

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA
FAMÍLIA

GUYLHERME HENRYQUE DE OLIVEIRA FERREIRA

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR OS SERVIÇOS
DE ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE DEPRESSÃO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MATUTINA, MINAS GERAIS

MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS

SETEMBRO/2018

GUYLHERME HENRYQUE DE OLIVEIRA FERREIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR OS SERVIÇOS
DE ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE DEPRESSÃO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MATUTINA, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização Gestão no Cuidado na Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientador: Professora Dra. Marília Rezende da Silveira

MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS

SETEMBRO/2018

GUYLHERME HENRYQUE DE OLIVEIRA FERREIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR OS SERVIÇOS
DE ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE DEPRESSÃO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MATUTINA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora Dra. Marília Rezende da Silveira-UFMG

Examinador 2 – Professor (a). – Dra. Márcia Christina Caetano Romano - UFSJ

Aprovado em 17 de Outubro de 2018.

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. Aos meus pais, irmãos e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida. A minha equipe de saúde que participou de mais um capítulo da minha história.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades. A minha orientadora, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos. Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

A Depressão tem alto impacto na vida do usuário e de seus familiares, com significativo comprometimento nos aspectos sociais, ocupacionais e em outras áreas de funcionamento. O presente trabalho foi baseado no diagnóstico situacional da área adscrita por meio do método de estimativa rápida, realizado pela Unidade Básica de Saúde do Município de Matutina, Minas Gerais. Este estudo se justifica pelo elevado número de usuário com depressão com baixa adesão terapêutica e pelo risco aumentado de complicações e suas consequências. O objetivo é propor um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento e aos medicamentos utilizados pelos usuários com depressão. Para a efetivação dos objetivos, foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional, fundamentado por uma revisão bibliográfica sobre a temática, a partir de fontes indexadas nas bases de dados da saúde, com os descritores saúde mental, depressão, atenção básica, antidepressivos. Verificou-se na literatura que a depressão é uma condição médica causada por conflitos pessoais e interpessoais diante de uma situação: familiar, profissional e ou territorial, onde podemos inferir que a qualificação do atendimento na atenção básica pode influenciar na remissão e ou controle da doença.

Palavras Chave: Saúde Mental, Depressão, Atenção Primária à Saúde, Antidepressivos.

ABSTRACT

Depression has a high impact on the life of the patient and their family members, with significant impairment in social, occupational and other areas of functioning. The present study was based on the situational diagnosis of the ascribed area, through the fast estimation method, performed by the Basic Health Unit of the Municipality of Matutina, Minas Gerais. This study is justified by the high number of clients with depression, without therapeutic adherence and by the increased risk of complications and their consequences. The aim is to propose an intervention plan to improve patient adherence to treatment and medication used by users with depression. In order to achieve the objectives, an intervention and bibliographic research plan was developed in the databases. Descriptors in health sciences were used as: mental health, depression, basic attention, antidepressants. It has been found in the literature that depression is a medical condition caused by personal and interpersonal conflicts in the face of a situation: family, professional and territorial; where we can conclude that the qualification of care in basic care can influence the remission or control of the disease.

Keywords: mental health, depression, primary health care, antidepressive agents.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

15

Quadro 1 – Priorização dos problemas. (Página 14)

Quadro 2 – Operações sobre os nós crítico 1 relacionados ao problema “Alto índice de depressão” da Unidade Básica de Saúde (UBS), Matutina, Minas Gerais. (Página 26)

Quadro 3 – Operações sobre os nós crítico 2 relacionados ao problema “Alto índice de depressão” da Unidade Básica de Saúde (UBS), Matutina, Minas Gerais. (Página 27)

Quadro 4- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos para o problema “Alto índice de depressão” da Unidade Básica de Saúde (UBS), Matutina, Minas Gerais. (Página 29)

Quadro 5- Operações sobre a viabilidade do plano relacionada ao problema “Alta índice de depressão” da Unidade Básica de Saúde (UBS), Matutina, Minas Gerais. (Página 30)

Quadro 6 -Plano Operativo. (Página 31)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1. Breves informações sobre o município Matutino – MG.....	11
1.2. O sistema municipal de saúde.....	13
1.3. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)13	
2. JUSTIFICATIVA.....	15
3. OBJETIVOS	16
3.1. GERAL	16
3.2. ESPECÍFICOS.....	16
4. METODOLOGIA	17
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
5.1. Estratégia de Saúde da Família e a Saúde Mental.....	18
5.2. Uso abusivo de benzodiazepínicos	20
5.3. Ansiedade.....	21
5.4. Depressão	22
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
6.1. Descrição do problema selecionado.....	24
6.2. Explicação do problema selecionado.....	25
6.5. Desenho das operações	25
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

A depressão é um dos problemas de Saúde Pública no Município de Matutina onde podemos identificar um grande número de pessoas idosas e até mesmo jovens afetados pela ansiedade e por fatores emocionais que, com o passar dos anos, se tornam difíceis de superar causando um grande número de casos de Depressão. Na área de abrangência da Unidade de saúde Êga Morato atendemos usuários acometidos pela depressão e podemos inferir que um dos fatores desencadeantes está relacionado ao tamanho da cidade que em alguns dias se torna pacata e sem opções de lazer e entretenimento; outro fator está relacionado a migração de familiares para o exterior do Brasil que deixou um grande número de idosos convivendo com a distância e ausência de entes queridos.

