UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÉNCIAS DA SAÚDE

DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

Dr. FERNANDO NARANJO AYALA

DEPRESSÃO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF- FONTES -

SOLEDADE.RÍO GRANDE DO SUL.

2017

DR. FERNANDO NARANJO AYALA

DEPRESSÃO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF- FONTES -

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e UNA-SUS.

Orientador: Prof. Warley Aguiar Simões

SOLEDADE.RÍO GRANDE DO SUL.

2017

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....4

2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO 12

3. PROMOÇÃO, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NIVEÍS DE PREVENÇÃO.....19

4. VISITA DOMICILIAR.....26

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....31

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 37

7. ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....39

1. INTRODUCÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO PROFISSIONAL E DO MUNICÍPIO

Meu nome é Fernando Naranjo Ayala, médico cubano formado há 7 anos, com experiência anterior de trabalho de 3 anos em Venezuela como médico em Urgência e Emergência, após retornar a Cuba no 2012, fiz a especialidade de Medicina Geral Integral, a qual terminei há 3 anos já, atualmente formo parte do Programa Mais Médicos do Brazil desde Agosto do 2016.

Moro no município Soledade que encontra-se localizado no norte do Rio Grande do Sul, pertencendo a Microrregião número 13 e Mesorregião número 1, no Planalto, médio sul-rio-grandense, no Alto da Serra do Botucaraí, a 726 metros acima do nível do mar. Possui como limítrofes Norte: Ibirapuitã, Tio Hugo, Camargo, Victor Graeff e parte do Mormaço; Sul: Barros Cassal, Tunas e Lagoão; Leste: Fontoura Xavier, Itapuca, Nova Alvorada e Arvorezinha; Oeste: Espumoso e parte do Mormaço.

O mesmo tem uma extensão 1.213.41 km ^{2} e uma população estimada em 31 313 habitantes, compostos pelos descendentes de colonos lusos, dos assentamentos italianos e alemães, com as costumes típicos e tradições europeias que os caracterizam. Com uma estimativa de 24 700 habitantes que moram na zona urbana e 6 613 na zona rural. (IBGE 2016)

A população está distribuída por faixa etária e sexo da seguinte forma:

Faixa Etária	**Mulheres**	**% da população**	**Homens**	**% da população**
0 – 4 anos	902	2.8 %	976	3.1 %
5 – 60 anos	13 409	42.8 %	11 921	38.0 %
> 60 anos	2273	7.2 %	1832	5.8 %
TOTAL	**16 584**	**52.8 %**	**14729**	**46.9 %**

A economia, é baseada principalmente na agricultura e o comercio exterior de pedras preciosas. O município tem 1,2 % de desempregados, na realidade baixo, dado que estes rubros exportáveis geram muitos empregos.

Na cidade temos grandes empresas para o trabalho, comercio e exportação de pedras preciosas. O retorno de ICMS ao município é de 12.597.677,46 por ano e deste total, 13.2% são destinados para a SAÚDE. (IBGE 2016).

De acordo com dados oferecidos pela Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN/RS-2016)

A hidrografia de Soledade é dividida entre as Bacias do Alto Jacuí (60%) e do Taquari-Antas (40%). A captação de água para tratamento pela CORSAN é realizada no Rio Espraiado no volume de 84 litros por segundo. A Estação de Tratamento (ETA) localiza-se na área urbana há 12 km do local de captação para onde a água é bombeada. Existem também dois poços artesianos com capacidade de produção de 20 m³/h e 18 m³/h respectivamente que estão localizados na área urbana.

Sendo cobertura do abastecimento de água na área urbana é de 100%, com hidrômetros em 93,10% das residências, excetuando-se somente os condomínios e imóveis suspensos.

Na área rural a gestão do abastecimento é do município através da Secretaria de Agricultura, Pecuária e Meio Ambiente e atende 57,68% da população, 21 poços com rede de distribuição de 189.504 m^3 atendem 852 famílias.

Os problemas que dificultam a consolidação do abastecimento da água nas áreas rurais são os custos elevados para a perfuração dos poços e instalação das redes, baixa arrecadação que não cobre os custos de manutenção com qualidade, ausência de hidrômetros e dificuldades gerais de estruturação e modernização do sistema.

Em relação à educação, o município conta com 20 escolas de Educação Infantil, 28 de Educação Fundamental, 5 de Ensino Médio e 3 de Ensino Superior. A Secretaria de Educação, Cultura e Desporto desenvolve ações de educação e de prevenção através de oficinas de teatro, de música, de dança, jogos, de capoeira, de informática, entre outras, de forma a proporcionar atividades voltadas para a promoção de saúde.

Referente a Assistência Social são desenvolvidas ações de proteção básica, bem como de média e alta complexidade. Nosso município conta com um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), bem como um plantão social, que é considerado a porta de entrada do usuário na política de assistência social, possibilitando seu acesso às demais políticas públicas.

Os serviços de saúde estão municipalizados na Gestão Plena de Atenção e a Secretaria Municipal de Saúde possui uma estrutura de atendimento que conta com:

6 - Estratégias de Saúde Família (ESF).

8 - Ambulatórios.

1 - Unidade móvel terrestre.

2 - Unidades móveis pré-hospitalar (SAMU).

5 - Unidades de apoio diagnose e terapia (laboratórios).

5 - Clínicas/centro especialidades (Centrorim, APAE e Fisioterapia).

1 - Hospital Geral “Caridade Frei Clemente” com disponibilidade para a prestação de especialidades diversas Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecobstetricia, Neurologia, Nefrologia e Cardiologia com capacidade para 152 leitos, credenciado ao SUS, faz parte da Região do Botucaraí, com outros 14 municípios, nesta nova formatação de região de saúde.

De acordo a dados oferecidos pela DATASUS (2015) os mais atuais, o município teve um Taxa de Natalidade (TN) de 5.2 por cada 1000 habitantes e a Taxa de Mortalidade Infantil foi de 3.8 por cada 1000 nascidos vivos, de entre as principais causas destacam as malformações cardiovasculais e cerebrais relacionadas com o consumo de drogas e outras sustâncias psicoativas durante a gestação.

Datos estadísticos oferecidos pela DATASUS (2016) em quanto a morbilidade hospitalar sinalizam as patologias mais frequentes que demandaram internação.

Trastornos Ap.Respiratório	Trastornos Ap.cardiocirculatório	Afecções parasitárias	Trastornos psiquiátricos/comportamentais
419	248	180	149

Importante refletir que o resto da morbilidade estive entre os transtornos dos aparelhos genitourinário, digestivo, neoplasias, intoxicações e causas externas.

Sem embargo a mortalidade comporta-se diferente devido a gravidade dos quadros cardiovasculais com compromisso e elevado risco para a vida o qual ficou como a primeira causa de morte no município com um total de 67 casos, seguido de 35 casos relacionados com afecções respiratórias.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Eu me encontro inserido na Estratégia de Saúde Familiar de “Fontes”, localizada na Rua Arthur Nardom, no 243 no Bairro Fontes, minha equipe está constituída pela enfermeira, técnica de enfermagem, odontólogo, assistente de odontologia, agente dos primeiros passos e 4 agentes comunitárias (ACS) muito importantes no acercamento a comunidade em geral e os relatórios da situação das famílias.Temos assistência planejada para as crianças e mulheres grávidas pela Pediatra e o Ginecólogo de acordo ao plano assistencial estabelecido com alternância cada 15 dias.

A mesma apresenta uma boa organização estrutural e de trabalho, conta com uma área grande para o acolhimento dos pacientes, dispense dos medicamentos indicados pelos médicos, departamentos para vacinar, fazer triagem dos adultos e crianças, local onde radicam as ACS, sala de curativos, outra onde é coletado o citopatológico do colo de útero, sala do dentista, oficina da enfermeira e a consulta médica com condições para fazer um exame físico correto do paciente, além disso tem um local onde são feitas a reunião quinzenais e palestras educativas mensuais, as vezes com a participação da supervisora do programa.

A população de acordo a dispensarização feita no ano 2016 pela equipe de saúde, está constituída por 3884 habitantes com uma distribuição por faixa etária, sexo, raça da seguinte forma:

Faixa etária	**Mulheres**	**% da população**	**Homens**	**% da população**
0 - 4	70	1.8	43	1.1
5 - 60	1830	47.1	1802	46.3
> 60	75	1.9	64	1.6
TOTAL	**1975**	**50.8**	**1909**	**49**

Raça	**Branca**	**%**	**Parda**	**%**	**Preta**	**%**	**TOTAL**
Mulheres	1136	57.5	764	38.6	75	3.7	1975
Homens	1083	56.7	770	40.3	56	2.9	1909

Integrada principalmente por pessoas de classe média num 60% e na periferia do bairro por pessoas de classe baixa (obreiros e pedreiros em geral) o qual representa um 40 %, o que dá certo contraste nas casas deles em termos de poder de compra umas com boas caraterísticas construtivas e outras em, mas condições estruturais, mesmo assim o abastecimento de água chega através da ETA para todos e a coleta do lixo é feita nos dias alternos entre terça e sábado involucrando a todo o bairro.

Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo		
Coleta de lixo	**2010**	**2015**
Coletado	77.4	90.5
Queimado (na propriedade)	17.9	7.6
Enterrado (na propriedade)	2.6	0.3
Jogado	1.5	1.0
Outro destino	0.6	0.6

Fonte: Censos Demográficos do Bairro Fontes.

Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária		
Instalação Sanitária	**2010**	**2015**
Rede geral de esgoto ou pluvial	57.7	78.9
Fossa séptica	17.4	10.2
Fossa rudimendar	12.9	6.3
Vala	6.2	3.7
Rio, lago ou mar	-	-
Outro escoadouro	3.0	1.2
Não sabe o tipo de escoadouro	-	-
Não tem instalação sanitária	2.8	0.5

Fonte: Censos Demográficos do Bairro Fontes

Entre as organizações e instituições que formam parte das Redes de Apoio inseridas em nossa área de abrangência contamos com as escolas de ensino fundamental " Álvaro Leitão" e "Santo Antônio", Hospital Municipal " Caridade Frei Clemente", já descrito com anterioridade, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com o qual temos bem montado um sistema de referência e contra referência que há virado em maior qualificação da equipe na atenção de transtornos e doenças psiquiátricas muito frequentes em nossa população, comércios como o "Batista" e "Panosso", além de outros mais pequenos que

fornecem garantias de pagos para as famílias que não conseguem pagar os alimentos e insumos necessários para eles, temos instituições religiosas tais quais “Nossa Senhora Aparecida” e “Evangelho Quadrangular”, as quais promovem apoio as pessoas menos favorecidas e que precisam de ajuda, fazendo doações importantes a eles além de apoio espiritual oferecido.

Atualmente temos um total e 38 crianças com menos de 1 ano de idade, o 100% acompanhadas e vacinadas, 19 gestantes em acompanhamento de conjunto com o Ginecólogo. De elas 4 com são menores de idade (15-17), as quais recebem uma atenção especial involucrando a família e nossa psicóloga do CAPS.

