

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

AUGUSTO FONSECA PITANGUY

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR INCIDÊNCIA DE
DEPRESSÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL, DE
POMPÉU, MINAS GERAIS**

BOM DESPACHO/ MINAS GERAIS

2018

AUGUSTO FONSECA PITANGUY

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR INCIDÊNCIA DE
DEPRESSÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL, DE
POMPÉU, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Marília Rezende da Silveira

BOM DESPACHO/ MINAS GERAIS

2018

AUGUSTO FONSECA PITANGUY

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR INCIDÊNCIA DE
DEPRESSÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL, DE
POMPÉU, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Marília Rezende da Silveira- orientadora- UFMG

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em 18 de abril de 2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho em especial a minha família que sempre esteve comigo nos momentos de alegria, tristeza, lutas e vitórias.

Aos meus colegas e amigos da equipe de saúde, obrigado por sempre terem me ajudado a ser um profissional mais paciente, organizado e, sobretudo, altruísta.

Aos mestres, como é tão bom sentir que fui capaz de superar todos os obstáculos e as dificuldades que achava impossível- obrigado pelo conhecimento e as experiências.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelos momentos de súplicas e por nunca ter me desamparado nos momentos de angústia: obrigado senhor! Pela fé, conhecimento, gratidão, retidão e justiça.

Aos meus pais. Como é tão bom ver a vitória, após tantos momentos de lutas, fraqueza, “apertos” e lágrimas. Sim! Consegui, sempre serei grato por nunca ter me abandonado e por ter sido o meu porto seguro.

Aos professores ficam aqui meus eternos agradecimentos pelos puxões de orelha, pela sabedoria e paciência.

À equipe de saúde, obrigado pelos momentos de alegria e descontração.

RESUMO

O presente trabalho foi baseado no diagnóstico situacional da área adscrita por meio do método de estimativa rápida, realizado pela Estratégia Saúde da Família (ESF) Rural do Município de Pompéu, Minas Gerais. Identificou-se a alta prevalência de depressão na comunidade que tem um impacto significativo na qualidade de vida dos usuários. Nota-se que o acompanhamento dos usuários com depressão tem que ser a partir de um seguimento rigoroso e contínuo, pois a não adesão ao tratamento representa um impasse. O objetivo deste estudo foi o de elaborar um plano de intervenção para otimizar a adesão terapêutica dos usuários com transtorno depressivo na Estratégia Saúde da Família Rural, em Pompéu, Minas Gerais. A metodologia utilizada foi o diagnóstico situacional da área de abrangência, seguida de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, utilizando trabalhos científicos publicados entre os anos de 2001 e 2011, encontrados em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO, dentre outros. A elaboração de um plano de intervenção utilizando o preconizado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi de grande valia e espera-se um enfrentamento da situação existente, com consequente diminuição da prevalência de suas complicações

Palavras Chave: Atenção Primária. Depressão. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The present study was based on an evaluation of the area assigned by means of the fast access method, carried out by the Family Health (FSE) Rural of the Municipality of Pompéu, Minas Gerais. It has been identified with high prevalence in the community that has a significant impact on the quality of life of users. It is noted that the monitoring of users with depression has been the result of a rigorous and continuous monitoring, because the system does not represent the treatment represents an impasse. The objective of this project was to develop an intervention plan for the therapeutic recovery of users with depressive disorder in Health. Family Health in Pompéu, Minas Gerais. The methodology used was used for the area of comprehensiveness, followed by a bibliographic research on the theme, edited in 2001, and was carried out in databases of the Virtual Health Library, SciELO, among others. The analysis of a plan of action using the one recommended by the Strategic Planning (PES) was of great value, it is expected a confrontation of the current situation, with consequent increase in the prevalence of its complications

Keywords: Primary Care. Depression. Single Health System.