1.1. Breves informações sobre o município Matutino – MG

Segundo dados do IBGE no ano de 2010, Matutina é um município mineiro localizado na microrregião do Alto Paranaíba, região do Triângulo Mineiro.

De acordo com a divisão administrativa e judiciária de Minas Gerais a região foi elevada à categoria de município com a denominação de Matutina, pela lei estadual nº 1039, de 12/12/1953, desmembrado de São Gotardo sede no antigo distrito de Matutina. Constituído do distrito sede, instalado em 01/01/1954.

Segundo informações oficiais do censo habitacional do IBGE, realizado em 2010, sua população é de 3.761 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Em época incerta, possivelmente por volta de 1850, por ignoradas razões, uma família se estabeleceu no local onde, mais tarde, surgiu o povoado. Construída por vários irmãos, atiraram-se estes ao trabalho, formando vastas fazendas. A tradição conservou o nome de João Pimenta, Sebastião Pimenta, Serafim Pimenta e Pedro Pimenta, constituindo, o nome dessa família o primeiro topônimo. O arraial dos Pimentas teria surgido à partir de um cruzeiro equidistante das diversas fazendas dos irmãos; realmente, a tradição confirma que as primeiras casas surgiram em torno desse cruzeiro, erguido no local onde hoje se ergue o principal cinema da cidade. (IBGE,1998)

Posterior, houve a doação do terreno por parte do mulato João Pimenta e outro de nome José Martins, A Nossa Senhora da Abadia; onde já se erguia o cruzeiro, foi construída a primeira capela e as primitivas moradias. Daí surgiu o arraial. A capela desapareceu, sendo construído um cinema no local. A grande maioria da população de hoje descende da primitiva família dos Pimentas, entrelaçada, mais tarde, com a família Franco, oriunda de Pará de Minas e que igualmente ali se fixava.

O topônimo Matutina foi dado em homenagem ao Coronel Olímpio Alves Franco ou por sua vontade; ele era possuidor de uma propriedade rural já denominada por esse nome, em 1943, quando da elevação do povoado à categoria de distrito (IBGE, 1998).

A atual igreja Matriz foi construída em 1914, quando foram dados os primeiros passos, sendo em 1951, quando ficou terminada, entregue aos fiéis.

Distrito criado com a denominação de matutina (ex-povoado), pelo decreto-lei estadual no 1058, de 31-12-1943, criado com terras desmembradas do distrito da sede de São Gotardo e Funchal, subordinado ao município de São Gotardo.

No quadro fixado para vigorar no período de 1944-1948, o distrito de Matutina figura no município de São Gotardo (IBGE, 1998).

Elevado à categoria de município com a denominação de Matutina, pela lei estadual no 1039, de 12-12-1953, desmembrado de São Gotardo. Sede no antigo distrito de Matutina. Constituído do distrito sede. Instalado em 01-01-1954.

A economia do município se baseia principalmente na pecuária leiteira, mas também na criação de gado de corte, na agricultura, cafeicultura, etc. As indústrias de laticínios também são importantes para o município, na produção e exportação de seus produtos. Sem contar na produção de produtos alimentícios e bebidas.

O artesanato é destaque, com elevada produção de cintos e bolsas de couro, tapeçaria de algodão e miniaturas em madeira trabalhadas a mão. O ouro também é muito extraído nesta região, e exportado para várias regiões do mundo.

Matutina possui uma fonte natural de água mineral (Fonte Santa Rita). A partir do ano de 2007 ela passou a ser comercializada sob a denominação Água Mineral Matutina.

1.2. O sistema municipal de saúde

O sistema Municipal de saúde de Matutina se organiza da seguinte forma: na atenção primária contamos com três Unidades básicas de saúde sendo duas urbanas e uma rural no distrito chamado Baixada, nos serviços de emergência temos o Hospital Municipal São Vicente de Paulo; contamos com apoio diagnóstico por meio do Laboratório Privado. Também referenciamos pacientes para os diversos serviços como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) em Matutina e para as especializadas na cidade de São Gotardo.

O modelo da atenção básica é baseado em uma saúde que atenda às necessidades do indivíduo por meio da medicina centrada na pessoa englobando todos os aspectos da sua vida : familiar , laboral, cultural, educacional e humano.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) foi inaugurada em 2011. Ela se encontra em um local próximo ao centro da cidade. Ela é grande, nova e bem conservada. A clientela e a equipe têm muito apreço pelo local, na medida em que, é confortável, espaçosa e fresca além de ser compartilhada com a comunidade onde se realizam grupos de ações em saúde. Assim, possui quatro consultórios, uma sala de curativos, uma farmácia, uma sala de vacina, uma entrada ampla, com vários assentos, para os clientes em espera. A recepção também tem capacidade para comportar todos. Nossa clientela é de 3200 pessoas.

O ambiente é favorável para o desenvolvimento de nossas ações de saúde. É comum os pacientes irem a UBS, apenas para observar o nosso cotidiano, na medida em que eles gostam de lá. Isso facilita nossos projetos e reafirma que a atenção primária, não é apenas uma maneira de adquirir atenção em saúde, mas a principal porta para alcançá-la. A comunidade confia e respeita o nosso trabalho.

