

**OCORRÊNCIAS CLÍNICAS ASSOCIADAS A SÍNDROME DEPRESSIVA EM  
USUÁRIOS DE UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.**  
*CLINICAL OCCURRENCES ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE SYNDROME IN PRIMARY  
CARE UNIT USERS.*

SARTI, Aline Giovana<sup>1</sup>; JACABUCCI, Patrícia Gugliotta <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada do Curso de Psicologia – Universidade São Francisco; <sup>2</sup> Docente do Curso de  
Psicologia – Universidade São Francisco

**alinesarti@hotmail.com.br**

**RESUMO.** Depressão é um problema que atinge diversas áreas da vida dos indivíduos, trazendo prejuízos significativos. O presente estudo tem por objetivo apresentar uma visão sobre Psicologia no atendimento de pacientes com diagnóstico de depressão, bem como relatar a experiência de um trabalho realizado a partir de um campo de Estágio da Psicologia Hospitalar e da Saúde, desenvolvido em uma Unidade de Estratégia da Saúde da Família, de um Município do interior de São Paulo. Foram realizados atendimentos psicológicos em psicoterapia breve e assim compreendido os aspectos subjacentes a depressão. Os resultados indicaram a relevância do atendimento psicológico para os pacientes com depressão na saúde primária.

**Palavras-chave:** psicoterapia breve; depressão; saúde; transtorno; atuação do psicólogo.

**ABSTRACT.** Depression is a problem that affects several areas of the life of individuals, bringing significant losses. The present study aims to present a view of Psychology in the care of patients with a diagnosis of depression, as well as reporting the experience of a work from a field internship hospital psychology and health, developed in one unit the family health strategy, a municipality in the State of São Paulo. Psychological care were carried out in brief psychotherapy and so understood aspects underlying depression. The results indicated the relevance of psychological care for patients with depression in primary health care.

**Keywords:** brief psychotherapy; depression; health; disorder; psychologist performance.

## **INTRODUÇÃO**

A depressão é entendida como uma doença manifesta por uma tristeza profunda, acompanhada pelo desânimo que resulta em prejuízos nas seguintes áreas da vida: pessoal; profissional; social. Podemos distinguir o estado depressivo da patologia depressão, no estado depressivo o indivíduo experiencia o sentimento de tristeza, porém não é persistente, o sentimento tristeza embora ocasione sofrimento é passageiro pois o indivíduo é capaz de continuar vivendo sua vida cotidiana (DUARTE, 2002). Considerando a depressão um dos Transtornos mais predominantes na população pela multifatoriedade, acredita-se que a depressão sempre existiu até mesmo em um período Pré-História (BAPTISTA, 2004). Nas escrituras da bíblia já havia registros de homens com sintomatologia de depressão, como o Rei Saul que se suicidou e o personagem Jó (TEODORO, 2010).

A questão da multifatoriedade da depressão é definida pela complexidade dos diversos fatores causais da depressão, como fatores hormonais, neurotransmissores, genes, ambientais, nutricionais, químicos entre diversos outros fatores que interferem na causalidade da patologia

(TEODORO, 2010). Os multi fatores da depressão é compreendido pelas multi facetas causais, como desordens das substâncias neurotransmissoras (BAPTISTA, 2004). As principais causas da depressão são compreendidas pela genética, ocasionada pelos fatores da hereditariedade. Na biologia a depressão é entendida pelas atividades químicas dos neurotransmissores, que podem afetar as emoções. A angustia que se faz presente na depressão podem ser resultados de eventos de grande sofrimento (DUARTE, 2002).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em uma esfera global a depressão é considerada a quarta causa de doenças predominantes em uma esfera de dez principais causas de doenças no mundo, resulta em falta de capacidade. Estima -se que a depressão será a segunda das principais causas de patologias a nível global, considerando os próximos 20 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Entende-se que a depressão é uma patologia que causa uma tristeza continua que interfere na rotina e na energia (DUARTE, 2002). Observa-se que a depressão se inicia com um sentimento de angustia que se intensifica para uma tristeza profunda mediante a eventos adversos, um indivíduo tende a responder a estas situações tentando solucionar os problemas. Um sujeito deprimido encontra-se limitado para lidar com situações adversas e responde negativamente nas diversas áreas de sua vida, social, trabalho, relacionamentos, consequentemente há um prejuízo na forma de viver (PAULO, 2005).