.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SciELO	<i>ScientificElectronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 - Priorização dos problemas na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural, do município Pompéu, estado de Minas Gerais. 13
- Quadro 2- Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “depressão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural, do município Pompéu, estado de Minas Gerais. 24
- Quadro 3- Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “depressão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural, do município Pompéu, estado de Minas Gerais. 26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1.	Breves informações sobre o município Pompéu – MG	11
1.2.	O sistema municipal de saúde	11
1.3.	A Equipe de Saúde da Família Rural seu território e sua população. ...	12
1.4.	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	12
1.5.	Priorização dos problemas	13
2	JUSTIFICATIVA	15
3	OBJETIVOS	17
3.1.	Geral.....	17
3.2.	Específicos	17
4	METODOLOGIA.....	18
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1.	A inclusão da saúde mental na atenção primária.	19
5.2.	Doenças relacionadas com a Depressão.....	20
5.3.	Depressão no idoso.....	20
5.4	Fatores de risco para depressão e a atividade física como forma de prevenção	21
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	23
6.1.	Descrição do problema selecionado.....	23
6.2.	Explicação do problema selecionado	23
6.3.	Seleção dos nós críticos	24
6.4.	Desenho das operações.....	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
	REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

1.1. Breves informações sobre o município Pompéu – MG

Conforme informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2018), Pompéu tem uma população de 29105 habitantes e área de 2551076 quilômetros quadrados. O bioma da região é o cerrado o que explica as atividades agropecuárias exercidas na região. Na cidade, há 12 estabelecimentos públicos de saúde. O índice de desenvolvimento humano é regular: 0,689. Em relação aos habitantes há mais homens que mulheres. Sobre a adesão escolar, em 2015, constataram 4240 matrículas no ensino fundamental e 1236 matrículas no ensino médio. A região católica apostólica romana é a principal entre os habitantes, representada por quase 90 por cento da população.

Consoante aos dados do DATASUS (BRASIL, 2018), a população adolescente, entre 10 a 19 anos, é a mais prevalente na cidade, sendo a menor atribuída aos idosos acima de 80 anos. 83 % da população são alfabetizadas, sendo o menor alcance estudantil entre a população de 5 a 9 anos, alcançando apenas 53,6% de escolarização. Em relação ao saneamento, 81,1% da população recebem água tratada da rede geral. Apenas 57,9 % possuem instalação sanitária de rede de esgoto. 75,6% do lixo é coletado.

Sobre a história do município, segundo o IBGE (2018), ela nasce em uma fazenda, hoje conhecida como Pompéu velho. Havia como centro turístico local uma igreja. Ademais, boiadas também passavam pelo local. Houve construção de casas e o desenvolvimento local. Sendo que em 1960, Pompéu foi consolidado como distrito.

1.2. O sistema municipal de saúde

Conforme dados do DATASUS (2018) há 26 estabelecimentos de saúde públicos e privados em Pompéu. Há sete unidades básicas de saúde. Há duas clínicas especializadas na cidade, sendo uma pública e a outra privada. A cidade possui também nove consultórios particulares. Há apenas uma farmácia popular. Pompéu

conta também com uma Policlínica e um Centro de Saúde. Existem três unidades de serviço de apoio, diagnóstico e terapia, sendo um público e dois privados. A cidade também tem um Hospital Geral. Por fim, o distrito possui uma unidade de vigilância em saúde.

1.3. A Equipe de Saúde da Família Rural seu território e sua população.

A ESF Rural, inaugurada há cinco anos, abriga nossa equipe de saúde. Ela se situa em um local de muitas carências. O nível socioeconômico das pessoas que são atendidas é baixo e isso explica os indicadores de saúde de nossa clientela. A casa é própria, possuindo um espaço grande. Isso facilita bastante nosso trabalho, uma vez que possuímos um espaço para realizarmos todas as ações voltadas à população. Nossa clientela é de 3200 pessoas.

O maior horário de atendimento é pela manhã. Assim, a equipe trabalha a todo vapor para conseguir realizar um atendimento que permita perpetuar o vínculo com a comunidade. Os grupos operativos são realizados na própria área da ESF. A unidade realiza os atendimentos das 8:00 as 17:00 horas. Os agentes comunitários de saúde se revezam durante a semana. Ademais, a enfermeira ajuda nas visitas, nos atendimentos, mas realiza, principalmente, ações administrativas.

O tempo da equipe está direcionado para os atendimentos da demanda espontânea, além dos programas direcionados a criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde mental, recuperação da saúde e reabilitação. A equipe realiza grupos operativos e palestras e em escolas, não obstante, a comunidade ainda não é muito adepta.

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

Como forma de elencar os problemas da população, realizou-se a estimativa rápida. Assim, determinaram-se os seguintes problemas: Alta prevalência de depressão, uso

abusivo de benzodiazepínicos, grande número de hipertensos e alta demanda de atendimento para urgência,

1.5. Priorização dos problemas

Quadro 1 - Priorização dos problemas na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural, do município Pompéu, estado de Minas Gerais.

