

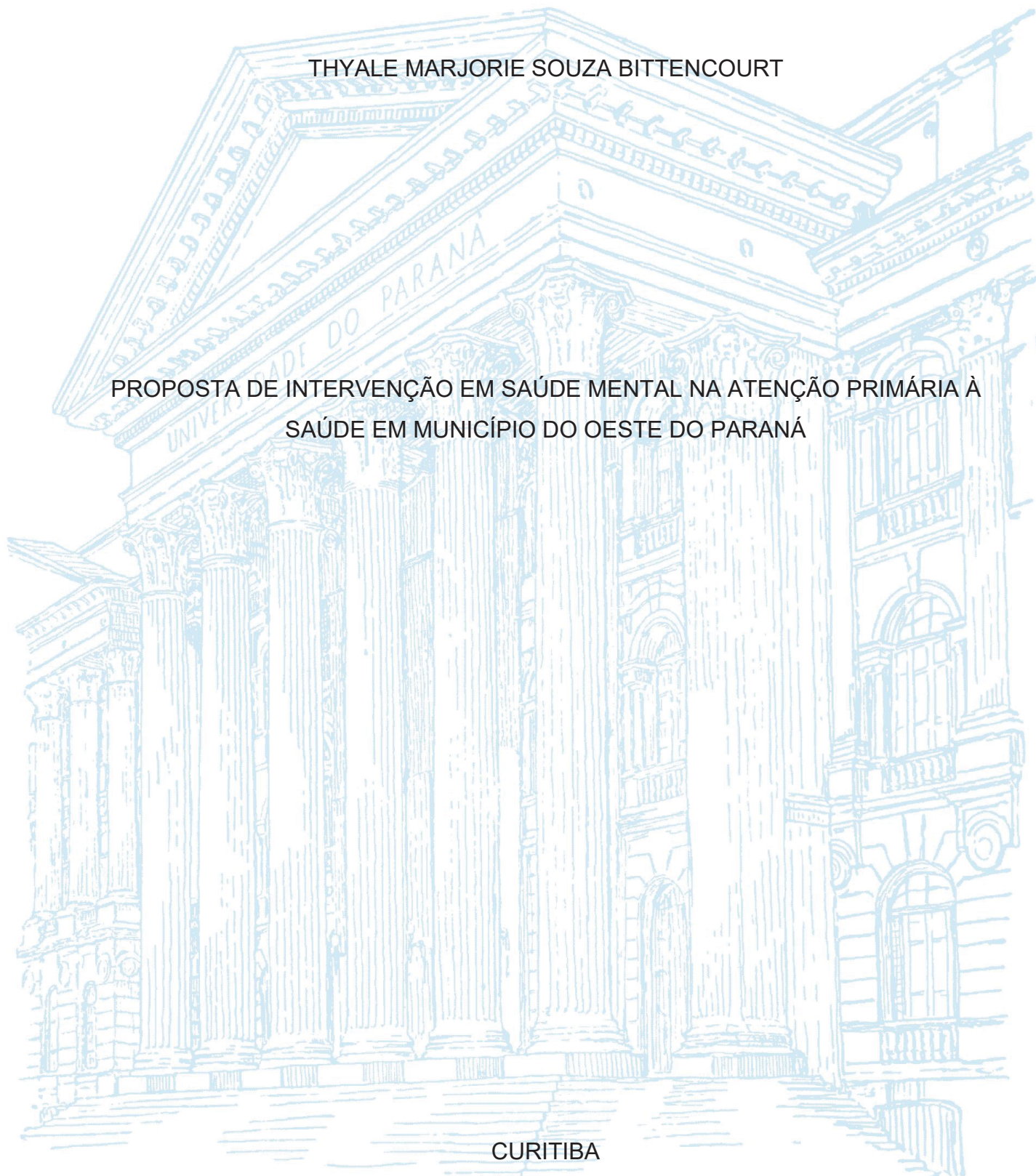
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

THYALE MARJORIE SOUZA BITTENCOURT

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE EM MUNICÍPIO DO OESTE DO PARANÁ

CURITIBA

2021



THYALE MARJORIE SOUZA BITTENCOURT

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE EM MUNICÍPIO DO OESTE DO PARANÁ

TCC apresentada ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientador: Prof. Dr. William Augusto Gomes de Oliveira Bellani

CURITIBA

2021

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

THYALE MARJORIE SOUZA BITTENCOURT

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE EM MUNICÍPIO DO OESTE DO PARANÁ

TCC apresentada ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Saúde Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

---

Orientador: Prof. Dr. William Augusto Gomes de Oliveira Bellani  
Departamento de Saúde Coletiva, UFPR

Curitiba, 24 de abril de 2021.

## RESUMO

O plano de intervenção trata de ações de saúde mental no município de Santa Helena-Paraná em relação aos processos de acolhimento, vínculo e responsabilização dos casos para com os usuários portadores de transtornos ansiosos e depressivos. A pesquisa-ação teve o objetivo de garantir o atendimento adequado aos usuários acometidos por doenças mentais; otimizar a gestão do cuidado para com os portadores de transtornos ansiosos e depressivos; definir critérios para priorização de demandas em saúde mental; capacitar a equipe para realizar o acolhimento dos portadores de transtornos ansiosos; criar critérios para encaminhamento dos casos de saúde mental para outros equipamentos da rede. O método se deu em duas etapas, na primeira etapa houve o levantamento de dados e busca por bibliografia, segunda etapa foram feitas projeções com base no problema priorizado. Foram quatro operações, as quais foram parcialmente prejudicadas pela pandemia da COVID-19. Diante dessa situação, os encontros propostos não puderam ser realizados como planejado e os resultados esperados sofreram variações e mudanças. Por fim, algumas fragilidades como a agenda da equipe, a pandemia, dificuldades ao acesso em relação aos serviços de saúde podem ser destacados, ao passo que a quantificação dos registros de casos de depressão e ansiedade ajudaram a equipe a atender as demandas de maneira mais eficaz e resolutiva, intervendo nos problemas que o território necessita.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde. Transtornos mentais. Saúde Mental. Educação em Saúde.

## **ABSTRACT**

The intervention plan deals with mental health actions in the municipality of Santa Helena-Paraná in relation to the processes of welcoming, bonding and accountability of cases to users with anxious and depressive disorders. The action research aimed to ensure adequate care for users affected by mental illness; optimize care management for people with anxiety and depressive disorders; define criteria for prioritizing mental health demands; train the team to welcome patients with anxiety disorders; create criteria for referring mental health cases to other equipment in the network. The method took place in two stages, in the first stage there was data collection and search for bibliography, second stage projections were made based on the prioritized problem. There were four operations, which were partially affected by the COVID-19 pandemic. In view of this situation, the proposed meetings could not be carried out as planned and the expected results underwent variations and changes. Finally, some weaknesses, such as the team's agenda, the pandemic, difficulties in accessing health services, can be highlighted, while the quantification of the records of cases of depression and anxiety helped the team to meet the demands more effective and resolute, intervening in the problems that the territory needs.

