasil – Empresa Brasil de comunicação, 2008. Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/04/07/materia.2008-04-07.0180085008/view>. Acesso em: 11/09/2009.

Fachin A. Fundamentos da Metodologia. 4. ed. São Paulo, SP: Saraiva, 2003.

Flecka MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges V, Cameyb S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2002;36(4):431-8.

Fleck MPA, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JÁ, Brasil MA, Juruena MF. Diagnóstico e Tratamento da Depressão. Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001.

Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41(2):251-9.

Fontinele Júnior K. Programa saúde da família. Goiânia-GO: AB. 2003.

Freire, L. A atuação dos psicólogos no CRAS. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*. 2010; 7(7):604-19.

Gabilondo A, Vilagut G, Pinto-Meza A, Haro JM, Alonso J. Comorbidity of major depressive episode and chronic physical conditions in Spain, a country with low prevalence of depression. *General Hospital Psychiatry*. 2012; 34: 510–7.

Grandes G, Montoya I, Arietaleanizbeaskoa MS, Arce V, Sanchez A. The burden of mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry*. 2011;26:428-35.

Goiânia, v. 07, n. 01, p. 113 – 111. 2005. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 04/09/2009.

Gómez CC, Metcalfe IM, Gea LB, Balsategui AR, Hera ABI, Mendizabal JB, Sanz AI, Moratalla BG. Modelos de colaboración entreatención primariay salud mental en la asistencia sanitaria a las personas con depresión: resultados principales y retos metodológicos de unameta-revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:113-133.

Gonçalves MG, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2001; 9(2):48-55.

Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1998;25(5):23-31. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/>>. Acesso em: 08/11/2009.

Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):190-197.

Kamiya Y, Doyle M, Henretta JC, Timonen V. Depressive symptoms among older adults: the impact of early and later life circumstances and marital status. *Aging Ment. Health*. 2013;17:349–57.

Lakatos MA, Marconi EM. Fundamentos de metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

Leite VMM, Carvalho EMF, Barreto KML, Falcão IV. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*. 2006; 6(1):31-8.

Lejtze'n N, Sundquist J, Sundquist K, Li X. Depression and anxiety in Swedish primary health care: prevalence, incidence, and risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014; 264:235–245.

Liao SC, Chen WJ, Lee MB, Lung FW, Lai TJ, Liu CY, Lin CY, Yang MJ, Chen CC. Low prevalence of major depressive disorder in Taiwanese adults: possible explanations and implications. *Psychological Medicine*. 2012;42(06):1227–37.

Lima RL, Migott AMB. Dinâmica familiar e depressão. *Boletim da Saúde*. 2003; 2(17):61-66.

Lopez MRA RJP, Ores LC, Jansen SK, Mattos LD, Pinheiro RT, Silva RA. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2011;33(2):103-108.

Marques JMA, Zuardi AW. COOP/WONCA Charts as a Screen for Mental Disorders in Primary Care. *Annals of family medicine*. 2011; 9(4): [06 telas].

Martin D, Quirino J, Mari J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 2007; 41(4):591-7.

Martins AKL, Braga VAB, Souza AMA. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo bibliográfico. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – RENE*. 2009; 10(4):165-72.

Maio MC, Lima NT. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. Caderno de Saúde Pública. 2009;25(7):1611-3.

Magalhães Júnior H. M. Vinte anos de SUS(cesso). In: 20 anos de SUS: avanços e desafios. Revista Sustentação. 2008; 22:23-6.

McCann TV, Lubman DI. Young people with depression and their experience accessing an enhanced primary care service for youth with emerging mental health problems: a qualitative study. BMC Psychiatry. 2012;12(96):1-9.

McKenzie K, Murray A, Booth T. Do urban environments increase the risk of anxiety, depression and psychosis? An epidemiological study. J. Affect. Disord. 2013;150:1019–24.

Minghelli B, Tomé B, Nunes C, Neves A, Simões C. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. Rev. Psiq Clín. 2013;40(2):71-6.

Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E, Silva RA, Pinheiro RT. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Rev Psiq Clín. 2012;39(6):194-7.

Morrone CF. Só para não ficar desempregado - resignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais. 2008. 141f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia, Brasília, 2001.

Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(2):333-45.

Narciso AM, Brandao CR. Errâncias sertanejas: as migrações campo-cidade em Montes Claros no Norte de Minas Gerais. XLVI Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural. Anais: Rio Branco – Acre. 2008.

Noronha JC. A maioria do SUS ainda vai chegar. In: 20 anos de SUS: avanços e desafios. Revista Sustentação.2008; 22:24-8.

Oliveira KL, Santos AAA, Cruvinel M, Néri AL. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. Revista Psicologia em Estudo. 2006;11(2): 351-9.

Paim JS. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. Revista Saúde e Sociedade.2006;15(2): 34-46.

Peluso ETP, Blay SL. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2008;42:41-8.

Pereira MAO, Barbieri L, Paula VP, Franco MSP. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. *Revista Escola de Enfermagem da USP*.2007;41(4):567-572.

Petterson S, Miller BF, Payne-Murphy JC, Phillips Jr RL. Mental Health Treatment in the Primary Care Setting: Patterns and Pathways. *Families, Systems, & Health*. 2014; 32(2):157–66.

Phillips Júnior RL, Miller BF, Petterson SM, Teevan B. Better Integration of Mental Health Care Improves Depression Screening and Treatment in Primary Care. *American Family Physician Web*. Disponível em: www.aafp.org/afp.

PORTO, J. A. D. Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, mai. 1999.

Rancans E, Vrublevska J, Snikere S, Koroleva I, Trapencieris M. The point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population of Latvia. *Journal of Affective Disorders*. 2014;156:104–10.

Reinaldo MAS, Saeki T. Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. *Revista de Enfermagem da USP*.2004;38(4):396-405.

Reinaldo AMS. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. *Anna Nery Revista de Enfermagem*.2008;12(1): 173 –8.

Rissanen T, Lehto SM, Hintikka J, Honkalampi K, Saharinen T, Viinamäki H, Koivumaa–Honkanen H. Biological and other health related correlates of long-term life dissatisfaction burden. *BMCPsychiatry*. 2013;13(202):[08 telas].

Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*.2004;20(2):438-46.

Rios IC. Rodas de conversa sobre o trabalho na rua: discutindo saúde mental. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. 2007; 17(2):251-63.

Romera I, Montejo AL, Aragonés E, Arbesú JA, García CI, López S, Lozano JA, Pamulapati S, Yruretagoyena B, Inmaculada Gilaberte. Systematic depression screening in high-risk patients attending primary care: a pragmatic cluster-randomized Trial. *BMC Psychiatry*. 2013;13(83):1-9.

Rondet C, Cornet P, Kaoutar B, Lebas J, Chauvin P. Depression prevalence and primary care among vulnerable patients at a free outpatient clinic in Paris, France, in 2010: results of a cross-sectional survey. *BMC Family Practice*. 2013;14(151):1-9.

Sacks RM, Greene J, Hibbard JH, Overton V. How well do patient activation scores predict depression outcomes one year later? *Journal of Affective Disorders*. 2014; 1691–6.

Santos FB, Lopes S. Explorando o conhecimento dos enfermeiros das unidades de saúde da família de São José do Rio Preto sobre depressão. *Revista Arquivos de Ciência da Saúde*.2007;14(1):23-29.

Santos JLFS, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Revista Estudos Avançados*.1999;13(35):1-18.

Santos MJ, Kassouf AL. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos defeitos da educação. *Revista Economia Aplicada*.2007;11(1):5-26.

Santos PS. Avaliação da presença de depressão entre usuários de plantão noturno em unidade de emergência. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiatria) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo.2008:[103 telas].

Scóz TMX, Fenili RM. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*.2003; 5(2):71 –7.

Silva MCF, Furegato ARF, Costa Júnior ML. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2003; 11(1):7-13.