Principais problemas	Importância*	Urgência**(0-10)	Capacidade de enfrentamento***	Seleção***
Alta prevalência de Depressão	Alta	10	Parcial	10
Uso abusivo de Benzodiazepínicos	Alta	9	Parcial	9
Grande número de Hipertensos	Alta	9	Parcial	8
Alta demanda de atendimento para urgência	Média	6	Parcial	3

*Alta, média ou baixa

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

***Total, parcial ou fora.

A alta prevalência de depressão é fato que reduz a qualidade de vida dos pacientes. É mais comum em mulheres e tem como principais fatores de risco: a perda de ente querido, doenças, ser cuidador e alterações metabólicas e neuronais. A urgência é 10, pois gera distúrbios para a saúde do paciente, como insônia, irritabilidade, ansiedade e alterações de apetite. A ESF tem condições de realizar trabalho a fim de modificar a realidade da população.

O uso abusivo de benzodiazepínicos é fato que está ligado, em grande parte, à depressão. Observa-se, na comunidade, um uso indiscriminado desse composto que reflete a automedicação. Os pacientes relatam que tomam a medicação por conta própria, uso contínuo e usos pontuais. Essas medicações, além de serem

usadas por pacientes depressivos, também são usadas por pacientes com diagnóstico de dores crônicas, ansiedade e insônia.

Há também grande quantidade de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica, sobretudo, idosos. Sabe-se que essa doença crônica não é doença de idosos, mas sim da juventude, já que, apesar de se manifestar em idade longa, ela se relaciona a hábitos de uma vida desregrada. Os pacientes apresentam normalmente sobrepesos, realizam dieta rica em sal e tem história de etilismo inveterado.

A alta demanda de atendimento de urgência gera transtornos na organização da unidade. Pessoas com crises álgicas, acidentes com crianças em que ocorre envenenamento e fraturas, adultos em crises alérgicas e até mesmo abdomes cirúrgicos chegam à unidade de saúde e são devidamente referenciados para atenção especializada.

2 JUSTIFICATIVA

Apóstolo (2011) aponta que a depressão tem definição ampla em que pode designar um sintoma, síndrome ou ser secundária a outras doenças de base. Assim, para se fechar o diagnóstico, deve-se ter anedonia e/ou tristeza como sintomas principais, além de sintomas como: sentimento de inutilidade, alteração de apetite e do sono/vigília, pensamentos negativos, como suicídio e sentimento de culpa.

A partir da consideração deste autor, percebe-se o quanto esta doença altera a qualidade de vida do doente, na medida em que é comum o isolamento e o não reconhecimento do problema pelos familiares. Essa doença ainda não é compreendida pela maioria da população. Há muitos preconceitos acerca de distúrbios psiquiátricos, especialmente a depressão. Esse transtorno gera impactos nas relações sociais, familiares e laborais, podendo ocasionar em afastamentos de trabalho.

É por isso que esse projeto se faz importante, já que reafirma a importância da atenção primária no cuidado ao usuário da saúde mental, na realização de ações de promoção de saúde bem como de ações preventivas contribuindo para um maior bem estar para os pacientes depressivos e predispondo também a maior compreensão da equipe de saúde sobre a importância de assistir os usuários da saúde mental.

Lima (1999) refere que a depressão abrange impactos não apenas sociais, mas, sobretudo, familiares. A saúde mental onera o SUS, gera afastamentos de trabalho e reduz a qualidade de vida do doente. Essa doença gera impactos mesmo em quadros leves o que evidencia a necessidade de um maior acompanhamento deste transtorno por parte da atenção primária. Ademais, a depressão pode estar ligada a outras doenças psiquiátricas o que torna a condução do tratamento ainda mais sensível.

Desse modo, o tema escolhido é de grande relevância para a unidade, já que há um grande número de clientes com a doença. Ademais, como é doença que afeta a saúde psicológica é comum o indivíduo não cuidar de si mesmo, perder o senso de higiene e não realizar tratamento adequado de doenças de base, como Hipertensão Arterial Sistêmica. Ademais, o risco de suicídio aumenta neste grupo, tendo também

valor no diagnóstico. Na área, adscrita mais de 50% dos pacientes relatam já pensarem em autoextermínio. Esse trabalho se faz necessário já que a unidade tem responsabilidade pelos clientes. O reconhecimento da equipe dos fatores de risco e das formas de prevenção e manejo do tratamento é essencial para a efetivação deste estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um plano de intervenção para otimizar a adesão terapêutica dos usuários com transtorno depressivo na Estratégia Saúde da Família Rural, em Pompéu, Minas Gerais.