Keywords: Primary Health Care. Health Promotion. Mental disorders. Mental health. Health education.

## LISTA DE FIGURAS

QUADRO 1- ELABORAÇÃO DA PROPOSTA.....	21
FIGURA 3 – SINAIS E SINTOMAS DE ANSIEDADE. ....	34

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- DISTRIBUIÇÃO DE TRANSTONO ANSIOSO POR GÊNERO E FAIXA ETÁRIA.....	35
GRÁFICO 2- FREQUENCIA X SATISFAÇÃO .....	36
GRÁFICO 3- ESCALA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE DE HAMILTON .....	37

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 2- ELABORAÇÃO DA PROPOSTA.....	21
QUADRO 3- PLANO DE INTERVENÇÃO.....	23
QUADRO 4- CRONOGRAMA DAS RODAS DE CONVERSAS.....	25
QUADRO 5- FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO E ANSIEDADE. ....	27
QUADRO 6- CID10 PARA DEPRESSÃO. ....	27
QUADRO 7- CID10 PARA ANSIEDADE.....	28
Quadro 8- ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNO DEPRESSIVO E OUTROS AGRAVOS EM SAÚDE.....	31
Quadro 9- CONDUTA PARA TRANSTORNOS ANSIOSO. ....	34

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	19
1.2 OBJETIVOS .....	19
1.2.1 Objetivo geral .....	19
1.2.2 Objetivos específicos.....	20
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	<b>20</b>
2.1 PLANO DE INTERVENÇÃO: .....	24
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>30</b>
3.1 TRANSTORNO DEPRESSIVO .....	31
3.2 TRANSTORNO DE ANSIEDADE.....	32
<b>4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>36</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2008).

O município de Santa Helena, localizado no estado do Paraná, no centro da costa oeste da região, possui cerca de 23.855 habitantes e é banhado pelo lago de Itaipu. Esse fato promoveu o alagamento de um terço da cidade e por isso hoje possui apenas um acesso por terra, enquanto todo o restante do município está ilhado (IBGE, 2018). Ainda em relação ao lago de Itaipu, isso impacta diretamente no potencial turístico, atrelado a agricultura e a indústria compõe a principal fonte de renda do município (STERCHILE, 2006).

O município possui maioria das moradias de alvenaria, possui coleta pública de lixo com sistema de esgoto, quase 100% das moradias possuem energia elétrica e água tratada (IBGE, 2018).

No que tange a saúde, segundo dados do sistema de prontuários eletrônicos do município (IPM) e o Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) é possível acessar dados referentes à comunidade no tocante ao perfil demográfico, indicadores de mortalidade, frequência de acontecimentos de doenças, dentre outros. Assim, a taxa de mortalidade geral da população no ano de 2019 deste município foi de 6,62 permilagem, com um total de 158 óbitos absolutos, distribuídos em várias causas, dentre as principais estão as neoplasias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, causas externas e doenças metabólicas.

Como taxa de mortalidade infantil temos 5,3 permilagem, sendo dois óbitos em menores de um ano por 376 nascidos vivos e o coeficiente de razão de mortalidade materna de 265,9 por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2020).

Os bairros possuem quadras poliesportivas, praças, parques e creches. As ruas são asfaltadas e com faixas de pedestres, com atuação do Conselho de Saúde Municipal (CSM), enfatizando a participação do poder público em desenvolver

estratégias que melhorem as condições de saúde e de qualidade de vida da população.

Diante disso, o bairro Vila Rica é acompanhado pela Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Eduardo Rodrigues que participa da Estratégia de Saúde da Família (ESF), possui 3.573 pessoas cadastradas das quais 1.632 pessoas do sexo masculino e 1941 pessoas do sexo feminino cadastradas. Destas, 659 crianças, 136 adolescentes, 2.081 adultos e 697 idosos. A maioria dos pacientes acompanhados na área residem em zona urbana e os demais em zona rural (IPM, 2020).

Na comunidade adstrita a UBS Dr. Eduardo Rodrigues houve dois casos de sífilis congênita em 2020, 450 pacientes hipertensos, dos quais 67 são também portadores de diabetes mellitus. Foram diagnosticados dois casos de tuberculose que se encontram em tratamento e além destes, 28 casos confirmados de dengue (BRASIL, 2020).

Um acompanhamento bastante assíduo da população com a UBS promoveu uma cobertura vacinal significativa em menores de um ano, totalizando o cadastro de 33 pacientes, assim há 100% de crianças vacinadas (BRASIL, 2020).

Em relação as gestantes existem 75 cadastradas atualmente e um percentual de 90% das gestantes realizam sete consultas ou mais. Nos casos de não adesão ou afastamento do tratamento, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam busca ativa nas residências, trazendo a cliente à UBS.

Atualmente, a UBS possui 570 pessoas portadoras de doenças crônicas, dentre as quais hipertensão arterial, diabetes mellitus, fibromialgia, febre reumática, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma brônquica, dentre outras. Importante ainda, citar as doenças infectocontagiosas em uma quantidade relativa como exemplo as hepatites B e C (IPM, 2020).

A equipe de trabalho desta UBS utiliza dados epidemiológicos rotineiramente, principalmente os que são encontrados no sistema eletrônico devido a maior facilidade e disponibilidade. Assim, são utilizados prioritariamente valores absolutos, não se fazendo uso constante de cálculos de taxas e coeficientes. Os dados epidemiológicos dão uma ideia clara e concisa, facilitando a abordagem e

atuação SUS sabendo assim por onde e de que forma intervir em determinadas situações.

Os problemas enfrentados pelas equipes das UBS são um desafio que envolve interdisciplinaridade e trabalho em equipe, com espírito comum e comprometimento com a integralidade da assistência, pois os problemas envolvem a todos e necessitam de esforço conjunto para solucioná-los (BRASIL, 2020).

a UBS Dr. Eduardo Rodrigues, dentre outras dificuldades, foi elencada a demanda espontânea exaustiva, interferências políticas constantes em relação aos atendimentos médicos, falta de conscientização com o autocuidado e adesão às medicações, por parte da população.