Em uma visão psicanalítica a autora Paulo (2005) descreve dois tipos de recorrências da depressão em função do ego, a primeira seria após uma perda (real ou fantasia) e a segunda mediante a culpa, está última seria um ego punitivo, que não seria capaz da recuperação e ficaria sob um sentimento de vazio constante. É entendido que a depressão atinge todas as estruturas psíquicas (Neurótica, Psicótica e Perversa), caracterizada pela ausência de preenchimento, consequentemente um vazio interno não preenchido (BERLINCK; FÉDIDA, 2000).

Na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID- 10, a depressão é entendida como Transtorno de Humor (F30-F39). É teorizado as principais questões referentes a este transtorno, como modificação de humor e afetos. A depressão é descrita em duas diretrizes, Episódios Depressivos e Transtorno Depressivo Recorrente, a primeira é subentendida por perdas em diversas áreas de interesse, caracterizado pela atividade diminuída e subdividida em nível de intensidade (leve, grave, moderada). A segunda envolve os critérios da primeira, porém, é atribuído somente quando há recorrência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

A sessão II do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 se encontra os Transtornos Depressivos, caracterizados pela desregulação do humor, entre eles estão os seguintes transtornos, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substâncias ou medicamentos entre outros transtornos depressivos. Ambos transtornos são especificados pelo humor deprimido e perturbações significativas nas áreas cognitiva e afetiva, sendo prejudicial para a pessoa. As divergências então relacionadas a duração e etiologia. Cada transtorno é especificado mediante aos critérios diagnósticos no DSM-5, pelos sinais, sintomas e duração (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Em relação ao prognóstico da depressão, a combinação entre a medicalização e abordagens psicológicas tem indicado relevância para o tratamento (BOTEGA, 2007; BAPTISTA, 2004). De acordo com Di Biaggi, (2002), a psicoterapia breve é eficiente, pois possibilita uma melhoria nos mecanismos de adaptação e enfrentamento do paciente, diante disto a psicoterapia breve é considerada uma abordagem eficaz. O psicólogo atuará no

acolhimento deste paciente e algumas etapas do acolhimento proposta por Viera (2010), seriam o acesso, escuta, diálogo, apoio, vínculo.

Um das áreas de atuação do psicólogo na Saúde primária é no programa de Estratégia da Saúde da Família (ESF). O modelo ESF, é uma das redes constituída para intervir na relação saúde e doença da população, considerando o individual, familiar e comunitário a nível primário (BRITO; MENDES; NETO, 2017). A implantação do ESF e outras redes que garante a saúde primária, como Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF, tem contribuído para a consolidação do psicólogo no Sistema Único de Saúde (SUS) (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

Em um contexto histórico a entrada dos psicólogos no SUS se deu na psiquiatria, com a substituição dos manicômios, e como isto a entrada destes profissionais em hospitais e ambulatórios da saúde para assim contribuir para uma necessidade emergente, a saúde mental. Após a década de 70 e a constituição de políticas públicas houve um crescimento dos psicólogos no serviço público. Na década de 80 as instituições manicômios foram revista de uma forma mais rigorosa, buscando assim a desinstitucionalização psiquiátrica e o profissional psicólogo, entra não somente na saúde nível secundário, mas também se faz presente na saúde primária (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

Geograficamente as Unidades Básicas de Saúde - UBS se encontram próximos a população. As atuações dos profissionais envolvem habilidades, atitudes e conhecimentos da compreensão afetiva, social e biológicas, atuação em equipe multidisciplinar com um único objetivo e várias formas de intervenção. O Programa Estratégia a Família – PEF, perfaz um modelo assistencial que parte da UBS (FRIEDRICH; PETERMANN; MIOLO; PIVETTA, 2017).