3.2. Específicos

Criar estratégias com a equipe para otimizar ações que contribuam para reduzir a depressão na área adscrita.

Desenvolver atividades educativas voltadas para a equipe de saúde e usuários a fim de que tenham maior conhecimento sobre a doença.

Assistir o usuário durante o tratamento de maneira integral e contínua.

4 METODOLOGIA

Para realizar o projeto de intervenção, três etapas aconteceram: diagnóstico situacional com reconhecimento do território, identificação dos principais problemas na área de abrangência da equipe rural, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção.

O Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) possibilitou a identificação e a priorização do problema, objeto desse plano de ação, a descrição, explicação e identificação dos nós críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Essa etapa contou com a colaboração da equipe de saúde.

Para subsidiar a construção da proposta de intervenção, foram utilizados trabalhos científicos, publicados entre os anos 2001 a 2018 encontrados em bases de dados da Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SciELO, dentre outros. Também foram consultadas várias literaturas e as bibliografias dos módulos Planejamento e avaliação em saúde, práticas educativas e tecnologia em saúde. Os artigos foram 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 ESF local.

A revisão foi direcionada para os principais pontos relacionados à doença que são: o papel da atenção primária no controle da depressão, doenças relacionadas, a depressão no idoso e fatores de risco para depressão e a atividade física como forma de prevenção.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A inclusão da saúde mental na atenção primária.

Silveira e Vieira (2009) relatam que os países em desenvolvimento apresentarão um grande aumento das doenças referentes a problemas mentais nas próximas décadas. Em 2020, os problemas mentais serão responsáveis por cerca de 15% de DALYs (Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura Ajustados por Incapacidade).

Bezerra e Dimenstein (2008) referem que a saúde mental tem sua rede ligada ao Sistema Único de Saúde, sendo prevalentemente pública e de base municipal. A saúde mental está englobada em vários níveis do sistema de saúde. No entanto, a atenção primária é a principal responsável, visto que ações na comunidade como adscrição da clientela, captura e adesão ao tratamento é de responsabilidade da atenção primária.

Figueiredo e Campos (2009) conferem que a atenção básica, que tem sido pensada como um lugar estratégico para consolidar o modelo de atenção à saúde, tem um papel essencial no que se refere a saúde mental. Quase 10 % da população brasileira possuem transtorno mental leve e 6 a 8% apresentam transtornos oriundos do álcool e abuso de demais drogas e a atenção básica deve ser responsável por essas pessoas com problemas mentais. É por isso que as ações educativas em saúde são uma forma de prevenir essas situações.

Breda e Augusto (2001) afirmam que as internações psiquiátricas no país representam gastos gigantescos para o sistema de saúde.. As internações são longas, podendo alcançar quase dois meses. Esse fato poderia ser evitado se houvesse uma articulação de redes entre os serviços de saúde na busca pela desinstitucionalização dos casos de saúde mental presentes no território.

5.2. Doenças relacionadas com a Depressão

Ribeiro, Honrado e Leal (2004) referem que as doenças mentais ganharam destaque devido seu papel nas relações afetivas e o impacto delas na vida do doente. A ansiedade e depressão costumam ser diagnosticadas em um mesmo indivíduo. Assim, é reconhecida a importância de se identificar essas doenças quando se visa o tratamento precoce.

Marcolino ET al.(2007) relatam que há diversos instrumentos capazes de auxiliar o diagnóstico de depressão e demais doenças psiquiátricas, como a ansiedade. Estes instrumentos são facilitadores e permitem o diagnóstico precoce e a identificação de grupos de risco. Destarte, os Inventários de Ansiedade e de Depressão de Beck são as escalas de auto avaliação de ansiedade e depressão mais usadas tanto em pesquisa como em clínica.

Ribeiro, Honrado e Leal (2004) citam que a ansiedade e a depressão constituem sintomas de várias síndromes na psicopatologia. Assim, essas doenças são classificadas em várias categorias que se referem a diferentes perturbações. Essas condições podem refletir variações inconsequentes da mesma síndrome.