A unidade funciona das sete às 16 horas. A equipe se organiza em reuniões mensalmente para realizar o cronograma das atividades para que cada um fique ciente de suas atribuições.

1.3. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

O método de estimativa rápida permitiu obter informações sobre a área estudada, com a participação da população e da equipe de saúde, em um curto período de tempo e sem altos gastos. As fontes dessas informações foram registros da unidade e da

secretaria de saúde, entrevistas, relato de moradores da comunidade e observação ativa da área.

A partir dos dados coletados e da análise dos mesmos, foi possível identificar que entre as questões prioritárias destaca-se grande número de hipertensos, alta prevalência de diabetes, índices elevados de depressão e ansiedade, poucos recursos direcionados a saúde, dificuldade em referenciar pacientes, número reduzido de agentes pela área adscrita, falta de grupos operativos para os hipertensos e diabéticos e pouca oferta de atendimento para as urgências diárias.

1.5 Priorização dos problemas

Após a enumeração das diversas questões que merecem atenção na comunidade da UBS de Matutina, foi realizada junto com a equipe, uma priorização dos problemas de acordo com a importância, grau de urgência e capacidade de enfrentamento de cada um, descritos no quadro abaixo.

Quadro 1 – Priorização dos problemas

Principais problemas	Importância	Urgência (0-10)	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Grande número de hipertensos.	Alta	10	Parcial	1
Alta prevalência de diabetes mellitus.	Alta	9	Parcial	2
Índices elevados de depressão e ansiedade	Alta	8	Parcial	3
Poucos recursos direcionados a saúde	Média	4	Mínima	4
Dificuldade em referenciar pacientes	Alta	7	Mínima	5
Número reduzido de agentes pela área adscrita	Média	4	Mínima	6
Falta de grupos operativos para os hipertensos e diabéticos	Média	6	Total	7
Pouca oferta de atendimento para as urgências diárias	Alta	7	Parcial	8

Fonte: autoria própria (2018)

*Alta, média ou baixa

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30.

***Total, parcial ou fora.

2. JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento desse trabalho justifica-se pela importância e gravidade do tema escolhido, motivo de preocupação para a equipe de saúde diante do grande número de pessoas acometidas pela depressão, mostrando como são relevantes as atuações da Unidade Básica de Saúde no seu enfrentamento no Município de Matutina.

Este estudo também irá contribuir para o conhecimento científico e por meio dele a equipe de saúde poderá adquirir recursos estratégicos em relação à abordagem aos usuários de depressão melhorando a forma como o usuário enfrenta seu problema atual e como alcançará êxito no seu tratamento.

Entretanto, é importante que o serviço de saúde esteja organizado e capacitado para atender as necessidades do usuário de forma adequada.

Mediante os problemas identificados no diagnóstico situacional da UBS Ega Morato/Matutina priorizamos estabelecer um atendimento centrado no paciente não apenas com foco na doença, mas nos aspectos pessoais e individuais de cada indivíduo com seus problemas socioeconômicos, familiares e sociais.

O presente estudo contribuirá na capacitação de cada profissional em relação a importância do atendimento adequado e das necessidades do paciente, priorizando o atendimento humanizado.

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

Desenvolver um plano de intervenção a fim de melhorar os serviços de atendimento aos portadores de depressão da Unidade Básica de Saúde (UBS), Matutina, Minas Gerais.

3.2. ESPECÍFICOS

- Evidenciar a contribuição dos profissionais na prevenção e tratamento da depressão.
- Capacitar os profissionais para fornecer um atendimento adequado, satisfatório e eficaz.
- Criação de grupos de enfrentamento da depressão com apoio da equipe de saúde, familiares e amigos; por meio do acompanhamento com serviço de psicologia do NASF.
- Otimizar a adesão ao tratamento com controle de doses, utilização correta e retirada de medicações após avaliação clínica.

4. METODOLOGIA

Para realização desse projeto de intervenção três etapas aconteceram: diagnóstico situacional com reconhecimento do território estudado e identificação dos principais problemas na área de abrangência da Unidade de Saúde Matutina, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção.

O Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) possibilitou a identificação e a priorização do problema alvo que será objeto da intervenção, sua descrição, explicação e a identificação dos nós críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS 2010). Essa etapa contou com a colaboração da equipe de saúde e, por meio do método estimativa rápida. Os dados coletados com as informantes chaves, religiosos, moradores antigos na comunidade, prontuários do paciente, fichas A e nos atendimentos médicos, contribuíram para listar os principais problemas da comunidade, os nós críticos e as ações a serem propostas.

Para subsidiar a construção da proposta de intervenção, foram utilizados trabalhos científicos publicados entre os anos de 1999 e 2011 encontrados em bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, dentre outros, considerando os descritores: Saúde Mental, Depressão, Atenção Primária à Saúde, Antidepressivos. Foram consultados seis artigos científicos selecionados conforme sua relevância e coerência com o tema proposto. Outros dados importantes utilizados foram os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde do município, dados do Ministério da Saúde e arquivos da Estratégia Saúde da Família (ESF) local.