A Atenção Primária à Saúde, tem o intuito de promover a prevenção e ações curativas em um modelo assistencial universal. No Brasil a Atenção Básica ou Primária a Saúde, conta com o recurso Saúde da Família, a qual conta com uma diversidade de profissionais, como Médicos, Enfermeiros, Agentes Comunitários. Equipe está que tem como objetivo garantir a saúde em suas diversas perspectivas, assistindo todos os membros da família, comunidade (MATTA; MOROSINI, 2008). O SUS visto em uma perspectiva horizontal de serviços continuados de atenção dos diversos níveis, primários, secundários e terciários, visam a atenção, integração, prevenção, cuidado, reabilitação, intervenções curativas e paliativas. O funcionamento do SUS se inicia a nível primário, na qual há responsabilidade, coordenação e atenção á condições de promoção a saúde (MENDES, 2010).

O psicólogo deve conhecer a comunidade e entender as demandas da mesma, bem como suas necessidades de saúde. Deve ser capaz de desenvolver ações que alcance a população e criar vínculos comunitários e familiares.

Do papel do psicólogo no Sistema Básico da Saúde Pública, se faz necessário a utilização de várias ferramentas, entre elas a entrevista diagnóstica de modo que possibilite a elaboração de um plano individualizado com base nas demandas vistas. E também se faz necessário ações a nível coletivo, como orientação e grupos terapêuticos (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

Considerando a atuação do psicólogo na saúde primária, este artigo contemplou relatar as possíveis ocorrências clínicas associadas a síndrome depressiva em usuários de Unidade de Atenção Primária, através da experiência de um estágio na área da Psicologia da Saúde e Hospitalar.

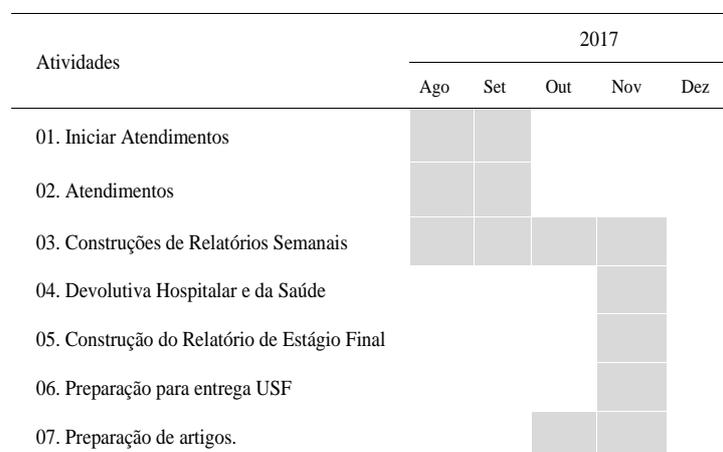
## METODOLOGIA

### *Participantes*

Foram participantes deste estudo quatro usuários, sendo três mulheres e um homem, com faixa etária entre 37 e 57 anos que buscaram atendimento na atenção primária com o diagnóstico de Depressão.