5.3. Depressão no idoso

Mello e Teixeira (2011) consideram que o ato de envelhecer é percebido em diferentes aspectos interligados entre si como o físico, o social e o psicológico. O envelhecimento leva o indivíduo á perda da vitalidade, das forças e o mundo parece não ter mais espaço para ele que passa a assumir diferente papel na família, podendo ser até mesmo infantilizado. Há dificuldades conjugais e econômicas e, isso tudo, avoluma-se com fatores de risco para a depressão.

Paradela (2011) diz que os transtornos do humor são as principais desordens psiquiátricas nas pessoas com mais de 60 anos. A depressão maior e a distímia, que é uma condição depressiva clinicamente mais leve, são as principais doenças atribuídas. O idoso sofre diversas perdas com o avançar da idade e a consequência delas é a maior prevalência de doenças psiquiátricas nessa população.

Oliveira Gomes e Oliveira (2006) referem que a depressão é a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, contudo, é muito comum a falta de diagnóstico e tratamento. Ela reduz a qualidade de vida, gera custos diretos e indiretos que interferem na renda do idoso e pode levar ao suicídio.

Paradela (2011) estabelece que os transtornos de humor são desordens psiquiátricas mais comuns em indivíduos idosos. Dentre estes, o Transtorno Depressivo Maior, o Transtorno Distímico e os sintomas depressivos clinicamente significativos são os mais prevalentes. Apesar da prevalência, nem sempre estes transtornos são identificados e tratados o que gera o desenvolvimento da doença e aumenta o risco de suicídio.

5.4 Fatores de risco para depressão e a atividade física como forma de prevenção

Arehuza et al.(2012),em seu estudo, apontaram que,com o envelhecimento, os idosos tornam-se mais suscetíveis aos problemas de saúde, a dificuldades financeiras, a perdas afetivas e sociais. Esses fatores aumentam a necessidade de assistência integrada que contemple essas perdas. A prevalência de depressão no idoso é maior entre divorciados, em segundo lugar viúvos e, terceiro, idosos que nunca casaram.

Joanna e Célia (2006) comentam que com o envelhecimento, há redução do número de neurônios. Ademais, o idoso é submetido a maiores estressores ambientais como o empobrecimento financeiro, declínio social, perda de papéis produtivos, solidão e perda de pessoas queridas. Além disso, a demência, que atinge a maioria, restringe sua capacidade de interagir com o ambiente, reforçando o isolamento.

Arehuza et al.(2012)ainda afirmam que há fatores de risco para depressão em idosos como: baixa escolaridade, luto, obesidade e desnutrição. Entre os idosos deprimidos, constatou-se que a maioria sente que está ficando mais lento e com menos energia para realizar as atividades de vida diária.

Guimarães e Caldas(2006) assinalam que a prática de atividades físicas entre os idosos é benéfica tanto para o controle de doenças crônicas, quanto para o favorecimento da interação social, melhora a autoeficácia e proporciona uma maior sensação de controle sobre os eventos do meio. Assim, o exercício melhora o humor, reduz as respostas fisiológicas ao estresse, aumenta os efeitos positivos sobre a imagem corporal, melhora o funcionamento cognitivo e a autoestima, além de melhorar a qualidade do sono.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção foi desenvolvida com base no principal problema “depressão”. Desse modo, percebemos a necessidade de trabalhar mais com ações em educação em saúde. Os pacientes com fatores de risco para a Depressão devem ser identificados precocemente a fim de iniciar o mais rápido possível o tratamento. Nesse aspecto, a atenção primária deve estar atenta para oferecer total suporte ao paciente e sua família, considerar aspectos psicológicos e sociais do indivíduo, levar em conta seus anseios, medos e cultura.

A associação da Depressão com outras doenças psiquiátricas, como a ansiedade tem configurado problema comum em nossa unidade. Por isso, é necessário realizar programas interativos a fim de que possa se prevenir tais tendências.

6.1. Descrição do problema selecionado

Em nossa Unidade, há 121 clientes com diagnóstico de Depressão. Sabe-se que este número não representa a quantidade real de pacientes com esse diagnóstico na comunidade. A comunidade que atendemos não tem uma visão esclarecida sobre a doença, é comum a crença de que essa patologia se deve a uma “doença do espírito” e não a um desajuste patológico de neurotransmissores iniciado por fatores externos como luto, doenças, preocupações e também desencadeado por fatores orgânicos como: demência, hipo e hipertireoidismo, intoxicações por metais pesados e deficiências vitamínicas.