Atê os momentos atuais temos só 2 casos de incidência de infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humano (HIV), com eles sumam 7 em total,1 caso de Sífilis temprana, em tratamento e 1 caso de Hepatite B, as pesquisas com testes rápidos já foram feitas com a discrição que merece o caso.

1.3 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Entre os principais problemas de saúde relacionados com a morbilidade dentro de nossa população encontra-sem:

1. Hipertensão arterial com 821 pacientes para um 21.1 %.
2. Diabetes Mellitus em qualquer de seus tipos 743 pacientes para um 19.1%
3. Doenças relacionadas com o aparelho respiratório 678 para um 17.4 %.
4. Trastornos psicológicos e psiquiátricos 674 para um 17.4 %

O qual guarda relação com dados estadísticos municipais referidos anteriormente. Dentre deles, a Depressão, em qualquer de suas manifestações é a doença mais prevalente com 546 casos para um 81% do registro global dos Trastornos psicológicos/psiquiátricos e leva ao incremento da demanda de consultas médicas com issos diagnósticos assim como a descompensação de patologias crônicas já existentes, motivo pelo qual o

trabalho estará baseado nesta doença em particular.(Censo demográfico do Bairro Fontes 2016).

Outro dos problemas é a baixa adesão dos pacientes nas consultas por desconhecimento aos tratamentos não farmacológicos e mudanças do estilo de vida com hábitos nutricionais mais saudáveis e comportamentais, baseados em uma conceituação ou compreensão de cada individuo, com suas crenças específicas e padrões de comportamento, e o terapeuta, procurando produzir de diversas formas uma mudança cognitivo comportamental, ou seja, uma modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente para alcançar uma mudança emocional e comportamental duradoura.

Para dar solução a esta problemática crescente da Depressão em nossa área de saúde serão feitas capacitações utilizando a Terapia Cognitiva de Aaron Beck (2013)

O presente trabalho permitirá expander o conhecimento dos profissionais e usuários sobre a doenças e os estilos de vida assim como os padrões de comportamento para produzir uma mudança emocional duradoura no tratamento da Depressão.

2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO

Em minha UBS -Fontes- temos muitas das situações de assistência médica ilustradas nestes casos complexos, as mais prevalentes são os casos de HTA descompensada, Diabetes Mellitus em qualquer de seus tipos com complicações macrovasculais e as vezes microvasculais associadas, assim mesmo níveis altos de pacientes demandando consultas por Depressão dado as características multicausais da mesma.

O caso clínico seguinte tem muito que ver com esta última doença referida, a Depressão, e seu abordagem psicoterapêutico de acordo com a Terapia cognitiva de Aaron Beck.

Consulta 1 : 05 Junho/ 17

Se trata de Dona Dileta Morais da Silva (nome fictício para manter a ética profissional), a mesma é uma senhora de 76 anos de idade, viúva há 10 anos, de João da Silva com o qual teve 1 filho: José Morais da Silva de 45 anos, carpinteiro mestre, casado com Lorena Batista, os quais tem 2 filhos, Julia de 22 e José Jr de 19 anos respectivamente os dois estudando nestes momentos.

Paciente que vem pela primeira vez a consulta com manifestações de tristeza, chanto fácil, sensação de vazio, debilidade geral, desmotivação em fazer coisas que anteriormente davam prazer nela, assim como perdida de apetite e dificuldade para dormir, há uns 3 meses já.

Durante a consulta deixo a ela falar e ser a protagonista da história, sua história com a finalidade de conhecer suas necessidades, expetativas, conflitos, medos (a informação que tem o como interpreta a mesma).

Dileta morava anteriormente em Arvorezinha lugar onde tenha uma chacra construída junto a seu esposo, onde nasceu seu único filho, José, que foi criado humildemente atê que ele atingiu a maioria de idade, ficando sozinho o casal durante muitos anos, alimentando-se dos produtos da terra cultivados ali, dos animais criados e as vezes do que o filho dava para eles.

Refere com muita tristeza que a relação do seu esposo João da Silva com José nunca foi boa, já que queria que este trabalhara com ele na terra como foi ensinado por seu pai e avô antes, mas José não gostava disso sempre falou que isso era de gente pobre e a idade de 18 anos se foi da casa, tendo uma relação distante com ela e as vezes conflitiva com João.

Após da morte de Seu João, ela ficou ainda mais deprimida e se apegou mais as lembranças simbólicas daquela finca que era já parte de sua vida, mesmo melhorando a relação com seu filho o qual queria que ela vendera aquilo para morar na cidade. Com o passo do tempo não foi capaz de fazer muitas coisas que antes podia e começou a presentar dificuldades para caminhar devido a Artrose dos joelhos, motivo pelo qual o filho trouce a ela em contra sua vontade para cidade há uns 3 meses, a fim de poder cuidá-la melhor, coincidentemente a mesma data referida dos sintomas.

Durante a psicanálise feita tendo como base a **Terapia cognitivo-comportamental de Aaron Beck (2009):** estratégia terapêutica com enfoque psicanalítico que permite emitir uma resposta emocional ou comportamental positiva em indivíduos deprimidos, a través da reestruturação cognitiva e prevenir as recaídas, planteio o modelo a seguir para o tratamento do caso logrando-se identificar as necessidades e expectativas pessoais, precatamos que:

Dona Dileta não quer deixar as memórias de sua vida, mas não quere morar sozinha lá, tem expectativas que alguns de seus netos continue com o legado de seu esposo e manter a tradição familiar. Tem expressado que seria trair a memória dele si morara na cidade o qual a deprime muito (visão negativa de si mesma),ao preguntar si está-se sentindo confortável junto a seu filho, nora e netos, refere um dato importante que sim, mas a lembrança de aquilo pelo qual trabalho ao lado de seu esposo a enriste-se demais (visão dicotómica do mundo), por último ao preguntar que pensa do futuro próximo parece não conhecer que acontecera, nesse momento exploramos ideações suicidas e nega rotundamente tem pensado se matar.

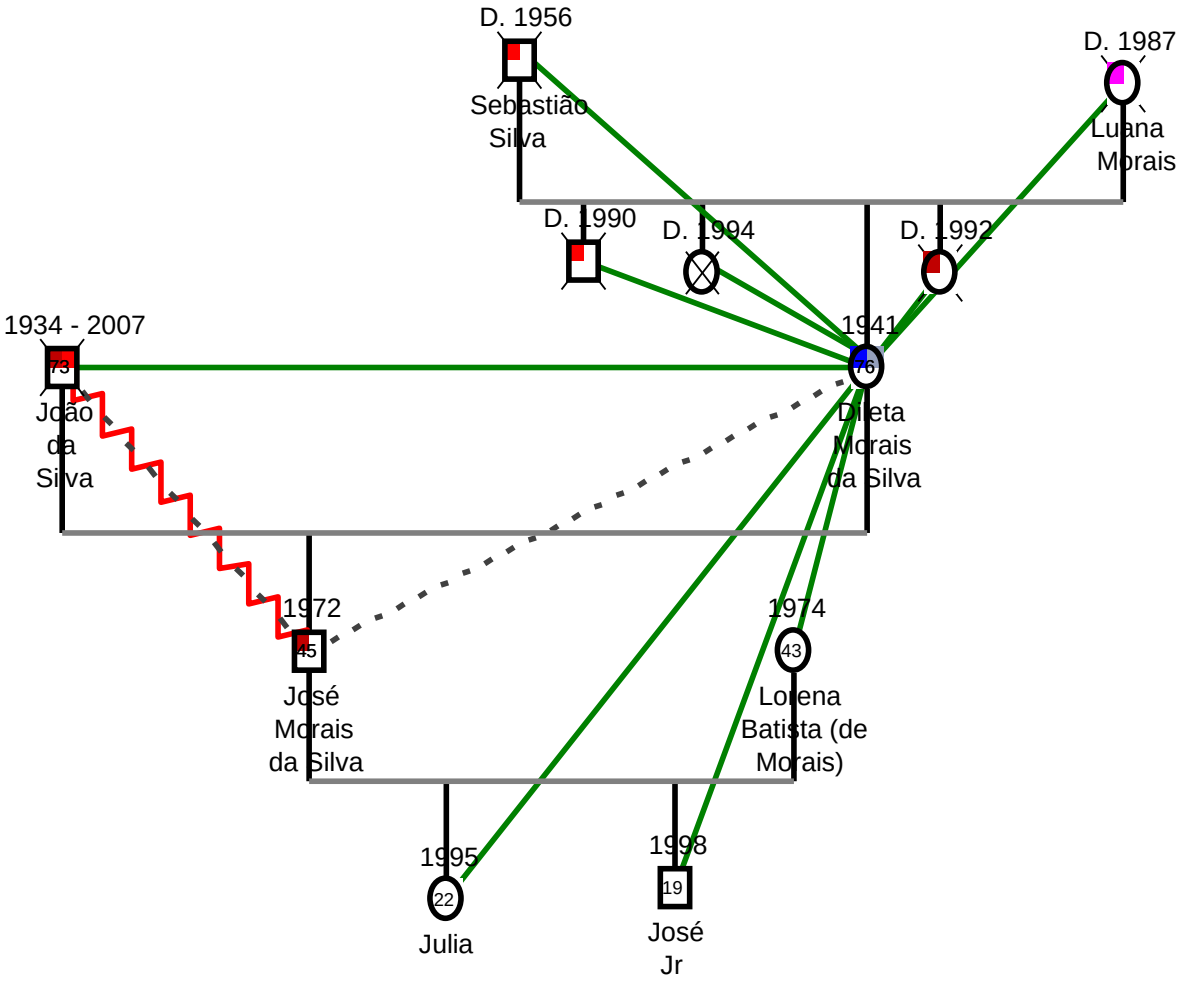
De acordo a estudos realizados por Elia Roca do esquema terapêutico de reestruturação cognitiva de A. Beck senhala que o mesmo refere “o contido dos esquemas depressivos está formada pela **Tríada cognitiva,** que é a visão negativa que

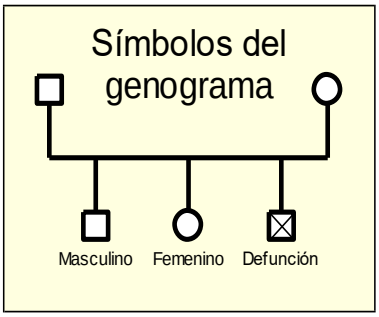
o indivíduo tem de si mesmo, do mundo e do futuro, o qual representa uma série de distorções no processamento da informação manifestando-se na depressão.

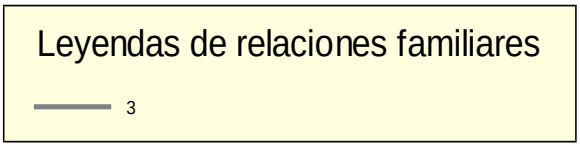
O qual está acontecendo neste caso em particular.