### *Procedimentos*

A proposta do estágio se deu por intermédio de uma disciplina desenvolvida no curso de Psicologia da Universidade São Francisco (USF), com a nomenclatura “Estágio Supervisionado em Psicologia Hospitalar e da Saúde”. Diante disto foi proposto a Instituição de Saúde do Programa Estratégia da família – ESF, um projeto nomeado “Atendimento Ambulatorial em Psicoterapia Breve” na qual foram realizados atendimentos em Psicoterapia Breve com a população geral, de modo que a equipe multidisciplinar (Enfermagem, Médicos (as), Agentes Comunitários) encaminhavam os pacientes ao serviço de Psicologia. Foram realizados atendimentos em um total de 32 horas na Unidade Básica de Saúde em um Município do interior de São Paulo entre os meses de Agosto a Novembro de 2017. O estágio contou com todos os procedimentos éticos para realização, bem como a carta de apresentação e o termo de compromisso necessário para a realização do estágio segundo as normas estabelecidas pela USF. Desta forma este estudo é uma experiência de estágio, uma pesquisa de enquadramento qualitativo sob observação participativa. Os atendimentos se deram em Psicoterapia Breve, na abordagem Psicanalítica, com sessões semanais e com duração de 30 minutos cada sessão. A busca pelo grupo amostral foi realizada por meio dos atendimentos na Unidade para obter a relação de pacientes com diagnóstico de depressão e que buscaram atendimentos naquela Unidade. Dentre o número encontrado de ocorrências de usuários com a síndrome depressiva, apenas foi possível realizar o atendimento com quatro usuários, devido ao tempo de permanência no local para a execução do estágio. As ocorrências clínicas associadas a síndrome depressiva foram coletadas por meio dos atendimentos em Psicoterapia Breve, tendo como base inicial um levantamento de dados – Anamnese, como idade, sexo, escolaridade, estado civil, na sequência exploração do tema em discurso focal, conforme cronograma (Figura 1).



**Figura 1** - Cronograma de atividades realizadas durante o Estágio em Psicologia da Saúde e Hospitalar, nos meses de Agosto a Novembro de 2017 Fonte: Próprio autor

As atividades foram realizadas de acordo com o cronograma de estágio pré-estabelecido. Contou com orientações da supervisora do Estágio em Psicologia da Saúde e Hospitalar.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

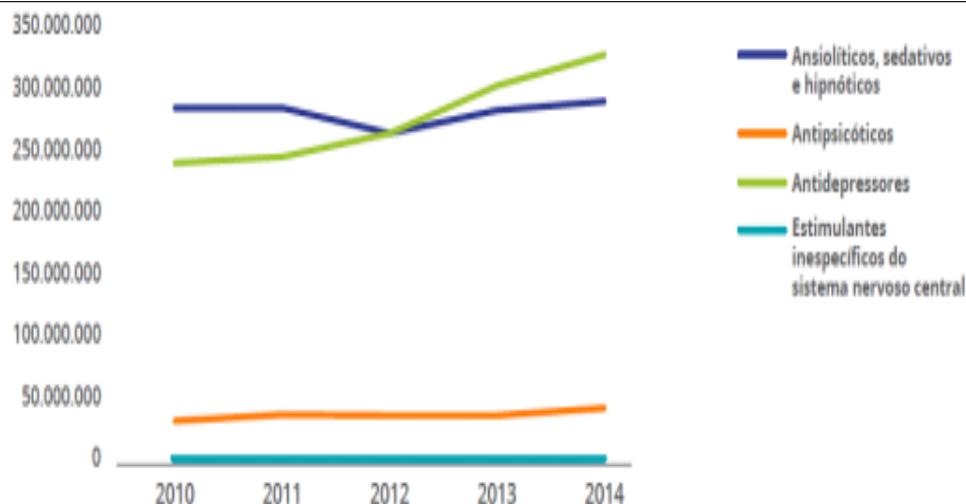
Foi percebido variabilidade de desencadeadores da depressão, alguns usuários desenvolveram a patologia após a utilização de medicamentos como o Haldol, por conta de outros Transtornos Psicológicos como Transtorno Psicótico, diante disso a depressão se tornou uma comorbidade. Existem medicamentos, como interferon, corticoides, que são muito associados a manifestações depressivas, e, muitas doenças como Parkinson, Esclerose Múltipla, Aids, dor crônica entre outras, que interferem diretamente e indiretamente nos neurotransmissores e na fisiologia neuronal, produzindo os sintomas depressivos (BOTEGA, 2017). Entre outros desencadeadores observados, como após um evento traumático, suicídio de um membro familiar, na qual o paciente não deu conta do enfrentamento e, entrar em contato com a vivência se tornou angustiante e aversivo.