Silveira LC, Braga VAB. A equipe de saúde mental numa aproximação sociopoética: das relações interpessoais à produção de subjetividade. *Revista de Enfermagem da USP*.2004;38(4):429-37.

Soares MS. A maioria do SUS: um modelo social vitorioso. In: 20 anos de SUS: avanços e desafios. *Revista Sustentação*.2008;22:19-23.

Teixeira MAR, Hashimoto F. Da melancolia à depressão: genialidade versus loucura. [2005-2006]. Disponível em: <<http://www.assis.unesp.br>>. Acesso em: 12/08/2014.

Tracy M, Morgenstern H, Zivin K, Aiello AE, Sandro G. Traumatic event exposure and depression severity over time: results from a prospective cohort study in an urban área. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014; 49:1769–82.

Valentini W, Levavb I, Kohnc R, Mirandad CT, Melloe AAF, Melloe MF, Ramosa CP. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Revista de Saúde Pública*.2004;38(4):522-8.

VENTANIA. Caminho de pedras. Disponível em: <http://ventania.musicas.mus.br/letras/291840>. Acesso em: 20/09/2014.

Vismaril L, Jussilane GA, Palermo-Neto J. Depressão, antidepressivos e sistema imune: um novo olhar sobre um velho problema. *Revista de Psiquiatria Clínica*.2008; 35(5):196-204.

Vasconcelos Neto JA. 20 anos de SUS: avanços e desafios. Revista Sustentação.2008; 22:12-4.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a),

Esta pesquisa intitula-se “RASTREAMENTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM USUÁRIOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE NO NORDESTE BRASILEIRO”. Será realizada nas Unidades de Saúde da Família da cidade de Abaiara-CE e está sendo desenvolvida por Tarciana Sampaio Costa aluna do Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, sob orientação do Professor Doutor Ricardo Riyoti Uchida. O objetivo da pesquisa é verificar a prevalência de sintomas depressivos em usuários assistidos pelo programa Estratégia Saúde da Família no Município de Abaiara-CE..

A pesquisa será realizada nas Unidades de Saúde da Família, através de quatro roteiros de entrevista, os quais serão posteriormente arquivados. Tais dados servirão para identificar a atual situação das ações e acompanhamentos dos estados depressivos na ESF, podendo causar apenas danos mínimos, sejam físicos ou constrangimento moral ao entrevistado, contudo os benefícios serão amplos, uma vez que se demonstrará lacunas e como trabalhá-las, em prol da melhoria da assistência, beneficiando os sujeitos desta pesquisa.

Sua participação é voluntária e confidencial. Informamos que para a realização deste estudo tomamos por base a Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 466/12, que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

Diante do exposto, solicitamos sua autorização para realizar a referida pesquisa, bem como permissão para apresentarmos os resultados em eventos e publicarmos em revistas técnico-científicas. Esclarecemos ainda, que lhes serão reservados os direitos de desistência em qualquer momento da pesquisa, bem como o de ter acesso a qualquer informação relativa ao trabalho em andamento quando desejar. Além disso, não existem respostas certas ou erradas, mas o que mais interessa é sua opinião sincera sobre os temas abordados, e informamos que sua colaboração é confidencial e sua identidade será mantida em mais absoluto sigilo.

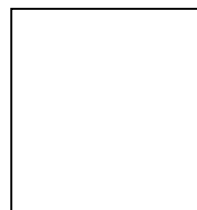
Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu livre consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento.

Local, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Testemunha



Local para impressão digital

Em caso de dúvida ou denúncia contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – R. Dr. Cesário Mota Júnior, 61 - Vila Buarque - São Paulo - SP, 01221-020 –Tel./Fax.: (11) 3367-7700.

APENDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA**DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICO**

1.NOME: _____

2.IDADE: _____ 3.GÊNERO: () FEMININO () MASCULINO

4.ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO(A) () VIÚVO(A) () CASADO(A) () SEPARADO(A) OU DIVORCIADO(A)

5.QUANTOS FILHOS PRÓPRIOS: _____ 6.ALGUM FALECIDO? ()SIM ()NÃO

7.SE POSITIVO, QUANTOS? _____

8.PROFISSÃO: _____ 9.OCUPAÇÃO: _____

10.CARGA-HORÁRIA: _____ 11.RELIGIÃO: _____

12.ESCOLARIDADE:

() SEM INSTRUÇÃO () ENSINO BÁSICO INCOMPLETO () ENSINO BÁSICO COMPLETO () ENSINO MÉDIO INCOMPLETO () ENSINO MÉDIO COMPLETO () ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO () ENSINO SUPERIOR COMPLETO

13.TEM RENDA? () SIM () NÃO

SE POSITIVO, RESPONDA ÀS QUESTÃO 14 E 15; SE NÃO, RESPONDA A QUESTÃO 16:

14.TIPO: () APOSENTADORIA () PENSÃO () ALUGUEL () TRABALHO PRÓPRIO () DOAÇÃO (FAMÍLIA, AMIGOS, INSTITUIÇÃO)

15.RENDA: () IGUAL OU INFERIOR A UM SALÁRIO MÍNIMO () ENTRE UM E TRÊS SALÁRIOS MÍNIMOS () ENTRE TRÊS E SEIS SALÁRIOS MÍNIMOS () ACIMA DE SEIS SALÁRIOS MÍNIMOS

16.A CASA ONDE MORA É:

16.1 () PRÓPRIA-QUITADA () PRÓPRIA-PAGA PRESTAÇÃO () PAGA ALUGUEL () CEDIDA-SEM ALUGUEL () ASILO () CASA DE REPOUSO () OUTRO TIPO

16.2 () ZONA URBANA () ZONA RURAL

17.ESF: () I () II () III () IV

18.PRESENÇA DE PROBLEMAS EMOCIONAIS: () SIM () NÃO

19.SE POSITIVO, QUAIS? _____

20.FEZ TRATAMENTO? () SIM () NÃO

21.SE POSITIVO: () PSIQUIATRIA () MEDICAMENTOSO () PSICOLOGIA () OUTROS

ANEXO A – SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20)

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções:

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS

- 1- Você tem dores de cabeça freqüente?
 SIM NÃO
- 2- Tem falta de apetite?
 SIM NÃO
- 3- Dorme mal?
 SIM NÃO
- 4- Assusta-se com facilidade?
 SIM NÃO
- 5- Tem tremores nas mãos?
 SIM NÃO
- 6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?
 SIM NÃO
- 7- Tem má digestão?
 SIM NÃO
- 8- Tem dificuldades de pensar com clareza?
 SIM NÃO
- 9- Tem se sentido triste ultimamente?
 SIM NÃO
- 10-Tem chorado mais do que costume?
 SIM NÃO

11-Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?
() SIM () NÃO

12-Tem dificuldades para tomar decisões?
() SIM () NÃO

13-Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)
() SIM () NÃO

14-É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?
() SIM () NÃO

15-Tem perdido o interesse pelas coisas?
() SIM () NÃO

16-Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?
() SIM () NÃO

17-Tem tido idéia de acabar com a vida?
() SIM () NÃO

18-Sente-se cansado (a) o tempo todo?
() SIM () NÃO

19-Você se cansa com facilidade?
() SIM () NÃO

20-Têm sensações desagradáveis no estomago?
() SIM () NÃO

RESULTADO

Se o resultado for **> 7** (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental

ANEXO B – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas, caso não domine a leitura, eu lerei para você. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0 Não me sinto triste.

1 Sinto-me triste.

2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.

1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.

2 Sinto que não tenho nada a esperar.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3.

0 Não me sinto fracassado(a).

1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.

2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.

3 Sinto que sou um completo fracasso.

4.

0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.

1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.

2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.

3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5.

- 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
- 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.
- 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.
- 3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

6.

