

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

**PAULINY LOBO**

**PREVENÇÃO E REDUÇÃO DO ALTO ÍNDICE DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO  
NAS MULHERES DO PSF 1- VILA ESMÉRIA DO MUNICÍPIO DE  
NEPOMUCENO - MINAS GERAIS**

**FORMIGA/MINAS GERAIS**

**2014**

**PAULINY LOBO**

**PREVENÇÃO E REDUÇÃO DO ALTO ÍNDICE DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO  
NAS MULHERES DO PSF 1- VILA ESMÉRIA DO MUNICÍPIO DE  
NEPOMUCENO - MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para o certificado de especialista.

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**FORMIGA/MINAS GERAIS**

**2014**

**PAULINY LOBO**

**PREVENÇÃO E REDUÇÃO DO ALTO ÍNDICE DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO  
NAS MULHERES DO PSF 1- VILA ESMÉRIA DO MUNICÍPIO DE  
NEPOMUCENO - MINAS GERAIS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para o certificado de especialista.

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Prof<sup>a</sup>. Angela Cristina Labanca de Araújo (PBH)

Aprovada em Belo horizonte, 22/11/2014

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus e por ser essencial em minha vida, por me dar saúde e sabedoria.

Ao Silas meu amor por compreender a minha ausência e força para vencer esta etapa da minha vida!

Ao Professor Bruno Leonardo de Castro Sena por não desistir de mim, paciência e dedicação!

Obrigada por tudo!

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Paulinho e Rosângela, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

“Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado, mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado”.

***Albert Einstein***

## RESUMO

A depressão tem se tornado, no último século, um problema de saúde pública. Estima-se que em 2020 a depressão será a segunda causa de incapacidade no mundo. A depressão sofre influência de diversos fatores, sendo estes biológicos, genéticos, ambientais e genéticos e ambientais aliados. Acomete principalmente as mulheres. Esse estudo teve como objetivo principal elaborar um projeto de intervenção, propondo estratégias que auxiliem na redução do alto índice de ansiedade e depressão entre mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, na área de abrangência do PSF I – Vila Esméria do município de Nepomuceno/Minas Gerais. A revisão de literatura foi realizada nos acervos do Nescan, SciELO, bases da Bireme, Programas do Ministério da Saúde e em textos da Biblioteca Virtual do CEABSF. As palavras-chave usadas para buscar os textos pertinentes ao tema foram depressão, mulheres, PSF, diagnóstico e tratamento. De forma específica buscou-se identificar e descrever os principais sintomas de um paciente depressivo, conhecer a equipe de saúde que atua junto aos pacientes depressivos, conhecer como os profissionais de saúde ali presentes atuam frente à depressão, sugerir uma proposta que vise prevenir e controlar a depressão aos usuários do SUS. Concluiu-se ao final que a principal razão da depressão das mulheres do PSF I – Vila Esméria são o desemprego, falta de opções de lazer, que levam ao alcoolismo, baixa autoestima, ansiedade e depressão, e, principalmente, o uso excessivo de ansiolíticos e antidepressivos. Sugeriu-se como plano de ação propostas voltadas para práticas de atividades físicas, atividades artesanais, além da implantação de grupos de apoio.

**Palavras-chave:** Depressão. Saúde pública. Mulheres.

## ABSTRACT

Depression has become in the last century, a public health problem. It is estimated that in 2020 depression will be the second leading cause of disability worldwide. Depression is influenced by several factors, which are biological, genetic, environmental and genetic and environmental allies. It mainly affects women. This study aimed to develop an intervention project, proposing strategies that help in reducing the high rates of anxiety and depression among women aged 20-59 years in the PSF I coverage area - Esméria Village Nepomuceno / Minas Gerais. The literature review was performed in Nescon the collections, SciELO, bases of Medicine®, Ministry of Health Programs and texts of the Virtual Library of CEABSF. The keywords used to find the relevant texts to the subject were depression, women, PSF, diagnosis and treatment. Specifically we sought to identify and describe the main symptoms of a depressive patient, know the health team that works together with depressed patients, known as health professionals present there act against the depression, suggest a proposal to prevent and control depression to SUS users. It was concluded at the end that the main reason of depression in women of PSF I - Vila Esméria are unemployment, lack of leisure facilities, leading to alcoholism, low self-esteem, anxiety and depression, and especially the excessive use of anxiolytics and antidepressants. It was suggested as an action plan proposals aimed at physical activity practices, craft activities, and implementation support groups.

**Key-words:** Depression. Health problem. Women.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
SAAE	Serviço Autônomo de Água e Esgoto
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtorno Mental Comum

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Árvore explicativa do problema Alto Índice de Ansiedade e Depressão entre mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos .....	32
---	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Classificação das prioridades dos problemas encontrados na área de abrangência do PSF I – Vila Esméria .....	19
<b>Quadro 2:</b> Descritores do problema alto índice de ansiedade e depressão entre mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos .....	20
<b>Quadro 3:</b> Desenho das operações para os “nós críticos” do problema alto índice de ansiedade e depressão entre mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos .....	36
<b>Quadro 4:</b> Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema alto índice de ansiedade e depressão entre mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos .....	38
<b>Quadro 5:</b> Propostas de ações para a motivação dos atores .....	39
<b>Quadro 6:</b> Plano de ação .....	41
<b>Quadro 7:</b> Avaliação após 6 meses do início do projeto .....	43

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
1.1 Contexto geral	13
1.2 Diagnóstico Situacional	16
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>19</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>22</b>
3.1 Objetivo Geral	22
3.2 Objetivos Específicos	22
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>23</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>25</b>
5.1 A depressão como um problema de saúde pública	25
5.2 Conceito e sintomas da depressão	25
5.3 Depressão e as mulheres	26
5.4 Tipos de depressão	28
5.5 Tratamento da depressão	29
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>31</b>
6.1 Identificação do problema	31
6.2 Priorização dos problemas	31
6.3 Como controlar o problema	33
6.4 Problema priorizado	33
6.5 Explicação do problema	34
6.6 Seleção dos “nós-críticos”	35
6.7 Desenho das operações	35
6.8 Análise da viabilidade do plano	38
6.9 Elaboração do plano operativo	40
6.10 Gestão do plano	42

<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita através dos problemas enfrentados e dos conhecimentos e experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2009).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 39) a finalidade da educação permanente “[...] deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde”.

Segundo Arruda (2001, p. 20) o “novo perfil de saúde requer novos processos de formação e educação permanente, ressaltando a estratégia de saúde da família” como relevante para que o ensino e suas metodologias sofram alterações.

Através deste processo é possível realizar um intercâmbio de informações entre o que é aprendido e o que é realidade do dia a dia de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF), ocasionando uma melhor adequação do serviço e buscando um maior fortalecimento entre equipe de saúde e usuários da ESF.

Para Sousa e Hamann (2009) o termo atenção básica significa o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

O Programa de Saúde da Família foi concebido como uma estratégia para reorganização e fortalecimento da atenção básica, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde (SOUSA; HAMANN, 2009).

### **1.1 Contexto Geral**

#### **IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO**

Nepomuceno é um município do estado de Minas Gerais, situado no KM 677 da rodovia Fernão Dias, a 233 km sentido sul da capital mineira, Belo Horizonte e a 330 km sentido norte da capital paulista, São Paulo. Em relação ao último censo realizado no ano de 2010, apresenta uma população estimada em 25.733 mil

habitantes, sendo 7.174 mulheres.

Em sua administração atual, apresenta como Prefeito: Marcos Memento, como Secretária Municipal de Saúde: Marina Das Dores Garcia, como Coordenadora da Atenção Básica: Andyara Priscila Caselato e como Coordenadora da Atenção à Saúde Bucal: Rubia Pereira.

## HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

A colonização do território onde hoje se localiza o município de Nepomuceno teve início no século XVIII na fazenda Congonhal, obtida por sesmaria. O proprietário desta fazenda, o Capitão Mateus Luís Garcia, construiu uma capela em honra a São João Nepomuceno. No dia 6 de março de 1776, foi ali celebrado a primeira missa e realizado o primeiro batizado.

Segundo Silvestre Ferraz, a fundação de São João Nepomuceno de Lavras do Funil data de fins do século XVIII, sendo fundadores Francisco da Silva Teixeira, José Simões de Aguiar, Manoel Pereira de Carvalho, Cap. Matheus Luiz Garcia, e posteriormente Flávio Antônio de Moraes, João Antônio Gomes, Alferes José Antônio de Lima e cap. Manoel Joaquim da Costa.