Para o texto, as normas da ABNT foram as preconizadas para edição deste trabalho

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1. Estratégia de Saúde da Família e a Saúde Mental

A Estratégia da Saúde da Família representa uma alternativa significativa e estruturante para a política de saúde brasileira, com vistas a atender ao disposto na Constituição Brasileira de 1988 sobre saúde, e aos princípios do Sistema Único de Saúde. Busca uma atuação no território, envolvimento com a comunidade, o cuidado dos indivíduos e das famílias de forma integral e ao longo do tempo, enfim um espaço de reorganização da assistência à saúde e de construção da cidadania. (BRASIL,2012).

Atualmente a saúde mental tem sido um fator de preocupação na atenção primária, sendo de extrema importância o diagnóstico e identificação de usuários com possíveis afetações de humor ou comportamento, oriundas muitas vezes de problemas no meio em que convive.

Apesar dos esforços da Coordenação Geral da Saúde Mental/DAPE/SAS/MS, a inclusão efetiva de assistência à saúde mental na atenção básica ainda é uma realidade pouco frequente. No documento “Política Nacional da Atenção Básica-2006”, não há nenhuma referência às ações de saúde mental e não há indicadores relativos às ações de saúde mental realizadas pelas equipes do PSF no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ainda que propostas já tenham sido elaboradas. “ (TANAKA, RIBEIRO, 2009).

O tratamento proposto depende da particularidade de cada usuário afetado e as possíveis causas do seu adoecimento determinando também uma melhor adesão ao tratamento e sucesso na remissão e diminuição da recorrência. Uma pesquisa do Ministério da Saúde mostra que 56% das equipes de Saúde da Família referem realizar “alguma ação de Saúde Mental”. “Por sua proximidade com as famílias e as comunidades, essas equipes se constituem num recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico” (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2009).

O cenário em que a atenção básica desempenha os seus princípios é perfeito para estabelecer causas, efeitos e acompanhar de perto o resultado do tratamento prescrito.

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações

são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013,p.15).

A identificação e acompanhamento do paciente na atenção primária são facilitados por termos acesso a realidade em que vive o paciente, por meio dos agentes comunitários de saúde e também por visitas médicas no domicílio, podemos identificar fatores familiares, sociais, financeiros que muitas vezes são os causadores de seus transtornos de humor, ansiedade e depressão.

“Dentre as recomendações da OMS para a organização de redes de atenção psicossocial, destaca-se a oferta de tratamento na atenção primária e a organização de ações em saúde mental no contexto comunitário. ” (SILVEIRA, VIEIRA, 2009). Para inserir as ações de saúde mental na Unidade de Saúde o planejamento deve ser interdisciplinar; se organizando de tal forma que o Médico tenha contato com os outros profissionais envolvidos garantindo um acompanhamento mais centralizado no paciente.

Os pacientes com depressão devem também ser estimulados a modificar seus hábitos diários, realizar atividades que possam lhes dar prazer, praticar exercícios físicos regulares, manter um tempo mínimo de sono diário (seis a oito horas por noite), ter uma boa alimentação, expor-se ao sol em horários apropriados e evitar o uso de substâncias como anorexígenos, álcool e tabaco.

É importante destacar que a Política Nacional de Saúde Mental vem trabalhando nos últimos anos com o conceito de leitos de atenção integral em saúde mental (hospitais gerais, CAPS III, leitos dos serviços hospitalares de referência para álcool e drogas), que se associam aos leitos de hospitais de pequeno porte, onde estes existirem. A tendência é de que essa rede de leitos de atenção integral, na medida em que se expande se apresente como substitutiva à internação em hospitais psiquiátricos convencionais. “Os recursos para a atenção hospitalar são insuficientes, e isso se manifesta no pagamento de procedimentos de média complexidade por valores muito abaixo dos seus custos. ” (BEZERRA, DIMENSTEIN, 2008).

Desde os anos setenta e acompanhando a trajetória da reforma sanitária, o processo da reforma psiquiátrica vem alterando conceitos e práticas na atenção aos transtornos mentais no país.

O foco fundamental deste movimento é a desinstitucionalização, sendo sua luta principal a redução do número de leitos nos manicômios e a implementação de ampla rede comunitária de serviços substitutivos. Este direcionamento da reforma psiquiátrica para o cuidado dos pacientes com transtornos severos e persistentes e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deixou em segundo plano a assistência aos transtornos mentais menos graves e mais prevalentes. (TANAKA, RIBEIRO, 2009, p. 480)

Podemos concluir que a Estratégia de Saúde da família exerce hoje um papel importante tanto no diagnóstico, tratamento e acompanhamento do paciente com transtornos mentais, sendo muitas vezes mais importante para o prognóstico do usuário e remissão da doença do que a atenção especializada e manicômios por não terem acesso aos fatores psicossociais do doente.

5.2. Uso abusivo de benzodiazepínicos

Um dos fatores que contribuem para a melhoria do atendimento e acompanhamento do paciente psiquiátrico é a organização do seu tratamento farmacológico, adequando a droga utilizada, tempo de tratamento e a retirada da medicação de forma gradual. É notável um grande número de usuários que já cursam com dependência física e emocional do uso de medicamentos controlados com uso inadequado e abusivo desse tipo de medicações.