6.2. Explicação do problema selecionado

A Depressão pode ser entendida na comunidade, quando entendemos os fatores que se relacionam a ela. Ela é mais comum na comunidade em idosos, principalmente, em mulheres e homens viúvos e desquitados, obesos e desnutridos e nos idosos com demência. Questões relacionadas ao passado, isto é, assuntos mal resolvidos, traumas, arrependimentos, solidão, são fatores que resultam nessa patologia. Ademais, junto com a Depressão é comum o paciente apresentar palpitações, dor torácica em pontada, dificuldade de concentração, pensamentos negativos, insônia, medo e sentir-se inútil.

6.3 Seleção dos nós críticos

A partir da análise do problema, selecionam-se os seguintes nós críticos:

- Poucas ações em saúde para evitar-se a depressão e outras doenças psiquiátricas relacionadas.
- Dificuldade da equipe na identificação da depressão.

6.4. Desenho das operações

Após selecionar os principais problemas e definir os principais fatores que condicionam o problema, é possível traçar as ações e estimar resultados e custos do projeto.

Quadro 2- Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “depressão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural, do município Pompéu, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Poucas ações em saúde para evitar-se a depressão e outras doenças psiquiátricas relacionadas.
Operação	<i>Depressão não!</i>
Projeto	Realizar atividades interativas semanais com principais grupos de risco para, abordar temas, principalmente, Depressão e outras doenças psiquiátricas. Sensibilizar os idosos da área de abrangência para realizar tarefas, a partir de oficinas de trabalho, aulas de música, criação de hortas comunitárias para a maior realização de atividades em grupo.
Resultados esperados	Redução, em longo prazo, da depressão na Comunidade. Majores relações da comunidade com a equipe.
Produtos esperados	Criação de hortas comunitárias, grupos de dança, oficinas de trabalho
Recursos	Organizacional: organizar agenda para atender os grupos e oficinas

necessários	<p>Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de comunicação, oficinas, grupose informação sobre o tema.</p> <p>Político:articulação com os setores para se conseguir pessoal para aulas de música, etc.</p> <p>Financeiros: recursos para aluguel de salão, compra de materiais utilizados em oficinas, pagamento de professores de música e dança.</p>
Recursos críticos	Financeiros: recursos para aluguel de salão e compra de materiais utilizados em oficinas, pagamento de professores de música e dança.
Controle dos recursos críticos	Secretário Municipal de saúde
Ações estratégicas	Apresentar o projeto para o secretário de saúde municipal, a fim de que perceba a essencialidade das ações e principalmente os produtos e resultados esperados, isto é, o impacto positivo deste trabalho na saúde da comunidade.
Prazo	3 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Membros da equipe de saúde e secretário municipal de saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Para o monitoramento da efetividade deste projeto, os líderes da comunidade realizarão visitas domiciliares aos doentes a fim de terem um retorno sobre a qualidade da assistência. O secretário municipal de saúde poderá conferir os prontuários de atendimento aos pacientes psiquiátricos a fim de avaliar o andamento do tratamento, a adesão dos pacientes, a longitudinalidade do processo e avaliar também os relatórios das reuniões com esses grupos com o objetivo de considerar se as ações realizadas estão sendo efetivas ou não.

Quadro 3- Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “depressão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural, do município Pompéu, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Dificuldade da equipe na identificação da depressão.
Operação	Saber Mais
Projeto	<p>Capacitar a equipe de saúde, principalmente, os agentes comunitários acerca de fatores de risco, sintomas e formas de prevenção da depressão, já que eles são as pessoas da equipe que tem maior proximidade com a população e essa proximidade será efetiva na captação de paciente com subdiagnóstico de depressão.</p> <p>Para a capacitação, o próprio médico e enfermeiro da equipe poderão ministrar aulas semanais sobre o assunto. As aulas serão dinâmicas, através de imagens, vídeos, filmes e palestras serão demonstrados os principais sintomas, prevenção e fatores de risco para a doença. Tudo será organizado de acordo com o grau de escolaridade da equipe.</p>
Resultados esperados	Aumento, nos próximos meses, do diagnóstico de depressão, maior conhecimento da equipe sobre a doença, maior relação da comunidade com a unidade de saúde, otimização do cuidado ao usuário com depressão na área adscrita.
Produtos esperados	Redução, a longo prazo, da depressão na Comunidade e maior sensibilidade da equipe a respeito da saúde mental
Recursos necessários	<p>Organizacional: manter agenda programada para a capacitação de toda equipe de saúde.</p> <p>Cognitivo: O médico e enfermeiro devem utilizar linguagem adequada e discussão com a equipe sobre depressão e seus entornos.</p> <p>Financeiros: Para os recursos, como materiais, Impressão de cartilhas, canetas, cadernos e manuais do ministério da saúde.</p>
Recursos críticos	Financeiros: Impressão de cartilhas, canetas, cadernos e manuais do ministério da saúde.