Em torno da capela formou-se o primeiro núcleo que deu origem ao Povoado de São João Nepomuceno, à medida que se fixavam novos agricultores, a região se desenvolvia a ponto de, em 1831, ser elevado a Distrito de paz (11 de setembro de 1831) e freguesia pela Lei Número 209, de 7 de abril de 1841.

O nome Nepomuceno procede de Nepomuk, uma cidade de Boêmia, na Tchecoslováquia. Em 1383 foi São João Nepomuceno ali martirizado, por ordem do Rei Venceslau IV, devido à recusa de contar ao rei os pecados da rainha Joana, sua esposa. "Espraiando-se a fazenda do Congonhal, cruzamento das antigas estradas de passos a Formiga e Lavras, surgiu o Arraial de S. João Nepomuceno, incorporado logo à Paróquia de Lavras do Funil."

Em 30 de agosto de 1911, Nepomuceno conseguiu sua emancipação política administrativa, estabelecendo-se como município, através da Lei Estadual, nº 556, de 30 de agosto de 1911, sancionada pelo Exmo. Sr. Presidente do Estado de Minas Gerais, Dr. Júlio Bueno Brandão.

## ASPECTOS GEROGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

Possui como área total 583,78 km<sup>2</sup>, sua densidade populacional é cerca de 87,5 hab/km<sup>2</sup>, com o número aproximado de 9.371 domicílios e 7.565 famílias.

Pontuando os aspectos socioeconômicos, o município apresenta taxa de urbanização de 88,47%, índice de desenvolvimento humano de 0,784 (referência médio: 0,500 a 0,799), renda per capita familiar de R\$ 2.252,00. A água tratada chega à 100% dos domicílios urbanos, já os domicílios rurais são servidos por água não tratada, mas, em sua maioria, por águas oriundas de poços artesianos profundos. Da mesma forma acontece com o recolhimento do esgoto, ou seja, os domicílios urbanos são servidos de captação pelo serviço público e na zona rural ainda não há este atendimento.

As principais atividades econômicas de Nepomuceno são: agropecuária, comércio, e prestação de serviços.

Nepomuceno conta com um crescimento populacional anual de 0,62%, com densidade demográfica de 85,51 (hab/km<sup>2</sup>), tendo uma taxa de alfabetização de 98,98%, sendo que 27,16% da população estão abaixo da linha da pobreza.

No que se refere ao sistema local de saúde, importante se faz mencionar à existência e composição do Conselho Municipal de Saúde, que tem a função de gerir e acompanhar questões que envolvem saúde. A sua composição se dispõe da seguinte maneira: é representada por 16 membros, sendo 3 representantes de governo (saúde, finanças e SAAE), 2 prestadores de serviço (APAE e Santa Casa), 3 profissionais da área da saúde (odontologista, fisioterapeuta e enfermeira) e 8 usuários (5 representantes das associações de bairro, 1 representante da pastoral, 1 representante do Jornal Local e 1 representante do Congonhal). O município de Nepomuceno, conta ainda, com o fundo municipal de saúde sendo gerido e representado pela Gestora Municipal de Saúde. É norma constitucional a destinação de no mínimo 15% do orçamento à área da saúde, entretanto o município de Nepomuceno destina 19% para esse fim, demonstrando de maneira bem cristalina a preocupação dos governantes com a saúde local.

## SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

Embora o Programa de Saúde da Família seja uma ferramenta muito importante e utilizada de maneira efetiva pela população, a comunidade de Nepomuceno não possui cobertura total, uma vez que não foram implantados PSF's suficientes para abarcar 100% do seu território, porém está muito próximo dessa realidade, atingindo 75% de cobertura.

A implantação do programa teve início no ano de 1997, com a constituição do primeiro PSF I – Vila Esméria local atual de minha atuação profissional. Desde 1998 até o ano de 2012 foram implantados mais 3 unidades, sendo: PSFII - Cohab, PSFIII – Vila Menezes e PSF – IV Zona Rural. Cumpre ressaltar que, embora a população de Nepomuceno, em quase sua totalidade, tenha a sua disposição 4 Equipes de Saúde da Família bem distribuídas e com atendimento bem abrangente, a comunidade possui uma Equipe de Saúde Bucal alocada no PSF Rural. Os programas NASF e CEO ainda não foram implementados no município.

Sabemos que o sistema de referência e contrarreferência é de suma importância para a agilidade no diagnóstico e a eficiência na aplicação de recursos e continuidade do tratamento, uma vez que trata de um sistema de comunicação entre a atenção primária e a atenção especializada.

Porém, na prática, a realidade é outra, os agentes responsáveis por esse processo, muitas das vezes, não cumprem com o seu dever, seja pelo fato do acúmulo de serviço ou pelo fato da falta de melhor estruturação e organização desse serviço.

## RECURSOS DA COMUNIDADE

Na comunidade de Nepomuceno, o sistema de saúde trata a maioria de casos de média complexidade, tais como: exames laboratoriais, ultrassonografias, radiologia, cirurgias ambulatoriais, entre outros. Em relação aos casos de alta complexidade, o atendimento é realizado na microrregião de Lavras e na macrorregião de Varginha e Belo Horizonte.

### **1.2 Diagnóstico Situacional**

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM ESTUDO: PSF Vila Esméria

O PSFI Vila Esméria foi implantado no ano de 1997, atualmente atende 977 famílias, totalizando 1398 usuários, que na maioria das vezes são pessoas de baixa renda. A população da área abrangente do PSF I vivem da agricultura e pecuária e comércio.

Como já mencionado, as opções de trabalho giram em torno da agropecuária, sendo que as fazendas locais e as pequenas propriedades rurais são os principais postos de trabalho. Pelo fato da maioria das pessoas trabalharem no campo e muitas das vezes com suas próprias famílias, a taxa de desemprego é pequena, não podendo ser precisada ao certo.

Com o grande volume de informações e principalmente com a conscientização da importância da educação para a formação da criança para a vida civil, os índices de alfabetização na comunidade Vila Esméria de um modo geral são ótimos, sendo que atualmente há 183 crianças de até 14 anos na escola e 1354 pessoas que ainda estão estudando ou já se formaram.

Além da unidade de saúde, existem: uma escola municipal de ensino fundamental, escola particular, creche, igrejas de diversas religiões, e alguns estabelecimentos comerciais. A unidade de saúde localiza-se na área central do Bairro Vila Esméria de fácil acesso aos usuários. A equipe é composta por 10 agentes de saúde, uma técnica de enfermagem, um médico e uma enfermeira.

Nos PSF's a carga horária de trabalho é a mesma, qual seja, de 7:00 h às 16:00 h, com uma hora de almoço.

O PSF I Vila Esméria não tem unidade própria, funciona em casa de aluguel, no qual a unidade já está em andamento. No ano de 2006 é que foram construídas as duas novas unidades de saúde PSF II e 2012 o PSF III, seguindo orientações do ministério da saúde. Apresentam em sua estrutura: recepção ampliada com banheiro feminino e banheiro masculino, sala de pré-consulta, sala de vacina, consultório odontológico, consultório médico, consultório de enfermagem, sala de curativo, expurgo, cozinha, banheiro para funcionários, sala de material de limpeza. Nas unidades a agenda programada já está implementada e são realizadas ações de acolhimento, classificação de risco pelo sistema Manchester, consultas médicas, consultas de enfermagem, preventivo, vacinação, puericultura, procedimentos de enfermagem, visitas domiciliares, grupos de prevenção à saúde, entre outras.

Nota-se uma grande rotatividade de pacientes no dia-a-dia de funcionamento

das unidades do PSF I. Os mesmos buscam pelos diversos serviços oferecidos e têm uma relação harmônica com a equipe.

