

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

THAÍS EMANUELE SILVA DAMIANI

**O PACIENTE DIABÉTICO E A DEPRESSÃO COMO COMORBIDADE
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SERRA VERDE, BELO
HORIZONTE/MG.**

Lagoa Santa- Minas Gerais

2014

THAÍS EMANUELE SILVA DAMIANI

**O PACIENTE DIABÉTICO E A DEPRESSÃO COMO COMORBIDADE
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SERRA VERDE, BELO
HORIZONTE/MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora. Professora Elaine Leandro Machado

Lagoa Santa- Minas Gerais

2014

THAÍS EMANUELE SILVA DAMIANI

**O PACIENTE DIABÉTICO E A DEPRESSÃO COMO COMORBIDADE
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SERRA VERDE, BELO
HORIZONTE/MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Elaine Leandro Machado

Banca Examinadora: Ana Mônica Serakides Ivo – Examinador(a)

Prof. Orientador: Elaine Leandro machado – Orientador(a)

Aprovado em:06/06/2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, a minha querida mãe Célia Maria que tanto amo, ao meu amor Rafael sempre presente nas horas difíceis, aos meus sobrinhos Gabrielly e Fernando, minha irmã Tamara, minha amiga Léa Fátima e aos meus avós im memória Antônio Augusto e Alferina Oliveira.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado sabedoria e força , para enfrentar todos os obstáculos da minha vida.A todos que estiveram presentes em minha trajetória: aos funcionários do Centro de Saúde Serra Verde,em especial a gerente Virgínia e o Médico Dr. Julio que me receberam com tanto carinho e amor.

A minha mãe Célia Maria, que sempre me apoiou nos estudos e nas horas mais difíceis, me incentivando e estando sempre ao meu lado.

Te amo muito mãe.

Ao meu namorado Rafael Henrique, sempre presente me apoiando, incentivando e torcendo por mim nas minhas escolhas.

À minha amiga Léa de Fátima, que sempre esta presente torcendo pelo meu sucesso.

Não podendo deixar de citar agradeço imensamente a Enfermeira Tatiane Thomaz e a Médica Daiane Campos, pessoas estas que Deus colocou em minha vida, para me ensinar, acolher e se tornaram grandes amigas. Admiro e AMO muito vocês...

EPIGRAFE

"Só existem dois dias no ano que nada pode ser feito. Um se chama ontem e o outro se chama amanhã, portanto hoje é o dia certo para amar, acreditar, fazer e principalmente viver."

Dalai Lama

RESUMO

Ao desenvolver o Diagnóstico Situacional no Centro de Saúde Serra Verde em Belo Horizonte/ MG observou-se que os principais problemas de saúde da população adulta adstrita estavam relacionados ao grande número de pessoas diabéticas, hipertensas e deprimidas, a partir do qual pôde-se perceber a problemática que envolve o paciente diabético e a depressão como decorrente dessa condição, sobretudo na Estratégia Saúde da Família. Para que se possam adotar medidas eficazes para o cuidado desses pacientes, é de extrema importância que se conheça as características dessas condições além dos fatores de riscos associados, estabelecendo um plano de intervenção que auxilie as equipes no direcionamento dos problemas para que o mesmo justifique a escolha do tema abordado.

O presente trabalho tem como objetivo a identificação do perfil das pessoas com DM que tenham depressão como comorbidade cadastrados no Centro de Saúde Serra Verde, descrever e verificar a doença crônica DM e a depressão bem como seus fatores de risco, executando-as em três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação. Os estudos abordados serviram como referência para compreensão dos objetos de estudo. Pelos estudos analisados, observa-se que há uma interação psicológica e comportamental entre o diabetes e a depressão, dessa forma o controle fica mais difícil, aumentando os riscos das duas doenças. Um dos inconvenientes de não se tratar a depressão do diabético é o sintoma do desencantamento para com a vida, proporcionando assim uma baixa aderência ao tratamento do mesmo, controle inadequado dos níveis de açúcar no sangue, bebidas alcoólicas em excesso e aumento do risco de complicações da doença. Para a elaboração da proposta de intervenção foi necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas e priorizadas como as mais críticas, para serem trabalhadas inicialmente, uma vez que todos não serão resolvidos ao mesmo tempo, considerando as dificuldades pela falta de recursos financeiros, humanos, físicos, políticos vivenciados pelo Centro de Saúde. Para realizar essa análise, utilizou-se o conceito de “nó crítico” proposto pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, que foi idealizado por Carlos Matus.

Palavras Chaves: *diabetes mellitus* , depressão

ABSTRACT

In developing the Situational Diagnosis Health Center Sierra Verde in Belo Horizonte / MG was observed that the major health problems of the enrolled adult population were related to the large number of patients with diabetes, hypertension, and depressed, from which it could be seen problem involving diabetic patients and depression as resulting from this condition, especially in the Family Health Strategy. So that we can take effective measures for the care of these patients is of utmost importance to know the characteristics of these conditions in addition to the risks associated factors, establishing an intervention plan to assist in directing teams of the same problems that justify choice of the subject. This study aims to identify a profile of people with diabetes who have comorbid depression as registered at the Health Center Sierra Verde, describe and verify chronic disease DM and depression as well as their risk factors, performing them in three steps: situational analysis, literature review and drafting of the action plan. The studies addressed as reference for understanding the objects of study. The studies analyzed, it is observed that there is a psychological and behavioral interaction between diabetes and depression, thus the control becomes more difficult, increasing the risk of both diseases. One of the drawbacks of not treating depression is diabetic symptom of disenchantment towards life, thus providing a low adherence to treatment of the same, inadequate control of blood sugar levels, excessive drinking and increased risk of complications disease. For the preparation of the proposed intervention was necessary to make an analysis able to identify among various causes, those considered most important in the origin of the problem, those that need to be addressed and prioritized as the most critical, to be initially worked, since all not be solved at the same time, considering the difficulties due to lack of financial resources, human, physical, political experienced by the Center for Health To perform this analysis, we used the concept of "critical node" proposed by Situational Strategic Planning (ESP) Simplified, which was designed by Carlos Matus.

Key words: diabetes mellitus, depression

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVPI - Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade

DM – Diabetes Mellitus

EAB – Equipe de Atenção Básica

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico

NASF – Núcleo de Apoio Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBH – Prefeitura de Belo Horizonte

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PSF – Programa Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação a Atenção Básica

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 Objetivo Geral.....	13
3.2 Objetivos Específicos.....	13
4. MÉTODOS.....	14
4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS QUE TENHAM DEPRESSÃO COMO COMORBIDADES.....	14
4.2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
5. RESULTADOS.....	19
5.1 <i>Diabetes Mellitus</i>: definição e epidemiologia.....	19
5.2 <i>Diabetes Mellitus</i>: Fatores de risco de diagnóstico.....	20
5.3 Depressão: definição e epidemiologia.....	20
5.4 Depressão: Fatores de risco e diagnóstico.....	22
5.5 A relação <i>Diabetes Mellitus</i> e Depressão	24
5.6 Diagnóstico e tratamento de pacientes diabéticos e com depressão.....	25
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no país. De acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) a mesma deve ser substitutiva em relação à rede tradicional, resolutiva e impactante na situação de saúde das pessoas e coletividade, propiciando uma importante relação efetiva e atuando no território através do cadastro domiciliar, diagnóstico situacional, cuidar das pessoas e famílias (BRASIL, 2007).