- 0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).
- 1 Sinto que posso ser punido(a).
- 2 Sinto que mereço ser punido(a).
- 3 Sinto que estou a ser punido(a).

7.

- 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).
- 3 Eu odeio-me.

8.

- 0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
- 1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
- 2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.
- 3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

9.

- 0 Não tenho qualquer idéia de me matar.
- 1 Tenho idéias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

10.

- 0 Não costumo chorar mais do que o habitual.

- 1 Choro mais agora do que costumava fazer.
- 2 Atualmente, choro o tempo todo.
- 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.

- 0 Não me irrita mais do que costumava.
- 1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
- 2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
- 3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

- 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
- 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

- 0 Tomo decisões como antes.
- 1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.

- 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
- 1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
- 3 Considero-me feio(a).

15.

- 0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

0 Durmo tão bem como habitualmente.

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite.

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim _____ Não _____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

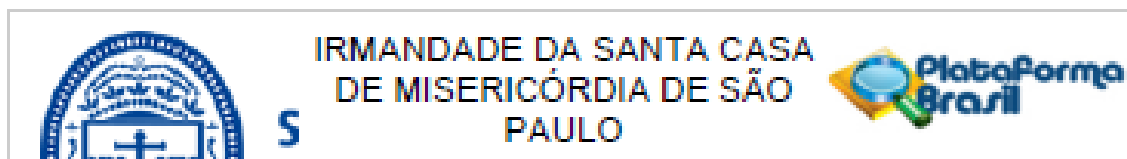
1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Total: _____ **Classificação:** _____

ANEXO C- APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RASTREAMENTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM USUÁRIOS ASSISTIDOS PELO PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE NO NORDESTE BRASILEIRO

Pesquisador: TARCIANA SAMPAIO COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22738613.1.0000.5479

Instituição Proponente: Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 470.343

Data da Relatoria: 27/11/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo objetivando verificar a prevalência de sintomas depressivos em usuários assistidos pelo programa Estratégia Saúde da Família no Município de Abalara-CE, sendo este do tipo transversal, realizado em um Município de pequeno porte do Interior Nordestino, onde a escassez de serviços em saúde mental e a existência de sintomas depressivos se apresentam de maneira acentuada, bem como é nítida a desarticulação da ESF com a saúde mental, o que sugere que neste e nos demais Municípios pequenos a assistência em saúde mental é negligenciada, uma vez que lidam com as mesmas dificuldades por apresentarem características análogas.

Objetivo da Pesquisa:

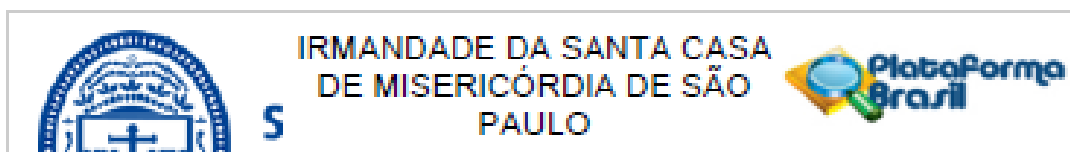
Objetivo Primário:

Verificar a prevalência de sintomas depressivos em usuários assistidos pelo programa Estratégia Saúde da Família no Município de Abalara-CE.

Objetivo Secundário:

Constatar a existência de usuários da ESF apresentando sofrimento mental; identificar a presença de sintomas depressivos em usuários da ESF; Averiguar casos de depressão entre usuários da ESF; Verificar a correlação entre diferentes Instrumentos de rastreamento de depressão.

Endereço: SANTA ISABEL
 Bairro: VILA BUARQUE CEP: 01.221-010
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)2178-7888 Fax: (11)2178-7888 E-mail: eticamedbernadeta@santacasasp.org.br



Continuação do Parecer: 470.343

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos de constrangimento no momento da entrevista.