Os benzodiazepínicos (BZD), introduzidos na terapêutica na década de 1960, são fármacos depressores do sistema nervoso central (SNC), utilizados como hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivantes e mio relaxantes. A eficácia dos benzodiazepínicos é bem documentada nos tratamentos de curta duração, porém o uso prolongado é contraindicado devido aos riscos de efeitos adversos, incluindo a dependência. Ao longo do tempo, com a popularização do uso dos benzodiazepínicos novos problemas foram evidenciados, grande parte deles, decorrentes do mau uso desses medicamentos. (FIRMINO, et al, 2011) “A dependência química dos benzodiazepínicos com todas as implicações inerentes a esses quadros passaram a constituir grande preocupação para a saúde pública.” (FIRMINO, et al, 2011).

Por geralmente diminuírem o seu efeito ansiolítico ao longo do tempo (em geral 3 a 4 meses), os BZD não são indicados para tratamento de longo prazo e perdem seu lugar para as drogas Z (agonistas dos receptores do neurotransmissor ácido gama-aminobutírico (GABA), como Zolpidem e Zaleplam), que, embora mais caras, têm eficácia semelhante e menos efeitos colaterais. Outro dos fatores preocupantes com

relação aos BZD que hoje nos levam a restringir sua prescrição é a capacidade de gerar tolerância e dependência, que podem ser perpetuadas por diversos fatores: prescrição errônea e continuada pelo médico; aumento da dose pelo próprio paciente; necessidade psicológica da droga (algo bastante usual e observado em ambiente ambulatorial) (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000).

Acredita-se, aliás, que o maior fator atualmente para a perpetuação do hábito seja essa fissura, tendo em vista, como exposto acima, que a dependência química e física de BZD não é tão acentuada quanto de outras possíveis drogas de abuso. (NORDON, et al, 2009, p. 154)

“O potencial gerador de dependência desses medicamentos está bem documentado sintomas de abstinência podem ocorrer mesmo com o uso de doses terapêuticas por períodos prolongados.” (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000).

Os usuários de BZD são, em maioria, mulheres (duas a três vezes mais do que homens), e seu número aumenta conforme a idade. No Brasil, é usado principalmente por divorciadas ou viúvas, com menor renda, de 60 a 69 anos de idade. “Seu uso é três vezes mais provável em pacientes portadores de transtornos psiquiátricos.” (NORDON, et al, 2009).

5.3. Ansiedade

A identificação dos desencadeantes da crise de ansiedade contribui para o enfrentamento dos reais motivos que causam essa alteração emocional. “Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho.” (CASTILLO, et al, 2000).

O termo estresse denota o estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, disparam um processo de adaptação caracterizado, entre outras alterações, pelo aumento de secreção de adrenalina produzindo diversas manifestações sistêmicas, com distúrbios fisiológicos e psicológicos (FLECK, et al, 2003).

Os distúrbios de ansiedade comuns nas doenças psiquiátricas acabam deflagrando um quadro de angústia e considerável prejuízo funcional, que pode ser apresentado basicamente em quatro grandes categorias: pânico e distúrbios de ansiedade, distúrbios fóbicos (agorafobia, fobia social e específica), distúrbios obsessivo-compulsivo e distúrbios de estresse pós-traumático. Inúmeras pesquisas demonstram que distúrbios psiquiátricos podem estar associados aos distúrbios do sono.

Assim, grande parte dos indivíduos que apresentam distúrbios psiquiátricos, possui queixas relacionadas a esses distúrbios e com mudanças no padrão do sono (CASTILLO, et al, 2000).

A maioria dos pacientes com depressão apresenta algum tipo de insônia, sendo que 40% destes apresentam dificuldade para iniciar o sono, múltiplos despertares e insônia terminal. “Concomitantemente, 35-50% dos indivíduos com queixas do sono (insônia ou hipersonia) apresentam critérios para distúrbio do humor ou de ansiedade” (CHEIK, et al, 2003).

A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo (CASTILLO, et al, 2000).

“Tais reações exageradas ao estímulo ansiogênico se desenvolvem, mais comumente, em indivíduos com uma predisposição neurobiológica herdada”. (CASTILLO, et al, 2000).

É provável que os distúrbios afetivos envolvam distintos sistemas neuronais. Atualmente, têm surgido hipóteses que procuram englobar as possíveis alterações fisiopatológicas desses distúrbios dentro do contexto neurobiológico, sendo elas: hipótese noradrenérgica, hipótese serotoninérgica, hipótese dopaminérgica, alterações no apetite, alterações no sono, alteração nos ritmos biológicos, aspectos imunológicos, alterações endócrinas (principalmente envolvendo o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal) e as alterações de receptores do tipo GABA-B.(CHEIK, et al, 2003,p .46).

5.4. Depressão

Quando se pretende investigar o componente genético da depressão, uma das dificuldades centrais é a caracterização precisa do fenótipo. Chamamos de fenótipo aquelas características observáveis num indivíduo que pretendemos relacionar a uma determinada constituição genética.

A depressão é uma condição médica comum, crônica e recorrente. Está frequentemente associada à incapacitação funcional e comprometimento da saúde física. Os pacientes deprimidos apresentam limitação da sua atividade e bem-estar além de uma maior utilização de serviços de saúde. (FLECK, et al, 2003, p. 68-72)

“Podemos imaginar, portanto, que diferenças na conceituação do transtorno podem determinar alterações significativas nos resultados de investigações genéticas.” (LAFER, FILHO, 1999).