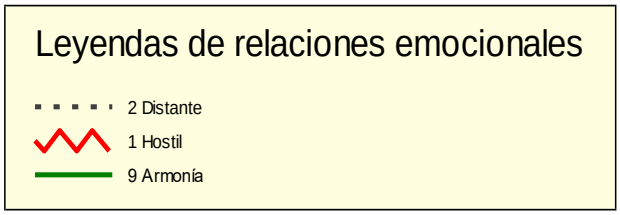
Explorando a relação com sua família de origem e o padecimento de estados depressivos anteriormente, refere que seus pais sempre trabalharam na terra, gente pobre pero cálida, fortes de caráter para enfrentar as dificuldades da vida mesma, nega tem padecido isso antes ou alguns deles na família, tenha 3 irmãos todos moravam juntos com um bom relacionamento e agora só queda ela, que se sente fora de lugar na cidade, nesse momento começa a chorar muito e faço um alto para reconfortá-la e fazemos de conjunto o genograma familiar.

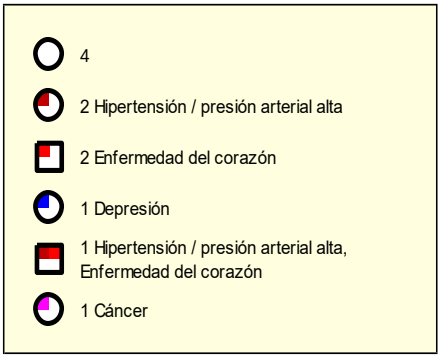
Genograma











Logo de isso com a paciente mais calma, explico como influem o pensamento que ela tem nas emoções que manifesta neste caso na depressão, que todos issos sintomas que sente são produto da mesma e da interpretação que faz do fato de deixar a chacra e morar com a família na cidade, ela fica pensativa e aceita trabalhar em equipe para tentar resolver sua situação. Prescrevo Fluoxetina (20mg) 1cp de noite e cito a próxima consulta (30 dias após) junto aos familiares, deixando como tarefa trazer uma relação das atividades que gosta de fazer e outras de gostaria ter feito antes assim como as vantagens de morar com a família.

De aí discuto o caso com a enfermagem e a AC responsável pelo micro área onde reside Dileta, a fim de manter o acolhimento nas visitas de terreio e obter maior informação do funcionamento e rutina familiar.

AC me informa que atê os momentos é uma família funcional, seu José Morais trabalha muito atê os domingos nas manhãs se chegara a sair algum trabalho para manter a economia em casa, ajudar pagar os estudos dos filhos Julia e José Jr, os quais vão a universidade junto com ela nas noites, que são jovens aplicados e trabalham também para conseguir pagar-se suas contas. Dona Batista não trabalha mais é bem preocupada pelo cuido da casa.

Mas não deixará da mão minha preocupação.

Consulta 2: 06 Julho/ 17

Paciente que volta a consulta com o filho José e a nora Lorena, dado que os netos estavam em exames, subjetivamente refere sentir-se um pouco mais tranquila, que consegue dormir melhor, o cansaço e debilidade a passaram, ainda tem inapetência e as vezes sente-se triste mais não chega a chorar.

José: refere que por conta do trabalho não passa muito tempo com ela, mas nada há faltado em casa respeito a alimentação, roupa, conforto ou a companha (nora).

Pregunto si os fins de semana fazem atividades de família, sair, compartilhar experiências da semana, visitar a chacra?

José: não, a gente não planeja isso por falta de tempo, mais acho que deveríamos.

Lorena: em casa ela, passa o tempo isolada o arrumando fotos velhas, tenta buscar coisas para fazer juntas, mas Dona Dileta nunca quer.

Qué tipo de coisas?

Lorena: assistir TV, olhar revistas, sair de compras, coisas de mulheres.

Dileta: não gosto de assistir TV, nem de sair de compras.

Dileta trouce a listinha (tarefa deixada da consulta passada), gosta de fazer coisas simples, cuidar as plantas, animais, cozinhar, sentar-se fora da casa em companha nas tardes e tomar chimarrão além do bordado mais a vista já não é a mesma para aprender isso, antes tecia pero nunca fiz bordado.

Então vamos a planejar todos como lograr fazer estas atividades agradáveis que tem falado e a de domínio referente ao bordado.

Dileta: mas doutor minha visão já não é a mesma de antes, tenho dificuldades para enxergar.

Tranquila eu vou a te fazer um encaminhamento para o Oftalmologista para avaliar o grau de diminuição da agudeza visual e o tipo de óculos que vai a usar no adiante.

José: doutor tenho muito trabalho, você nem conhece quanto, estou só com um funcionário e não damos abasto, não sei si poderei acompanhá-la.

Explico a importância de não tem o volume de trabalho que ultrapasse o poder de resolução, além da necessidade real de prestar mais atenção a sua mãe neste período e contar com sua colaboração sem descuidar o trabalho.

Lorena: comigo podem contar, eu estou para ajudar, o problema é que meu esposo as vezes é enjoado com as coisas de sua carpintaria e quer fazer todo ele, mesmo tendo um funcionário muito capaz.

José: o pior que é verdade, mas vou a tentar fazer mais da minha parte.

Lorena: e nossos filhos também vão a colaborar, pode deixar.

Peço para a paciente fazer o resume da consulta e ela relata todos os fatos da presente consulta com linguagem clara, calmo, coerente, com coordenação das ideias e fazendo uma melhor interpretação de seu presente estado emocional, se define a si mesma uma mulher abençoada, por contar com o respaldo da família e a parceria com seu médico.

Na consulta chegamos ao acordo das partes, preparar o terreno para que muitas das atividades que gosta de fazer, possam ser realizadas, Dileta mostra-se interessada pela primeira vez e a família presente compartilha ideias de como lográ-lo atê ela mesma falando que seria como trazer um pedacinho da chacra para a cidade, momento em o que reforço sua conduta positiva e a apoio da família presente. Se dá encaminhamento para Oftalmologista e avaliar a necessidade do uso de óculos, se mantem a mesma

conduta farmacoterapêutica e solicita-se a ela fazer um resume da consulta e expressar como sente-se.

Visita domiciliar: 02 Agosto/ 17

Encontramos uma Dona Dileta no jardim cuidando das plantas, em companha de um cachorrinho e a Lorena, mais motivada, refere que se sente muito melhor já se alimenta, dorme e atê ajuda em coisas simples com ajuda de Lorena e Julia na cozinha, por médio do uso de óculos os quais lhe estiveram muito bem após a indicação do oculista. Além disso, um casal de canários aos quais alimenta nas manhãs e as tardes a nora senta-se com ela fora, conta que têm mais motivos para sentir-se melhor já que o filho planejara ao menos uma vez ao mês dar uma voltinha com a família pela chacra e tem atê um funcionário ali.

Ao preguntar si ainda gostaria de aprender há bordar, fala que sim, motivo pelo qual entregamos de mãos de nossa AC um convite a participar de um talher de bordado na mesma cidade sem limite de idade.

Reforçamos a atitude e forma de pensar, assim como a conduta positiva desarrolhada atê este momento e estimulamos a continuar assim, pregunto si gostaria de voltar para a chacra em Arvorezinha e falou que ama aquilo mais tem muitos motivos para quedar-se na cidade ao lado de seu filho José e a família toda, dado que o relacionamento há melhorado muito e tem coisas que fazer ainda ali, que está gostando do que faze e é como manter-se viva, graças ao apoio da família e de nossa equipe de saúde.

Mesmo assim mantemos o acolhimento agora espaçado e a medicação atê cumprir 3 meses do tratamento.

Para o manejo deste caso clínico em particular apresentado pela paciente Dileta, me basei inicialmente nos conhecimentos adquiridos no manejo dos transtornos emocionais no Caso Complexo de Darlene e as bibliografias fornecidas no mesmo, ainda tratando-se de Depressão pós-parto o qual foi de muita ajuda na compreensão de uma doença tão multicausal e fatorial, assim como para estabelecer diferentes formas de manejo da mesma em consultas , além disso em minha experiência pessoal e trabalhos anteriores

feitos sobre Suicídio empleando a Terapia psicanalítica proposta, com múltiplos artigos já mecionados.

3. PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NIVEÍS DE PREVENÇÃO

Após a leitura dos contenidos e estudos dos casos clínicos refletidos com base as medidas de prevenção, educação e promoção de saúde, no relacionamento dos conceitos na prática médica diária nos postos de saúde, importantes para o amadurecimento do conhecer médico em quanto a suas particularidades, posso senhalar que os mesmos se manifestam em minha UBS da seguinte forma:

Consultas de Puericulturas:

Para a realização das mesmas temos como referência bibliográfica o Caderno de Atenção Básica n^0 33. Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento. Brasília DF 2012.

Nestas, é feita uma avaliação integral que envolve não só a criança em se, a família toda, a integralidade do um processo único que inicia desde o momento da concepção da nova vida. Fornecendo ferramentas para a prevenção, educação e promoção de saúde, a fim de elevar a calidade de vida da família e a criança, a qual é coordenada e planejada pela equipe de saúde.

Através desta temos a oportunidade de avaliar a formação do vínculo/apego para com o novo membro da família, o desenvolvimento da função parental, a participação paterna, dificuldades relacionadas com a crise de Expansão de acordo ao ciclo vital de família, organização ante a mesma, desempenho de tarefas e roles, estimulando a ampliação das redes de apoio entre os membros.

A captação após do parto é feita nos primeiros 7 dias, momento no qual são avaliados os antecedentes pré-natais (relacionados com doenças e riscos apresentados pela mãe durante a gestação), natais da criança (apresentação, tempo de rotura de membranas ovulais, tempo do trabalho de parto, tipo de parto, presencia ou não de traumatismos perinatais, características do líquido amniótico), pós-natais (peso, talha, frequência cardíaca/respiratória, perímetro cefálico, torácico, placenta/cordão umbilical, coloração da pele, presença ou não sangrado pelo orifícios naturais, pontuação do Apgar, assim como posteriormente as vacinas BCG, anti HB respectivamente de acordo

ao protocolizado, além disso outros fatores de riscos como infecções nosocomiais que puderem alongar a estadia hospitaleira)

O interrogatório é feito com preguntas abertas, dando a oportunidade a mãe, vovó ou cuidadora social, de relatar suas preocupações e dúvidas nesta nova etapa, já que nenhuma criança tem um comportamento similar as anteriores, ainda mais se é o primogénito.

Feito o triagem pela enfermeira, para conferir as medições e colocar na Caderneta de Saúde da Criança (Barros - Vitoria 2008) pela qual trabalhamos na avaliação do crescimento e desarrolho, se procede a fazer o exame físico cefalocaudal, prestando atenção em todos as características do Recém Nascido, divido em três fases uma primeira Geral, a segunda Regional e a terceira mais específica por Sistemas de Aparatos, em busca de alterações (assimetrias, malformações, traumatismos mecânicos ao nascer, sinais de infecção, desidratação, presencia de doenças cardiovasculais ect...)