Vê-se ainda elevado do número de pessoas com sintomas depressivos, em todas as faixas etárias, incluindo adolescentes, onde percebemos número excessivo de automutilação nessa faixa etária. Nesse contexto, os adultos e idosos, com percentual maior entre pessoas do sexo feminino, com insônia, dificuldade de relacionamento com cônjuge e/ou filhos, baixa autoestima e obesidade, além do isolamento social, ocasionando a real necessidade de tratamento psicológico e farmacológico concomitante (IPM 2020).

Grande parte destas pessoas necessitam de uso de drogas ansiolíticas e antidepressivas, alguns em altas doses, devido à dificuldade da equipe de psicologia de acompanhar todos os casos.

O município de Santa Helena possui três psicólogos contratados pelo município para os pacientes em acompanhamento no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), além de outros três pactuados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR). Porém, os mesmos não conseguem suprir a alta demanda, somado ainda com a ausência do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que poderia atender e dar apoio às equipes da ESF, sendo de extrema importância no recebimento da demanda e realização de discussão compartilhada entre as equipes, melhorando a continuidade da assistência, a reintegração na sociedade e trabalhando com os pacientes de forma multiprofissional.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Os transtornos depressivos e ansiosos afetam diretamente a vida das pessoas, dificultando o funcionamento psicossocial, a adaptação dos pacientes nos aspectos afetivo-relacional, produtivo e sociocultural, assim como interfere nas adaptações ao meio em que vivem.

Segundo o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), as intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.

No bairro Vila Rica, é perceptível a necessidade da melhoria da assistência aos pacientes portadores de transtornos depressivos e ansiosos, tendo em vista a alta demanda e a forma como estes transtornos interferem na qualidade de vida da população.

O tema assistência à saúde aos pacientes com transtornos depressivos no bairro Vila Rica é de extrema importância devido ao grande número de pacientes com sintomas depressivos e de ansiedade, em uso de medicações ansiolíticas, automutilações, dificuldades de relacionamentos com familiares e no contexto social, o que acarreta repercussões negativas para com a qualidade de vida dos mesmos, assim justifica-se uma intervenção precoce e um acompanhamento continuado.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Otimizar a gestão do cuidado com os portadores de transtornos ansiosos e depressivos na UBS Dr. Eduardo Rodrigues em Santa Helena-PR

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Realizar ações de prevenção e promoção à saúde voltadas para os temas depressão e ansiedade;
- Rastrear pacientes com depressão e ansiedade no bairro Vila Rica, área da UBS Dr. Eduardo Rodrigues;
- Realizar ações multiprofissionais, visando a estruturação emocional e a melhora da qualidade de vida dos pacientes ansiosos e depressivos;
- Capacitar a equipe para realizar o acolhimento dos portadores de transtornos ansiosos.

## 2 METODOLOGIA

Este projeto de intervenção baseia-se na pesquisa-ação, que nos possibilita intervir dentro de uma problemática, analisando-a, relatando seus objetivos de forma a mobilizar os participantes e refletir criticamente sobre as ações a serem desenvolvidas. É definida como uma pesquisa interpretativa que compreende identificar o problema dentro de um contexto social, levantar dados relacionados ao problema, analisar os dados levantados, identificar a necessidade de mudança, levantar possíveis soluções e intervir visando a modificação da realidade analisada. Para alcançar os objetivos propostos para este projeto de intervenção, a implantação do mesmo segue algumas etapas. (NUNES et al, 2007)

O diagnóstico da realidade, o tema da pesquisa e a definição do problema foram abordados previamente na Introdução e Objetivos deste projeto. A primeira etapa foi por meio de três reuniões com a equipe, entre os meses de setembro a outubro de 2020, na qual foi realizada análise de dados acerca da população atendida pela UBS Dr. Eduardo Rodrigues, na cidade de Santa Helena-PR. A base teórica deste projeto encontra-se na Revisão de Literatura do mesmo, onde a

patologia foi detalhada.

A proposta de intervenção baseada na pesquisa-ação foi dividida em duas etapas, elaboradas durante as reuniões com equipe, de modo que todos foram de extrema importância para realização das etapas, contribuindo para a corresponsabilidade, fator fundamental nas tomadas de decisões e intervenções. Dessa maneira, a elaboração para a segunda etapa apresentou os seguintes itens: problema priorizado, ações, indicadores, parâmetros, finalidade, momento da realização e natureza.

Para auxiliar as ações propostas foi utilizado a Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) como instrumento para auxiliar a intervenção. A escala é composta por 21 itens, realizada apenas para paciente previamente diagnosticados com transtorno depressivo para identificar a gravidade dos sintomas. Essa versão possui a seguinte pontuação: 0 a 7 não possuem depressão; 8 a 13 são classificados como depressão leve; 14 a 18 pontos são moderados; 19 a 22 depressão grave e maior que 23 pontos muito grave com risco de suicídio (ARAUJO, 2011).

Outro instrumento utilizado para auxiliar as propostas e seus indicadores, foi a Escala de Ansiedade de Hamilton (HMA-A), a qual consiste em 14 itens, definidos por sintomas com o máximo de cinco pontos, variando de zero (não presente) e quatro (grave). Pontuações totais maiores que 18 caracterizam ansiedade leve, maior que 25 caracterizam ansiedade moderada e maior que 30 caracterizam ansiedade grave (ARAUJO, 2011). Essa etapa é detalhada no quadro 1:

QUADRO 1- ELABORAÇÃO DA PROPOSTA.

Problema priorizado: Transtornos Ansioso e Depressivo					
AÇÕES	INDICADORES	PARÂMETROS	FINALIDADE	MOMENTO DA REALIZAÇÃO	NATUREZA
Incentivo à participação do paciente nos grupos de apoio, juntamente com psicólogo, por meio de divulgação de convites distribuídos pelos agentes	Quantidade de palestras, grupos e reuniões trimestrais voltadas para os indícios de transtornos depressivos e ansiosos.	Nenhum= Ruim 1-2 = Regular 3-5 = Bom 6 ou mais = ótimo.	Visa melhorar o atendimento que já é realizado, além de identificar precocemente os pacientes com indícios de transtorno depressivo	Ex- post - A avaliação ocorre no momento em que a atividade está sendo executada.	Pesquisa avaliativa - Visa propor apoio aos problemas identificados.