Benefícios:

Oferecer subsídios para a melhoria da assistência à saúde mental na atenção primária à saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será do tipo transversal, realizada na atenção primária do Município de Abalara, localizado no Interior da região Nordeste, Sul do Estado do Ceará, a 508 km da capital Fortaleza. A coleta dos dados será realizada nas referidas Unidades Saúde da Família. O referido local foi escolhido por apresentar usuários cadastrados e residentes na zona urbana. A população deste estudo será composta por Usuários da Estratégia Saúde da Família do Município de Abalara-Ceará com a maior idade, respeitando os blocos de faixa-etária do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), totalizando 7.334 usuários cadastrados. Para o cálculo de tamanho amostral, adotar-se-á o teste de correlação de Pearson com nível de significância de 5% e poder do teste de 80%. Será utilizado quatro instrumentos a ser aplicados aos usuários da ESF apresentando sintomas depressivos, sendo estes descritos a seguir: Roteiro de entrevista semi-estruturado para dados sócio-demográficos, Ficha de atendimento médico, Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) e Inventário de Beck. A coleta de dados ocorrerá em dois momentos: 1º momento: Identificação dos usuários da ESF quanto aos dados sócio-demográficos, consulta médica e presença de sofrimento mental através do SRQ-20; 2º momento: Aplicação do Inquérito de Beck aos usuários da ESF que apresentarem escore maior ou igual a 8 no questionário SRQ-20. Para análise dos dados utilizar-se-á o Programa Estatístico SPSS versão 13.0 e em todos os testes serão adotados o nível de significância de 5%.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram protocolados os termos de apresentação obrigatória

Recomendações:

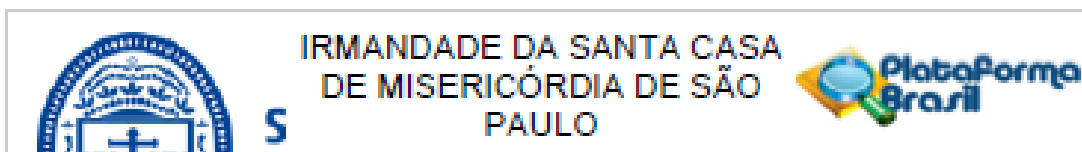
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em condições de aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SANTA ISABEL
 Bairro: VILA BUARQUE CEP: 01.221-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2178-7689 Fax: (11)2178-7688 E-mail: eficamedbernadete@santacasasp.org.br



IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE SÃO
PAULO



Continuação do Parecer: 470.343

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Toda documentação do projeto foi aprovada pelo CEP da Santa Casa de São Paulo na reunião ordinária realizada dia 27/11/2013.

Apresentar relatórios parciais e final do projeto. (modelo na página do CEP)

1º relatório deverá ser apresentado ao CEP via plataformabrasil em 27/05/2014.

SAO PAULO, 27 de Novembro de 2013

Assinador por:
Nelson Kalska Ono
(Coordenador)

Endereço: SANTA ISABEL
Bairro: VILA BUARQUE CEP: 01.221-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2178-7888 Fax: (11)2178-7888 E-mail: eticamedbermedeta@santacesasp.org.br

RESUMO

Costa TS. Rastreamento de Sintomas Depressivos em Usuários da Estratégia Saúde da Família em um Município de Pequeno Porte no Nordeste Brasileiro. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo- FCMSCSP.