A comunidade do bairro Serra Verde, fica no Distrito de Venda Nova do município de Belo Horizonte / MG. O bairro possui 17.150 habitantes (IBGE, 2008) e teve um crescimento populacional importante nas últimas décadas, principalmente, em função da migração de trabalhadores, decorrente da expansão de atividades do comércio e pela instalação da Cidade Administrativa do governo do Estado de Minas Gerais. Este crescimento foi acompanhado de correspondente crescimento econômico, de infraestrutura e de desenvolvimento social (DA SILVA,2001).

A população conserva hábitos e costumes próprios da população brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas. Formado basicamente por casas, o Serra Verde tem registrado grande procura por imóveis, seja para alugar ou para vender. Além disso, lotes estão cada vez mais valorizados na região, devido à implementação da Cidade Administrativa no bairro. Segundo o diagnóstico situacional, o Serra Verde é considerado como bairro de padrão popular. Essa classificação é obtida a partir da renda média dos chefes de família do bairro, que é de até cinco salários mínimos. Outra mudança foi à expansão do comércio. Nas últimas administrações, tem havido algum investimento público no bairro (escola, centro de saúde, Academia da Cidade, dentre outros).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Serra Verde, abriga cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi fundada a mais de 20 anos e reinaugurada em 2009. O Imóvel na qual está alocada pertence ao Município de Belo Horizonte, foi adaptado para funcionar como Unidade de Saúde com o intuito de atender melhor os portadores de deficiências. Possui uma área adequada, mas com alguns problemas físicos e estruturais, como recursos físicos inadequados para o trabalho da equipe, tendo exemplo à falta de computadores, impressoras, cadeiras, armários dentre outros.

Segundo dados da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH,2012) no momento, são atendidos na UBS 14.548 usuários cadastrados formalmente no Programa Saúde da Família (PSF) e 4.399 no cadastro informal totalizando 18.947 usuários.

As equipes atendem a população local por meio das seguintes atividades: visitas domiciliares de toda a equipe de saúde; consultas médicas; consultas de enfermagem; consultas odontológicas; procedimentos de assistência de enfermagem na unidade e, se possível e necessário, no domicílio; grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes; aplicação de flúor nas crianças da escola local, com supervisão de escovação; agendamento de consultas para especialidades e exames diariamente; dispensação de medicamentos.

Ao desenvolver o Diagnóstico Situacional observou-se que os principais problemas de saúde da população adulta adstrita estão relacionados ao grande número de pessoas com *diabetes mellitus*, hipertensas e depressivas.

A atenção em DM e às suas complicações constitui prioridade para a saúde pública mundial. Nessa direção, a prevenção em DM deve ser realizada nos diferentes níveis de atendimento à saúde, mediante a detecção de indivíduos em risco – prevenção primária, identificação de casos não diagnosticados – prevenção secundária, e pelo tratamento dos indivíduos já afetados pela doença visando prevenir complicações agudas e crônicas - prevenção terciária (BRASIL, 2005).

A prevalência de depressão em pessoas com DM é cerca de 2 a 4 vezes maior que na população geral, podendo afetar até 30% dos diabéticos e uma metanálise confirmou o risco duplicado de depressão em diabéticos, além de demonstrar que mulheres diabéticas têm um risco maior de depressão (28%) que homens diabéticos (18%) (ANDERSON ; COLS,2003).

Com o intuito de melhorar a assistência as pessoas com DM que tenham depressão como comorbidade, pretende-se elaborar um plano de intervenção na UBS Serra Verde, que poderá ser executado pelas equipes de ESF.

2. JUSTIFICATIVA

O *diabetes mellitus* possui elevada prevalência, acometendo cerca de 7% da população brasileira (MUSSELMAN, 2003). Em torno de 20% a 30% das pessoas com DM apresentam depressão. A depressão pode atuar como um fator de risco para o desenvolvimento do DM, piorar seus sintomas e interferir com o autocuidado dos pacientes (LUSTMAN *et al.*, 1997).

A depressão nas pessoas com DM tende a comprometer os vários domínios da qualidade de vida, incluindo saúde física, saúde psicológica, relacionamento social, domínio ambiental e de pressão social, relacionada à saúde geral (EREN,2008).

Pode-se perceber através do diagnóstico situacional realizado no Centro de Saúde Serra Verde a problemática que envolve a pessoa com DM e a depressão como decorrente dessa condição, sobretudo na ESF. No entanto, para que se possam adotar medidas eficazes para o cuidado da saúde desses pacientes, é de extrema importância que se conheça as características dos mesmos além dos fatores de riscos associados, estabelecendo um plano de intervenção que auxilie as equipes no direcionamento dos problemas. Considerando esse contexto foi feita a escolha do tema abordado.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAL

Descrever a associação entre DM e depressão e elaborar uma proposta de intervenção para acompanhamento de pacientes diabéticos que tenham depressão como comorbidade na Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde Serra Verde, Belo Horizonte, Minas Gerais.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar o perfil dos portadores de DM que tenham depressão como comorbidade cadastrados no Centro de Saúde Serra Verde, Belo Horizonte, Minas Gerais;
- Descrever a doença crônica DM bem como seus fatores de risco;
- Descrever a depressão bem como seus fatores de risco;
- Verificar a associação entre DM e depressão por meio de revisão de literatura.
- Propor plano de intervenção para uma análise capaz de identificar, entre várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, que precisam ser enfrentados e priorizados como as mais críticas.

4. MÉTODOS

4.1 Diagnósticos Situacional da Estratégia Saúde da Família de intervenção para acompanhamento de pacientes diabéticos que tenham depressão como comorbidade

Para a elaboração de Proposta de Intervenção para o acompanhamento dos pacientes diabéticos que tenham depressão como comorbidade, inscritos na ESF Serra Verde, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

Primeiramente, foi realizada o diagnóstico situacional de acordo com Campos *et al.* (2010) , no segundo semestre de 2012 para o curso de Especialização em Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais. O diagnóstico situacional foi baseado no método da estimativa rápida. Este método constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, em curto período de tempo e sem alto gasto, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população e atores sociais como autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais na identificação das suas necessidades e problemas que controlam recursos para o enfrentamento dos mesmos. Os princípios que apoiam a estimativa rápida são: refletir as condições e as especificidades locais e envolver a população na realização da estimativa rápida. Os dados levantados por meio deste método são coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos e, na observação ativa da área (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre do ano de 2012 dos dados referentes ao primeiro semestre deste mesmo ano. Foram realizadas três levantamentos, um com as agentes comunitárias de saúde (ACS), um enfermeiras da UBS Serra Verde e outra com moradores da região, através de questionários semi-estruturados. Foram escolhidas aleatoriamente cinco ACS, uma de cada equipe para serem entrevistadas. O questionário compreendeu perguntas sobre seu tempo de trabalho como ACS, tempo de residência na região, quantas pessoas e famílias são cadastradas em sua microárea com divisão por classificação de risco das famílias e ainda número de crianças de 0 a 2 anos, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, pacientes que usam algum tipo de antidepressivos e quais moradores podem ser identificados como informantes-chave.