A periodicidade das consultas de acordo com o Calendário do Ministério da Saúde presente na Caderneta de Saúde e Crianças, estas serão avaliadas 6 vezes no primer ano, com 1 semana, 1; 2; 4; 6; 9 meses respectivamente, após do primer ano, com 12 e 18 meses, logo a partir dos 3 anos de idade anual, mais a mesma pode sofrer mudanças de acordo a estratificação de riscos de vulnerabilidade da criança pelos antecedentes pré-natais, natais, post natais, história familiar de doenças autoimunes, genéticas, ect..., nível de intrusão da mãe, caraterísticas sócio económicas da família, presencia de

com a própria criança como retardos no desarrolho pondo estatural assim como o desenvolvimento neurológico, ect...

De gram importância tem sido os encontros mensalmente planejados para os grupos de puérperas e seus familiais assistentes para compartilhar e incrementar a educação na saúde, promoção e fortalecer a prevenção de doenças respiratórias e diarreicas agudas, acidentes e lesões não intencionais, resultantes do desconhecimento dos pães, negligência e inobservância. Em tal sentido são orientadas respeito a importância de manter o aleitamento materno exclusivo atê os 6 meses, os benefícios para ambos, logo suplementada atê os 2 anos de idade, explicando o esquema de alimentação

detalhadamente, reconhecer sinais de infecção, desidratação e a necessidade de acudir ao serviço médico com prontidão, prevenção de acidentes (aspiração bronquial, colecho, quedas da cama, afogamentos), a realização do teste do pezinho, o desenvolvimento neurológico e a estimulação precoce, sobre o calendário de imunizações motivos pelo qual não esquecer e planejar as consultas seguintes. Questões antes refletidas e cientificamente aprovadas, em o Caderno de Atenção Básica n^{0} 33, que ajudam a elevar a calidade de vida em nossa população com o concurso de todos os funcionários da minha ESF Fontes.

Consultas do Pré-natal:

As atividades de educação, promoção e prevenção são gerenciadas a través da Caderneta da Gestante 3 ^{a} edição. Brasília-DF 2016 do Ministério da Saúde.

- Fazer a captação precoce, garantir a acolhimento longitudinal, integral e coordenado que precisa de acordo a determinação dos riscos e doenças presentes em cada uma das etapas da gestação.
- Fazer o diagnóstico biopsicológico, sócio económico e familiar.
- Garantir as interconsultas com o Ginecologista e outras especialidades de ser preciso.
- Indicar os exames de acordo com o trimestre da gestação onde encontra-se assim como aqueles de infectologia a ambos membros do casal, sem prescrever exames desnecessários.
- Manter atualizado o esquema de imunizações: antitetânica, dTpa (contra tétano, difteria e coqueluche), contra hepatite B, rubéola e contra a gripe tipo influenza segum corresponda.
- Indicar suplementos de ferro e ácido fólico na prevenção e tratamento de anemia atê 3 meses após o parto.
- Orientações nutricionais (requerimentos calóricos diários, alimentos in natura principalmente ou minimamente processados), cuidado da sal, gordura e farinhas na dieta.

- Recomendar a atividade física (caminhadas, para melhorar a circulação)
- Atividade de sono.
- Orientar sobre o sexo na gestação e condições sensíveis associadas ao mesmo (sangramentos, risco de aborto, infecções).
- Coordenação e planificação com o Hospital,o numero de grávidas da unidade de saúde para ser acolhidas o dia do parto ou cesariana.
- Escrever na carteirinha da gestante o controle e seguimento das consultas.
- Vincular ao grupo de cuidado da mulher e às crianças.

Sáude mental:

Em quanto a Saúde Mental "*tema central do minho TCC*", explicar inicialmente os motivos pelos quais decidi fazer o mesmo.

Ao chegar há mais de um ano a minha ESF Fontes, notei um incremento da demanda de pacientes com doenças psicológicas/ psiquiátricas, sendo a Depressão em qualquer de suas manifestações a de maior incidência, variando segundo a classificação oferecida por CID.10 de:

- Distúrbios depressivos de conduta. F920
- Episódios depressivos leve ou moderados. F320-F321
- Episódios depressivos graves (sem ou com sintomas psicóticos). F322-F323
- Outros episódios depressivos. F328
- Episódios depressivos não especificados. F329
- Trastornos depressivos recorrentes, episódio atual leve, moderado o grave (sem ou com sintomas psicóticos). F330-F331-F332-F333
- Trastorno depressivo recorrente sem especificação. F339
- Trastorno misto ansioso depressivo. F412

Assim como o requerimento da prescrição de fármacos inibidores da recaptação de serotonina (ISRS), noradrenalina (ISRN), antidepressivos tricíclicos (AT) e benzodiazepínicos (BDZ), entre outros.

De aí que decidira reunir a equipe de saúde para planejar, organizar e estabelecer o cuidado em saúde mental das pessoas em sofrimento após capacitações feitas. Apoiado no Caderno de Atenção Básica n[34] : Saúde Mental. Brasília-DF 2013.

Em tal sentido foi preciso territorializar a área de abrangência para determinar as famílias de risco com presencia de doentes psiquiátricos ou pessoas com elevados marcadores de vulnerabilidade para desarrolhar a doença. Fizemos um esquema de acompanhamento com ajuda das ACS de estas famílias por sistemas de consultas e visitas domiciliais, em consonância com os atributos da APS em nosso município (acesso universal, seguimento longitudinal, integralidade e coordenação da assistência há outros níveis de atenção de saúde), assim como garantir a participação das palestras onde são tratados temas referentes a doenças mentais e orientações para reconhecer e modificar situações de risco.

Foi desarrolhado um Projeto Terapêutico Singular (PTS), como estratégia de cuidado, resultantes de discussões coletivas e multidisciplinárias a fim de estabelecer a responsabilização em cada uma das tarefas a realizar pelos membros da equipe, sendo os casos de depressão mais graves com ideação suicida e sintomas psicóticos acompanhados pelo psiquiatra no CAPS.

Realização de Terapias Comunitárias cumprindo com cada uma de suas fases (acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, rituais de agregação e conotação positiva, avaliação).

<u>Intervenções em Saúde Mental que destacaram.</u>

- Formação do grupo de saúde mental na unidade de saúde qualificado no apoio dos usuários com sofrimento mental e suas famílias.
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas.
- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.
- Promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modo de vida, orientando-se pela produção da vida e de saúde, não se restringindo á cura de doenças.

- Garantir encontros entre profissionais e usuários, onde ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.
- Mostrar num plano conjunto que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida.
- Olhar ao sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas.
- Brindar suporte emocional aos pacientes em situação de sofrimento.
- Coordenar a participação dos familiares dos pacientes afetados nas atividades de matriciamento e grupo de saúde mental.
- Trabalhar com as famílias dos pacientes na modificação ou eliminação dos fatores de riscos presentes no hogar com o objetivo de aliviar ou melhorar os sintomas dos pacientes.
- Contribuir com a terapia de grupo à promoção do crescimento e desenvolvimento positivo da personalidade dos pacientes afetados tendo em conta as experiências positivas de outras pessoas doentes que participem no grupo.
- Coordenar o seguimento e tratamento dos pacientes com os psiquiatras do CAPS II ou NASF II, tendo em conta as condições mentais deles, para interferir nos padrões perturbados de comportamento.
- Educar e capacitar aos membros das famílias dos pacientes nos cuidados, tratamento e conduta a seguir nos casos de que eles ficaram agressivos.
- Garantir a coesão social.
- Desenvolvimento de novos modos de grupalidade, de maneira a estimular uma maior participação das pessoas nas decisões de um grupo.
- Valorização da criatividade com o exercício de pensamento divergente, das atividades simbólicas e abstratas e da interação social.
- Utilização do tempo livre, para lazer e repouso.

- Desenvolvimento de uma consciência social que aborde, de maneira crítica, os problemas individuas, grupais e sociais em geral (ROSSI, 2005).

Fonte: Caderno de Atenção Básica n^{34} : Saúde Mental. Brasília-DF 2013. 23-35.

No plano individual as *Terapias cognitivas comportamentais* jugaram um papel fundamental na exposição do conflito pelo usuário, avaliação das subjetividades e objetividades, interpretação cognitiva do mesmo, planejamento de um plano em conjunto, construção de uma agenda positiva, evocação de possíveis soluções alternativas do paciente e prevenção de recaídas.

O objetivo da Terapia cognitiva para a depressão é eliminar os sintomas depressivos e prevenção de recaídas. Desde o modelo cognitivo, isso se consegue ajudando a identificar e modificar as condições dês adaptativas que lhe produzem emoções e condutas contraproducentes. (Terapia cognitiva de Aaron Beck para a depressão. Elia Roca. www.cop.es/colegiados/PV00520).

Na Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, propõe-se a construção da *agenda positiva*, ferramenta que permite ao usuário e aos profissionais acompanharem o andamento da retomada ás atividades.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica n^{0} 34: Sáude Mental. Brasília DF 2013.144 conversar sobre a importância desse tipo de atividades é uma forma de cuidado que o profissional de saúde pode proporcionar á pessoa que está com sofrimento psíquico. Essa forma de cuidado que incentiva e apoio a retomada das atividades que oferecem qualquer tipo de satisfação a pessoa define-se como *Terapia de ativação*.

Todos os contenidos oferecidos, foram de muita importância no acompanhamento psicoterapêutico dos usuários e famílias involucradas em situações de depressão, logrando resultados satisfactórios na regressão da mesma e prevenção de novas recaídas.

4. VISITA DOMICILIAR

A atenção domiciliar (AD) é o conjunto de ações realizadas pela equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, com o objetivo de articular promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, visando restabelecer a independência e manter a autonomia do paciente. Destacando de entre suas características a humanização do atendimento, maior rapidez na recuperação do paciente, prevenção de sequelas, diminuição do risco de infecção hospitalar, deixar leitos hospitalares para pacientes que necessitem em realidade, redução do custo/dia de internação e das internações por recidivas.

Possui duas modalidades:

1. *Internação domiciliar:* atividade prestada pela equipe exclusivamente para esse fim, tendo em conta que se trate de uma pessoa clinicamente estável, que demande de cuidados com uma maior intensidade, mas que possam ser mantidos no domicílio.

2. *Assistência domiciliar:* atividade que responde ás necessidades de saúde de populações com perda funcionais e dependência para a realização das atividades cotidianas, precisando de um trabalho em equipe multidisciplinar com tecnologias de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade tecnológica (equipamentos), integrando ações adaptadas as regiões onde se trabalha.

Para a realização da mesma é preciso ter em conta questões úteis para a gestão do cuidado no processo de trabalho das equipes, conceitos, ferramentas e dispositivos fornecido para afundar a AD citando como referência e norteadora de nossa assistência o Caderno de Atenção Domiciliar volume II. Brasília-DF.2103.

De entre os elementos fundamentais para a gestão do cuidado na AD destacam 4 de gram importância que ajudam com a organização, identificação das condições sensíveis do paciente, família, médio, sociedade em geral, e direciona o planejamento e toma de estratégias a fim de reverter a situação de saúde existente.