## 2 JUSTIFICATIVA

Ao realizar o diagnóstico situacional, os funcionários da Estratégia de Saúde da Família do município de Nepomuceno/MG, identificaram e classificaram os principais problemas que vêm ocorrendo, sendo eles:

**Quadro 1: Classificação das prioridades dos problemas encontrados na área de abrangência do PSF I – Vila Esméria.**

Principais Problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de ansiedade e depressão entre mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos	Alta	Parcial	1
Alcoolismo entre homens	Alta	Parcial	2
Alta taxa de desemprego: principalmente entre mulheres	Alta	Fora	2
Falta de opções de lazer	Alta	Parcial	2
Déficit de água	Alta	Fora	3
Déficit de saneamento	Alta	Fora	3

**Fonte:** SIAB (2013).

Nota-se, através do quadro apresentado acima, que o problema eleito como o de maior prioridade foi o alto índice de ansiedade e depressão entre mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos.

A partir do momento que se caracteriza um problema, ocorre uma melhor ideia da sua real dimensão. Por isso, se faz necessário a sua quantificação e classificação de seus descritores.

**Quadro 2: Descritores do problema Alto Índice de Ansiedade e Depressão entre mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos**

Descritores	Valores	Fontes
População feminina	2900 (100%)	SIAB
Mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos	1956 (57,8% da população feminina)	SIAB
Mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos que tomam ansiolíticos e antidepressivos	863 (63,89% das mulheres entre 20 a 59 anos)	Registro da equipe (busca ativa em prontuários)
Desemprego entre mulheres (mais acentuado fora da época de panha de café)	1421 (60% das mulheres entre 20 a 59 anos são donas de casa)	Observação ativa e entrevistas
Falta de opções de lazer	500 (80% das mulheres referem falta de opções de lazer)	Observação ativa e entrevistas
Alcoolismo em casa	40 (6,38% das mulheres referem alcoolismo do parceiro)	Observação ativa e entrevistas

Fonte: SIAB (2013).

Para que um problema maior ocorra, geralmente, vários fatores anteriores a ele, tiveram de certa forma, uma contribuição.

Na maioria das vezes, um problema é como uma colcha de retalhos, ou seja, um problema dá origem a outro, que foi originado de outro, eles se interligam.

Fatores locais como política, cultura, ambiente, presença de poucas indústrias e comércios no município, influenciam na falta de opções de lazer e nas taxas de desemprego, levando, conseqüentemente, ao alcoolismo, principalmente entre os homens, a baixa autoestima, famílias com baixa renda e o alto índice de ansiedade e depressão com o uso excessivo de ansiolíticos e antidepressivos, principalmente entre mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos. Como conseqüências, nota-se conflitos familiares, aumento das taxas de desemprego, diminuição da libido devido ao uso de medicamentos citados acima, sentimentos negativos, tentativas de autoextermínio, entre outros.

Segundo Maragno *et al.* (2006) estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo e que este número vem sofrendo um aumento progressivo.

Casos com sintomas ansiosos, depressivos ou somatoformes, mesmo não satisfazendo todos os diagnósticos de doença mental, apresentam uma elevada prevalência na população adulta (MARAGNO *et al.*, 2006).

Para Santos (2002, p. 152):

O transtorno mental comum (TMC) se refere à situação de saúde de uma população com indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão), mas que apresentam sintomas proeminentes que trazem uma incapacitação funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos. Esse quadro clínico, em geral, não faz os pacientes procurarem a assistência necessária, e muitas vezes, quando procuram esta assistência, são subdiagnosticados, podendo, desta forma, não receber o tratamento adequado. No campo da atenção primária, ou da prática médica não-psiquiátrica, isto se torna ainda mais relevante se levarmos em consideração a presença de comorbidades, que acabam por agravar o prognóstico de ambos os problemas, tanto por piora do quadro clínico principal, quanto por aderência inadequada aos tratamentos propostos.

Diante do exposto, justifica-se a relevância da escolha e estudo da temática apresentada.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar um projeto de intervenção, propondo estratégias que auxiliem na redução do alto índice de ansiedade e depressão entre mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, na área de abrangência do PSF I – Vila Esméria do município de Nepomuceno/Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar e descrever os principais sintomas de um paciente depressivo;
- Conhecer a equipe de saúde que atua junto aos pacientes depressivos.
- Conhecer como os profissionais de saúde desse local atuam frente à depressão.
- Sugerir uma proposta que vise prevenir e controlar a depressão aos usuários do SUS.

## 4 METODOLOGIA

Primeiramente, foi realizado o diagnóstico situacional para reconhecimento e descrição do município de Nepomuceno/MG e da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Vila Esméria. Concretizada esta primeira etapa, iniciou-se a realização do Planejamento Estratégico Situacional (PES), por meio dos passos descritos acima. Os quatro primeiros passos (definição dos problemas, priorização de problemas, descrição do problema e explicação dos problemas), foram descritos na justificativa deste trabalho e caracterizam a base para que o plano de ação possa ser desenvolvido. As próximas etapas que serão descritas dão sequência ao trabalho e são de suma importância para sua estruturação e desenvolvimento.

A revisão de literatura foi realizada nos acervos da Nescon, e ainda em sites como SciELO e bases da Bireme, Programas do Ministério da Saúde, foram ainda consultados textos da Biblioteca Virtual do CEABSF, sendo considerados estudos realizados nos últimos dez anos, sendo descartados aqueles fora desse período, e os que não sejam pertinentes ao tema. As palavras-chave usadas para buscar os textos pertinentes ao tema foram depressão, mulheres, PSF, diagnóstico e tratamento.

Este estudo trata-se de um projeto de intervenção, cuja caracterização do problema foi feita por meio do diagnóstico situacional do município de Nepomuceno/MG (através do método de Estimativa Rápida) e foi proposto um plano de ação seguindo o PES e a fundamentação teórica por meio de uma breve pesquisa bibliográfica.

O método PES desenvolvido pelo chileno Carlos Matus (1989; 1993), constitui-se da combinação do nível no qual se pratica o planejamento, a natureza do trabalho, a complexidade dos problemas e a capacidade de governo. É uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso. É fundamental que a equipe esteja atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações implementadas, para fazer as correções de rumo necessárias para garantir a qualidade do trabalho (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O PES é dividido em 10 passos, sendo eles: definição dos problemas, priorização de problemas, descrição do problema selecionado, explicação do

problemas, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano, elaboração do plano operativo, e por fim, a gestão do plano.

## **5 REVISÃO DE LITERATURA**

### **5.1 A depressão como um problema de saúde pública**

Conforme autores como Rouquayrol e Almeida Filho (2003), Bahls (2003) e a WHO (2010), a depressão tem se tornado, no último século, um problema de saúde pública.

Aproximadamente, de 12 a 15% da população adulta já vivenciou ou vivenciará momentos depressivos de extrema rigidez, fundamentando a necessidade de tratamento. Calábria e Calábria (2005, p. 33) destacam que “a depressão é um dos distúrbios mentais mais frequentes nos dias de hoje, de 4 a 24% da população vive em depressão”.

Estima-se que em 2020, a depressão será a segunda causa de incapacidade mundial. Pesquisas internacionais e nacionais revelam que as mulheres são mais predispostas aos sintomas de depressão e ansiedade, assim como aqueles indivíduos de baixa renda e escolaridade (MARTIN; QUIRINO; MARI, 2007).

A depressão vem sendo considerada um problema de saúde pública no Brasil e nos demais países, em geral como um problema recorrente, podendo ser crônico em cerca de 20% dos casos (SOARES, 2009).

A depressão representa um relevante e progressivo problema para a saúde pública está sendo considerada mundialmente a principal razão de incapacidade mental e estima-se que, até 2020, seja o segundo fundamento de incapacidade para a saúde (CUNHA; BASTOS; DEL DUCA, 2012).

### **5.2 Conceito e sintomas da depressão**

Há inúmeros elementos que se associam a depressão, tais como maior incidência no gênero feminino, em mulheres casadas, homens que vivem sozinhos, faixa etária entre 20 e 40 anos, perda de algum ente querido anterior à adolescência, histórico de depressão na família, puerpério, falta de alguém com quem se possa trocar confidências, eventos fundamentais negativos e domicílio em área urbana (CORDEIRO, 2002).

O DSM-IV (2000) define a depressão como um Episódio Depressivo com duração de pelo menos duas semanas, durante o qual o indivíduo revela um humor deprimido, falta de interesse ou prazer pela maior parte das ações do seu cotidiano, provocando danos na interação social, profissional ou demais segmentos significativos de sua vida.