No que diz respeito aos informantes chaves, foram caracterizado aqueles indivíduos que por sua inserção na comunidade sejam capazes de representar os pontos de vista da coletividade, como líderes da comunidade, presidentes de associação de bairro, líderes religiosos e antigos moradores.

Durante o diagnóstico situacional foram realizadas as seguintes perguntas para as informantes chaves: Como você avalia o atendimento realizado pela Equipe Saúde da Família no Centro de Saúde Serra Verde? Que sugestões você daria para melhorar o atendimento? Além disso, realizou-se observação ativa das residências pertencentes à área de abrangência pelos ACS, sob a supervisão dos enfermeiros. Foram visitados 02 prédios, onde pudemos adentrar em 10 apartamentos, sendo excluídos aqueles que se encontravam fechados, e observados riscos ambientais, infraestrutura, acesso à água tratada, rede de esgoto, energia elétrica e condição que o paciente se encontrava.

Em relação aos registros existentes, as fontes de dado utilizadas foram o Sistema de Informação a Atenção Básica (SIAB), que se trata de um sistema software, desenvolvido pelo DATASUS em 1998, cujo objetivo centra-se em agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica (AB) usando como estratégia central a ESF. É por meio das informações coletadas pelo software do SIAB que o Ministério da Saúde toma decisões de gestão da Atenção Básica em nível nacional. As fichas que estruturam o trabalho das Equipes de Atenção Básica (EAB) e que produzem os dados que compõem o SIAB são utilizadas para realizar o Cadastramento das Famílias (ficha A), Acompanhamento de Dados (ficha B) e para o Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações das pessoas adscritas nos territórios das EAB (ficha D) diabéticos (ficha B-DIA). Depois de registradas as informações o SIAB se torna uma fonte rica de dados que abarca informações importantes e abrangentes na área da saúde que além de servir para auxiliar as EAB em seu processo de trabalho, serve também como fonte para vários tipos de pesquisas, para os órgãos governamentais, para as comunidades acadêmicas das áreas de enfermagem, medicina entre outros que utilizam tais dados a fim de compor pesquisas nas áreas de saúde coletiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Outra fonte de dados utilizada foi o registro de informações minuciosas nos atendimentos realizados através do Sistema Gestão Saúde em Rede (GESTÃO), disponibilizado pela Secretária Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte. Foi realizada uma busca detalhada dos pacientes cadastrados formalmente, no protocolo saúde do adulto,

visando uma futura abordagem e plano de ação de acordo com as características e dados registrados.

4.2 REVISÃO DE LITERATURA

Após o diagnóstico situacional realizou-se a revisão de literatura, inicialmente através de busca de artigos na base de dados eletrônicos da biblioteca virtual SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), sendo considerados os seguintes critérios;

- estudos científicos (artigos,teses e monografias);
- idioma - português;
- Período 1999 a 2012;
- Palavra chave – *Diabetes mellitus* e depressão.

Os estudos abordados serviram como referência para a discussão do trabalho realizado.

5. RESULTADOS

5.1 *Diabetes Mellitus*: definição e epidemiologia

O termo “*diabetes mellitus*” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população. Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50% (BRASIL, 2011). O levantamento apontou, também, que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes (BRASIL, 2011).

É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo

de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

5.2 Diabetes Mellitus: Fatores de risco e diagnóstico

São fatores de risco para pessoas com DM: histórico familiar de diabetes (pais ou irmãos com diabetes); obesidade (> 20% acima do peso corporal desejado ou IMC > 27 kg/m²); raça / etnicidade (afro – americanos, hispano- americanos, indígenas norte americanos, asiáticos americanos, oriundos das ilhas do pacífico); idade > 45anos;glicose em jejum ou tolerância comprometida à glicose previamente identificada; hipertensão (>140/90mmhg);Nível de HDL- colesterol <35mg/dl e ou nível de triglicérides >250mg/dl;história de diabetes gestacional ou dar a luz a neonatos com mais de 4,5 kg (BRUNNER,2002).

O diagnóstico da pessoa com DM pode ser facilmente identificado quando os sintomas específicos estão associados à alta dosagem de glicose no sangue, confirmado normalmente por testes laboratoriais. Atualmente, para uma pessoa ser considerada diabética, a glicemia de jejum precisa estar acima de 125mg/dl de sangue. A suspeita de que uma pessoa é diabética pode ainda ser confirmada ou não pela análise dos sintomas apresentados, da história familiar e dos resultados físicos e clínicos (GOODMAN,1996).

5.3 Depressão: definição e epidemiologia

Segundo Moreira *et al.* (2003), a palavra depressão, na linguagem coloquial, é utilizada para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza) quanto um sintoma, uma síndrome ou uma doença. A tristeza constitui-se uma resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades.

O termo depressão, hoje, significa uma patologia de humor, que de forma direta necessita ser identificada e tratada, e que não está relacionada ao caráter do indivíduo nem com a própria vontade do mesmo (CORDÁS & SASSI-JUNIOR, 1998).

Sonenreich *et al.* (1995) afirmam que na psiquiatria, o termo depressão é usado para designar entidades nosológicas (psicose depressiva, depressão unipolar, transtorno depressivo maior, depressão pós-esquizofrênica), transtornos de humor ou sintomas (nos alcoólicos, esquizoafetivos, demenciados, parkinsonianos).

No contexto clínico, o termo depressão não se refere somente a um humor deprimido, mas sim a um complexo síndrome caracterizado por alterações de humor, de

psicomotricidade e por uma variedade de distúrbios somáticos e neurovegetativos (ASSUMPÇÃO; JUNIOR, 1998).

Em sua origem, a depressão é fruto de fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos e sociofamiliares, sendo estudada sob diferentes abordagens. É classificada como um conjunto de transtornos, que se manifestam numa certa duração, frequência e intensidade, que os manuais psiquiátricos mundialmente reconhecidos e atualmente em vigor descrevem minuciosamente. É estudada como diagnóstico, sendo sistematizados pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), no item “Transtornos do Humor” e “Transtornos Afetivos”, pela *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

No CID-10, a depressão encontra-se classificada nos itens F32-F33 (classificada em três graus: leve, moderado ou grave), no qual o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997). Pessoas que sofrem de depressão experimentam sintomas como sentimentos de tristeza profunda, falta de confiança, visões sobre si e sobre os outros, negativas e, em longo prazo, perda de interesse em atividades, distúrbios de sono e apetite, acompanhados de dores de cabeça e fadiga (LUDEMIR *et al.*,2001).

A depressão representa um importante e crescente problema para a saúde pública. Acredita-se que seja a principal causa de incapacidade mental em termos mundiais e estima-se que, até 2020, seja a segunda causa de incapacidade para a saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Segundo a pesquisa nacional por amostra de domicílios divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a depressão, identificada por profissional de saúde, atinge 7,8 milhões de brasileiros, o que corresponde a 4,1% da população (IBGE, 2008). Além disso, a depressão está associada a certas características sociais, como a baixa escolaridade, o desemprego e o baixo nível econômico, de acordo com o sistema de classificação da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ALMEIDA *et al* .,2004).