- **Acolhimento:** há três formas de defini-lo: enquanto a postura-, postura acolhedora da equipe; enquanto a processo de trabalho-, diretriz reorganizadora do processo de trabalho; em quanto a ferramenta- instrumento para promover o vínculo,

acessibilidade, universalidade e humanização em um espaço de recepção para a escuta qualificada (SAVASSI,2011)

No mesmo trata-se de receber as demandas de cuidados domiciliares e tentar, por médio de uma escuta qualificada, oferecer a melhor resposta possível para cada caso, criando compromisso com o acesso de ser preciso às pontes na Rede de Atenção à Saúde (RAS)

- **Clínica ampliada:** versa sobre a competência dos profissionais da saúde para ajudar as pessoas, com foco na qualidade de vida, especialmente na AD, na qual o resultado vai a depender da capacidade e participação do sujeito para reinventar-se ou redefinir-se, atendendo aos princípios fundamentais de autonomia e autocuidado, tendo como complemento o método clínico centrada na pessoa (MCCP) voltado ao atendimento integral incorporando o conjunto das ações de saúde. (STEWARRT,2010)

- **Apoio matricial:** surge como resultado da desburocratização e desfragmentação do cuidado em saúde, o mesmo inclui uma forma diferente de organizar o processo de trabalho das equipes e o padrão de comunicação dos trabalhadores e serviços da Saúde, e desses com os usuários.

Deve facilitar a transversalidade das ações e a troca de informações, de modo a garantir a integralidade da atenção.

Segundo Campos & Domitti (2007), visa a garantir a retaguarda especializada ás equipes que realizam atenção à saúde, tratando-se de metodologia de trabalho que complementa os mecanismos de referência e contra referência, os protocolos e as centrais de regulação. Propõe-se ofertar, além da retaguarda assistencial, suporte técnico pedagógico ás equipes de Saúde.

- **Projeto Terapêutico Singular:** ferramenta para organizar, desarrolhar e qualificar o atendimento da pessoa doente, articulando um grupo de propostas de condutas terapêuticas, resultante da discussão coletiva da equipe multiprofissional com os usuários e sua rede de suporte social, que constitui um processo contínuo e dinâmico, trás avaliação dos diagnósticos, novos riscos, linhas de intervenção, definição de metas,

redefinição de tarefas e responsabilidades entre os funcionários da equipe e o autocuidado dos pacientes.

Já mencionadas as questões que formam a coluna vertebral da organização na AD é preciso senhalar outro fatores que incidem também: o contexto familiar entendido a partir de suas relações, social, econômico, tipo de família atendendo à (ciclo vital, estrutura, conflitos para as respectivas etapas, reorganização, realização das tarefas e roles dentro de estas e funcionalidade), as que jogam um papel importante entorno a usuário e a interpretação do autocuidado da saúde e do bem estar dos cuidadores.

Todo elo foi aplicado no caso clínico de Dona Dileta Morais da Silva uns dos pacientes, com diagnóstico de Depressão, episódio atual moderado; que formou parte do grupo de pacientes nos quais foi aplicada da Terapia cognitiva de Aaron Beck, para tratamento psicoterapêutico e reestruturação cognitiva a partir que estivera de acordo a participar para tentar-se ajudar, modificando paulatinamente as interpretações dos fatos estressantes que geravam a mesma com ajuda de nos como profissionais da saúde e a inclusão da família.

Porém, nossas visitas domiciliais são programadas com uma semana de antecipação, e são feitas nas quartas férias no horário da manhã. Esta programação nos permite fazer antes uma discusão do caso, onde são avaliados todos os fatores expostos e explicados nesta atividade, o conjunto de informações que trace a ACS na visita de reconhecimento, pela enfermeira e os datos obtidos em consulta médicas fornecidos pela paciente em quanto a estrutura e organização familiar desde sua percepção.

Traçamos as metas e estratégias mais apropriadas para a abordagem das condições sensíveis, respeitando a autonomia da família e do próprio indivíduo, assim como sua disposição de participar no cuidado da saúde o qual foi relativamente fácil, após da segunda consulta quando nossa paciente venho acompanhada pelo filho José e a nora Lorena, mostrando-se interessados em ajuda-la.

Dentre elas:

- Estimular e ajudar por parte da família, na realização das atividades agradáveis que Dona Dileta gosta de fazer de acordo com a listagem pedido em consulta, exemplo

(cuidar as plantas, animais, cozinhar, sentar-se fora da casa em companha nas tardes e tomar chimarrão).

- ❖ Reforçamento positivo na pratica das atividades de domínio (neste caso o bordado).
- ❖ Incrementar a participação da paciente na toma de decisões no hogar.
- ❖ Incorporação, prévio consentimento ao grupo talher de bordado na cidade, sem limite de idade.
- ❖ Manter uma alimentação saudável, comer baixo de sal, gordura, carboidratos, proteínas de origem animal, frutas, vegetais, legumes de preferência in natura ou minimamente processados.
- ❖ Pratica de atividade física (fazer pequenas caminhadas durante uns 20 minutos 3v/semana).
- ❖ Cuido da higiene pessoal e a prevenção de acidentes.
- ❖ Uso dos óculos indicados pelo Oftalmologista.
- ❖ Manter o acolhimento para reavaliação num prazo de 30 dias assim como o desarrolho das orientações motivacionais e o tratamento farmacológico (Fluoxetina-20mg).
- ❖ Explicar aos familiais e garantir a compreensão dos sinais de depressão as quais devem ficar atentos, exemplo (tristeza, apatia, chanto fácil, indiferença, desmotivação, descuido da higiene pessoal, isolamento, perda de apetite, insônia, esquecimento e ideação suicida), assim como a conduta a tomar (ativar a equipe de saúde).

Divisão de Responsabilidades:

- ❖ A ACS continuará com as visitas domiciliares numa periodicidade semanal para verificar se Dona Dileta continua com a adesão as orientações psicoterapêuticas, tratamento medicamentoso e a família continua participando das atividades sugeridas.
- ❖ O médico e a enfermeira vão continuar com o plano de consultas agendadas e visita domiciliaria atê a alta do episódio.

Reavaliação:

Na reunião de equipe cada semana, será avaliado o seguimento do caso e será comprovado se as metas foram cumpridas e como é o estado de saúde da paciente nesse momento.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O retorno à educação a distância a través do curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidades, foi algo muito enriquecedor no plano profissional, mesmo tenha formado em minho pais parte de um modelo experimental empleando este tipo de educação, suplementada, com a participação dos professores titulares atê chegar ao ciclo clínico onde passou a ser impartida pelos especialistas das diferentes ramas médicas.

No pessoal foi uma gram experiência o conhecer a través dos diferentes Eixos, no vídeo aulas, materiais oferecidos, recursos literários e o apoio em tudo momento dos tutores, das particularidades da prática médica aqui no Brazil; que se bem temos muitos pontos de convergência com nossas práticas existem outros que mostram o jeito diferente de fazer as coisas e com resultados positivos também. No modo geral, gostei muito.

Ao ir completando os estudos em cada uns dos Módulos que conformavam os Eixos pode conhecer e afundar ainda mais de contenidos completamente novos para mim como os que a continuação vou a mencionar, dado as diferenças consubstanciais entre a organização e materialização dos objetivos trazados no planejamento em saúde:

1. Conceitos relacionados ao Sistema Único de Saúde - SUS, a través da revisão histórica de sua evolução e estruturação, bem como seus princípios, diretrizes, legislação e financiamento. O qual, a minha consideração fornece uma base sólida a partir da qual nortear e organizar o trabalho ao formar parte de um Projeto com as particularidades do Mais Médicos, aplicado as regiões de saúde onde fomos inseridos.

Também senhalar:

2. O trabalho com as potencialidades e fragilidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e das Redes de Atenção.

Assim como conhecer “Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas" que ilustram não só a realidade assistencial no Brazil, se não uma estruturação generalizada no mundo todo.

Por qué motivo?

Porque entre a base da pirâmide constituída pela rede básica como porta de entrada do sistema de saúde em direção ao topo, os hospitais, serviços terciários não existe uma organização da assistência em graus crescentes de complexidade, com a população fluindo de forma organizada entre os vários níveis, devido a que os serviços funcionam com lógicas muito diferentes e a integração entre os níveis não acontece, trabalha-se desarticulado e descentralizadamente, o qual traze como consequência que muitas vezes a atenção do paciente não seja concretizada adequadamente.

A base desta pirâmide geralmente não conta com um gram respaldo de equipes tecnológicos o grupos de apoio nas áreas clínicas, de reabilitação, saúde mental e outras, indispensáveis para a continuidade da atenção e garantir uma adequada atenção médica da população. Além disso o grosso das doenças assistidas geralmente não são graves e muitas vezes é desvalorizada por isso, motivo pelo qual, muitos pacientes dirigem-se ao nível superior de atenção sim critério clínico. Além disso têm uma gram fortaleça que não só assiste ao paciente do ponto de vista da doença, mas no plano psicológico, sociocultural e epidemiológico, pudendo aprofundar ainda mais no processo causa-efeito e interação indivíduo-família-comunidade.

Mentras os serviços terciários são mais valorizados, considerados mais complexos e resolutivos, já que concentram equipamentos, procedimentos e atendem as situações com maior risco de vida, são muitos mais demandados pelos pacientes, embora têm suas fraquezas, desconhece o contexto onde o indivíduo mora e o fatores externos que têm influência em ele.

3. A Situação de Saúde no Brasil, Determinantes Sociais da Saúde e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Após o estudo e abordagem na saúde da população, suas relações com a realidade, organização social e econômica, desenvolvendo reflexões sobre a comunidade em que nos estavamos inseridos e os efeitos dessa relação.

Necessário foi em todo momento a busca de informações, as pesquisas, o trabalho de terreno, a introdução e o conhecimento dos mesmos em consonância com o SUS e as propostas da OMS nos objetivos de desenvolvimento do milênio.

4. A definição de APS e sus atributos característicos (Acesso, Longitudinalidade, Integralidade da atenção e a Coordenação da assistência), seu comportamento dentro

do próprio sistema de saúde do município onde estou inserido, a fim de dar respostas a muitas das interrogantes formuladas pelos tutores a través da Plataforma virtual.

Iniciativa que foi muito legal, ainda encontrando entraves na realidade do o que deve ser feito e o que realmente está-se fazendo pelos funcionários e gestores. Levando a um revolucionamento da prática médica na APS, ao exigir dos mesmos em muitos encontros, pelo cumprimento destes atributos, foi difícil mais finalmente se conseguiu a virada no sentido positivo das ações.

5. O Planejamento e gestão assim como de suas etapas a desenvolver:

Análise situacional: constituído por informações de fontes as quis nem sempre são de nosso conhecimento, as que vão a ser de ordem quantitativa e qualitativa e devem observar a globalidade do território municipal e especificar as peculiaridades locais considerando diversos aspetos determinantes.

Diretrizes: estabelecidas pelos Conselhos Municiais de Saúde (CMS) que expressam as linhas de ação a ser seguidas e á formulação de políticas que se concretizam nos objetivos.

Objetivos: expressam o que deve ser feito, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações no território.

Metas: o compromisso para alcançar os objetivos, os quais sejam mesuráveis.

Tendo em conta a eficácia, eficiência e efetividade.