Conforme Kaplan, Sadock e Grebb (1997, p. 493), “a depressão tem sido registrada desde a antiguidade, e descrições do que, agora, chamamos de transtornos de humor podem ser encontradas em muitos textos antigos”. Os sintomas relatados antigamente são idênticos aos atuais, ou seja, tristeza, melancolia, levando a progressão do diagnóstico e necessidade de tratamento.

Para Kaplan, Sadock e Grebb (1997) e Holmes (2001), a depressão sofre influência de diversos fatores, sendo estes biológicos, genéticos, ambientais e genéticos e ambientais aliados. Conforme os autores os aspectos biológicos da depressão são consequência de um reduzido grau de desempenho neurológico em locais do cérebro responsáveis pelo prazer. Essa reduzida atividade causa um número insuficiente de neurotransmissores nas sinapses. Os neurotransmissores implicados na depressão são a norepinefrina, também denominada como catecolaminas e a serotonina.

Vale ressaltar que distúrbios do sono, apetite, sexo e atividade motora, sintomas associados à depressão, podem ser explicados pelos reduzidos índices de norepinefrina e serotonina, graças à função essencial desses neurotransmissores na ação do hipotálamo, região do cérebro a qual cabe controlar o sono, apetite, sexo e o comportamento motor.

Cerca de 80% dos pacientes depressivos se queixam de alterações no sono, destacando-se a insônia como principal consequência, considerada como relevante fator da elevação do risco de depressão ao longo de um a três anos. A constância da insônia pode estar diretamente associada ao surgimento de um novo acontecimento depressivo ou ser um indício residual da depressão que não respondeu ao tratamento medicamentoso (CHELLAPPA; ARAÚJO, 2007).

### **5.3 Depressão e as mulheres**

Referente à distribuição por gênero, são percebidas que as mulheres são as principais vítimas da insônia, mesmo havendo proporção entre o gênero masculino e feminino depois dos 65 anos (PHILIPS; ANCOLI-ISRAEL, 2001).

De acordo com Santos e Kassouf (2007), a prevalência de depressão permanece maior entre as mulheres também quando esta se associa a doenças crônicas. Os autores não justificam a prevalência da depressão no gênero nesses casos de doença física crônica. Porém, é possível compreender o peso das circunstâncias ambientais impostas pelas restrições de uma doença física crônica ao contexto sócio-cultural das mulheres, tais como dupla jornada de trabalho, educação de filhos, entre outros.

Os distúrbios de humor são diretamente influenciados pelos fatores genéticos. Conforme pesquisas, indivíduos que possuem parentes em primeiro grau acometidos por transtorno bipolar tipo 1 são oito a dezoito vezes mais suscetíveis a apresentar a doença do que aqueles com parente em segundo grau, sendo que nesse caso o índice reduz para dois a dez vezes (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Estudos voltados para adoção comprovam os dados acima, visto que comprovaram que filhos biológicos de pais depressivos são mais predispostos a distúrbios de humor, mesmo aqueles que são criados em famílias que não revelam nenhum quadro de depressão (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Levando em conta a população mundial, a depressão, segundo Wilkinson, Moore e Moore (2003), vem sendo cada vez mais relatada nas consultas de clínica geral, sendo simultaneamente, pouco diagnosticada e tratada, acometendo aproximadamente 25% da população mundial anualmente, em uma proporção de uma para cada vinte pessoas. A doença poderá ser moderada ou grave, desse último tipo somente um quinto procura por tratamento médico. Aproximadamente uma em cada cinquenta pessoas depressivas irá requerer tratamento hospitalar.

Como no climatério as mulheres tendem a se sentirem deprimidas devido às inúmeras transformações sofridas pelo corpo ao longo desse período, estudos vêm sendo realizados buscando evitar o aparecimento da depressão em mulheres que ainda não apresentaram seus sintomas. O estudo de Sousa *et al.* (2006) que buscou avaliar a eficácia do uso de isoflavonas da soja no tratamento de sintomas depressivos em mulheres com síndrome climatérica, revelou resultados positivos, mostrando que houve redução significativa nos sintomas depressivos com o uso dos

isoflavonas, beneficiando pacientes que decidem não se tratar com estrógenos (terapia hormonal convencional que objetiva aliviar os sintomas desagradáveis relacionados à redução dos esteroides sexuais, causadores dos sintomas apresentados na fase climatérica).

No decorrer e após a gravidez a depressão implica em uma circunstância desfavorável para a mulher, que se sente culpada por não se sentir feliz com a vinda de um filho. A gravidez, para o senso comum, associa-se à felicidade da mulher (CORREIA; BORTOLI, 2011), já a infertilidade estaria associada à tristeza e incompletude feminina (TRINDADE; ENUMO, 2002). Sendo assim, não é aceito facilmente que uma mãe sinta tristeza ou tenha depressão.

Em um contexto de violência excessiva, sem a possibilidade de fuga ou esquivas, a mulher pode se dar conta que não há nada que ela possa fazer para modificar o contexto inadequado no qual está inserida, levando-a a se comportar sob a influência dessa regra. Diversas vezes a mulher vítima de violência desenvolve, também, a crença de que tem culpa em sofrer a violência (MATTAR et al., 2007).

#### **5.4 Tipos de depressão**

Ramos (1984) classifica a depressão em dois tipos, depressão inibida e ansiosa. Na depressão inibida o paciente mostra desinteresse com sua condição, aliando à doença às angústias cotidianas. Já no tipo ansiosa, a preocupação do paciente com sua condição é grande, levando-o a relatar constantemente os sintomas, revelando agitação e ansiedade frequentes.

A depressão endógena faz alusão a doenças mentais ocasionadas por fatores orgânicos e desconhecidos. Denominam-se como bipolares os distúrbios caracterizados apenas por situações depressivas e maníacas (LOUZÃ-NETO; BETARELLO, 1994).

Para Corrêa (1995) a depressão endógena é uma depressão estabelecida geneticamente por um gene autossômico dominante simples, porém de introdução consideravelmente imprevisível. Geralmente associa-se a incidentes em parentes de primeiro e segundo graus acometidos pela depressão bipolar e unipolar e, quase sempre a uma grande sobrecarga familiar depressiva.

Já a depressão situacional é estabelecida originariamente por ocorrências derivadas de conflitos e traumas, representando um cenário extenso, ou seja, um

estado fundamental da relação presente entre o sujeito e seu ambiente, ocasionado por motivos conflituosos entre o sujeito e o mundo; ausência de afeto; sobrepeso emocional; solidão (CORRÊA, 1995).

Louzã-Neto e Betarello (1994) conceituam a depressão neurótica como um fenômeno advindo da restrição do poder de desenvolver sentimentos e, especialmente, de resultados negativos na produção de conflitos e dificuldades de atuar com os próprios desejos. De acordo com Corrêa (1995), o fundamento da depressão neurótica é o distúrbio estrutural da personalidade pré-mórbida. Como as principais características dessa depressão são a falta de intensidade e durabilidade, diversas vezes o suicídio é uma inclinação, o medo, a insegurança, angústia e ansiedade.

A depressão pode, ainda, ser derivada de um distúrbio orgânico, ocasionado por uma doença orgânica ou física, ou ainda pela ingestão de medicamentos. Esse padrão é conhecido como depressão sintomática (CORRÊA, 1995; VILELA, 1996).

## **5.5 Tratamento da depressão**

Os transtornos de humor são relativamente fáceis de tratar, mas a maioria dos deprimidos sequer procura atendimento médico e, metade dos que o fazem, buscam tratamento inicial com clínicos gerais e de outras especialidades; a outra metade é dividida entre os que fazem psicoterapia e os que são atendidos pelo psiquiatra para tratamento específico (LOUZÃ-NETO et al, 1995).

O tratamento da depressão requer um diagnóstico qualificado e uma avaliação médica antes de ser iniciado, juntamente com uma aliança terapêutica sadia (HIRSCHFELD; GOODWIN, 1992).

A terapia deve compreender as dimensões biológicas, psicológicas e sociais e usar a psicoterapia, mudanças no estilo de vida e a terapia farmacológica. Vale ressaltar que não se trata "depressão" de forma abstrata, mas sim pacientes deprimidos, contextualizados em seus meios sociais e culturais e compreendidos nas suas dimensões biológicas e psicológicas (SOUZA, 1999).

Em serviços de cuidados primários e outros serviços médicos gerais, 30 a 50% dos casos de depressão não são diagnosticados (FLECK et al., 2009).