O termo depressão tem sido usado para descrever tanto alterações normais do humor diante de perdas, conflitos nas relações interpessoais, ou outros problemas de natureza emocional (tristeza) como um grupo de transtornos específicos. Sentimento de tristeza ou infelicidade é comum em situações de perda, separações, insucessos, conflitos nas relações interpessoais, fazem parte da experiência cotidiana e caracterizam um estado emocional normal, não patológico (MENEZES, 2017, p. 123)

A observação dos efeitos antidepressivos dos inibidores da monoaminoxidase (MAO) e dos tricíclicos, a partir do final da década de 50, permitiu o surgimento de especulações sobre os substratos cerebrais nos transtornos afetivos. Pesquisas nas áreas básicas sugeriam que os inibidores da MAO aumentavam as concentrações cerebrais de noradrenalina e serotonina. Os antidepressivos tricíclicos, por sua vez, inibiam a recaptura sináptica das monoaminas, principalmente de NE, mas também de 5-HT, aumentando agudamente os níveis sinápticos. Essas e outras observações culminaram em 1965 com a hipótese catecolaminérgica, que propunha a existência de uma depleção de NE no nível sináptico como fator patogénico nos transtornos depressivos. ” (LAFER, FILHO, 1999) ”. A hipótese envolvendo a participação da serotonina foi subsequentemente proposta por Coppen. ” (LAFER, FILHO, 1999).

A depressão foi estimada como a quarta causa específica nos anos 90 de incapacitação através de uma escala global para comparação de várias doenças. A previsão para o ano 2020 é a de que será a segunda causa em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento. Quando comparada às principais condições médicas crônicas, a depressão só tem equivalência em incapacitação às doenças isquêmicas cardíacas graves. (FLECK, et al, 2003, p. 68-72).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A atenção primária, dentro de suas atribuições, é responsável também pela saúde mental. Desse modo, ela tem responsabilidade de desenvolver ações voltadas tanto para prevenir doenças relacionadas a saúde psicológica como também oferecer subsídio a fim de que os usuários possam ter apoio durante o tratamento.

Na Unidade, há significativo número de pessoas com depressão e ansiedade. Essas doenças geram nos usuários efeitos que interferem em sua qualidade de vida, atividades laborais e relacionamentos. Elas culminam em isolamento, abandono de medicação, pensamentos suicidas e, às vezes, automutilação. O tratamento visa controlar o quadro. O principal medicamento utilizado na atenção primária é o benzodiazepínico que tem causado grandes impactos na saúde psicológica desses usuários, na medida em que é medicamento que pode gerar dependência.

6.1. Descrição do problema selecionado

Foi identificado um alto índice de depressão na Unidade Básica de Saúde Ega Morato Matutina –MG; há na Comunidade 234 pessoas com diagnóstico de Depressão. Desse modo, nota-se que ações voltadas para esse quesito é de suma importância no território. Ademais, notamos que esse problema se relaciona muito com hábitos de vida, questões pessoais, econômicas e sociais. É notória a prevalência desse problema em famílias carentes. Em nossa comunidade, a maioria das famílias é classificada como baixa renda, isso afeta a alimentação e a prática de atividades diárias, uma vez que o grau de escolaridade e renda contribuem para estilo de vida saudável e proporcionam condições de se manter uma mente saudável. Além disso, a faixa etária mais acometida é entre 40 a 60 anos. Ocorre principalmente em mulheres.

Ademais, outro problema se relaciona com a medicação. O benzodiazepínico é uma das principais drogas do esquema terapêutico que gera dependência além de uso indiscriminado. O usuário tem dificuldade de realizar o desmame. Ademais, é comum o paciente já utilizar a medicação antes mesmo de ser avaliado por um médico.

6.2. Explicação do problema selecionado

As doenças psiquiátricas são uma vertente na Comunidade se destacando os Transtornos de ansiedade e depressão. Elas são desencadeadas por vários fatores, doenças graves, como câncer; problemas financeiros, como desemprego; questões pessoais, como o divórcio, além de questões mais fáceis de intervir, como deficiências vitamínicas ou iatrogênica. Destarte, como a maioria dos fatores que se relacionam ao surgimento da doença é de ordem pessoal, para que a equipe consiga estabelecer a causa, é necessária uma boa relação médico-paciente onde a empatia ajuda a entender os motivos que levaram o paciente ao quadro depressivo. Ademais, após o estabelecimento da causa, vem o fator mais difícil, a intervenção.

Para isso, é necessário um envolvimento muito maior e esta é a maior dificuldade da Unidade, devido a cidade ser pequena é difícil manter o sigilo o que dificulta a atuação na família do paciente. Ademais, a equipe não se encontra preparada para intermediar desavenças, reconciliações e, principalmente, aconselhar uma pessoa a seguir em frente.

Outra questão é o uso indiscriminado de benzodiazepínicos. Há tanto o problema quanto a tolerância as drogas, em que o usuário, que faz uso contínuo da medicação, necessita cada vez mais de doses maiores, gerando mais efeitos colaterais para o usuário; quanto também o problema em relação à retirada da droga, na medida em que o usuário entra em uma síndrome da abstinência e, desse modo, com dificuldade na retirada da Medicação

Seleção dos nós críticos

Delineiam-se os seguintes nós críticos:

- Falha na intervenção da equipe de saúde.
- Falha no uso de benzodiazepínicos.