Controle dos recursos críticos	Secretário Municipal de saúde
Ações estratégicas	Apresentar o projeto para o secretário de saúde municipal, a fim de que perceba a essencialidade das ações e principalmente os produtos e resultados esperados, isto é, o impacto positivo deste trabalho na saúde da comunidade.
Prazo	3 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Membros da equipe de saúde e secretário municipal de saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Para o monitoramento da efetividade desse projeto, o secretário municipal de saúde poderá visitar a unidade de saúde e realizar entrevistas e questionários com todos os membros da equipe que serão capacitados para otimizar o cuidado do usuário com depressão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão é uma doença que atinge a autoestima e onde pondera o sentimento de inferioridade, tristeza, pessimismo, perda de interesse e pode levar ao desencadeamento de sintomas físicos e comportamentais como alterações no sono, apetite, concentração e, às vezes, a pensamentos suicidas. O conhecimento do paciente, sua família e da equipe de saúde sobre essa patologia e o entendimento sobre os sintomas permite um melhor controle da doença e, o mais importante, o tratamento do paciente assim que surgirem os primeiros sintomas. O diagnóstico tardio compromete a qualidade de vida do paciente, predispõe a outras doenças psiquiátricas, além de aumentar o risco de suicídio.

É por isso que a atenção primária exerce papel fundamental quando se trata da depressão, na medida em que os profissionais de saúde têm maior contato com o paciente, têm ciência de seus hábitos de vida, conhecem a história pregressa, os fatores desencadeantes da doença, possuindo, assim, condições de tratar e cuidar do doente física e mentalmente, realizando um atendimento integral, humanizado e social.

O que se espera com este plano de intervenção é uma mudança de realidade da equipe e comunidade. Sobre a equipe de saúde espera-se possibilitar o desenvolvimento de competências para que possam ajudar os doentes e sua família a criarem estratégias para contornar esse problema, como diálogo aberto, resolver questões pessoais, melhorar alimentação e a prática de exercícios físicos diários. A depressão é uma doença que pode se tornar incapacitante. Desse modo, acredita-se que a confiança do paciente na equipe de saúde é essencial para enfrentar essas condições e é por isso que a equipe trabalhará com ações em grupos operativos na busca de construção de laços de solidariedade entre os trabalhadores e os sujeitos.

REFERÊNCIAS

APÓSTOLO, J. L. A., et al. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2,t. 1-6, 2011.

ARETHUZA, S. et al. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.** n. 25, v. 1, p. 80-85, 2012.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol.cienc. prof.**v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde: epidemiológicas e morbidade.** 2018 Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>> Acesso em 25 de janeiro de 2018.

BREDA, M. G.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?.**Ciênc. saúde coletiva,** v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

GUIMARÃES, J., M. N.; CALDAS, C. P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. **RevBrasEpidemiol,** v. 9, n. 4, p. 481-492,2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais.** 2018. Disponível em ><https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php>. Acesso em 25 de janeiro de 2018.

LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** v.2, s.1-5, São Paulo, 1999.

MARCOLINO, J. A. M.et al. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório.**RevBrasAnesthesiol,** v. 57, n. 1, p. 52-62, 2007

MELLO, E.; TEIXEIRA, M. B. Depressão em idosos. **Revista Saúde,** v.5, n.1,p. 42-53,2011.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L. OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Rev. Saúde Pública.** v. 40, n. 4, p. 734-736.2006,

PARADELA, E. M. P. Depressão em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ. v. 10, n.2, p. 31-40, 2011

RIBEIRO, J. L. P.; HONRADO, A.; LEAL, I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. **Psicologia, saúde e doenças**, v. 5, n. 2, p. 229-239, 2004

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 139-148, 2009.