Apesar do grande avanço na área e no desenvolvimento de novas classes de agentes antidepressivos, os profissionais envolvidos com o manejo desses

pacientes ainda se deparam com algumas dificuldades. Infelizmente cerca de 30% a 40% dos enfermos não respondem adequadamente ao tratamento inicial e podem levar cerca de seis semanas para caracterizar que um determinado medicamento não é efetivo para aquele caso (DORIS; EBMEIER; SHAJAHAN, 1999).

Falhas na adesão ao tratamento com antidepressivos em geral decorrem do aparecimento de efeitos adversos em intensidade importante, e este é um aspecto relevante para a resposta ao fármaco (LIMA; SOUGEY; VALLADA FILHO, 2004).

Ensaio clínico mostram que o tratamento farmacológico combinado com psicoterapia tem apresentado resultados mais eficientes na redução e prevenção do reaparecimento de episódios de depressão, do que aqueles apenas medicamentosos (FLECK; HORWATH, 2005; HOLLON et al., 2005).

As psicoterapias comportamentais vêm apresentando resultados eficientes na modificação do comportamento de pessoas com depressão. Resultados como redução dos sintomas, aumento no repertório social e alteração na quantidade e qualidade das atividades e das interações sociais têm sido frequentemente associados a essas intervenções (CARDOSO, 2011).

Tratamentos psicológicos específicos para episódio depressivo são efetivos, com maior evidências para depressões leves a moderadas. Estudos controlados mostraram que psicoterapia cognitiva, psicoterapia interpessoal e psicoterapia de solução de problemas são efetivas no tratamento dos episódios depressivos leves a moderados. Os diferentes antidepressivos têm eficácia semelhante para a maioria dos pacientes deprimidos, variando em relação ao seu perfil de efeitos colaterais e potencial de interação com outros medicamentos (FLECK et al. 2001).

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

### **6.1 Identificação do problema**

Para este estudo foi utilizado o método da Estimativa Rápida para realizar o Diagnóstico Situacional na Equipe de Saúde da Família “PSF I – Vila Esméria”. A partir disso, identificou com sua equipe o alto índice de ansiedade e depressão nas mulheres pertencentes à área do PSF I - Vila Esméria, para elaboração do plano de ação. Como confirma Campos, Faria e Santos (2010, p. 14):

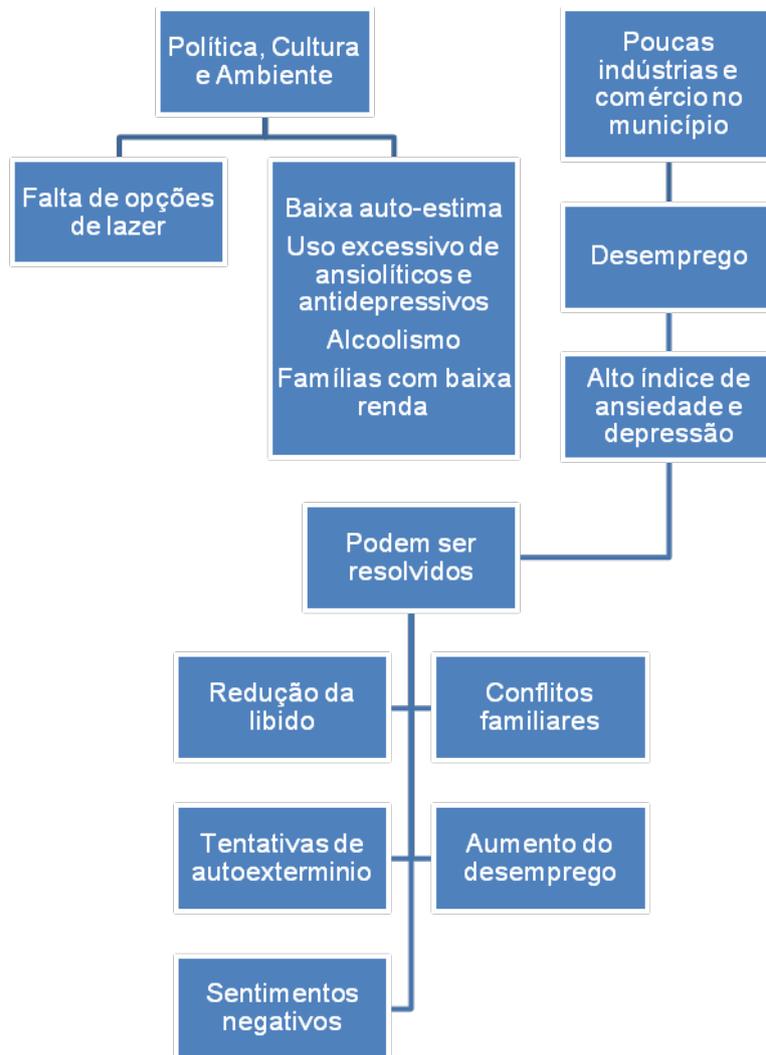
A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso.

### **6.2 Priorização dos problemas**

O plano de ação foi definido pelo grande número de mulheres pertencentes à área do PSF I – Vila Esméria que faz uso abusivo de antidepressivos. Os transtornos mentais ocupam o segundo lugar em número de atendimentos nesse PSF de acordo com o diagnóstico situacional realizado em 2012/2013. O estudo também revelou que usuários cadastrados apresentam algum tipo de transtorno mental, sendo os principais: depressão ou estado depressivo, distúrbio da ansiedade e insônia, convulsões, dor crônica, dependência química. Esses transtornos mentais ocorrem graças a falta de estrutura familiar, falta de lazer e perspectiva de crescimento, desemprego, alcoolismo e dependência química. Os dados alcançados referentes aos transtornos mentais mais prevalentes foram identificados por meio de registro em prontuário, registro dos agentes comunitários de saúde e registros contidos em cadernos da equipe.

A seguir serão apresentadas as etapas deste plano para melhor entendimento didático, conforme propõe Campos, Faria e Santos (2010) no módulo “Planejamento e avaliação das ações em saúde” estudada pela autora, que são:

**Figura 1: Árvore explicativa do problema Alto Índice de Ansiedade e Depressão entre mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos**



**Fonte:** Campos, Faria e Santos (2010).

A resolução de tais problemas pode ocorrer por meio da estruturação dos serviços de saúde e o processo de trabalho (ESF, CRAS, CREAS, Educadores físicos...); realizar capacitações e reuniões de equipes com o foco na resolução desses problemas; sugerir oficinas de artesanatos em interdisciplinaridade com a assistência social; Incentivar a prática de exercícios físicos; oferecer terapias individuais e em grupos; entre outros.

Conforme sugere Campos, Faria e Santos (2010), este passo “tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação de suas causas”.

A seguir a autora apresenta o esquema explicativo construído para a problemática: “Alto índice de ansiedade e depressão em mulheres pertencentes ao PSF I – Vila Esméria”, a partir da representação do Esquema 1.

### **6.3 Como controlar o problema**

Para controlar o problema descrito, será necessário investir na prevenção e na promoção da saúde desses usuários através de:

Parceria com Saúde Mental e a Unidade onde serão realizados encontros para discussão de assuntos como o uso racional de medicamentos;

Participação quinzenal do psiquiatra na unidade para atender melhor as mulheres;

Estabelecer parcerias efetivas com as Comunidades Terapêuticas que fazem parte da área de abrangência;

Criação de oficinas de tricô, crochê, aula de maquiagem, pinturas na Unidade;

Realização de ginástica, aula de dança, participação do educador físico, fisioterapeuta, enfermeira e ACS.

Visitas domiciliares dos ACS que deverão conversar com familiares e cuidadores sobre o uso adequado da medicação de acordo com a prescrição médica, e se os mesmos estão fazendo uso regular das mesmas.

### **6.4 Problema priorizado**

Nenhum fenômeno, por menor que seja, tem sua origem definida por uma única matriz. Compreender o mundo atual nos direciona, com mais frequência, a percorrer caminhos diversos: o social, cultural, biológico, econômico e psíquico. Entretanto, ainda existe a tendência a buscarmos a causa biológica como o fator desencadeante da maioria das doenças em detrimento de outras causas de igual importância. Mas podemos afirmar que qualquer doença só pode ser entendida quando inserida na sociedade em que ocorre, considerando a classe social do indivíduo (PEREIRA; VIANNA, 2009).