comunitários de saúde e pelos recepcionistas da ESF.			e/ou ansioso.		
Realizar diagnóstico precoce de transtornos depressivos no bairro Vila Rica através do rastreamento populacional, utilizando como parâmetro a Escala de depressão de Hamilton	Quantidade de pacientes depressivos no bairro Vila Rica, local onde foi realizado a Escala de Depressão de Hamilton.	0-7= sem depressão; 8-13= depressão leve; 14-18= depressão moderada, 19-22= depressão grave >23= muito grave e em risco de suicídio.	Visa melhorar o atendimento que já é realizado, além de identificar precocemente os pacientes com indícios de evolução para transtorno depressivo.	Ex- post - A avaliação ocorre no momento em que a atividade está sendo executada.	Pesquisa avaliativa - Visa propor apoio aos problemas identificados.
Realizar diagnóstico precoce de transtornos ansiosos no bairro Vila Rica através do rastreamento populacional, utilizando como parâmetro a Escala de Ansiedade de Hamilton.	Quantidade de pacientes ansiosos no bairro Vila Rica, local onde foi realizado a Escala de Ansiedade de Hamilton.	Nenhum = 0 Leve = 1 Médio = 2 Forte = 3 Máximo = 4	Visa melhorar o atendimento que já é realizado, além de identificar precocemente os pacientes com transtornos ansiosos.	Ex- post - A avaliação ocorre no momento em que a atividade está sendo executada.	Pesquisa avaliativa - Visa propor apoio aos problemas identificados.
Realizar busca ativa dos pacientes depressivos e ansiosos para iniciar terapêutica e avaliar adesão ao tratamento – tanto medicamentoso quanto não-medicamentoso.	Quantidade de pacientes com boa adesão ao tratamento de transtornos ansiosos e depressivos – considerando acompanhamento nas consultas e uso regular das medicações	0-20% = ruim 21-40% = regular 41-70% = bom >70% = Decisão-	Visa atender determinações que já fazem parte da Estratégia de Saúde da Família, melhorando o atendimento que já é realizado.	Ex- post - A avaliação ocorre no momento em que a atividade está sendo executada.	Pesquisa avaliativa - Visa propor apoio aos problemas identificados.

Humanização do atendimento ao paciente depressivo, melhorando a relação médico paciente durante as consultas e oferecendo atendimento psicológico.	Avaliação do atendimento médico e psicólogo pelos pacientes com notas de 0 a 10.	Parâmetro: 0 a 3 = ruim/ 4 a 6 = regular/ 7 a 8 = bom/ 9 ou mais = ótimo	Conhecimento: - Relação com diagnóstico de saúde e avaliação por meio de pesquisas.	Ex-post - A avaliação ocorre no momento em que a atividade está sendo executada	Pesquisa avaliativa - Visa propor apoio aos problemas identificados.
--	--	--	--	--	---

Fonte: Autores, 2021.

O Plano de Intervenção consiste em objetivo, estratégia, duração, envolvidos, população alvo, data, recursos educacionais utilizados e locais de divulgação dos recursos educacionais. Esse plano é basicamente um cronograma e roteiro para executar as ações propostas, visando melhorar a realidade analisada em um período total de quatro meses. No Quadro 2 vê-se com mais especificidade cada um dos tópicos citados.

#### QUADRO 2- PLANO DE INTERVENÇÃO.

Objetivo	Estratégia	Duração	Envolvidos	Pop. Alvo	Data	Recursos Educacionais
Realização de ações de prevenção e promoção à saúde voltadas para os temas depressão e ansiedade.	Rodas de conversa e palestras	3 meses	População da área de abrangência da ESF Dr. Eduardo Rodrigues e profissionais de saúde, incluindo psicólogos do município.	População da área de abrangência da ESF Dr. Eduardo Rodrigues.	23/10/20 a 08/01/21- a cada 15 dias	Folders- contendo informações sobre ansiedade e depressão e como a autoestima, alimentação saudável e atividade física pode ajudar de forma positiva nos problemas mentais.
Rastreamento de pacientes com depressão e ansiedade, no bairro Vila Rica, área da	Reuniões, coleta de dados e busca ativa.	1 meses	População da área de abrangência da ESF Dr. Eduardo Rodrigues e os seguintes	População da área de abrangência da ESF Dr. Eduardo Rodrigues	1/11/2020 a 01/12/2021	Roteiro e Tabela – contendo fatores de risco para depressão e avaliação

ESF Dr. Eduardo Rodrigues.			profissionais de saúde da equipe: médico, enfermeiro, psicólogo e agentes comunitários de saúde.			das Escalas de depressão e ansiedade de Hamilton.
Realizar ações juntamente com nutricionista, psicólogo e educador físico, visando a estruturação emocional e a melhora da qualidade de vida dos pacientes ansiosos e depressivos.	Reuniões de grupo e rodas de conversa, além de consultas individualizadas, apoio à prática de atividade física e alimentação equilibrada.	2 meses	Equipe de saúde da ESF Dr. Eduardo Rodrigues, nutricionista, psicólogo, educador físico e população da área de abrangência.	População da área de abrangência da ESF Dr. Eduardo Rodrigues com Escore de Hamilton maior que 8.	30/10/2020 a 11/12/2021. Mensalmente	Folder- contendo informações sobre ansiedade e depressão e como a autoestima, alimentação saudável e atividade física pode ajudar de forma positiva nos problemas mentais.
Capacitar a equipe da UBS Dr. Eduardo Rodrigues para realizar o acolhimento dos portadores de transtornos ansiosos.	Palestra e roda de conversa para sanar dúvidas e orientar a equipe a melhor maneira de acolher um paciente com depressão e ansiedade.	2 dias	Equipe de saúde da ESF DR. Eduardo Rodrigues, juntamente com psicólogo e médico.	Equipe de saúde Dr. Eduardo Rodrigues.	03/11/2020 e 10/11/2020.	Caderno de atenção básica em saúde mental do Ministério da Saúde.

Fonte: Autores, 2021.

Após os três meses de projeto e encerramento de todas as etapas ocorreu a avaliação dos resultados. Foi decidido que os participantes seriam avaliados no decorrer das consultas e visitas domiciliares, com a aplicação da Escala de Depressão e Ansiedade de Hamilton e a comparação entre a evolução dos casos antes e após a intervenção.

## 2.1 PLANO DE INTERVENÇÃO:

A partir da elaboração da proposta em conjunto com equipe de saúde da UBS Dr. Eduardo Rodrigues e o diagnóstico situacional da comunidade que sofreu a intervenção, quatro ações foram desenvolvidas com o intuito de melhorar a gestão e acompanhamento dos usuários com transtornos depressivos e ansiosos, de modo resolutivo e acolhedor.

A primeira ação foi batizada de “Juntos Para Prevenir e Promover Saúde”, foi discutido nas reuniões de setembro a outubro de 2020 e essa teria a intenção de promover ações de prevenção e promoção à saúde por meio de rodas de conversas e palestras sobre depressão e ansiedade.

Essa ação teve como alvo a população do território adstrito da UBS Dr. Eduardo Rodrigues e obteve apoio de toda a equipe multidisciplinar. Todos ficariam encarregados da divulgação, por meio das consultas, visitas domiciliares, acolhimento e na recepção, de maneira que pudessem atingir a todos.