A prevalência na população geral para transtornos depressivos tem alcançado números entre 4% e 10%, sendo observada uma maior incidência em mulheres, variando de 10% a 25%, enquanto nos homens a porcentagem é de 5% a 12 % (ZAVASCHI *et al* .,2002). Outro dado importante é que uma a cada 20 pessoas é atingida por um episódio depressivo durante o curso da vida, e em cada 50 casos diagnosticados com a patologia, um necessita de internação, e 15% dos deprimidos graves cometem suicídio (BOTEGA, 2006).

Minas Gerais, assim como o Brasil, além de apresentar modificações demográficas têm experimentado uma transição epidemiológica com alterações acentuadas no perfil de morbimortalidade da população (IBGE, 2009).

Conforme apontado no estudo de Carga de Doenças (2011), cerca de 76% dos Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade(AVPAI) em Minas Gerais refere-se às doenças do grande grupo II (doenças não transmissíveis) cuja maioria são doenças crônicas (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA,2005).

Segundo o estudo de Carga de Doenças de Minas Gerais (2011), as doenças psiquiátricas representam 23,1% das doenças não transmissíveis de maneira que a mesma se destaca ocupando o primeiro lugar em nove das treze regiões ampliadas de Saúde de Minas Gerais, as quais se destacam a macro Centro (19,3%), Sudeste (18,4%), Triângulo do Norte (18,1%) e Oeste (18%). No subgrupo das doenças psiquiátricas os maiores valores de (AVPAI) encontrados foram relativos à depressão com $\frac{3}{4}$ da população com maior número de representantes do sexo feminino.

5.4 Depressão: Fatores de risco e diagnóstico

Os principais fatores de risco da depressão estão ligados ao sexo feminino; idade principalmente em adultos maiores de 35 anos; historia familiar de depressão; alcoolismo; ambiente familiar negativo; inexistência de um relacionamento íntimo; uso de anti-hipertensivos, corticoides e betabloqueadores; doenças crônicas e doenças físicas graves (ALMEIDA ; MELEIRO, 2000).

A presença de sintomas depressivos é uma complicação comum em pacientes com doenças crônicas e costuma provocar um impacto negativo no curso e no tratamento da doença primária, muitas vezes aumentando os índices de mortalidade. Os sintomas depressivos provocam uma percepção pessimista dos acontecimentos, favorecem uma visão distorcida em relação à doença e influenciam negativamente o cuidado com o tratamento. Na presença de sintomas depressivos a resposta imunológica diminui, favorecendo infecções e complicando a evolução da patologia clínica de base (ALMEIDA ; MELEIRO, 2000).

Sabe-se que o diagnóstico de depressão costuma ser prejudicado pela presença frequente de comorbidades, pela dificuldade da equipe de saúde em reconhecê-la e pela falta de atenção à saúde mental no sistema de saúde primário. Estudos mostram que 50% a 60% dos casos de depressão não são detectados ou não recebem tratamento adequado e específico (FLECK *et al.* 2003); ANDRADE *et al.* 2012) o que indica uma grande deficiência no diagnóstico e no tratamento da depressão na prática geral, apesar da existência de muitos

instrumentos que podem ser facilmente utilizados em ambulatórios gerais, tanto para rastreamento quanto para diagnóstico (ARANTES, 2007).

A depressão é diagnosticada utilizando métodos similares para condições clínicas. Há necessidades de coleta detalhada e cuidadosa da história familiar do paciente e dos seus familiares, exame clínico e investigações especiais necessárias.

O conhecimento dos fatores de risco para depressão possibilita alto índice de suspeição. Homens apresentam sintomas físicos, fadiga ou redução de energia, insatisfação com o trabalho ou história de episódios depressivo prévio são os mais prováveis candidatos a um episódio atual. Mulheres com distímia, ataques de pânico, consultas frequentes (mais de sete) também são (DEL PORTO, 1999).

Algumas técnicas são usadas para um melhor diagnóstico proposto pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) :

- Técnica de Entrevista: Por poucos minutos é necessário escutar ativamente as queixas e explorar a natureza destas, facilitando ao paciente descrever detalhes.
- Pesquisa de depressão: Um teste de duas questões tem sido considerado útil no reconhecimento do transtorno na Atenção Primária: (1) Deste o último mês, você freqüentemente tem se sentido triste, deprimido ou sem esperança? (2) Desde o último mês, você tem freqüentemente sentido pouco interesse ou prazer pelas coisas em geral? No caso de respostas afirmativas, o transtorno depressivo deve ser sistematicamente pesquisado.

Questões para esclarecer a natureza e extensão dos sintomas depressivos e disfunções associadas:

- Perda de energia: Você sente perda de energia ou vigor? Redução de concentração. Você acha que pode ler um artigo no jornal ou assistir televisão da mesma forma que sempre?
 - Auto-confidência: O quanto tem sido responsável com os compromissos com outros ou administrando atividades do dia-a-dia?
 - Redução da auto-estima : Qual sua opinião a respeito de si mesmo comparado com outros? Você se acha menos competente? Você se sente inferior ou pior que outros?
 - Desesperança: Como você vê o futuro? Tudo parece muito difícil?
 - Ideias de morte: Você, muitas vezes, sente que a vida não vale a pena? Ou você não se importaria se não acordasse pela manhã? Você tem pensado em se ferir ou até em suicídio?
- Provável causa da depressão: A que você atribui a causa de sua aflição? O que o fez tão infeliz nesses dias? Ocorreu algo de ruim com você ou sua família nos dias que precederam seus sintomas? Todas as respostas positivas devem ser seguidas por questões a respeito,

como: Qual a intensidade e duração dos sintomas? Com que frequência eles tem ocorrido? Quanto tem interferido os sintomas nas atividades diárias? Qual o tipo de problema? Quais esferas da vida têm sido afetadas social, pessoal, familiar, ocupacional, etc.?

Entrevistando um paciente clinicamente julgado como deprimido que nega ter o transtorno:

- Como você descreve seu humor nas últimas semanas?
- Descreva-me um pouco como você tem se sentido ultimamente?
- Que tipo de coisas você gosta de fazer quando esta fora do trabalho? Você tem feito essas coisas? Você tem sido capaz de aproveitá-las como antes?
- Quais eram seus interesses habituais? Você tem perdido interesse nas coisas ultimamente?

5.5 A relação *Diabetes Mellitus* e Depressão

Existe clara associação entre *diabetes mellitus* e depressão. Em uma metanálise recente, avaliando estudos que utilizaram grupos-controle, a prevalência de depressão em pacientes diabéticos era de 11% a 31%, enquanto que a presença de diabetes aumentava em duas vezes o risco de depressão em relação aos grupos controle, independentemente se fosse do tipo 1 ou 2 (ANDERSON *et al.*, 2001). Pacientes com depressão também têm maior risco de desenvolver diabetes tipo 2 (EATON *et al.*, 1996).

Aspectos psiquiátricos relacionados ao DM já vêm sendo descritos há pelo menos um século e podem influenciar o curso desta doença. Mais especificamente, sintomas depressivos poderiam prejudicar a adesão ao tratamento, piorar o controle metabólico e aumentar o risco de complicações do DM (MAUDSLEY, 1899).

Pacientes com doenças clínicas e depressão têm maior risco de não aderirem às recomendações médicas (DIMATTEO *et al.*, 2000).

A presença de comorbidades clínicas com transtornos depressivo-ansiosos aumenta mais dias de incapacitação do que a soma dos efeitos individuais das doenças clínicas (KESSLER *et al.*, 2001).