Os estudos epidemiológicos em saúde mental propiciam compreender mais claramente a frequência com que esses transtornos ocorrem na população em geral, avaliar suas consequências diretas e indiretas, em nível individual, familiar e social,

além de trazer à tona suas associações com variáveis sócio-demográficas a fim de orientar o reconhecimento de grupos de risco (GONÇALVES; KAPCZINSK, 2008).

Foi identificada uma maior prevalência de distúrbio da ansiedade e depressão sendo a predominância em mulheres que se encontram com idade entre 25 a 59 anos, sendo a maioria destas casadas. Este resultado pode ser relacionado com algumas causas identificadas do problema como: falta de atividade e perspectiva de vida da população feminina e desestrutura familiar.

Sendo o PSF uma unidade do SUS permeada por ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde e, além disso, que tem como foco dos acontecimentos a família, é de fundamental importância que as discussões sejam realizadas de forma a promover a prevenção e sistematizar todas as atividades propostas para efetivação do plano de ação.

## **6.5 Explicação do problema**

No PSF I – Vila Esméria, existe um grande número de pacientes portadores de transtornos mentais de acordo com diagnóstico situacional realizado no ano de 2012/2013 na área de abrangência da equipe.

O quantitativo de usuários portadores de transtornos mentais foi obtido por meio de sistemas de informação, de registros em cadernos da equipe e também com o auxílio dos ACS.

Diante do problema torna-se de fundamental importância o empenho e a articulação de toda a equipe para execução do plano de ação proposto para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes. Nesse sentido o PSF vem se mostrando como instrumento do processo de transformação da assistência em saúde mental, uma vez que possibilita maior aproximação entre o usuário, a família, os profissionais e toda a comunidade. Enfim essa proximidade é um importante recurso, principalmente no que se refere ao enfrentamento dos agravos vinculados ao sofrimento psíquico, que vêm se mostrando frequentes, e ainda pouco tratados (ANDRADE, 2006).

## 6.6 Seleção dos “nós críticos”

O nó crítico é “um tipo de causa de um problema que, quando ‘atacada’, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”. Além disso, traz a concepção de algo sobre o qual se pode intervir, ou seja, está sobre a governabilidade da equipe, confirma Campos, Faria e Santos (2010).

A partir disso, são listados a seguir os nós críticos identificados pela autora, que são:

- Hábitos e estilo de vida;
- Falta de ocupação e lazer;
- Alcoolismo de parceiros;
- Pressão social (poucas oportunidades de emprego);
- Uso exagerado de ansiolíticos e antidepressivos;
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema.

Acredita-se que estes são os principais nós críticos identificados e passíveis de resolução, alguns de forma parcial, ou seja, através da interligação entre a equipe da ESF e outros seguimentos públicos e da sociedade. Já outros aqueles denominados capacidade de enfrentamento fora, dependem de outros setores políticos que não a saúde.

## 6.7 Desenho das operações

Após a explicação do problema com consequente identificação das causas, é necessário pensar em soluções e estratégias para que esse problema principal seja enfrentado.

Para isso, deve-se realizar a elaboração do plano de ação, através do desenho de operações que busquem solucionar ou resolver os “nós críticos” do problema em questão identificado no diagnóstico situacional.

O PSF I – Vila Esméria propôs, a partir dos “nós críticos” identificados, as operações necessárias para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários a essa execução, como será demonstrado a seguir no Quadro 3.

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) a partir do momento que se tem o problema explicado e as causas destes identificadas, parte-se para a próxima etapa da elaboração do plano de ação que remete às estratégias e soluções para enfrentamento do problema. Para tanto, faz-se necessário descrever as operações para o enfrentamento das causas identificadas como “nós críticos”, em seguida identificar os produtos e resultados para cada operação e, por fim, elencar os recursos necessários para a implantação e implementação das operações:

**Quadro 3: Desenho das operações para os “nós críticos” do problema alto índice de ansiedade e depressão entre mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos**

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilo de vida inadequados	<b>+Saúde</b> Modificar hábitos e estilo de vida	Reduzir o sedentarismo e a ansiedade através da prática da atividade física e alimentação saudável	- Programas de ginásticas e caminhadas orientadas; - Consultas com nutricionista para adequação de dietas; - Divulgação na rádio do município e pela ESF.	Organizacional→para organizar as práticas de atividades físicas e consultas nutricionais; Cognitivo→informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político→conseguir o espaço na rádio, parcerias com o setor da educação e outros setores da saúde; Financeiro→recursos audiovisuais, panfletos, cartazes.
Falta de ocupação e lazer	<b>+Bem estar</b> Aumentar/criar opções de lazer	Diminuir as taxas de ansiedade e depressão nas mulheres, e alcoolismo dos parceiros	-Oficinas de crochê e bordado; -Aulas de ginástica e dança; -Aula de Maquiagem -Oficinas de música.	Organizacional→para organizar as oficinas, as aulas de ginástica e dança, e aula de maquiagem; Cognitivo→estratégias de comunicação; Político→parcerias com a assistência social, secretarias de esportes e cultura para disponibilização de profissionais;

				Financeiro→divulgação através de panfletos e cartazes, lugares e condições para manter oficinas e funcionários.
Pressão social (alcoolismo e poucas oportunidades de emprego)	<b>+Qualidade de vida</b> Diminuir a taxa de alcoolismo entre os homens e diminuir a taxa de desemprego	-Melhora da convivência e satisfação conjugal familiar;  -Melhora da situação financeira.	-Implantação do Grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) nas comunidades rurais;  -Programa de geração de emprego e renda;	Organizacional→para organizar os grupos de AA;  Cognitivo→elaboração e gestão de projetos de geração de empregos;  Político→articulação com presidência do AA para extensão do projeto, aprovação de projetos de geração de emprego e renda, mobilização social;  Financeiro→apoio e financiamento dos projetos.
Uso exagerado de ansiolíticos e antidepressivos	<b>Medicalizar-se menos</b> Incentivar a desmedicalização	Aumentar a auto-estima e valorização pessoal através de práticas alternativas, desestimulando o uso excessivo de medicações ansiolíticas e antidepressivas	-Grupos de ginástica e caminhada;  -Oficina de música e dança; crochê e bordado;  -Terapias individuais e em grupo com psicóloga.	Organizacional→para organizar os grupos e as oficinas;  Cognitivo→informação sobre o tema, elaboração do projeto das oficinas;  Político→articulação com assistência social, CERSAM, secretarias de esporte e cultura, mobilização social;  Financeiro→apoio e manutenção das oficinas.e profissionais.

Fonte: Acervo próprio (2014).

Identificação dos recursos críticos (7º passo).

Os recursos críticos são aqueles que são indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis para tal execução. A equipe deve saber

claramente quais são esses recursos e planejar estratégias para conseguir viabilizá-los.

Anteriormente, no quadro 3, o PSF realizou o desenho das operações e expôs os recursos necessários para realizar as operações. Abaixo será apresentado o quadro 4, o resumo desses recursos, denominados recursos críticos.

**Quadro 4: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema alto índice de ansiedade e depressão entre mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos**

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>+Saúde</b>	Político→parcerias com setor da educação e outros setores da saúde; Financeiro→recursos audiovisuais, panfletos, cartazes.
<b>+Bem estar</b>	Político→parcerias e disponibilização de profissionais; Financeiro→lugares e condições para manter oficinas e profissionais.
<b>+Qualidade de vida</b>	Político→formação do projeto alcoólicos anônimos no bairro e aprovação dos projetos de geração de emprego e renda; Financeiro→apoio e financiamento dos projetos.
<b>Medicalizar-se menos</b>	Político→articulação com vários segmentos e mobilização social; Financeiro→apoio e manutenção das oficinas e profissionais.
<b>+Capacidade de enfrentamento</b>	Cognitivo→sensibilização de cada profissional; Político→adesão dos profissionais; Financeiro→recursos audiovisuais, panfletos, guias explicativos.

**Fonte:** Acervo próprio (2014).

## 6.8 Análise da viabilidade do plano

Campos, Faria e Santos (2010) tratam da viabilidade do plano a partir da motivação dos variados atores envolvidos para implantação e implementação das operações, haja vista que a autora não possui controle sobre todos os recursos necessários para execução do plano.