Foi decidido que as rodas de conversas seriam quinzenais, nas quais o período da tarde nas sextas-feiras seria reservado para esse apoio. A programação foi feita inicialmente para três meses, os dias reservados são demonstrados da Quadro 3:

QUADRO 3- CRONOGRAMA DAS RODAS DE CONVERSAS

ATIVIDADE 1: “Juntos Para Prevenir e Promover Saúde”	DATA
ENCONTRO 1	23/10/2020
ENCONTRO 2	06/11/2020
ENCONTRO 3	20/11/2020
ENCONTRO 4	04/12/2020
ENCONTRO 5	18/12/2020
ENCONTRO 6	08/01/2021

FONTE: AUTOR, 2021.

Os temas dos encontros variaram entre os sinais e sintomas típicos de ansiedade e depressão, estilo de vida saudável na prevenção e tratamento desses transtornos e quando introduzir medicações. Previamente, foi feita a opção de não determinar os temas, pois a frequência e continuidade dos indivíduos tende a não

ser constante, portanto, os temas foram escolhidos no dia do grupo pelos próprios participantes.

Para auxiliar as palestras foram disponibilizados folders contendo informações sobre os principais conceitos de ansiedade e depressão, assim como autoestima e estilo de vida saudável impactam positivamente nesses problemas.

Durante essa atividade, foi necessário dispor de uma sala da UBS, com cadeiras e mesas, um projetor, computador e folhas de sulfite com canetas individuais para assinarem uma lista de presença e relatarem suas impressões sobre o grupo. Toda a atividade realizada ocorreu mediante os parâmetros de segurança propostos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com máscara e distanciamento social.

A segunda ação foi denominada “Em Busca do Bem-Estar” e tinha o intuito de rastrear os pacientes com depressão e ansiedade cadastrados na UBS. Essa etapa teve duração de um mês, com início no mês de novembro de 2020.

Com o auxílio da equipe e principalmente dos ACS, que possuem um papel muito importante no estabelecimento de vínculo com a comunidade, foram feitas quatro reuniões para a coleta de dados utilizando o CID-10 dos meses de janeiro a julho de 2020, concomitantemente com o decorrer da primeira ação, para que as pessoas rastreadas também frequentassem as palestras.

O objetivo dessa busca ativa foi identificar os usuários com transtornos mentais em tratamento regular e com estilos de vida saudável, além de manter ativo o vínculo e a relação entre a APS e o paciente, de modo que este se sinta seguro em buscar ajuda.

Para auxiliar a equipe a padronizar a identificação e sua gravidade, assim como os gatilhos para que se desenvolvam tais patologias, foi feita uma tabela com fatores de risco, as Escalas de Depressão e Ansiedade de Hamilton e com os CID-10 que deveriam ser buscados.

Segue abaixo a Quadro 4, 5 e 6 com os fatores de risco e CID-10, respectivamente:

QUADRO 4- FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO E ANSIEDADE.

<b>DEPRESSÃO</b>	<b>ANSIEDADE</b>
Baixa tolerância ao estresse/ comportamento impulsivo recorrente	Preocupação excessiva
História de abuso com álcool ou outras substâncias	Inquietação
História familiar de depressão, alcoolismo ou suicídio	Fadiga
Perdas e Traumas	Falta de Concentração
Doenças graves que ameaçam a vida	Irritabilidade
Doenças da Tireoide	Insônia ou dificuldade de manter o sono
Dores de cabeça	Náuseas
Ansiedade	Diarreia
Tabagismo	Palpitação
Insônia	Associação com Transtorno de Pânico

Fonte: DSM V, 2014.

QUADRO 5- CID10 PARA DEPRESSÃO.

<b>CID10-F32</b>	Episódios Depressivos
<b>CID10-F32.0</b>	Episódios Depressivos Leve
<b>CID10-F32.1</b>	Episódios Depressivos Moderado
<b>CID10-F32.2</b>	Episódios Depressivos Grave sem sintomas psicóticos
<b>CID10-F32.3</b>	Episódios Depressivos Grave com sintomas psicóticos
<b>CID10-F32.8</b>	Outros Episódios Depressivos
<b>CID10-F32.9</b>	Episódios Depressivos Não Especificado

Fonte: OMS, 1997.

QUADRO 6- CID10 PARA ANSIEDADE.

<b>CID10-F41</b>	Outros Transtornos Ansioso
<b>CID10-F41.0</b>	Transtorno de Pânico
<b>CID10-F41.1</b>	Ansiedade Generalizada
<b>CID10-F41.2</b>	Transtorno Ansioso e Depressivo
<b>CID10-F41.3</b>	Transtorno Ansiosos Mistos
<b>CID10-F41.8</b>	Outros Transtorno Ansioso Especificados
<b>CID10-F41.9</b>	Transtorno Ansiosos Não Especificado

FONTE: OMS,1997.

A partir do rastreamento e identificação dos usuários foi feita uma reunião com a equipe para caracterização de cada usuário e suas relações, meio em que vivem, assim como as percepções sobre o tratamento feito. Após isso, para os usuários que não se encontravam em tratamento regular, ou não apresentavam a evolução esperada, ou ainda que não frequentavam as consultas frequentemente, seria desenvolvido um plano individual para melhor resolução dos problemas identificados.

A terceira ação batizada de “Juntos Somos Mais Fortes” foi planejada para acontecer em dois meses concomitante com o grupo proposto pela ação um. Em associação com a nutricionista, psicólogo, educador físico e médico da UBS, seriam realizados atividades mensalmente. A realização das operações em dias próximos foi pensada para ajudar a adesão e frequência em ambas as atividades.

Nos dias 30 de outubro, 13 de novembro e 11 de dezembro de 2020 foram realizadas atividades que estimulassem o exercício físico e alimentação saudável, na prática.

No dia 30 foi feita uma caminhada para explicar os benefícios de 30 minutos de exercícios pelo menos três vezes na semana e sua importância para a reinserção social. Já no dia 13 de novembro foi disponibilizado o centro comunitário do bairro, no qual foi mostrado como preparar alguns alimentos cotidianos, como batata, carnes, ovos e como a preparação influencia em um estilo de vida saudável. No último encontro foi realizada uma caminhada novamente.

Durante os encontros foram distribuídos aos participantes folders contendo informações sobre depressão, ansiedade, autoestima, alimentação e atividade física.

A quarta ação batizada de “Capacitar também é importante” tinha o intuito de melhorar a percepção da equipe diante dos sinais e sintomas em relação a depressão e ansiedade, que em sua maioria possuem difícil diagnóstico ou por vezes são subestimados.