A importância da associação entre depressão e outras comorbidades clínicas indica a necessidade de se analisar as razões para o subdiagnóstico e subtratamento da depressão.

Pessoas com DM e com depressão apresentam maior risco de obesidade, menor nível educacional e socioeconômico, além de pior suporte social, sendo mais vulneráveis a estressores financeiros e psicossociais (FISHER *et al.* 2001; EVERSON *et al.* 2002). A presença de depressão também amplifica a percepção dos sintomas do diabetes, ou seja, pacientes diabéticos deprimidos sentem mais sintomas do que os não-deprimidos, mesmo com

a gravidade do diabetes controlada (CIECHANOWSKI *et al.*, 2002). Finalmente, pacientes com comorbidade depressão e diabetes apresentam pior controle glicêmico e maior prevalência de complicações múltiplas do diabetes, como retinopatia, nefropatia, neuropatia, disfunção sexual e complicações macrovasculares (DE GROOT *et al.*, 2001).

Os mecanismos biológicos envolvidos na associação diabetes e depressão ainda não estão claros. Algumas evidências sugerem que as alterações hormonais, principalmente a hipercortisolemia, além do aumento da ativação imuno inflamatória poderiam explicar o maior risco de diabetes em deprimidos, e alterações do transporte de glicose em regiões específicas do cérebro poderiam ocorrer em pacientes diabéticos, favorecendo o desencadeamento da depressão (MUSSELMANN *et al.*, 2003).

5.6 Diagnóstico e tratamento de pacientes diabéticos e com depressão

O diagnóstico da depressão em pacientes com outras condições médicas sempre é acompanhado do problema da semelhança entre sintomas somáticos da depressão e sintomas da condição médica em questão, no caso o diabetes. Nesse sentido, sintomas como perda de peso e de apetite, hipersonia, diminuição da libido e retardo psicomotor têm sido citados como podendo decorrer do diabetes independente da depressão. Entretanto, a prática tem mostrado que o diagnóstico da depressão no diabetes não é tão controverso como em outras condições médicas como, por exemplo, o câncer. Uma estratégia recomendada na literatura é a utilização de outros sintomas depressivos que não esses possivelmente decorrentes do diabetes (LUSTMAN *et al.*, 1997).

Dessa forma, o exame clínico deve se concentrar nas queixas psíquicas, tais como, tristeza, desesperança, perda do prazer, sentimentos de culpa, autodepreciação, apatia, desinteresse, desânimo. Primeiramente, a possibilidade de depressão no paciente diabético não foge às regras da possibilidade de depressão em outras pessoas não diabéticas, ou seja, devemos contar com o elemento constitucional e hereditário. Em segundo, a própria situação existencial de uma pessoa que sofre uma doença crônica, algo limitante, é um fator facilitador para o estado depressivo. Essa situação existencial do diabético propensa à depressão varia na medida das limitações impostas pela doença e, mais importante, agrava-se na proporção das complicações típicas da diabete, como por exemplo, o comprometimento visual, renal, circulatório, dentre outros. Um dos atenuantes, entretanto, também é a maneira como médico aborda o paciente e conduz seu tratamento. Proporcionar condutas alternativas que minimizem as limitações, programas para melhoria da qualidade

de vida, controle assíduo, explicações otimistas, terapias de grupo e vigilância continuada no controle da depressão.

Estudos avaliando o tratamento da depressão em diabéticos analisaram apenas o impacto do controle glicêmico de curto e médio prazo, através de índices como a hemoglobina glicosilada. Apenas dois estudos controlados avaliaram e observaram, respectivamente, a eficácia antidepressiva da nortriptilina e fluoxetina, sendo que a primeira medicação apresentou piora do controle glicêmico, e a segundo mostrou alguma tendência não significativa para um melhor controle glicêmico (LUSTMAN *et al.*, 1997; LUSTMAN *et al.*, 2000).

Os pacientes diabéticos e depressivos necessitam de tratamento continuado tanto para uma patologia quanto para outra. Lustman (1997), acompanhou por 5 anos 25 pacientes diabéticos, os quais tinham sido submetidos a um tratamento antidepressivo durante 8 semanas e considerados bem, segundo critérios do DSM-III-R, e uma escala da severidade do depressão.

Outro estudo controlado avaliou a eficácia da terapia cognitiva para a depressão, que foi eficaz, porém surpreendentemente apresentou piora do controle glicêmico em relação ao grupo-controle (LUSTMAN *et al.*, 1998). Estes estudos não avaliaram se o impacto dos tratamentos alterou a morbimortalidade do diabetes, sendo que estudos futuros serão cruciais para a definição destas questões.

Ricco e Cols (2007) avaliaram em 2000 a prevalência de depressão em pessoas com diabete e hepatites virais de ambulatorios da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP. Usando o questionário de Beck (QBD) encontraram sintomas de depressão em 68% dos diabéticos e em 31% dos portadores de hepatites virais.

O QDB é composto de 21 categorias de sintomas e atitudes e pode ser aplicado em menos de 10min. Cada categoria descreve uma manifestação comportamental específica de depressão e consiste numa série graduada de 4–5 afirmativas de auto-avaliação. As afirmativas são dispostas de tal forma que podem refletir o grau de severidade do sintoma desde o mais neutro até o mais severo. Valores numéricos de 0–3 são designados para cada afirmativa para indicar o grau de severidade. Em muitas categorias, duas alternativas estão disponíveis na mesma afirmativa e têm o mesmo peso: estas afirmativas equivalentes são rotuladas *a* e *b* (por exemplo, 2 *a* e 2 *b*) para indicar que elas estão no mesmo grau de severidade (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION,1997). As pacientes que têm um número de pontos > 16 no QDB são consideradas com depressão e a partir disso recomenda-se assistência médica psiquiátrica (LUSTMAN, 1997).

No Brasil, Martins e Cols (2002) estudaram a prevalência de depressão em mulheres diabéticas na pós-menopausa em hospital do Rio Grande do Sul. Comparando 80 mulheres com DM e 45 mulheres sem esta doença através do questionário de depressão de Beck, observaram que as mulheres com DM tinham uma prevalência 2,4 vezes maior de depressão em comparação com as não diabéticas. Subdividindo o grupo das DM naquelas com e sem depressão, constataram que aquelas com depressão apresentavam um pior controle do quadro de diabetes, com elevação de glicemia de jejum e de hemoglobina glicosilada.

Conforme estudou Clouse (2003), constata-se que os efeitos protetores contra a doença coronariana naturais do sexo feminino, são diminuídos ou praticamente anulados na presença do DM. A incidência em dobro da depressão nas pessoas diabéticas explicaria a altíssima prevalência de coronariopatias em mulheres com DM.

Lin e Cols (2004) fizeram um levantamento através de questionário sobre a influência de depressão nos cuidados que o paciente tem com sua DM. Houve uma associação entre a depressão e diminuição da atividade física, descuido com a dieta e menor adesão aos tratamentos medicamentosos com antidiabéticos orais, anti-hipertensivos e redutores de colesterol. Os autores Lin e Cols, concluem que as pessoas com DM e deprimidos apresentam menor iniciativa para cuidar corretamente de sua doença, negligenciando na adesão aos cuidados gerais de saúde e ao tratamento medicamentoso.