Sendo assim, é importante identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisar a motivação dos mesmos e desenhar ações estratégicas para motivação, caso necessário, construindo desta maneira a viabilidade das operações do plano. O Quadro 3 apresenta propostas de ações para a motivação dos atores.

Nesta etapa é importante a identificação dos atores que controlam os recursos críticos, realizando uma análise sobre seu provável posicionamento em relação ao problema, ou seja, se sua motivação é favorável (está à disposição, e transfere o controle do recurso para o ator que está planejando a ação), ou se é indiferente (indica que seu apoio ainda não está garantido, e nem se fará ou não oposição a utilização de tal recurso crítico para execução do plano) ou se apresenta uma motivação contrária (oposição ativa a utilização do recurso).

**Quadro 5: Propostas de ações para a motivação dos atores**

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		
		Ator que controla	Motivação	Ações Estratégicas
<b>+Saúde</b> Modificar hábitos e estilo de vida	Político→parcerias com setor da educação e outros setores da saúde; Financeiro→recursos audiovisuais, panfletos, cartazes.	Secretária da Educação e secretária da saúde; Secretária da saúde.	Algumas instituições são favoráveis outras são indiferentes  Favorável	Apresentar o projeto para os atores que controlam e solicitar apoio
<b>+Bem estar</b> Aumentar/criar opções de lazer	Político→parcerias e disponibilização de profissionais;  Financeiro→lugares e condições para manter oficinas e profissionais.	Secretário da assistência social, secretário do esporte e secretária da cultura;  Prefeito e Secretaria de governo.	Algumas instituições são favoráveis outras são indiferentes  Indiferente	Apresentar o projeto para os atores que controlam e solicitar apoio  Apresentar o projeto ao Prefeito e Secretaria de Governo
<b>+Qualidade de vida</b> Diminuir a taxa de alcoolismo entre os homens e diminuir a taxa de desemprego	Político→formação do projeto alcoólicos anônimos no bairro e aprovação dos projetos de geração de emprego e renda;  Financeiro→apoio e financiamento dos projetos.	Presidente e coordenação do AA, prefeito e câmara municipal;  Prefeito e apoio de órgãos federados.	Indiferente  Indiferente	Apresentar o projeto aos membros da diretoria do AA e ao prefeito e câmara municipal e solicitar apoio  Apresentar o projeto ao Prefeito

<b>Medicalizar-se menos</b> Incentivar a desmedicalização	Político→articulação com vários segmentos e mobilização social;  Financeiro→apoio e manutenção das oficinas e profissionais.	Secretário da assistência social, coordenadora da Saúde Mental, secretário do esporte e secretária da cultura; associações de bairros;  Prefeito e apoio de órgãos federados.	Algumas instituições são favoráveis outras indiferentes  Indiferente	Apresentar o projeto aos autores que controlam e solicitar apoio
<b>+Capacidade de enfrentamento</b> Intensificar ações para diminuição do alto índice de ansiedade e depressão	Cognitivo→sensibilização de cada profissional;  Político→adesão dos profissionais;  Financeiro→recursos audiovisuais, panfletos, guias explicativos.	Profissionais do PSF e demais profissionais envolvidos;  Enfermeira gerente da PSF, coordenadora das PSF's e outros coordenadores dos outros setores envolvidos;  Secretária de saúde	Favorável  Alguns favoráveis outros indiferentes  Favorável	Apresentar o projeto aos autores que controlam e solicitar apoio

Fonte: Acervo próprio (2014).

## 6.9 Elaboração do plano operativo

Para Campos, Faria e Santos (2010) esta etapa possui o objetivo de designar os indivíduos responsáveis por cada operação, além de definir os prazos para execução das mesmas. Tal etapa corresponde ao cronograma do plano de ação, que está representada no Quadro 6.

Através desta etapa, elaboração do plano operativo, é que se designam os responsáveis por cada operação a ser realizada, ou seja, o gerente de cada operação.

O gerente da operação é aquele que ficará responsável por acompanhar a execução das ações definidas em cada projeto e também avalia se o responsável

pela execução está realizando-a de forma coerente. Também é nesta fase de elaboração do plano operativo que se determinam os prazos necessários para o cumprimento das ações de cada plano operativo.

**Quadro 6: Plano de ação.**

Operações	Resultados	Produtos	Ações	Responsável	Prazo
<b>+Saúde</b> Modificar hábitos e estilo de vida	Reduzir o sedentarismo e a ansiedade através da prática da atividade física e alimentação saudável	-Programas de ginásticas e caminhadas orientadas; -Consultas com nutricionista para adequação de dietas; -Divulgação na rádio do município e pela ESF.	Apresentar o projeto para os atores que controlam e solicitar apoio	Educador físico Nutricionista	Apresentar o projeto: 2 meses;  A ginástica já está ativa nas ESF;  Consultas com nutricionista também já está ativa;  Divulgação no rádio: 3 meses
<b>+Bem estar</b> Aumentar/criar opções de lazer	Diminuir as taxas de ansiedade e depressão nas mulheres, e alcoolismo dos parceiros	-Oficinas de crochê e bordado; -Aulas de ginástica e dança; -Aula de maquiagem -Oficinas de música.	Apresentar o projeto para os atores que controlam e solicitar apoio  Apresentar o projeto ao Prefeito e Secretaria de Governo	Profissional artesão Educador físico Professor de música	Implantação das oficinas: 6 meses;  Aula de ginástica já está ativa;  Aula de maquiagem
<b>+Qualidade de vida</b> Diminuir a taxa de alcoolismo entre os homens e diminuir a taxa de desemprego	-Melhora da convivência e satisfação conjugal familiar; -Melhora da situação financeira	-Implantação do Grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) nos bairros; -Programa de geração de emprego e renda;	Apresentar o projeto aos membros da diretoria do AA e ao prefeito e câmara municipal e solicitar apoio  Apresentar o projeto ao Prefeito	Coordenador do AA Secretário do desenvolvimento social	Implantação do AA: 6 meses;  Programa de geração de emprego e renda: 12 meses

<b>Medicalizar-se menos</b> Incentivar a desmedicalização	Aumentar a auto-estima e valorização pessoal através de práticas alternativas, desestimulando o uso excessivo de medicações ansiolíticas e antidepressivas	-Grupos de ginástica e caminhada; -Oficina de música e dança; crochê e bordado; -Terapias individuais e em grupo com psicóloga.	Apresentar o projeto aos autores que controlam e solicitar apoio	Educador físico Professor de música Artesão Psicóloga	Grupo de ginástica já está ativo; Implantação das oficinas: 6 meses Orientação com psicóloga: 6 meses
<b>+Capacidade de enfrentamento</b> Intensificar ações para diminuição do alto índice de ansiedade e depressão	-Redução na taxa de mulheres que utilizam medicações antidepressivas e ansiolíticas;	-Oficinas e capacitação da equipe sobre o tema; -Elaboração de estratégias junto à equipe para intensificação de mulheres nas oficinas, grupos de ginástica e caminhada e terapias psicológicas; -Realização pela ESF de grupos de mulheres abordando temas inerentes à saúde da mulher; -Gestão da capacidade de enfrentamento da equipe.	Apresentar o projeto aos autores que controlam e solicitar apoio	Enfermeira e médico Enfermeira e agentes de saúde	Oficinas de capacitação: 3 meses Estratégias de intensificação das mulheres: 4 meses Grupos de mulheres: 4 meses Gestão da capacidade de enfrentamento: 6 meses

Fonte: Acervo próprio (2014).

## 6.10 Gestão do Plano

Nesta etapa, Campos, Faria e Santos (2010) colocam que “é preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias”. Tal afirmação justifica-se porque não basta um plano de ação bem elaborado com os recursos garantidos, é necessária a utilização eficiente dos

recursos, a comunicação efetiva do atores envolvidos, ou seja, a gestão contínua do plano de ação.

A seguir, a autora apresenta o Quadro 5 com a Planilha para acompanhamento de projetos a ser utilizada pelo PSF I – Vila Esméria na implantação do plano de ação proposto por este trabalho.

É importante ressaltar que em todas as operações, além dos responsáveis específicos por cada uma delas, a equipe da estratégia de saúde da família também estará colaborando junto a eles para intensificação das ações e efetividade das mesmas.

É através da gestão do plano que se discute e define o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) esse momento é crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado, é preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias.