No âmbito da saúde mental, estudar e se aprimorar é algo insubstituível, uma vez que esses pacientes demandam maior cuidado e sensibilidade de quem cuida. Dessa forma, durante dois dias foram feitas rodas de conversa com a participação de toda equipe de saúde da UBS, somados a psicóloga do CAPS, dispondo do Caderno de Atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2013), para aprimorar o conhecimento e tirar dúvidas quanto a responsabilidade dos profissionais de saúde perante as situações de depressão e ansiedade.

Durante as ações um, dois e três os participantes foram submetidos a Escala de Depressão e Ansiedade de Hamilton, para identificar a gravidade e possibilitar a comparação após o encerramento da intervenção.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

O SUS possibilita por meio da Atenção Primária de Saúde (APS) o acesso e cuidado a saúde, inclusive daquelas que demandam atenção em saúde mental. Por meio desta, ações podem ser desenvolvidas em territórios conhecidos, no qual o profissional de saúde possui proximidade com a realidade de cada pessoa e suas relações com a comunidade em que vivem (BRASIL, 2013).

Por sua vez, a saúde mental aumenta seu espaço e fortalecimento com ações de promoção e prevenção, uma vez que crescem cada vez mais na atualidade com o aumento das taxas de suicídio, transtornos psicopatológicos e uso abusivo de drogas terapêuticas (NUNES et al, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2020, 15% de Anos de Vida Perdidos Por Morte Prematura Ajustados por Incapacidade (DALYs) foram devidos problemas mentais, afirmando o expressivo aumento de transtornos mentais nas últimas décadas (NERY; LORENZO, 2014).

O crescimento do número de pessoas em sofrimento mental nos consultórios, ambulatorios e UBS é alvo de inúmeras pesquisas e debates na sociedade com o intuito de identificar as etiologias para intervenção e melhorias das ações que podem ser realizadas por todos os profissionais da APS como: proporcionar ao usuário um momento para refletir; exercer boa comunicação; exercitar empatia, acolher o usuário (PRATTA, SANTOS, 2009; BRASIL, 2013).

Ainda, as intervenções em saúde mental devem desenvolver possibilidades de modificar e melhorar as condições de vida, não se restringindo apenas nas doenças, de modo a proporcionar suporte emocional para o paciente que se encontra em estado de sofrimento (BRASIL, 2013). Dessa forma, a Saúde Mental e a APS convergem com um objetivo em comum para a superação das limitações e construção de um modelo dinâmico, de inclusão e orientação na área da saúde (BRASIL, 2013).

Com isso, a ESF precisa estar preparadas para receber todas as demandas e famílias de acordo com os princípios do SUS, olhando o sujeito em todas suas dimensões, respeitando seus desejos, anseios e valores (CARDOSO; GALERA, 2011).

### 3.1 TRANSTORNO DEPRESSIVO

Depressão é a segunda causa de incapacidade entre 15 e 44 anos, atualmente, e, portanto, um importante problema de saúde global uma vez que ocasiona impactos negativos nas condições de vida dos indivíduos e no meio que vivem, além de elevar a demanda dos serviços de saúde (VALENTINI et al, 2004; LOPEZ et al, 2011).

A população geral do Brasil apresenta aproximadamente 17% de casos prevalentes de depressão. Em um estudo realizado em 18 países, o Brasil se destacou com prevalência de 18,4% de casos prevalentes (BROMET et al, 2011).

A depressão se relaciona com o estado emocional e afetivo como tristeza ou quadros sindrômicos como transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, alterações cognitivas, de sono e apetite. Além disso, pode ocorrer perda de interesse e capacidade de sentir prazer nas atividades cotidianas, no entanto, nem sempre estão associadas a sentimentos de tristeza ou vazio (HEGADOREN et al, 2009).

O sentimento de tristeza é uma reação às situações de perda, podendo indicar um sinal de alerta para que a pessoa procure ajuda (DEL PORTO, 1999). O sofrimento mental impacta diretamente em agravos prevalentes de saúde seja como fator de risco, dificultando aderência a tratamentos regulares e na piora de prognósticos (SOUZA, 2012).

Quadro 7- ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNO DEPRESSIVO E OUTROS AGRAVOS EM SAÚDE.

<b>DOENÇAS NÃO INFECCIOSAS</b>	<b>T. mental é fator de risco</b>	<b>T. mental piora aderência ao tratamento</b>	<b>T. mental piora o prognóstico</b>
<b>Depressão e Ansiedade/ Doenças Coronarianas</b>	4	2	3
<b>Depressão e AVC</b>	3	0	3

<b>Depressão e Ansiedade/Diabetes</b>	1	3	3
<b>DOENÇAS INFECCIOSAS</b>	-----	-----	-----
<b>Dependência química/ HIV</b>	2	3	3
<b>Alcoolismo/ Tuberculose</b>	2	3	3
<b>Depressão e Ansiedade/ Tuberculose</b>	0	3	0
<b>SAÚDE MTERNO-INFANTIL</b>	-----	-----	-----
<b>Depressão Puerperal/ Déficit no desenvolvimento do bebê</b>	3	0	0
<b>Psicose puerperal/Mortalidade Infantil</b>	4	ND	ND
Legenda: 4= Associação forte confirmada por meta-análise ou revisão sistemática; 3= Associação consistente confirmada por diversos estudos; 2= Associação confirmada por um estudo; 1= Associação inconsistente; 0= Nenhuma associação confirmada; ND= dados inexistentes			

Fonte: Prince et al, 2007

O diagnóstico de depressão por vezes é prejudicado pela presença de comorbidades ou pela dificuldade da equipe de saúde em reconhecê-la, em que cerca de 60% desses casos não são detectados e por isso não são tratados adequadamente.

### 3.2 TRANSTORNO DE ANSIEDADE

Ansiedade é um sentimento acompanhado de medo, apreensão, carregado por tensão e desconforto por pensamentos antecipados por algo ainda desconhecido que podem gerar sensação de perigo (ALLEN; LEONARD; SWEDO, 1995).

*National Institute for Health & Clinical Excellence* (NICE, 2011) é o guia de ansiedade em adultos e aponta essa patologia como multifatorial, com fatores biopsicossocial e familiares, além do ambiente que estão inseridos.

É uma condição crônica e que possui capacidade de debilitar o indivíduo tanto quanto outras comorbidades como diabetes. Na APS, a ansiedade sofre paradigmas em relação seu tratamento, uma vez que os usuários subestimam os sintomas, ao mesmo tempo que alguns profissionais consideram as queixas como mal-estar geral (NICE, 2011).