6. A Epidemiologia clínica sua aplicação no campo médico na determinação do comportamento das doenças e surtos que afetam a saúde numa população. Dado a naturaleza do homem, ser que mora em sociedade e como tal desenvolve sua vida cotidiana, pelo qual tenha que ser avaliado não só desde o ponto de vista clínico com base nas evidências clínicas, mas epidemiológico também, atendendo o paciente dentro do contexto atual da população onde encontra-se inserido com os fatores externos determinantes do processo saúde-doença.

Além disso, como o preenchimento correto das fichas de investigação epidemiológica vira uma arma de trabalho que garantiça o conhecimento clínico-epidemiológico das doenças.

7. Os Sistemas de Informação em Saúde

Que permitem através da integração do subsistema social (pessoal de saúde,processos e informações) e o subsistema automatizado com o emprego de (computadoras,redes de comunicação e a internet) fazer um melhor emprego dos dados cadastrados,informações obtidas a partir do análise integral, no mesmo nas consultas médicas, investigações feitas, registradas nos prontuarios eléctrónicos, que enriquecem a base de informações no município, estado e nível federal, recolhida em DATASUS avaliando muitas variables como natalidade,morbilidade,mortalidade,dispensarização dos pacientes por patologias entre outras…

8. O e-SUS.

Especial menção ao seguinte módulo, devido a que foi algo completamente novo e representou um reto enfrentar o trabalho onde quase todo é feito via digital e apoiados na internet tendo em conta muitos aspetos com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência médica.

De muita importância tem sido a Coleta de Dados Simples (CDS) dos pacientes e as famílias com uma maior agilidade, além de reunir informações valiosas para o trabalho da equipe, reduzir o retrabalho de coleta dos mesmos, individualizar os registros e a produção de uma informação integrada. Isso devido ao empleio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), onde trabalha-se com a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2) a nível nacional e o Código Internacional de Doenças (CID), assim como a troca de informações com outras unidades: NASF, Academia de saúde, Consultório na rua, nutri SUS, Saúde na escola (PSE) entre outros de gram importáncia para a aquisição de informação que possa ajudar no trabalho.

9. A Avaliação da APS

Através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com o objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica.

Assim como sua organização em quatro fases (Adesão e contratualização, Desenvolvimento, Avaliação externa e Recontratualização) que se complementam e que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.

No processo de aprendizagem gostei muito, pela aplicação prática no desarrolho e amadurecimento dos novos contenidos da:

10. Saúde baseada em evidências

Conhecendo seu conceito, como auxilia na realização de escolhas, o melhor exame, o tratamento mais efetivo e as respostas ante estas interrogantes como (conhecimento, habilidade, atitude do profissional de saúde, recursos disponíveis e preferências do paciente), sua importância na melhora da qualidade assistencial, na promoção do pensamento crítico e identificação de defechos clínicos relevantes para os pacientes (POEMS)

Além disso relaciona o conceito da Medicina Baseada em Evidências (BEM) na integração da experiência clínica individual, melhor evidência clínica a partir de revisões sistemáticas e preferências do paciente.

Resumindo:

1. Formular uma questão clínica a partir do problema do paciente.
2. Definir qual informação é necessária
3. Selecionar os melhores estudos
4. Avaliar criticamente a evidência disponível
5. Sintetizar a evidência
6. Definir a força da evidência.
7. Integrar a mesma com a experiência clínica e aplicar os resultados na prática clínica
8. Avaliar o desempenho.

11. A Territorialização em APS

A qual nos permitiu conhecer o processo e a utilização das ferramentas de georreferenciamento para estabelecer o diagnóstico da comunidade e planejar as ações de saúde, a citar o Google Earth Pro.

12. A Avaliação de Tecnologias em Saúde

Como processo de investigação das consequências clínicas, econômicas e sociais da utilização das tecnologias em saúde, instrumentos indiretos e direitos para a prestação de cuidados com a saúde (medicamentos, equipamentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e suporte assim como protocolos assistenciais), garantindo o acesso universal e igualitário as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde e atendimento integral segundo a necessidade social, evidência clínica, prioridades da Política Nacional de Saúde e disponibilidade de recursos.

Importante refletir na apropriação dos conhecimentos oferecidos ao longo deste Curso de Especialização e do estudo dos Casos Complexos, com situações clínicas e problemáticas muito reais que levam a refletir cada dia o melhor jeito para fazer nossa labor baseados nossa experiência médica, educação permanente garantida através deste, assim como os recursos literários na preparação e organização da agenda profissional compartilhada para responder as demandas crescentes da população que se abrange, nas consultas e cada uns dos aspectos a ter em conta para minimizar os riscos de desenvolver doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e as condições sensíveis na APS. O planejamento da assistência domiciliar tendo em conta cada uns de seus componentes fundamentais (acolhimento, clínica ampliada com o complemento do MCCP, apoio matricial e não menos importante o PTS), assim como a preparação do TCC.

Todo isso tem modificado a situação de saúde em minha área de abrangência para bem, involucrando não só à equipe de saúde que foi um verdadeiro reto, si não a comunidade, gestores e as redes de apoio social.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **American Psychological Association.** 2017
2. Beck, A.T. (1976). **Cognitive therapy and the emocional desorders**. New York: International Uniresities Press.2009. Acesso em: 14 feb. 2017.
3. Caderneta da Gestante 3 ª edição. Brasília-DF 2016 do Ministério da Saúde.
4. Caderneta de Saúde da Criança (Barros - Vitoria 2008)
5. Caderno de Atenção Básica n^0 33. Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento. Brasília DF 2012.
6. Caderno de Atenção Básica n^0 34 : Saúde Mental. Brasília-DF 2013. 23-35.
7. Caderno de Atenção Domiciliar volume II. Brasília-DF.2103.
8. CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
9. Censos Demográficos do Bairro Fontes 2015 – 2016.
10. (CORSAN/RS- 2016): http://www.corsan.com.br. Acesso em: 10 de Setembro de 2017.
11. DATASUS 2015: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php. Acesso em: 15 de Setembro de 2017.
12. DATASUS 2016: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php. Acesso em: 15 de Setembro de 2017.
13. http://www.albertosanagustin.com/2014/04/terapia-cognitiva-de-aaron-beck.html. Acesso em: 10 Agosto 2017.
14. http://www.apa.org/centrodeapoyo/psicoterapia.aspx. Acesso em: 8 Agosto 2017.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-2016): https://cidades.ibge.gov.br/ . Acesso em 10 Agosto de 2017.
16. Juan Alberto Pachón.https://jalpachon.wordpress.com/2012/. Acesso em 12 Agosto 2017
17. Terapia cognitiva de Aaron Beck para a depressão. Elia Roca. www.cop.es/colegiados/PV00520.

18. Terapia cognitiva dos Transtornos da personalidade 2017: https://books.google.com.br/books

19. SAVASSI, L.C.M. **Iniciação à prática de ESF.** Faculdade Senac: Belo Horizonte,2011.

20. STEWART, Moira et al. **Medicina centrada na pessoa:** transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed, 2010.

7. ANEXO - 1

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÉNCIAS DA SAÚDE

DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

Dr. FERNANDO NARANJO AYALA

DEPRESSÃO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF- FONTES-

SOLEDADE.RÍO GRANDE DO SUL.

2017

RESUMO:

Este projeto de intervenção educativa é uma proposta de trabalhar com os pacientes que sofrem da Depressão cadastrados no programa de atenção a usuários com diversas Trastornos depressivos da Estrategia de Saúde Familiar (ESF) “Fontes”. Neste estudo apresentamos a consulta individual e coletiva como uma alternativa de abordagem para equipes com dificuldade de realizar o atendimento e acompanhamento dos pacientes portadores da doença que sofrem com a incapacidade para adaptar-se positivamente a fatos e situações estressantes na vida. Elegemos o grupo risco médio por ser este o grupo que melhor se beneficiaria desta abordagem. Nosso objetivo é de atender, acompanhar e vincular os pacientes aos profissionais de referência da sua área de vigilância, buscando um atendimento de qualidade que auxilie na recuperação da saúde e diminuição da morbimortalidade desta população. Utilizaremos como método de avaliação os mecanismos condutuais e comportamentais saudáveis apresentados pelos pacientes que serão realizadas mensuais.

PALAVRAS-CHAVE:

Transtornos afetivos: são aqueles nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou afeto.

Depressão: transtorno do humor, sentimento triste, azul, infeliz ou mal ánimo.

Terapia cognitivo-comportamental: estratégia terapêutica que permite emitir uma resposta emocional ou comportamental positiva em indivíduos deprimidos, a través da reestruturação cognitiva.

Reestructuração cognitiva: modificação do modo de interpretação e avaliação subjetiva de fatos e situações que vive uma pessoa e vê ao mundo, á uma forma mais realista e adaptativa dos mesmos.

SUMÁRIO:

1. Introdução.....4

2.Objetivos

2.1. Geral.....7

2.2. Específicos.....7

3. Revisão de Literatura ……...8

4. Metodologia.....14

5. Cronograma.....17

6. Recursos necessários.....18

7. Resultados esperados.....19

8.Referências Bibliográficas.....20

INTRODUCÇÃO

Meu nome é Fernando Naranjo Ayala, formo parte do Programa Mais Médicos do Brazil. Atualmente moro no município de Soledade que encontra-se localizado no norte do Rio Grande do Sul, no Planalto, médio sul-rio-grandense, no Alto da Serra do Botucaraí, o mesmo tem uma extensão 1.213.41 km ^{2} e uma população estimada em 31 131 habitantes, deles 15 729 são homens e 16 044 são mulheres, 1878 têm menos de cinco anos e 4105 têm mais de 60 anos, 24 700 moram na zona urbana e 6 613 na zona rural. (IBGE 2016)

A economia, é baseada principalmente na agricultura e o comercio exterior de pedras preciosas. O município tem 1,2 % de desempregados. Na cidade temos grandes empresas para o trabalho, comercio e exportação de pedras preciosas. O retorno de ICMS ao município é de 12.597.677,46 por ano e deste total, 13.2% são destinados para a SAÚDE. (IBGE 2016)

Conta com uma organização de saúde constituída pelas seis Estratégias de Saúde da Familiar em cada bairro, constituídas por um clinico geral,odontólogo,enfermeira,assistente de enfermagem e as agentes comunitárias (ACS) muito importantes no acercamento a comunidade em geral e os relatórios da situação das família,além disso têm assistência planejada para as crianças e mulheres grávidas por pediatra e ginecólogo de acordo ao plano assistencial e outros serviços medicos como Ortopedia, Dermatologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Fisioterapia, Vigilância Epidemiológica etc… na Secretaría de Saúde.

O Serviço de Atenção Médica de Urgência (SAMU) e um Hospital municipal “Claridade Frei Clemente” com disponibilidade para a prestação de especialidades diversas Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecobstetricia, Neurologia, Nefrologia e Cardiologia com capacidade para 152 leitos.

Eu me encontro inserido na Estratégia de Saúde Familiar de “Fontes”, localizada na Rua Arthur Nardom, no 243 no Bairro Fontes, minho equipe está constituído pela enfermeira, técnica de enfermagem, odontólogo, assistente de odontologia e 4

agentes comunitárias (ACS) sendo responsável pela assistência médica de 3884 paciente, dos quais 2641 tem 15 anos ou mais, que representa um 67.9 %.