Outros precursores percebidos foram: mudanças intrafamiliares, que foram vistas como fora do ideal pelo paciente; utilização de substâncias psicoativas como coadjuvantes para a depressão, bem como drogas ilícitas; frustrações; dificuldades em lidar com situações consideradas difíceis. São diversos os fatores propícios para o desencadeamento da depressão, entre eles (FRANK; PRIEN; JARRET, 1991 apud, MATOS; MATOS; MATOS, 2006), listam algumas ocorrências do cotidiano e eventos estressores, por conta de mudanças culturais e de crenças, bem como a busca de sobreviver diante das circunstâncias de desemprego, quebra de relações familiares, violência, entre outros.

Embora é percebido as variações dos facilitadores para a depressão, foram observados que os resultados para o cotidiano dos sujeitos apresentaram conteúdos homogêneos, como a falta de ânimo para sair de casa, realizar tarefas do cotidiano, lazer e trabalho, tristeza profunda e falta de prazer por atividades que anteriormente eram agradáveis, perspectiva negativa da vida, excesso de raiva. A depressão é vista como afetos negativos, principalmente o que diz respeito a ansiedade, medo, tristeza, raiva (GOLDBERG, 1999; MCCRAE; COSTA, 2008; SAUCIER; OSTENDORF 1999 apud SOTO; JOHN, 2017).

Juntamente com o diagnóstico da depressão os pacientes atendidos utilizavam fármacos antidepressivos, como a fluoxetina. O antidepressivo fluoxetina age na inibição seletiva da recaptação da serotonina, é considerada a substância psicoativa mais utilizada pois atua somente em alguns neurotransmissores e diante disto tem menor efeitos colaterais. A depressão é caracterizada pela ausência de serotonina no Sistema Nervoso Central (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Dados estatísticos sinaliza a eficácia da psicoterapia e utilização de medicalização para o tratamento da depressão. De três a cinco meses após utilizando de fármacos antidepressivos, pacientes com depressão tendem a ter uma melhora entre 49 e 52%. Com a psicoterapia no mesmo período de tempo (três a cinco meses) há remissão entre 49 e 60% (MYNORS-WALLIS, I. E COL, 1996; SCHULBERG, H. C. E COL., 1996 apud ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). Estudos indicam que o consumo de antidepressivos tem tido um acréscimo ao decorrer dos anos, segundo dados de Portugal, conforme exposto na figura a seguir.



**Figura 2.** Evolução do consumo de medicamentos em Portugal, entre 2010 e 2014 Fonte. Programa Nacional para a Saúde Mental, 2015.

Os dados estatísticos indicam o aumento da utilização de psicofármacos antidepressivos do sistema nervoso central, sugerindo que usuários com diagnóstico de depressão tem sido medicalizados, porém não se sabe se estão sendo assistidos efetivamente. Alguns autores como Botega (2017); Baptista (2004), enfatizam a eficácia da medicalização juntamente com o processo psicológico no tratamento da depressão. Outros autores ressaltam que a utilização de medicamentos cada vez é mais utilizada para alívio do sintoma e bem-estar subjetivo. Para alguns autores os medicamentos ocultam a etiologia dos sintomas e não há elaboração das questões latentes sintomáticas (BIRMAN, 2003, apud SILVA, DULLIUS & CASTOLDI, 2011). Dos pacientes atendidos na unidade de saúde primária, todos entraram em contato com a etiologia sintomática ambiental e afetiva causal da depressão, diante disso considera-se viável a medicalização, já que a depressão prejudicou diversas áreas da vida dos pacientes e os mesmos se encontravam em um processo de psicoterapia.

Nos atendimentos entrar em contato com os eventos facilitadores para a depressão, trouxeram alguns afetos negativos, como raiva e angústia. Embora internamente os pacientes não tinham forças para lidar com a patologia, havia motivações externas, como a presença de pessoas significativas, com isso houve a internalização do cuidado de si e a busca pela melhora do seu quadro patológico. Em todos os casos foi percebido a necessidades pelo processo de psicoterapia de forma que os usuários se encontravam motivados pelo auxílio terapêutico. Diante disto o processo terapêutico se tornou efetivo e eficaz.