É necessário que toda equipe esteja dedicada e empenhada para que o projeto de intervenção se torna efetivo e resolutivo, sendo que a gestão do plano deverá ser uma etapa constante no dia a dia da equipe, para real dimensão dos benefícios trazidos por esse projeto.

#### **Quadro 7: Avaliação após 6 meses do início do projeto.**

<b>Coordenação: Pauliny Lobo- Avaliação após 6 meses do início do projeto.</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
<b>+Saúde</b> 1 Modificar hábitos e estilo de vida	Marcelo	3 meses	50% das pacientes participando com resultados de diminuição de depressão e uso de ansiolíticos.	Falta de empenho das mulheres	6 meses
<b>+Bem estar</b> Aumentar/criar opções de lazer	Valeria	3 meses	65%	Participando das oficinas e lazer.	6 meses

	Eliane	2 meses	65%	Participando das oficinas e lazer.	6 meses
	Solange	6 meses	65%	Participando das oficinas e lazer.	6 meses

**Fonte:** Acervo próprio (2014).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo abordou a questão da depressão em mulheres. O plano de ação propõe a redução do grande número de mulheres que faz uso abusivo de antidepressivos encontrado no PSF I – Vila Esméria e o tratamento por meio de propostas voltadas para práticas de atividades físicas, atividades artesanais, além da implantação de grupos de apoio.

Durante o processo de elaboração desse estudo, observou-se que os fatores causadores da depressão nessas mulheres foram o desemprego, a falta de opções de lazer, o alcoolismo, a baixa autoestima, a ansiedade e a depressão, e, principalmente, o uso excessivo de ansiolíticos e antidepressivos

Para que o projeto de intervenção juntamente com as propostas apresentadas, seja colocado em prática é necessário empenho de toda a equipe através da busca de recursos e elaboração de estratégias que estimulem a intensificação da participação dos usuários nas atividades descritas (ex.: reuniões com a comunidade, distribuição de panfletos e cartazes).

Com base na literatura estudada e o projeto de intervenção proposto para o enfrentamento da ansiedade e depressão dessas mulheres, concluímos que deve ser implementada a terapia para a depressão leve, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A psicoterapia deve ser uma ferramenta utilizada para auxiliar a mudança no estilo de vida e permitir o uso racional da terapia farmacológica. Para que essas mudanças sejam reais, entende-se que a gestão do plano de ação proposto deva ser constante de forma que se obtenha o *feedback* necessário e tão importante para assegurar que a intervenção sugerida seja efetiva.



## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. de. **Introdução à metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2006.

ARRUDA, B. K. G. Introdução. In: **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP). 2001. P.20. (Série: Publicações Científicas do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco - IMIP).

BAHLS, S. C.; BAHLS, F. R. C. Uma revisão sobre a terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e na adolescência. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 21, nº 33, p. 39-46, abril./junho 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 9. Série Pactos pela Saúde. Brasília, 2009.

CALÁBRIA, L.; CALÁBRIA, Q. de P. A. Câncer de Mama: a relação com estresse e depressão. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 23, n. 40, p. 31-36, jan. /março 2005.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARDOSO, L. R. D. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 67, p. 479-489, out./dez., 2011.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, jan./jun., 2004.

CHELLAPPA, S. L.; ARAÚJO, J. F. O sono e os transtornos do sono na depressão. **Rev. Psiq. Clín**, v. 34, n. 6, p. 285-289, 2007.

CORDEIRO, J. C. D. **Manual de psiquiatria clínica**. 2 ed Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

CORRÊA, A. C. O. A fenomenologia das depressões: da nosologia psiquiátrica clássica aos conceitos atuais. **Psiquiatria Biológica**, v. 3, n. 3, p. 61-72, 1995.

CORREIA, K. M. L.; BORTOLI, E. Mulher e depressão: uma análise comportamental-contextual. **Acta Contemporalia**, Guadalajara, v. 19, n. 3, p. 359-373, dez., 2011.

COSER, O. **Depressão: clínica, crítica e ética** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

CUNHA, R. V. da; BASTOS, G. A. N.; DEL DUCA, G. F. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 346-354, 2012.

DORIS, A.; EBMEIER, K.; SHAJAHAN, P. Depressive Illness. **Lancet**, v. 354, p. 136975, 1999.

DSM –IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

FLECK, M. P.; BERLIM, M. T.; LAFER, B.; SOUGEY, E. B.; et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, suppl. 1, s7-17, 2009.

FLECK, M. P., HORWATH, E. Pharmacologic management of difficult-to treat depression in clinical practice. **Psychiatric Services**, v. 56, n. 8, p. 1005-1011, 2005.

FLECK, M. P.; LAFER, B; SOUGEY, E. B.; DEL PORTO, J. A.; BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F. **Diagnóstico e tratamento da depressão**. Projeto Diretrizes, março, 2001. Disponível em <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/036.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/036.pdf)> Acesso em: 02 nov. 2014.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1641-1650, jul., 2008.

HIRSCHFELD, R. M.; GOODWIN, F. K. Transtornos do humor. In: TABBOTT, J.; HALES, R.; YUDOFKY, S. **Tratado de Psiquiatria**. São Paulo: Artes Médicas; 1992.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2 ed Porto Alegre: Artmed, 2001.

HOLLON, S. D.; JARRETT, R. B.; NIERENBERG, A. A.; THASE, M. E.; TRIVEDI, M.; RUSH, A. J. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: Which monotherapy or combined treatment? **Archives of General Psychiatry**, v. 66, n. 4, p. 455-468, 2005.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LIMA, I. V. M.; SOUGEY, E. B.; VALLADA FILHO, H. P. Farmacogenética do tratamento da depressão: busca de marcadores moleculares de boa resposta aos antidepressivos. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 40-43, 2004.

LOUZÃ-NETO, M. R.; BETARELLO S. V. Depressão: como diagnosticar e tratar. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 50, p. 41-9, 1994.

\_\_\_\_\_; MOTTA, T.; WANG, Y.; ELKIS, H. **Psiquiatria Básica**. São Paulo: Artes Médicas; 1995.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, ago., 2006.

MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 591-597, ago., 2007.

MATTAR, R.; SILVA, E. Y. K.; CAMANO, L.; ABRAHÃO, A. R.; COLÁS, O. R.; NETO, J. A., et.al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 9, p. 470-477, 2007.

MATUS, Carlos. **Adeus, Senhor Presidente - Planejamento, antiplanejamento e governo**. Recife: Litteris Editora, 1989.

PEREIRA, A. de A.; VIANNA, P. C. de M. **Saúde Mental**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

PHILIPS, B.; ANCOLI-ISRAEL, S. - Sleep disorders in the elderly. **Sleep Medicine**, v. 2, p. 99-101, 2001.

RAMOS, H. L. **Depressão endógena**. Programa Nacional de Atualização Médica Fontoura – Wyeth, 01-03, 1984.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANTOS, M. J.; KASSOUF, A. L. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. **Economia Aplicada**, v. 11, n. 1, p. 5-26, 2007.

SANTOS, M. E. S. B. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

SOARES, G. B. **A depressão em pauta: Um estudo sobre o discurso da mídia**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

SOUSA, R. L. de; FILIZOLA, R. G.; DINIZ, M. de F. F. M.; SOUSA, E. S. S.; MORAES, J. L. R. de. Ensaio clínico placebo-controlado com isoflavonas da soja para sintomas depressivos em mulheres no climatério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 2, p. 91-100, 2006.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e saúde coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, 2009.

SOUZA, F. G. de M. Tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.18-23, 1999.

TRINDADE, Z. A.; ENUMO, S. R. F. Triste e Incompleta: Uma Visão Feminina da Mulher Infértil. **Psicologia USP**, v. 13, p. 151-182, 2002.

VILELA, J. E. M. Sintomas somáticos das depressões. **Psiquiatria Biológica**, v. 4, n. 2, p. 95-9, 1996.

WHO. Relatório Mundial da Saúde. **Financiamento dos Sistemas de Saúde**. O caminho para a cobertura universal, 2010. Disponível em <[http://www.who.int/whr/2010/whr10\\_pt.pdf](http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf)> Acesso em: 29 jul. 2014.

WILKINSON, G.; MOORE, B.; MOORE, P. **Tratar a depressão**. Lisboa, Portugal: Climepsi, 2003.