Piette e Cols (2004) estudaram as necessidades de tratamento de pessoas com DM e depressão. Salientam que é necessário um monitoramento ativo de sintomas depressivos nesses pacientes, já que eles podem não distinguir sintomas depressivos de sintomas de diabetes. Além disso, consideram importante conciliar o tratamento da depressão com o da diabetes, incluindo medidas de terapia cognitiva-comportamental, tanto para a depressão como para a diabetes, de modo a melhorar tanto o quadro depressivo, como a diabetes. Atividade física deve ser incentivada, pois promove tanto a melhora do quadro depressivo, como auxilia na estabilização do quadro metabólico. Houve recorrência da depressão em 92% dos pacientes, com uma média de 4,8 episódios depressivos neste período de 05 anos. Nenhum deles havia tomado medicação de manutenção profilática, daí a necessidade de tratamento de manutenção e continuado.

Há, sem dúvida, uma interação psicológica e comportamental entre o diabetes e a depressão, e ambos passam a ser de controle mais difícil, aumentando os riscos das duas doenças. Um dos inconvenientes de não se tratar a depressão do diabético é o sintoma do

desencantamento para com a vida, proporcionando assim uma baixa aderência ao tratamento do diabete, controle inadequado dos níveis de açúcar no sangue, bebidas em excesso e aumento do risco de complicações da doença.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Para a elaboração da proposta de intervenção foi necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentados e priorizados como os mais críticos, para serem trabalhados inicialmente, uma vez que todos não serão resolvidos ao mesmo tempo, considerando as dificuldades pela falta de recursos financeiros, humanos, físicos, políticos vivenciados pelo Centro de Saúde. Para realizar esta análise, utilizou-se o conceito de “nó crítico” proposto pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, que foi idealizado por Carlos Matus (1989).

Quando adotado como ferramenta de gestão em saúde coletiva, o PES possibilita a organização do trabalho, com base nos princípios do SUS, pois promove a participação da comunidade, requer a divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário, exige a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, e tem como finalidade a resolutividade dos serviços (BRASIL, 1990).

O conceito de “nó crítico”.

“Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transforma-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejado” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram selecionados os “nós críticos”, as situações nas quais as equipes tenham alguma possibilidade de ação mais direta no Centro de Saúde e que podem ter um impacto mais importante sobre o problema escolhido. Tendo como objetivo de descrever as operações/projetos para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”, identificando os produtos e resultados esperados para cada operação definida e recursos necessários para a concretização das operações.

TABELA 1: Operações relacionadas para os “nós críticos” do problema acompanhamento de pacientes diabéticos que tenham depressão como comorbidade inscritos na ESF Serra Verde, Belo Horizonte/MG.

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultado Esperado	Produto Esperado	Recursos Necessários
Demora no agendamento de consulta para a nutrição.	- Reorganização da agenda da equipe multiprofissional	Modificações de hábitos alimentares.	-Elaboração de grupos operativos por profissionais da nutrição. -Ações educativas no centro de saúde com participação da equipe multiprofissional	Organizacional: Organização das atividades da equipe de ESF, juntamente com a equipe do NASF. Financeiro: Compra de produtos educativos e lanches para incentivar a participação da comunidade nos grupos. Físico: Falta espaço adequado para acontecer os grupos.
Ausência de vaga suficiente na academia da cidade para atender toda demanda da ESF.	- Reorganização da distribuição de vagas.	-Realização de atividades físicas -Qualidade de Vida -Auto estima.	- Maior acesso dos pacientes a atividade física.	- Físico: espaço amplo, para acontecer as atividades. - Organizacional: Realização de reuniões de equipe saúde da família, equipe do NASF e colegiado gestor para reorganização do processo de trabalho e comunicação interna.

Inexistência de grupos operativos.	- Reorganização das consultas, para implantação de grupos operativos.	- Promoção da saúde e prevenção de agravos.	- Organização das agendas, para a formação de grupos operativos. - Mobilização e sensibilização da comunidade para a participação dos grupos operativos; - Melhor recebimento dos ACS nos domicílios, para a divulgação dos grupos operativos.	Físico: espaço para a realização de grupos. Financeiro: Aquisição de materiais educativos para os grupos, como cartilhas, folders, etc. Aquisição de lanches. Cognitivo: Informação sobre os temas a serem apresentados nos grupos operativos. Organizacional: Organização das agendas, para a formação de grupos operativos.
Insumos insuficientes para a demanda.	- Reorganização da distribuição de insumos	-100% dos diabéticos recebendo insumos adequadamente	- Melhora nos índices glicêmicos.	Financeiro: para aquisição de insumos.

A partir dos “nós críticos”, foram identificados os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação.

“A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para a execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

TABELA 2: Recursos críticos do problema de acompanhamento de pacientes diabéticos que tenham depressão como comorbidade inscritos na ESF Serra Verde, Belo Horizonte/MG.

Operação / Projeto	Recursos Críticos
Reorganização da agenda da equipe multiprofissional;	Organizacional: Organização das atividades da equipe de ESF, juntamente com a equipe do NASF.
Reorganização da distribuição de vagas	Organizacional: Realização de reuniões de equipe saúde da família, equipe do NASF e colegiado gestor para reorganização do processo de trabalho e comunicação interna.
Reorganização das consultas, para implantação de grupos operativos.	Organizacional: Organização das agendas, para a formação de grupos operativos. Financeiro: Aquisição de materiais educativos para os grupos, como cartilhas, folders, etc. Aquisição de lanches. Cognitivo: Informação sobre os temas a serem apresentados nos grupos operativos.
Reorganização da distribuição de insumos	Financeiro: para aquisição de insumos.

Após a identificação dos recursos críticos, foi realizado o momento estratégico através da análise de viabilidade do plano. A ideia central da – análise de viabilidade- é de que o ator que esta planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano, ou seja, motivar o ator que controla os recursos críticos.

-designar responsáveis para cada operação;

-definir cronograma para execução das operações;

TABELA 3: Propostas de Ações para motivação dos atores da ESF Serra Verde, Belo Horizonte/MG.

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ação Estratégica
Reorganização da agenda da equipe multiprofissional;	Organizacional: Organização das atividades da equipe de ESF, juntamente com a equipe do NASF.	Equipe de Saúde da Família	Favorável	Apresentação de Projeto
Reorganização da distribuição de vagas	Organizacional: Realização de reuniões de equipe saúde da família, equipe do NASF e colegiado gestor para reorganização do processo de trabalho e comunicação interna.	Equipe de Saúde da Família	Favorável	Apresentação de Projeto
Reorganização das consultas, para implantação de grupos operativos.	Organizacional: Organização das agendas, para a formação de grupos operativos. Financeiro: Aquisição de materiais educativos para os grupos, como cartilhas, folders, etc. Aquisição de lanches. Cognitivo: Informação sobre os temas a serem apresentados nos grupos operativos.	Equipe de Saúde da Família Secretária Municipal de Saúde Equipe de Saúde da Família.	Favorável Favorável Favorável	Apresentação de Projeto
Reorganização da distribuição de insumos	Financeiro: para aquisição de insumos.	Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável	Apresentação de Projeto

TABELA 4: Plano Operativo para a ESF Serra Verde, Belo Horizonte/MG.