O luto foi um dos fatores predominantes nos casos atendidos, seja o luto pelo objeto real ou imaginário, uma perda de uma pessoa querida ou de uma idealização construída. É percebido que cada sujeito se encontrava em uma fase do processo de luto. O processo de luto é compreendido por Kubler-Ross (1998), por intermédio de cinco estágios (Negação, Raiva, Barganha, Depressão, Aceitação). A negação é subentendida como uma forma de lidar com uma notícia inesperada, frequentemente é uma defesa temporária. No estágio da raiva, os sentimentos englobam a revolta, raiva e ressentimento. Na barganha é uma tentativa de evitação do ocorrido, como uma tentativa de adiar por meio de promessas. Na depressão a uma privação no mundo interno. E na aceitação, há o lamento pelo luto, porém se dá a compreensão. Entender a fase a qual os pacientes se encontravam foi de grande relevância para o processo de psicoterapia.

Considerando a amostra representativa deste estudo, é percebido a prevalência de mulheres com diagnóstico de depressão atendidas. De acordo com dados da OMS patologias graves como a depressão é comumente no sexo feminino, sendo mais frequente nesta população, diferentemente do abuso de substâncias psicoativas que a prevalência maior é no sexo masculino (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). Há uma prevalência da sintomatologia depressiva na idade média, porém a depressão em si atinge todas as faixas etárias sem exceção de nenhuma (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). Os pacientes deste estudo se encontravam na faixa etária média.

Fatores relevante trabalhado nos atendimentos em Psicoterapia Breve foram tornar-se consciente as questões inconscientes causais de seus sintomas, para elaboração e extinguir os sintomas somatizados em seu corpo, pois seu ego não deu conta de lidar no plano psíquico consciente. O foco da psicoterapia breve são os conflitos atuais vivenciados pelo paciente, os conflitos seriam analisados e de uma forma mais diretiva criar estratégias para auxílio (ALMEIDA, 2010).

Considera-se a Psicoterapia Breve como um método de tratamento para sintomas que necessita de um alívio imediato da dor psíquica, ou seja, o mais rápido possível. Foi percebido a pertinência do atendimento psicológico com os pacientes com depressão na Unidade de Estratégia da Família. Entrar em contato com os desencadeadores da depressão é de relevância, pois o paciente entra em contato com a raiz do problema e trabalhando estas questões, que muitas vezes são latentes para os pacientes é possível a elaboração das angustias e frustrações de eventos e situações que em outra hora estavam recalcadas em um plano inconsciente. E com os atendimentos os pacientes conseguiram entrar em contatos com suas questões latentes, e com o auxílio terapêutico buscar soluções para seus problemas, motivações para vivenciar a vida de forma mais positiva.

No contexto da Psicologia no programa ESF, percebe-se dificuldades no entendimento do papel da psicologia, atribuindo semelhanças com modelo médico, de alívio momentâneo do sintoma. E assim quando é experienciado uma melhora acredita-se que não necessita mais do serviço. Está questão engloba a aderência dos pacientes aos atendimentos, desta forma é importante deixar claro as regras do setting e o objetivo do serviço. Este fator é resultado da falta de profissionais da psicologia e conseqüentemente a pouco entendimento sobre o serviço.

A atuação do psicólogo no ESF, engloba duas importantes áreas de atuação a comunitária e a saúde. Neste projeto o foco é a psicologia da saúde, visto que a atuação perfaz ações a saúde mental, de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação (NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011). Ter possibilitado um trabalho de promoção a saúde mental para os usuários, resultou em melhorias no projeto de vida, como a volta ao trabalho e a rotina do dia a dia. Entender a história de vida dos usuários, por meio da anamnese é de grande relevância, pois o terapeuta compreende a raiz do problema e a forma com que o usuário lida com suas questões conscientemente e inconscientemente. Embora a patologia seja a mesma o processo psicoterápico é diferenciado para cada paciente, pois cada um tem o seu tempo. E o tempo é precioso na saúde primária e pública, pois a demanda é grande e a abordagem é focal, o tempo do paciente deve ser respeitado e diante disto, conta com as redes de atendimentos externos e com a equipe multidisciplinar interna para auxiliar no processo de atendimento e cuidado do usuário.