Os pacientes com transtorno de ansiedade são os maiores frequentadores da Atenção Primária de Saúde (APS), no entanto há um desafio na identificação dos que realmente precisam de tratamento (BALDWIN et al, 2014).

Adolescentes, mulheres e idosos são mais vulneráveis e são alvo o maior alvo de subdiagnósticos na atenção primária, optando na maioria dos casos pelo uso de benzodiazepínicos ao invés de um tratamento regular e a longo prazo, uma vez que é uma doença crônica e o uso de medicamentos é um tratamento a curto prazo e com tendência a vícios (HALLER et al, 2014).

Esse transtorno ainda, acarreta maiores custos para a saúde pública à medida que apresentam outras comorbidades concomitante, assemelhando a depressão. Quase sempre vem acompanhada de doenças somáticas, patologias cardíacas (GUILLICH, 2013).

O objetivo de tratamentos e intervenções é aliviar os sintomas e restaurar a inserção social e a prevenção de recaídas, assim como danos e agravos à saúde (NICE, 2011).

Com tudo, o maior problema da Atenção Básica de Saúde (ABS) é reconhecer os pacientes com esse transtorno, que muitas vezes não estão familiarizados ou treinados na sua identificação, ou subestimam as queixas dos pacientes (MAZONI, 2014).

Quadro 8- CONDUTA PARA TRANSTORNOS ANSIOSO.

	<b>1º PASSO</b>	<b>2º passo</b>	<b>3º Passo</b>
<b>Queixas de Ansiedade</b>	Informação, se necessário PST		
<b>Transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, síndrome do pânico</b>	Informação	TCC (autoajuda)	TCC efetuada por psicoterapeuta ou antidepressivos
<b>Fobia Específica, hipocondria</b>	Informação	TCC (autoajuda)	TCC efetuada por psicoterapeuta ou antidepressivos
<b>Transtorno de Estresse Pós-Traumático</b>	Informação e Encaminhamento		
<b>Transtorno Obsessivo-compulsivo</b>	Informação e Encaminhamento		

Fonte: NHG, 2014.

TRP= Tratamento de Resolução de Problemas

TCC= Terapia cognitivo-comportamental

FIGURA 1 – SINAIS E SINTOMAS DE ANSIEDADE.

Sinais e Sintomas Fisiológicos de Ansiedade	Sinais e Sintomas Psicológicos de Ansiedade
Cefaleias	Consciência de “estar nervoso”
Sudorese intensa	Consciência de estar amedrontado
Hipertensão arterial	Sentimento de vergonha
Desconforto abdominal	Perplexidade
Queixa algícas generalizadas	Confusão
Inquietação	Alterações da percepção
Reflexos exageradamente aumentados	Dificuldades de concentração
Taquicardia	Diminuição da memória
Midríase pupilar	Dificuldades na aprendizagem
Síncope	Dificuldades na interacção com os outros
Tremores	Isolamento
Alterações urinárias (frequência, retenção, urgência urinária)	Baixa-autoestima

Fonte: SILVA et al, 2012.

Gráfico 1- DISTRIBUIÇÃO DE TRANSTORNO ANSIOSO POR GÊNERO E FAIXA ETÁRIA.



Fonte: OMS, 2017.

## 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O presente trabalho propôs ações em um período difícil e atípico vivenciado pelo mundo, a COVID-19. Entretanto, apesar das intercorrências grande parte do proposto tentou ser colocado em prática.

A ação “Juntos Para Prevenir e Promover Saúde” tinha a intenção de ter encontros quinzenais, porém com a diminuição do fluxo de pacientes da UBS e o medo frequente da população, precisou ser interrompido.

Apesar disso, dois encontros foram realizados, os quais respeitaram as normas de distanciamento e uso de máscara com poucas pessoas dentro sala. O primeiro encontro teve três pessoas presentes e o segundo encontro duas pessoas.

Nos dois dias, a presença não foi constante, ou seja, as pessoas que foram no primeiro dia, não foram as mesmas do segundo encontro, prejudicando a avaliação dos resultados.

Em ambos os encontros, foi discorrido acerca dos sinais e sintomas da depressão e ansiedade e como a mudança de estilo de vida pode ajudar a combater e prevenir danos maiores. Apesar das ações terem sofrido paradigmas, a troca de experiência das pessoas presentes foi valiosa em um momento atípico de pandemia, fato que proporcionou mais agravos a saúde mental. O **Erro! Fonte de referência não encontrada.** mostra a relação entre o total de pessoas nos dois encontros e a satisfação delas, quando questionadas ao final de cada encontro.

GRÁFICO 2- FREQUENCIA X SATISFAÇÃO



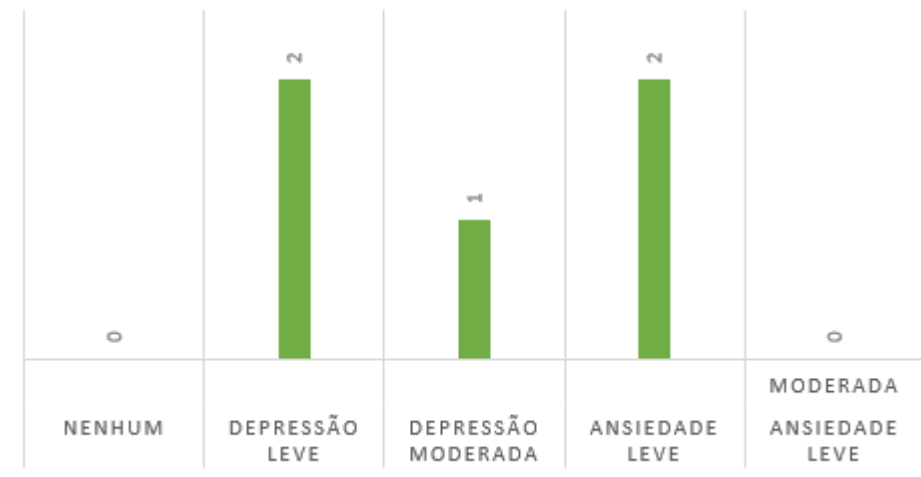
Fonte: Autores, 2021.

O gráfico 1 mostra que 100% dos presentes na ação um ficaram satisfeitos com o grupo e relataram ter acrescentado muito para sua saúde. Dessas pessoas presentes todas eram mulheres, das quais duas eram adolescentes e três entre 40-50 anos.

Foi podido perceber que as mulheres presentes não estavam aguentando a intimidação da quarentena e recorreram ao grupo como forma de expressar suas emoções. Embora as idosas apresentem mais queixas quanto a depressão a pandemia não permitiu que grupo de riscos frequentassem as atividades.