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Reorganização da	-Agendas organizadas.	- Reorganização	- Apresentação	- Enfermeiro,	1 mês para planejamento

agenda da equipe multiprofissional;	- Pacientes com horários programados -Atividades sendo realizadas de forma planejada. -Satisfação do usuário	o da agenda. - Elaboração de grupos operativos por profissionais da nutrição. -Ações educativas no centro de saúde com participação da equipe multiprofissional	do projeto a equipe de saúde da família e NASF.	Médico Técnico de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e Nutricionistas.	e treinamento de profissionais
Reorganização da distribuição de vagas	-Realização de atividades físicas -Qualidade de Vida -Auto estima.	- Maior acesso dos pacientes a atividade física.	- Apresentação do projeto e sensibilização de toda equipe de saúde da família e NASF.	- Enfermeiro ,Médico Técnico de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e Nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e Educadores físicos.	1 mês
Reorganização das consultas, para implantação de grupos operativos.	- Promoção da saúde e prevenção de agravos.	- Organização das agendas, para a formação de grupos operativos. - Mobilização e sensibilização da comunidade para a participação dos grupos operativos; -Melhor recebimento dos ACS nos domicílios, para a	Apresentação e divulgação do projeto	Enfermeiro, técnicos de Enfermagem, Médicos, Agentes Comunitários de Saúde.	

		divulgação dos grupos operativos.			
Reorganização da distribuição de insumos	-100% dos diabéticos recebendo insumos adequadamente	- Melhora nos índices glicêmicos.	- Apresentação de Projeto	- Enfermeiro e Médico.	

Logo após o plano operativo, realizou-se o momento tático operacional, onde é descrito a gestão do plano. Os objetivos são:

- desenhar um modelo de gestão do plano de ação;
- discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Durante a fase de implantação do projeto de intervenção serão realizadas reuniões mensais com a equipe de ESF e NASF para avaliação e será utilizada a TABELA 05 como cronograma das atividades.

TABELA 05: Acompanhamento do plano de ação da ESF Serra Verde, Belo Horizonte/MG.

Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Reorganização da agenda da equipe multiprofissional	-Reorganização da agenda. -Elaboração de grupos operativos por profissionais da nutrição. -Ações	Enfermeiro, Médico Técnico de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e Nutricionistas.	1 mês para planejamento e treinamento de profissionais			

	educativas no centro de saúde com participação da equipe multiprofiss ional					
Reorganização da distribuição de vagas.	- Maior acesso dos pacientes a atividade física.	- Enfermeiro ,Médico Técnico de Enfermage m,Agentes Comunitári os de Saúde e Nutricionist as, psicólogos,f isioterapeut as e Educadores físicos.	1 mês			
Reorganização das consultas, para implantação de grupos operativos.	- Organizaçã o das agendas, para a formação de grupos operativos. -	Enfermeiro, técnicos de Enfermage m, Médicos, Agentes Comunitári os de Saúde.				

	Mobilização e sensibilização da comunidade para a participação dos grupos operativos; -Melhor recebimento dos ACS nos domicílios, para a divulgação dos grupos operativos.					
Reorganização da distribuição de insumos	- Melhora nos índices glicêmicos.	- Enfermeiro e Médico.				

Após a implementação da proposta de intervenção serão realizadas avaliações semestrais do projeto.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo pode-se perceber e compreender as dificuldades no acompanhamento de pessoas com DM e a depressão como comorbidade. Através da revisão de literatura e busca de artigos científicos percebe-se uma importante associação entre a depressão e o *Diabetes Mellitus*.

Ao elaborar o plano de ação para acompanhamento dos pacientes diabéticos e a depressão como comorbidade, percebeu-se a importância de realizar o diagnóstico situacional, para o reconhecimento da área de abrangência e identificar os problemas passíveis de resolução e sua prioridade no cotidiano.

Na busca de esforços educacionais da equipe de ESF, NASF consegue-se convencer o paciente a, pelo menos, tentar seguir as novas orientações para ajudá-la a obter o necessário controle glicêmico que, por sua vez, iria contribuir para a melhoria de seu depressivo estado emocional.

A utilização do PES para elaboração da proposta de intervenção permitiu formular propostas baseadas em evidências e probabilidade de resolução.

O plano de ação proposto é a reorganização das agendas da equipe multiprofissional, distribuição das vagas com maior flexibilidade, reorganização e oferta de consultas e com implementação dos grupos operativos e distribuição de insumos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES V. D. Depressão na atenção primária a saúde. *Rev Bras Med Fam Com.* 2007; 2(8): 261-70.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care** 1997;20:1183.

ANDERSON, R. J.; FREEDLAND, K. E.; CLOUSE, R. E.; LUSTMAN, P. J. – The Prevalence of Co-morbid Depression in Adults with Diabetes. *Diabetes Care* 24:1069-78, 2001.

ANDRADE L. H. , ANDREONI L., SILVEIRA C. M. , SILVA A. C., NISHIMURA R, JAMES A. C., et al. mental disorders in megacities: findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS ONE* [serial on the Internet]. 2012 Date [cited 2012 18 Julho]; 7(2).

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

ALMEIDA M. A., MELEIRO A. M. A. S. Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. *J Bras Nefrol*, 22(1): 21-9, 2000.

ALMEIDA FILHO N, LESSA I, MAGALHÃES L, ARAÚJO MJ, AQUINO E, JAMES AS et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1339-53.

ASSUMPCÃO-JUNIOR FB. Tristeza e depressão: diagnóstico diferencial. *Pediatria Moderna*. 1998; 34(3): 126-30.

BOTEGA NJ, FURLANETTO L, FRAGUAS R JR. Depressão. In Botega N J (org.). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 225-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica. 3. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Lei nº 8080, de 19 de 1. Setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União; 20 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Dep. de Gestão da E.S.EP entra na roda: polos de EDP em saúde- conceitos e caminhos a percorrer. 2ed. Brasília: MS, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. – 4.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf>. Acesso em: 20 dez. de 2013.

_____. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde.** Brasília, 2011.

BRUNNER SUDDARTH. Et al Tratado de Enfermagem médico Cirúrgica. Rio de Janeiro- RJ: Guanabara Koogan AS, 2002. Vol.02.p.691-7000.

CARVALHO, S.CAMPOS, F. C.; FARIA, H.P.SANTOS, M. A. *Planejamento e avaliação das ações em saúde.* 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

CIECHANOWSKI, P.S.; KATON, W.J.; RUSSO, J.E. - The Relationship of Depressive Symptoms to Symptom Reporting, Self Care and Glucose Control in Diabetes. *Diab Care* 25:731-736, 2002.

CLOUSE RE, LUSTMAN PJ, FREEDLAND KE, GRIFFITH LS, McGill JB, CARNEY RM - Depression and coronary heart disease in women with diabetes, *Psychosom Med.* 2003 May-Jun;65(3):376-83.

CORDÁS TA, SASSI-JUNIOR E. Depressão: Como diagnosticar e tratar. *Revista Brasileira de Medicina*.1998;54(edição especial):61-8.

DA SILVA, A. M . Lembranças...Venda Nova. Belo Horizonte, 2001.