Introdução: A atenção básica deve ser considerada como um espaço privilegiado para as ações de prevenção em saúde mental, devido a interação que envolve a comunidade e a família. Contudo, na prática, muitas são as entraves que circundam e limitam esta atuação, o que é agravante nos Municípios de Pequeno Porte, devido a inexistência de outros serviços local nesta especialidade. Dentre os problemas que cingem a Saúde Mental, faz-se alusão de modo especial à depressão, devido se apresentar como a mais prevalente dentre os transtornos psiquiátricos na população geral, se enquadrando em situação de pandemia. Considera-se que o Município de Abaiara é classificado como pequeno porte, onde a escassez de serviços em saúde mental, parte-se o pressuposto de que a assistência em saúde mental neste Município é negligenciada. **Objetivo:** Verificar a prevalência e os fatores associados de sintomas depressivos em usuários assistidos pelo programa Estratégia Saúde da Família no Município de Abaiara-CE. **Método:** Foi realizado na atenção primária do Município de Abaiara localizado no interior da região Nordeste, Sul do Estado do Ceará. Utilizou-se uma entrevista estruturada em uma amostra de 328 pesquisados, com três instrumentos: Roteiro de entrevista semi-estruturado, Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) Depression Inventory Scales. **Resultados:** Os resultados demonstraram que dos 328 entrevistados, identificou-se 160 (48,8%) usuários em sofrimento mental, destes 95 (29%) com depressão. Houve associação estatisticamente significativa entre gênero, estado civil, Estratégia Saúde da Família, presença de problemas emocionais, nervosismo, depressão, tratamento psiquiátrico e tratamento medicamentoso. A regressão logística revelou que o sofrimento mental em Mulheres que perderam filhos, pode predizer 2,448 vezes maior de chance de apresentar sofrimento mental do que as mulheres que não perderam filhos. Diante dos resultados percebeu-se o quanto é freqüente usuários da Estratégia Saúde da Família com sintomas depressivos e freqüentando as Unidades Básicas de Saúde. **Conclusão:** Diante disso, sugere-se a criação de protocolos de saúde mental para a atenção primária a saúde, com instrumentos específicos de rastreamento e inserção de indicadores de saúde mental.

Palavras chaves: Depressão. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental

Costa TS. Depressive Symptoms Tracking Users of the Family Health Program in a Small Town Porte in Northeast Brazil. [Doctoral dissertation]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo- FCMSCSP.

Introduction: Primary care should be considered as a privileged space for the actions of prevention in mental health due to interaction involving the community and the family. However, in practice, there are many barriers that surround and limit this activity, which is aggravating in small municipalities, due to lack of other local service in this specialty. Among the problems that gird Mental Health, it is referring especially to depression due to present itself as the most prevalent among psychiatric disorders in the general population and it fits in pandemic situation. It is considered that the Abaiara Municipality is classified as small, where the shortage of mental health services, breaks the assumption that mental health care in this municipality is neglected. Objective: To determine the prevalence and associated factors of depressive symptoms in users assisted by the Family Health Strategy program in the Municipality of Abaiara-CE. Method: We conducted in primary care Abaiara municipality located within the Northeast, South of Ceara. We used a structured interview in a 328 surveyed sample, with three instruments: semi-structured interview Script, Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) Depression Inventory Scales. Results: Results showed that of the 328 respondents, we identified 160 (48.8%) users in mental distress, these 95 (29%) with depression. There was a statistically significant association between gender, marital status, the Family Health Strategy, the presence of emotional problems, nervousness, depression, psychiatric treatment and drug treatment. Logistic regression revealed that the mental distress in women who have lost children, can predict 2,448 times greater chance of presenting mental distress than women who have lost children. With the results it was noticed just how frequent users of the Family Health Strategy with depressive symptoms and attending Basic Health Units. Conclusion: Therefore, we suggest the creation of mental health protocols for primary health care, with specific tools for tracking and integration of mental health indicators.

Keywords: Depression. Primary Health Care. Mental Health

Tabela 1.	Distribuição dos usuários da ESF conforme faixa-etária	42
Tabela 2.	Descrição das variáveis categóricas estudadas	49
Tabela 3.	Associações entre Inquérito de Beck e as variáveis sociodemográficas do estudo .	50
Tabela 4.	Associações entre Inquérito de Beck e as variáveis relacionadas à saúde	51
Tabela 5.	Modelo de regressão logística para calcular a chance de apresentar sofrimento mental e/ou depressão utilizando como independente a variável Perda de filhos.	53
Tabela 6.	Modelo de regressão logística para calcular a chance de apresentar sofrimento mental	54
Tabela 7.	Modelo de regressão logística para calcular a chance de apresentar depressão	55