6.5. Desenho das operações

Como se selecionou os nós críticos consegue-se definir planos a fim de contribuir para a resolução dos problemas. Desse modo, percebe-se a importância da Atenção Primária em solucionar problemas de ordem cognitiva de sua comunidade.

Quadro 2 – Operações sobre os nós críticos relacionados ao problema “Alto índice de depressão” da Unidade Básica de Saúde (UBS), Matutina, Minas Gerais

Nó crítico 1	Falha na intervenção da equipe de saúde.
Operação (operações)	Operação saúde Possibilitar a equipe de saúde meios para que possam intervir em usuários psiquiátricos, através de palestras, aulas e dinâmicas.
Projeto	Apresentar palestras, aulas e dinâmicas em grupo.
Resultados esperados	Maior autonomia da equipe, melhor relação médico-paciente, menores índices de pacientes psiquiátricos.
Produtos esperados	Melhor retorno da comunidade sobre a equipe, promoção de grupos operativos, visitas domiciliares. Criação de hortas, grupos de dança.
Recursos necessários	Estrutural: Equipe de saúde preparada Cognitivo: Linguagem adequada para todos os membros da equipe. Financeiro: Recursos financeiros para adesão de materiais para as reuniões : Datashow, panfletos e lanche após as palestras. Político: Apresentar e discutir os projetos com todos os membros da equipe e na Secretaria de Saúde. Professores, locais, programação e material.
Recursos críticos	Estrutural: Promover a organização e estabelecer fatores positivos que possam motivar a equipe a ter empenho na realização do projeto Cognitivo: Linguagem adequada para todos os membros da equipe. Político: Apresentar e discutir os projetos com todos os membros da equipe e na Secretaria de Saúde e convencê-los a aderir o projeto. Financeiro: Professores, locais, programação e material.

Controle dos recursos críticos	Controle realizado pelo Médico da Unidade de saúde juntamente com sua equipe favoráveis ao projeto com a pendência de estabelecer uma motivação para adesão da secretaria de saúde municipal.
Ações estratégicas	1-Apresentação do projeto a secretária de saúde 2-Reuniões Mensais 3-Palestras Mensais
Prazo	1-Primeira semana do projeto 2-Uma reunião a cada mês durante 3 meses 3-Uma palestra mensal
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	1-Médico e Enfermeira Chefe 2- Equipe de saúde 3-Médico
Processo de monitoramento e avaliação das ações	A cada reunião, realizar análise das propostas anteriores e estabelecimento de novas metas.

Fonte: Autoria própria (2018)

Quadro 3 – Operações sobre os nós críticos relacionados ao problema “Alto índice de depressão” da Unidade Básica de Saúde (UBS), Matutina, Minas Gerais

Nó crítico 2	Falha no uso de benzodiazepínicos
Operação (operações)	Melhor adesão medicamentosa, menores queixas sobre medicação, melhor relação da equipe com o paciente.
Projeto	Visitas domiciliares, consultas de acompanhamento e seguimento de renovação de prescrições de medicamentos.
Resultados esperados	Melhor adesão medicamentosa, menores queixas sobre medicação, melhor relação da equipe com o paciente.
Produtos	Melhor controle da doença, menores riscos relacionados ao

esperados	<p>consumo da medicação.</p> <p>Melhor retorno da comunidade sobre a equipe, promoção de grupos operativos, visitas domiciliares.</p>
Recursos necessários	<p>Estrutural: Equipe de saúde preparada</p> <p>Cognitivo: Linguagem adequada para compreensão dos paciente</p> <p>Financeiro: Transporte para visitas domiciliares</p> <p>Político: Apresentar e discutir os projetos com todos os membros da equipe e na Secretaria de Saúde.</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural: Promover a organização e estabelecer a importância do uso adequado dos medicamentos.</p> <p>Cognitivo: Linguagem adequada para compreensão dos pacientes.</p> <p>Político: Apresentar e discutir os projetos com todos os membros da equipe e na Secretaria de Saúde e convencê-los a aderir o projeto.</p> <p>Financeiro: Transporte para visitas domiciliares.</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Controle realizado pelo Médico da Unidade de saúde juntamente com sua equipe favoráveis ao projeto com a pendência de estabelecer uma motivação para adesão da secretaria de saúde municipal.</p>
Ações estratégicas	<p>1-Consultas mensais na Unidade de saúde</p> <p>2-Visitas domiciliares semanais</p> <p>3-Renovação de prescrições bimestral</p>
Prazo	<p>1-Consultas agendadas uma vez ao mês</p> <p>2-Visitas domiciliares uma vez por semana</p> <p>3_Consulta para renovação de receita bimestral</p>
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	<p>1-Médico</p> <p>2-Médico e Equipe de saúde</p> <p>3-Médico</p>

Processo de monitoramento e Avaliação das ações	A cada consulta e visita domiciliar avaliar o uso adequado de medicamentos e efeitos esperados para sucesso do tratamento.
--	--

Fonte: Autoria própria (2018)

6.7 Identificação dos recursos

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser desenvolvidos.