DE GROOT, M.; ANDERSON, R.; FREEDLAND, K.E. et al. – Association of Depression and Diabetes Complications: a Meta- Analysis. *Psychosom Med* 63:619-30, 2001.

DEL PORTO. JA.Conceito e diagnóstico. *Ver Bras Psiquiatr*.1999.Maio;21 (supl1):06-11.

DIMATTEO, M.R.; LEPPER H.S.; CROGHAN, T.W. - Depression is a Risk Factor for Noncompliance with Medical Treatment: Meta-Analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Arch Intern Med* 160:2101-7, 2000.

EATON, W.W.; ARMENIAN, H.; GALLO, J. et al. - Depression and Risk for Onset of Type II Diabetes: a Pospective Population-Based Study. *Diab Care* 22:1097-102, 1996.

EREN I, ERDI O, SAHIN M. The effect of depression on quality of life of patients with type II diabetes mellitus. *Depress Anxiety*. 2008;25(2): 98-106.

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz. Núcleo de Pesquisa em Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença/ENSPTEC – Tecnologias em Saúde para Qualidade de Vida. **Relatório Final - Carga Global de Doença do Estado de Minas Gerais, 2005**. Junho de 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude>>. Acesso em: 28 set. 2011.

EVERSON, S.A.; MATY, S.C.; LYNCH, J.W.; KAPLAN, G.A. - Epidemiologic Evidence for the Relation Between Socioeconomic Status and Depression, Obesity and Diabetes. *J Psychosom Res* 53:891-95, 2002.

FISHER, L.; CHESLA, C.A.; MULLAN, J.T. et al. - Contributors to Depression in Latino and European-American Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 24:1752-7, 2001.FLECK M. P. A, LIMA A. F. B. S, LOUZADA S, SCHESTASKY G, HENRIQUES A,

BORGES V. R, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4):431-8.

_____, LAFER B, SOUGEY EB, DEL PORTO JA, BRASIL MA, JURUENA MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(2):114-22.

GOODMAN, L et al. **Goodman e Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica** . 9 ed. Rio de Janeiro: MC Graw Hill, 1996.

IBGE. Síntese de indicadores sociais 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/sinteseindicsociais2008>.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e Pesquisas -Informação Demográfica e Socioeconômica, número 25. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, 2009**.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Facctsheets**. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-countryfactsheets>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

_____. What is diabetes?. [homepage da internet]. Brussels (BE): IDF; 2006. [acesso em 2008 Fev 25]. Disponível em: <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=2>.

LIN E. H, KATON W; VON KORFF M, RUTTER C, SIMON G. E, OLIVER M, CIECHANOWSKI P, LUDMAN E. J, BUSH T, YOUNG B - ***Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care***. *Diabetes Care*. 2004; **27(9):2154-60**.

LUDERMIR A. B, LEWIS G. - Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 101-7.

LUSTMAN P. J., ANDERSON RJ, FREEDLAND K. E, de GROOT M, CARNEY R. M, CLOUSE R.E - ***Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature***, *Diabetes Care*. 2000 Jul;**23(7):934-42**.

_____, GRIFFITH L. S., CLOUSE RE - *Depression in Adults with Diabetes*, *Semin Clin Neuropsychiatry*. 1997 Jan;2(1):15-23.

_____, GRIFFITH L. S., FREEDLAND KE, CLOUSE RE - *The course of major depression in diabetes*, *Gen Hosp Psychiatry*. 1997 Mar;19(2):138-43.

_____, GRIFFITH L. S., GAVARD JA, CLOUSE RE - *Depression in adults with diabetes*, *Diabetes Care*. 1992 Nov;15(11):1631-9. *Idem*, *Diabetes Care*. 1993 May;16(5):847-8. *Idem* *Diabetes Care*. 2000 Sep;23(9):1443-4.

_____, P.J.; FREEDLAND, K.E.; GRIFFITH, L.S.; CLOUSE, R.E. – Fluoxetine for Depression in Diabetes: a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Diabetes Care* 23:618-23, 2000.

_____, P.J.; GRIFFITH, L.S.; CLOUSE, R.E. et al. - Effects of Nortriptyline on Depression and Glucose Regulation in Diabetes: Results of a Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Psychosom Med* 59:241-50, 1997.

_____, P.J.; GRIFFITH, L.S.; CLOUSE, R.E. Depression in adults with diabetes. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 1997;2(1):15-23

_____,P.J.,GRIFFITH,L.S.Depression in women with diabetes. **Diabetes Spectrum** 1997; 10:216-23.

_____, P.J.; GRIFFITH, L.S.; FREEDLAND, K.E. et al. – Cognitive Behavior Therapy for Depression in Type 2 Diabetes Mellitus: a Randomized, Controlled Trial. *Ann Intern Med* 129:613-21, 1998. MALZBERG, B. - Mortality Among.

KESSLER, R.; GREENBERG, P.; MICKELSON, K. et al. - The Effects of Chronic Medical Conditions on Work Loss and Work Cutback. *J Occup Envir Med* 43:218-225, 2001.

MALERBI, D.A.;FRANCO, L. J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. **Diabetes Care** 1992;15:1509-16.

MARTINS G. L; TANAKA R. M; CAMPOS N. B; DALBOSCO I.S - *Prevalência de depressão em mulheres com diabetes mellitus tipo 2 na pós-menopausa*. Arq. bras. endocrinol. Metab. 2002; 46(6):674-678.

MOREIRA R. O; PAPELBAUM M, APPOLINARIO JC. Diabetes Mellitus e depressão: uma revisão sistemática. Arq Bras Endocrinol Metab. 2003;47(1):19-29.

MATOS, A. F. G. MOREIRA, R. O;GUEDES,E. P. Aspectos Neuroendócrinos da Síndrome Metabólica. **Arq.Bras.Endocrinol.Metab.**, v.47,n.4,p.410-421,2003.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

_____. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA, 1993.

_____. *Política, planejamento & governo*. Brasília: IPEA;1996.

MAUDSLEY, H. The pathology of mind. 3rd ed. New York: Appleton, 1899.

MUSSELMAN, D. L., BETAN, E., LARSEN, H. E. & PHILLIPS, L. S. (2003). Relationship of depression to diabetes types 1 and 2: Epidemiology, biology, and treatment. *Biological Psychiatry*, 54, 317-329.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas:componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

_____. *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID 10*. 1996-1997, 3º ed. EDUSP: São Paulo.

RICCO RC; MYAZAKI MCOS; SILVA RCMA; GÓNGORA DVN; PEROZIN LM; CORDEIR JA. **Depressão em pacientes adultos portadores de doenças crônicas: diabetes mellitus e hepatites virais**. **HB cient 2000;7(3):156-160**.

PIETTE J. D., RUTTER C. Impact of automated calls with nurse follow-up on diabetes treatment outcomes in a Department of Veterans Affairs Health Care System: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2004; 24: 202-208.

SONENREICH CI, ESTEVÃO G, FRIEDRICH S, FILHO LMSAS. A evolução histórica do conceito de depressão. *Revista ABP-APAL*. 1995;17(1):29-40.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva (SZ): WHO; 1999.

_____. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, 2010; World Health Organization.

ZAGURY, L.; ZAGURY, T. & GUIDACCI, J. (2000). *Diabetes sem medo*. Rio de Janeiro: Rocco.

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