Os atendimentos realizados seguiram o objetivo da Psicoterapia breve contando com o processo de início, meio e fim, possibilitando a elaboração das demandas apresentadas pelos pacientes, com o auxílio de técnicas diretiva. Após a finalização do estágio foi percebido a necessidade do encaminhamento para outros serviços do SUS na região que auxiliasse na

extensão do atendimento em psicologia. Considerando o diagnóstico de depressão o acompanhamento se faz necessário.

A psicoterapia breve psicodinâmica embasada na psicanálise, conta com uma flexibilidade nos atendimentos, por ser uma modalidade breve. Há aspectos relacionados ao setting, que englobam objetivos, planejamento e estratégias, que difere da abordagem psicanalítica tradicional. O psicólogo deve criar um ambiente propício para a obtenção do insight e assim o paciente entrar em contato com os aspectos latente de seus comportamentos. Como a psicoterapia psicanalítica tradicional conta com o uso da interpretação e transferências (SANTEIRO, 2008). A psicoterapia breve na abordagem psicanálise, funciona efetivamente no setting da saúde pública, possibilitando a flexibilidade dos atendimentos e continuando com os conceitos da psicanálise.

## CONCLUSÃO

As vivências de pacientes com depressão se tornam difíceis de se lidar, pois os sintomas de apatia, angustia, falta de ânimo estão presentes nas diversas áreas de sua vida. Diante disto é percebido que o papel da psicologia é fundamental neste contexto de atuação na saúde primária, a qual os recursos de escuta, fala e as estratégias nos atendimentos se torna uma forma de auxílio para lidar com a patologia e assim contribuir para a melhora do paciente. O psicólogo na saúde primária tem um papel de grande significância como todos os outros profissionais que atuam na prevenção e saúde dos pacientes, proporcionando um acompanhamento adequado e eficaz em saúde mental, identificando a depressão e suas comorbidades não psiquiátricas.

No atendimento no ESF o psicólogo construirá estratégias, mobilidade e flexibilidade, pois não há um setting definido enquanto a estrutura física. O setting pode ser em um atendimento domiciliar, em uma sala de procedimentos médicos. E diante disto o profissional deve se atentar ao vínculo e confiança do paciente. Até porque como o atendimento é focal, não há um tempo grande para a construção deste vínculo como na clínica, deve ser percebido a necessidade do momento.

É notável que a Psicoterapia Breve é uma forma terapêutica que é abrangente para os programas de ESF levando em conta a saúde pública e a grande demanda psicológica dos pacientes. E assim, pertinente a este trabalho, o atendimento em Psicoterapia Breve para pacientes com diagnóstico de depressão resulta em melhoras na qualidade de vida e bem-estar subjetivo. O psicólogo deve criar estratégias para sua atuação juntamente com o paciente, criando articulações para propostas externas ao atendimento psicológico quando necessário, bem com encaminhamento para outros recursos como grupos terapêuticos.

A depressão pode levar ao suicídio, de acordo com dados demográficos cerca de 80% de pacientes diagnosticado com a depressão tendem a ter ideias suicidas, entre esta porcentagem cerca de 15% concretiza a ideia e se suicida (TEODORO, 2010). Os atendimentos psicológicos com pacientes depressivos podem minimizar a prevalência de suicídio, por meio da prevenção quando o fator causal do suicídio for a depressão. Os profissionais da área da saúde devem se atentar aos sinais, sintomas, para assim auxiliar efetivamente os pacientes, entendendo as causas e comorbidades da patologia.