Quadro 4- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos para o problema “Alto índice de depressão” da Unidade Básica de Saúde (UBS), Matutina, Minas Gerais

Operação/projeto	Recursos críticos
Operação saúde	<p>Organizacional:</p> <p>Promover a organização e estabelecer fatores positivos que possam motivar a equipe a ter empenho na realização do projeto.</p> <p>Cognitivo:</p> <p>Linguagem adequada para todos os membros da equipe.</p> <p>Político:</p> <p>Apresentar e discutir os projetos com todos os membros da equipe e na Secretaria de Saúde.</p> <p>Financeiros:</p> <p>Professores, locais, programação e material.</p>
Antidependência	<p>Organizacional:</p> <p>Equipe</p> <p>Cognitivo:</p> <p>Linguagem adequada para pacientes</p> <p>Político:</p>

	<p>Apresentar e discutir os projetos com todos os membros da equipe e na Secretaria de Saúde.</p> <p>Financeiros:</p> <p>Local e materiais.</p>
--	--

Fonte: autoria própria (2018)

6.8 Análise da viabilidade do plano

No passo de análise de viabilidade do plano é o momento de identificar os responsáveis que controlam os recursos críticos e analisar sua motivação.

Quadro 5 - Operações sobre a viabilidade do plano relacionada ao problema “Alta índice de depressão” da Unidade Básica de Saúde (UBS), Matutina, Minas Gerais

Operações/Projetos	Recursos Críticos	Controle de Recursos Críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Operação saúde	<p>Organizacional:</p> <p>Equipe de saúde preparada</p> <p>Cognitivo:</p> <p>Linguagem adequada para todos os membros da equipe.</p> <p>Político:</p> <p>Para recursos.</p> <p>Financeiros:</p> <p>Professores, locais, programação e material.</p>	Secretária municipal de saúde e equipe de saúde	Favorável	Realizar reuniões periódicas para definir funções prazos motivar o trabalho da equipe.

Antidependência	Organizacional: Equipe Cognitivo: Linguagem adequada para pacientes Político: Para recursos. Financeiros: Local e materiais.	Secretária municipal de saúde equipe de saúde	Favorável	Não necessária
------------------------	---	--	-----------	----------------

Fonte: Autoria própria (2018)

6.9 Elaboração do plano operativo

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pela execução das ações estratégicas, com prazos estabelecidos.

Quadro 6-Plano Operativo

Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Operação saúde	Maior autonomia da equipe, melhor relação médico-paciente, menores índices de pacientes psiquiátricos.	Melhor retorno da comunidade sobre a equipe, promoção de grupos operativos, visitas domiciliares Criação de hortas, grupos de dança.	Reuniões de equipe e palestras afim de capacitar a equipe para o atendimento da pessoa com depressão.	Equipe de saúde	3 meses

Fonte: Autoria própria (2018)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão, se não tratada corretamente, pode perdurar por muito tempo, com sério prejuízo à vida do paciente. O trabalho, a família e o lazer ficam muito comprometidos, juntamente com um risco maior de suicídio. O tratamento bem-sucedido reduz esse período para oito a 12 semanas, se identificado os fatores desencadeantes e o fator principal que deu origem ao episódio de depressão permitindo um enfrentamento da causa com o auxílio dos profissionais de saúde envolvidos.

Entretanto, a depressão, ainda que responda bem ao tratamento instituído, pode recidivar e/ou cronificar. O tratamento medicamentoso, aliado a uma escuta qualificada e minuciosa sobre a realidade de vida enfrentada pelo paciente, constitui o fundamento da intervenção terapêutica para contribuir na redução, durabilidade e intensidade dos sintomas do episódio atual e, principalmente, prevenir a recidiva além de auxiliar na otimização do Cuidado e do acompanhamento ao paciente.

Espera-se com esse plano de intervenção melhorar os serviços de atendimento aos usuários com saúde mental, em especial os portadores de depressão da Unidade Básica de Saúde de Matutina, Minas Gerais.

A partir disso, torna-se imperativo que os profissionais da equipe de saúde sejam qualificados para que possam exercer a difícil tarefa de auxiliar usuários com transtorno de humor, no caso mais específico os depressivos, em suas jornadas diárias em busca de uma vida com qualidade e dignidade absoluta.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BRASILMinistério da Saúde .Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília (DF): Ministério da Saúde; p.14-16, 2012.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em 01/10/2018

CASTILLO, Ana Regina GL et al. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, p. 20-23, 2000.

CHEIK, Nadia C. et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 11, n. 3, p. 45-52, 2008.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 129-138, 2009.

FIRMINO, KarleylaFassarela et al. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1223-1232, 2011.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**,v.25,p. 68-72 ,2003.

HUF, Gisele; LOPES, Claudia de Souza; ROZENFELD, Suely. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 351-362, 2000.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010. **Atlas do Censo Demográfico 2010**. Referências. IBGE. MALHA municipal digital do Brasil: situação em 2000 e 2010. Rio de Janeiro: IBGE, [2012]

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2001**. Rio de Janeiro: IBGE. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1998.

LAFER, Beny; VALLADA FILHO, Homero Pinto. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 12-17, 1999.

MARGIS, Regina et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 1, p. 65-74, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 34., p. 15, 2013

NORDON, David Gonçalves et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **RevPsiquiatr Rio Gd Sul**, v. 31, n. 3, p. 152-8, 2009.

SILVEIRA, Daniele Pinto da; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 139-148, 2009.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 477-486, 2009.