A ESF “ Fontes” apresenta uma boa organização estrutural e de trabalho, conta com uma área grande para o acolhimento dos pacientes, dispense dos medicamentos indicados pelos médicos, departamentos para vacinar, fazer triagem dos adultos e crianças, local onde radicam as ACS, sala de curativos, outra onde é coletado o citopatológico do colo de útero, sala do dentista, oficina da enfermeira e a consulta médica com condições para fazer um exame físico correto do paciente, além disso tem um local onde são feitas a reunião quinzenais e palestras educativas mensuais, as vezes com a participação da supervisora do programa.

Entre os principais problemas de saúde em nossa unidade assistencial encontra-se as doenças crónicas não transmissíveis como a Hipertensão arterial com 821 pacientes para um 21.1 %, Diabetes Mellitus em qualquer de seus tipos 743 pacientes para um 19.1% e com padecimentos psicológicos e psiquiátricos 674 para um 17.4 % entre os quais já classificados, a Depressão em qualquer de suas manifestações é a doença mais prevalente com 546 casos para um 81% do registro dos transtornos psicológicos/psiquiátricos.

Outro dos problemas é a baixa adesão dos pacientes nas consultas por desconhecimento aos tratamentos não farmacológicos e mudanças do estilo de vida com hábitos nutricionais mais saudáveis e comportamentais, baseados em uma conceituação ou compreensão de cada individuo, com suas crenças específicas e padrões de comportamento, e o terapeuta, procurando produzir de diversas formas uma mudança cognitivo comportamental, ou seja, uma modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente para alcançar uma mudança emocional e comportamental duradoura.

Para dar solução a esta problemática crescente da Depressão em nossa área de saúde serão feitas capacitações utilizando a Terapia Cognitiva de Aaron Beck (2013)

Este trabalho permitirá expander o conhecimento dos profissionais e usuários sobre a doenças e os estilos de vida assim como os padrões de comportamento para produzir uma mudança emocional duradoura.

OBJETIVOS

2.1 Geral

- Capacitar os usuários com Depressão a fim de conhecerem e atuarem sobre os principais fatores de risco responsáveis pelos efeitos advindos desta doença.

2.2 Específicos

- Capacitar toda a equipe de saúde com a literatura atual sobre a Depressão.
- Realizar atividades de educação em saúde para sensibilizar a população sobre os principais fatores de riscos relacionados a Depressão.
- Reduzir o número de doentes por Depressão ao estimular mudanças emocionais e comportamentais positivas.

REVISÃO DE LITERATURA

A Depressão, segum a Oficina de Psicologia Brasil 2017, é um estado de tristeza prolongada e desinteresse, a pessoa deprimida fica sem vontade ou prazer em levar a cabo atividades que anteriormente, considerava como agradáveis e sente-se sem energia ou com cansaço persistente. Tem sido uma das perturbações psicológicas mais discutidas e avaliadas devido á enorme quantidade de pessoas que afectou, afeta e afetará.

O filósofo grego Hipócrates, pai da medicina, tem pensado que para ter saúde tinha que manter em equilíbrio os quatro humores, no seu sangue, fleuma, bile amarela e melancolia, chamada ao unir os termos “melan” (preto) e “jole” (bile).História da Depressão 2010.

O termo continuou sendo usado por outros autores médicos, incluindo Arateus (120-180 a.C.), Galeno (129-199 a.C.) e Alexandre de Tralles, no século VI. Cerca de 400 a.C., Hipócrates usou os termos "mania" e "melancolia" para perturbações mentais. Por volta do ano 30 EC, Aulus Cornelius Celsus descreveu a melancolia em seu trabalho de medicina como uma Depressão causada pela "bile negra".História natural da depressão 2015.

Na Inglaterra do século XVIII , fala-se de depressão pela primeira vez (ao menos que tenha-se provas delo). O médico da corte e poeta Richard Blackmore escreve suposto estar deprimido sofrem tristeza. O termo é derivado da palavra latina "premere", que significa "empurrar para baixo". História da Depressão 2010.

Não foi até o final do século XIX e início do século XX que começou a ser estudado em profundidade. Quem começaram a aprofundar a doença foram Emil Kraepelin alemão e o austríaco Sigmund Freud, pai da psicanálise, convencido de que esta doença foi motivada pelo contraste entre o "it" (a natureza selvagem básica do ser humano) e "superego”. História da Depressão 2010.

Em 1854, Jules Falret descreveu uma condição chamada de folie circulaire, na qual o paciente experimenta humores alternados de Depressão e Mania.Em 1882, o

psiquiatra alemão Karl Kahlbaum, usando o termo "ciclotimia", descreveu a Mania e a Depressão como estágios da mesma patologia. História natural da depressão 2015.

Beck (1976) acredita que a depressão é um desordem do pensamento ao contrário do estado afetivo, porque os pensamentos são aqueles que geram comportamentos depressivos,ao ser rígidoz e inflexíveis, negativos, irracionais, exigentes e obsesivos.Além que as pessoas fazem uma generalização de personalização das situações negativas. Universidade Internacional de Nova York 2009.

Segum a Organização Mundial para a Saúde (OMS), a Depressão é um transtorno mental comum que é caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou inutilidade, sono ou apetite perturbado, sensação cansaço e falta de concentración. Ministério da Saúde Brasileiro (MSB - 2016).

American Psychiatric Association (DSM) em 2013 faz um resumo do conceito da Depressão como um transtorno de humor, sentimento triste, azul, infeliz ou mal ánimo.

O MSB-2016, senhala que a Depressão é um distúrbio afetivo que acompanha a humanidade ao longo de sua história. No sentido patológico, entre os sintomas, á presença de tristeza, pessimismo, baixa autoestima, que aparecem com frequência e podem combinar-se entre si. É imprescindível o acompanhamento médico tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento adequado.

Hoje em dia a classificação das Depressões é mais sofisticada, sendo minuciosamente abordada pelas duas classificações mais conhecidas:

- Classificação Internacional de Doenças, 10a. Revisão (CID.10)
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª revisão, da American Psychiatry Association (DSM.IV).

A Depressão, genericamente considerada, está classificada dentro dos:

Transtornos Afetivos, aqueles nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou afeto. ***Depressão***, com ou sem ansiedade associadas. *Euforia*, alteração do humor em geral que se acompanha de uma modificação do nível global de atividades.

A maioria dos episódios destes transtornos tendem a ser recorrentes e podem estar relacionados com situações ou fatos estressantes.

O DSM.IV classifica a Depressão dentro dos Transtornos do Humor e também baseia a classificação nos episódios depressivos. Na prática clínica sugerimos, didaticamente, que a Depressão seja considerada de duas maneiras:

Típica, aquelas que se apresentam através dos Episódios Depressivos, consoante às classificações internacionais (DSM.IV e CID.10) e seus graus leves, moderados e grave. *Atípica*, aquelas que se manifestam predominantemente através de sintomas ansiosos (Pânico, Fobia ...) e somáticos. Manual de Diagnóstico e Estadístico dos Trastornos Mentais DSM-IV,1994; Keeley 2004.

A Depressão é na realidade uma ampla família de doenças, por isso denominada Síndrome. Há uma série de evidências que mostram alterações químicas no cérebro do indivíduo deprimido, principalmente com relação aos neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e, em menor proporção, dopamina), substâncias que transmitem impulsos nervosos entre as células.Ao contrário do que normalmente se pensa, os fatores psicológicos e sociais, muitas vezes, são consequência e não causa da depressão. Vale ressaltar que o estresse pode precipitar a depressão em pessoas com predisposição, que provavelmente é genética. Ministério da Saúde Brasileiro 2016.

Segum a American Psychiatric Association em 2013, tem sido descritas outras causas, como abuso de álcool ou drogas, certas condições, tais como doenças crônicas não-transmissíveis, dor prolongado, drogas, problemas para dormir e eventos estressantes na vida, como doença ou morte de alguém próximo, divórcio, abuso ou negligência na infância, solidão (comum em idosos), a ruptura de uma relación.

São sintomas de depressão:

Humor depressivo ou irritabilidade, ansiedade e angústia.Desânimo, cansaço fácil, necessidade de maior esforço para fazer as coisas.Diminuição ou incapacidade de sentir alegria e prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis.Desinteresse, falta de motivação e apatia.Falta de vontade e indecisão.Sentimentos de medo, insegurança, desesperança, desespero, desamparo e vazio.Pessimismo, ideias frequentes e desproporcionais de culpa, baixa autoestima, sensação de falta de sentido na vida, inutilidade, ruína, fracasso, doença ou morte. Ministério da Saúde Brasileiro 2016.

A pessoa pode desejar morrer, planejar uma forma de morrer ou tentar suicídio.Interpretação distorcida e negativa da realidade: tudo é visto sob a ótica depressiva, um tom "cinzento" para si, os outros e o seu mundo.Dificuldade de concentração, raciocínio mais lento e esquecimento.Diminuição do desempenho sexual.Insônia (dificuldade de conciliar o sono, múltiplos despertares ou sensação de sono muito superficial), despertar matinal precoce (geralmente duas horas antes do horário habitual) ou, menos frequentemente, aumento do sono. Ministério da Saúde Brasileiro 2016.

A Depressão é a primeira causa de incapacitação entre todas as doenças médicas. Ocupa a quarta posição entre todas as causas que contribuem para a carga global de doenças, de acordo com o “Global Burden of Diseases Project” da OMS, correspondendo a 4,4 % dos anos de vida vividos com incapacitação. Para os indivíduos que estão na faixa estaria compreendida entre 15 e 44 anos, a mesma é responsável por 8.6% dos anos vividos com incapacitação. DATASUS 2016.

A Agência Geral de Notícia do Brasil 2017, refere que cerca de 5,8% da população brasileira sofre de depressão – um total de 11,5 milhões de casos registrados no país, segum dados divulgados pela OMS. O índice é o maior na América Latina e o segundo

maior nas Américas, atrás apenas dos Estados Unidos, que registram 5,9% da população com o transtorno e um total de 17,4 milhões de casos.

O levantamento mostra que, além do Brasil e dos Estados Unidos, países como Ucrânia, Austrália e Estônia também registram altos índices de depressão em sua população 6,3%, 5,9% e 5,9% respectivamente. Entre as nações com os menores índices do transtorno estão Ilhas Salomão (2,9%) e Guatemala (3,7%). A prevalência na população mundial, segundo a OMS é 4,4%. Agência Geral de Notícia do Brasil 2017.

No último relatório da OMS em 2016, a Depressão é mais comum no sexo feminino, estimando-se uma prevalência do Episódio Depressivo em 1,9% no sexo masculino e 3,2% no feminino. Essas cifras de prevalência variam entre diferentes populações e podem ser mais altas em algumas delas.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-2016) apontam que no Brasil, 7,6% dos adultos já tiveram a enfermidade, o que equivale a 11 milhões de pessoas.