Este estudo contribuiu de forma efetiva para a Saúde Mental na atenção primária, destacando que o trabalho preventivo é indicativo de redução de danos, pois o que é trabalhado no nível primário é minimizado a prevalência de agravamento de patologias a nível secundário e terciário.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A. D. **Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral.** *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 94-106. Jun. 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAPTISTA, M. N. **Suicídio e Depressão Atualizações.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

BERLINCK, M. T.; FÉDIDA, P. **A clínica da depressão: questões atuais.** *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. III, n. 2, p. 9-25. 2000.

BOTEGA, N. J. **Prática Psiquiátrica no hospital Geral: Interconsulta e Emergência.** Porto alegre: Artmed, 2017.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; NETO, P. M. S. **O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família.** *Interface Comunicação Saúde e Educação.* Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2017nahead/1807-5762-icse-1807-576220160672.pdf>>. Acesso em 02 de fevereiro 2018.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. **Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial.** *Psicologia: Ciência e Profissão.* v. 32, n. esp., p. 232-245. 2012.

DI BIAGGI, T. M. **Relação Médico-família em UTI: a visão do médico intensivista (Dissertação de Mestrado).** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo. 2002.

DUARTE, C. D. **Guia Essencial da Depressão: Um quadro abrangente da depressão, suas causas e tratamentos, com rigor científico da Associação Médica Americana.** São Paulo: Aquariana, 2002.

FRIEDRICH, T. L.; PETERMANN, X. B.; MIOLO, S. B.; PIVETTA, H. M. F. **Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais.** *Interface Comunicação Saúde Educação.* v. x, n. (ahead), p. 1807-5762. 2017.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer.** Martins Fontes: Rio de Janeiro, 1996.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde.** Em I. B. PEREIRA & J. C. F. LIMA (Org). *Dicionário da educação profissional em saúde.* Ver ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV. 2008.

MATOS, E.; MATOS, T. M.; MATOS, G. M. **Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos.** *Estudos de Psicologia*, v. 23, n. 2, p. 173-179. 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva.* v. 15, n. 5, p. 2297-2305. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental.** Brasília: Cadernos de Atenção Básica, 2013.

NEPOMUCENO, L. B.; BRANDÃO, I. R. (2011). **Psicólogos na Estratégia Saúde da Família: caminhos percorridos e desafios a superar.** *Psicologia: Ciência e Profissão.* v. 31, n. 4, p. 762-777.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002.

PAULO, M. S. L. L. **Depressão e Psicodiagnóstico interventivo.** Vetor: São Paulo, 2005.  
SILVA, J. C.; DULLIUS, C. E.; CASTOLDI, D. R. **A Relação entre o uso de Psicofármacos e o Processo de Psicoterapia na Infância.** *Revista de Psicologia.* v. 2, n. 1, p. 86-94. 2011.

PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL. **Portugal Saúde Mental em Números.** Direcção-Geral da Saúde: Lisboa, 2015.

SANTEIRO, T. V. **Psicoterapia breve psicodinâmica preventiva: pesquisa exploratória de resultados e acompanhamento.** *Psicologia em Estudo.* v. 13, n. 4, p.761-770. 2008.

SILVA, J. C.; DULLIUS, C. R.; CASTOLDI, D. R. **A relação entre o uso de psicofármacos e o processo de psicoterapia na infância.** *Revista de Psicologia.* v. 2, n. 1, p. 86-94, 2011.

SOTO, C. J.; JOHN, O. P. **The next Big Five Inventory (BFI-2): Developing and assessing a hierarchical model with 15 facets to enhance bandwidth, fidelity, and predictive power.** *Journal of personality and social psychology,* v. 113, n. 1, p. 117-143. 2017.

TEODORO, W. L. G. **Depressão: corpo, mente, alma.** 3ed. Uberlândia: Próprio autor, 2010.

VIEIRA, M. C. **Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência.** *Revista Brasileira Clínica Médica.* v. 8, n. 6, p. 513-9. 2010.

Aceito em: 04/8/2018.

Publicado em: 10/12/2018.