Dentro da Escala de Depressão e Ansiedade realizada com as cinco mulheres, os resultados são demonstrados pelo gráfico 2:

GRÁFICO 3- ESCALA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE DE HAMILTON



Fonte: Autores, 2021.

O gráfico 2 apresenta que das cinco pessoas participantes, dois possuíam depressão leve, uma moderada e duas com ansiedade leve.

A ação três “Juntos Somos Mais Fortes” teve o intuito de ser realizada em conjunto com a ação dois, de maneira que fosse um complemento prático. No entanto, não houve nenhuma participação.

Esse fato foi atribuído não apenas a COVID-19, mas também a cultura do sedentarismo e da procrastinação, uma vez que outros convites para caminhadas e atividades físicas já foram propostas pela UBS e também não tiveram sucesso.

Em relação a atividade dois “Em Busca do Bem-Estar” foi a que mais conseguiu ser colocada em prática. Para driblar os paradigmas, os usuários foram

identificados pelo CID10 e por telefone. Os ACS, psicóloga e enfermeira realizaram a Escala de Depressão e Ansiedade de Hamilton.

Nos meses de janeiro a julho foram identificados 750 CID10 (20,9%) de Depressão e Ansiedade, dos quais aumentaram seus registros entre os meses de março a julho de 2020. Desses 750, 223 casos (29%) apresentaram o CID-F32.9 (Episódio Depressivos Não Especificados) e os demais 71% apresentavam queixas referentes ao CID-F41.9 (Transtorno Ansioso Não Especificado).

Ainda, dos 223 casos de depressão, 5% eram queixas masculinas e 95% de queixas femininas. Entre os casos de ansiedade 10% eram meninos adolescentes e 90% mulheres de todas as faixas etárias. Analisando esses dados, foi podido perceber que os números desses transtornos são crescentes no mundo, no entanto com a pandemia cresceram demasiadamente. (BRASIL, 2020).

Em relação a quarta atividade, foi podido perceber que a equipe possuía grande demanda com pacientes de saúde mental e ao mesmo tempo muitas inseguranças, as quais foram muito importantes serem sanadas com a ajuda do Caderno de Atenção a Saúde Mental (BRASIL, 2013).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização do trabalho foi possível observar fragilidades e potencialidades em toda a equipe e colaboradores para a intervenção. Foi possível perceber fragilidades em relação a agenda da equipe, as quais não possuía dias pré-determinados para realizar atividades para grupos epidemiológicos específicos, dificultando realizar planejamentos futuros. No entanto, organizar a execução do trabalho e estabelecer metas propiciou maior organização da equipe e menor possibilidade de erros. O projeto tem a intenção de ter continuidade juntamente aos ansiosos e depressivos, além da organização para iniciar anualmente a incorporar outras demandas de perfis epidemiológicos que essa equipe de Atenção Básica que precisa se aprimorar.

Mais uma vez, estar diante de uma situação de vulnerabilidade social mundial pela COVID-19, dificultou o acesso dos profissionais aos usuários, assim como o inverso. Gerou tensão e medos, promovendo agravos e danos à saúde ainda não mensuráveis. Apesar do estabelecimento de metas e organização, não foi possível realizar o planejado, mas evidenciou o trabalho em equipe, poder de decisão, planejamento de tempo, estabelecimento de vínculo com a comunidade e reconhecimento de cada indivíduo dentro da sua realidade e limitações.

Quantificar os registros de depressão e ansiedade ajudou a equipe a procurar melhor capacitação para atender uma demanda que está cada vez maior e precisa da APS no combate humanizado. No mais, foi muito importante para perceber que pequenas ações e intervenções com poucos recursos podem fazer muita diferença na promoção e prevenção de saúde.

## REFERÊNCIAS

Allen AJ, Leonard H, Swedo SE. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995.

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5, 2014

Araújo, RHS. Adaptação transcultural da GRID Hamilton Rating Scale for Depression (GRIDHAMD) para o português brasileiro e avaliação do impacto de um treinamento sobre a confiabilidade interavaliadores. Universidade Federal da Bahia, 2011.

Baldwin, D. S. et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association of Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 2014.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar, 2008.

Brasil. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, 2020.

Brasil. Caderno de Atenção Básica- Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Departamento de Saúde Mental da Atenção Básica. Ações Programáticas Estratégicas em Saúde Mental; 2013.

Bromet, E; et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 2011.

Cardoso L, Galera SAF. Mental health care today. *Rev Esc Enferm USP*, 2011.

Colodel, Jose Augusto. Obrages e Companhias Colonizadoras: Santa Helena na História do Oeste Paranaense até 1960. Prefeitura Municipal de Santa Helena-PR, 1988.

Del Porto, J.A. Conceito e diagnóstico. *Ver Bras Psiquiatr de SP*, 1999.

Gulich, I. et al. Prevalência de ansiedade em pacientes internados num hospital universitário do sul do Brasil e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol*, 2013.

Harller, H. et al. The prevalence and burden of subthreshold generalized anxiety disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2014.

Hegadoren K, Norris C, Lasiuk G, Silva DGV, Chivers-Wilson K. The many faces of depression in primary care, 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Populacional, 2018.

Instituto de Previdência do Município (IPM). Prontuário Eletrônico Individual. Santa Helena-PR, 2020

Lieke Hassink-Franke, Berend Terluin, Florian van Heest, Jan Hekman, Harm van Marwijk, Mariëlle van Avendonk. Resumo da diretriz da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG). Sociad. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2014.

Lopez M, Ribeiro J, Jansen K, Silva R. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos, Pelotas-RS. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2011.

MANZONI, G. M. Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. BMC Psychiatry, 2008.

National Institute For Health & Clinical Excellence (NICE). Generalised Anxiety Disorder In Adults: Management In Primary, Secondary And Community Care. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2011.

Nery Filho A, Lorenzo C, Diz F. Usos e usuários de substâncias psicoativas: considerações bioéticas. Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas, 6 ed, 2014.

Nunes M, et al. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad Saúde Pública, 2007.

Pratta EMM, Santos MA. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evoluções. Psic Teor e Pesq, 2009.

Silva, Celso da; Brandão, Manuel. Impacto da Gestão da Ansiedade em Pessoas Internadas com o Diagnóstico de Depressão. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2012. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602012000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000100010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 31 jan 2021.

Souza, C.A.C. Uso Racional de Antidepressivos. Ver Psychiatry Online Brazil, 2012.

Sterchile, Adriela. Aspectos da história das instituições escolares de Santa Helena. Cascavel/PR, 2006.

Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello AAFM, Mello MFM, et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. Rev Saude Publica. 2004.