Agora bem, nosso estado Rio Grande do Sul está no topo da lista em casos de pessoas com depressão (13,2%), seguido dos estados de Santa Catarina (12,9%) e Paraná (11,7%). Em contrapartida, os do Norte tem um número baixo de pessoas acometidas pela enfermidade, como por exemplo o Pará, em que apenas 1,6% de pessoas com mais de 18 anos receberam o diagnóstico positivo, seguido de Amazonas com 2,7%.(IBGE-2016).

Atualmente o tratamento da Depressão e suas diversas manifestações encontra-se dividido em dois grupos uma a Psicoterapia e a outra o tratamento Farmacoterapêutico que requer acompanhamento psiquiátrico, minho trabalho estará baseado na *Terapia Cognitiva de Aaron Beck.*

A idéia principal é que as pessoas sofrem pela interpretação feita de eventos e não por eles mesmos, ante uma situação determinada, os indivíduos não respondem

automaticamente, mas antes de emitir uma resposta emocional ou comportamental percebem, classificam, interpretam, avaliam e atribuim significado aos estímulos com base em suas suposições anteriores ou esquemas cognitivos (também chamado crenças nucleias).

O modelo de Beck, e também Ellis, é uma parte importante das estratégias utilizadas na ***terapia cognitivo-comportamental*** como através da ***reestruturação cognitiva***, um indivíduo é capaz de modificar o modo de interpretação e avaliação subjetiva de fatos e situações que vive, e portanto, são estimulados a alterar os sistemas desordenados do pensamento e vê a si mesmo e ao mundo de forma mais realista e adaptativa. Terapia Cognitiva de Aaron Beck 2010.

METODOLOGIA

Trata-se de um Projeto de Intervenção Educativa no município Soledade em pacientes diagnosticados com Depressão em qualquer de suas manifestações empleando como base para elo a Terapia Cognitivo Condutual proposta por a neuropsiquiatria Aaron Beck, com base científica nos estudos que durante sua vida desenvolviu, na pratica da terapêutica psicológica condutual com bons resultados apoiados na Saúde Baseada em Evidências (SBE).

A elaboração do mesmo só foi possível a partir dos contenidos oferecidos na primeira etapa do curso de especialização e as ferramentas em ele adquiridas, já que ao investigar a realidade da população em minha UBS “Fontes”, eu pode denotar as doenças frequentes e aquelas que tem maior incidência, as possíveis causas, as debilidades e fortaleças dos recursos com os que contamos para assisti-las.

Com o propósito de lograr o mesmo, será preciso discutir junto a equipe de saúde o foco a intervenir, os objetivos do projeto, planejar uma estratégia certa juntos para alcançar os resultados desejados e trás acordo feito e aceitação, num período de 24 semanas de julho atê dezembro do 2017, desarrolha-lo para modificar a situação de saúde de nossa área de abrangência.

Posterior a isso, a equipe de saúde organiza os materiais, fará o levantamento dos recursos necessários para a execução. Neste momento, será solicitado à gestão regional a disponibilização de materiais de apoio. Após ter todos os materiais disponíveis,reunião de equipe para discussão dos instrumentos para implementação da intervenção. Neste espaço dúvidas devem ser compartilhadas, pactos entre a equipe devem ser selados, a fim de que a execução da atividade possa ser facilitada.

Os critérios de seleção para a escolha dos pacientes a intervir serão os pacientes diagnosticados com Depressão e que presentem manifestações depressivas durante a pesquisa tenhendo em conta os critérios de inclusão e exclusão do projeto.

Usuários pertencentes à área adstrita da UBS, considerando o micro áreas dos 04 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) previamente capacitados junto a enfermeira e assistente de enfermagem em quanto a Depressão suas manifestações, para fazer uma búsqueda ativa dos pacientes o mesmo no micro áreas que no posto.

Importante ter presente que com o projeto de intervenção educativa quer-se elevar o conhecimento dos trabalhadores da equipe e a população em geral, da Depressão e fomentar praticas condutais e compotamentais positivas a fim de reduzir a predisposição e o número de doentes pela mesma, elevando a calidade de vida em nossa população.

Cada quinze dias após das reuniões da equipe, serão feitas capacitações para todos os membros, aos quais previamente tem sido entregado um manual com os contenidos a estudar. Assim como as evaluações periódicas dos avanços e dificuldades que posam apresentar-se, discusão dos resultados obtidos nesses períodos.

As visitas domiciliares serão registradas por meio de fichas espelho individuais confeccionadas pelo médico e enfermeira, anexadas posteriormente aos prontuarios electrónicos na UBS, de cada um dos pacientes atendidos, separados por micro áreas, no caso das consultas diretamente nos prontuarios.

O registro dos pacientes durante toda a intervenção será feito em formato de Microsoft Excel, o qual permitirá a avaliação da evolução nas ações no decorrer do tempo. O mesmo recolherá dados como nome, idade, sexo, logradouro, atividade desempenhada, antecedentes de doenças, tempo de evolução, tratamento feitos, condições de vida, relação pessoal com a família, vizinhos, considerações pessoais e expectativas de sua vida atual.

Os pacientes serão convidados a participar do projeto ativamente pelas ACS e o resto dos membros da equipe. Acredita-se que temos um forte trabalho por fazer dado a que muitos pacientes cadastrados no SIAB como depressivos não reconhecem a doença e negaram a ajuda, mas com a persuasão e mostrando os benefícios do

mesmo na esfera condutual do indivíduo, lograremos a introdução dos mesmos e outros que não estejam cadastrados e desejem participar também.

Vamos a deixar um dia fixo para o atendimento destes pacientes e desarrolhar o tratamento psicoterapêutico para garantir a continuidade dos cuidados. Semanalmente serão feitas palestras ordinárias no só no posto, também em locais adaptados com capacidade para acolher maior quantidade de usuários, com a participação de membros do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), da associação de moradores do bairro e representantes do conselho local de saúde, em ambientes mais agradáveis a fim de estimular a espiritualidade e pensamentos positivos.

Serão abordados com linguagem clara, simple, desprovisto de tecnicismos os temas referentes a Depressão, suas causas, manifestações, como reconhece-la, estabelecer formas do pensamento e interpretação dos fatos passados e atuais positivos que nos permitam gerar mecanismos condutais e comportamentais para enfrentar os mesmos, baseado na ***terapia cognitivo-comportamental*** de Aaron Beck.

A ideia é ter uma comunicação bidirecional com os pacientes e que eles podam expressar seus medos, preocupações, determinar si o conflito é real o só pela interpretação que ele mesmo faz e as possíveis formas de resolução que ele acha, isso é muito importante no estímulo de mudança do pensamento hacia ideias positivas.

A avaliação dos resultados será desenvolvida pela pesquisa de satisfação com usuários e cuidadores, de modo a construir um processo participativo e que considere as dimensões subjetivas do cuidado, sendo importante destacar que essas pesquisas devam levar em conta o contexto socioeconômico e cultural da comunidade como critério de validade mais aproximado possível da realidade estudada, assim como a diminuição de doentes por Depressão e consultas nesse sentido.

CRONOGRAMA

O cronograma de atividades abrange um período de seis meses e está apresentado no quadro abaixo da siguente forma:

Atividades	**2017**					
	Jul.	**Aug.**	**Set.**	**Out.**	**Nov.**	**Dez.**
Apresentação do trabalho ao equipe da USF Fontes.	*					
Capacitação dos profissionais sobre os diferentes aspectos da Depressão.	*	*				
Reunião com os gestores municipais de saúde para garantir apoio ao Projeto de Intervenção.	*			*		
Contato com os líderes da comunidade (Associação de moradores).	*			*		
Atividades de orientação, promoção e intervenção na comunidade.	*	*	*	*	*	*
Atendimento psicoterapêutico dos pacientes com Depressão – consultas médicas e de enfermagem programadas -	*	*	*	*	*	*
Promover mecanismos condutuais e comportamentais saudáveis.	*	*	*	*	*	*
Análise dos resultados.						*
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho.						*

RECURSOS NECESSÁRIOS

O projeto utilizará material de consumo disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Soledade (SMS-Soledade) para a USF Fontes. O computador e o datashow (material permanente) utilizado para execução desse trabalho será disponibilizado pela USF Fontes.

Assim como os membros da equipe de trabalho: médico, enfermeira, técnica de enfermeira, recepcionista e as ACS.

Ítem	**Nome**	**Quantidade**	**Custo (R$)**	**Total (R$)**	**Órgão pagador**
1	Cartucho de tinta para impressora	2	45,00	90,00	SMS-Soledade
2	Papel sulfite tamanho A4 - 500 folhas	2	15,00	30,00	SMS-Soledade
3	Cópias Xerox	100	0,10	10,00	SMS-Soledade
4	Canetas esferográficas ponta fina	6	1,00	6,00	SMS-Soledade
5	Computador	1	2.400,00	2.400,00	USF-Fontes
6	Datashow	1	1.600,00	1.600,00	USF-Fontes
7	Software para georreferenciamento	1	0,00	0,00	Gratuito
Total				**136,00**	

RESULTADOS ESPERADOS

Ao finalizer esta intervenção, nos esperamos lograr uma redução significativa do número de pacientes doentes da Depressão em qualquera de suas manifestações, ao elevar o conhecimento a cerca da mesma, seus fatores de risco. Estimular mudanças emocionais e comportamentais positivas, sendo eles capaces de elaborar mecanismos de defensa ante fatos e situações que vive e que anteriormente foram capaces de produzir-la ao fazer uma avaliação real e objetiva dos mesmos de forma mais adaptativa.

Além disso contar com uma equipe mais preparada em quanto a este tema, capaz de poder responder ante as demandas de assistência dos doentes com eficácia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders***. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013. Acesso em: 27 feb.2017.
2. BECK, A.T. (1976). **Cognitive therapy and the emocional desorders**. New York: International Uniresities Press. 2009. Acesso em: 14 feb. 2017.
3. DEPRESION.about.com/od/historiasreales/a/Historia-Depresion.htmpre.2010. Acesso em: 15 feb.2017.
4. http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/2017-02/depressao-brasil-tem-maior-prevalencia-de-caos-na america-latina. Acesso em: 24 feb.2017.
5. http://liliacamposmartins.blogspot.com.br/2012/10/tipos-de-depressão. Acesso em:18 feb.2017.
6. https://oficinadepsicologia.com/depressão.2017. Acesso em: 20 feb 2017.
7. https://psicologiaymente.net/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck.2010. Acesso em: 14 feb.2017.
8. http://www.redepsi.com.br/2012/03/15/hist-ria-natural-da-depress-o/. Acesso em: 15 feb.2017.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-2016). Acesso em 24 feb.2017.
10. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastonos Mentales DSM-IV,1994; Keeley 2004. Acesso em: 28 feb.2017.
11. BRASIL.Ministério da Saúde Brasileiro 2016. Acesso em: 16 feb.2017.
12. BRASIL.www.datasus.gov.br. 2016. Acesso em: 03 mar.2017.
13. www.who.int/topics/depression/es/2010. Acesso em: 16 feb.2017.