

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

DAVI RIBEIRO MARQUES CAMPOS DE OLIVEIRA

**REDUÇÃO DE DANOS EM PACIENTES COM TRANSTORNOS
DEPRESSIVOS POR MEIO DE TRATAMENTOS NÃO
MEDICAMENTOSOS**

PATOS DE MINAS - MINAS GERAIS

2016

DAVI RIBEIRO MARQUES CAMPOS DE OLIVEIRA

**REDUÇÃO DE DANOS EM PACIENTES COM TRANSTORNOS
DEPRESSIVOS POR MEIO DE TRATAMENTOS NÃO
MEDICAMENTOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Marlene das Graças Martins

PATOS DE MINAS - MINAS GERAIS

2016

DAVI RIBEIRO MARQUES CAMPOS DE OLIVEIRA

**REDUÇÃO DE DANOS EM PACIENTES COM TRANSTORNOS
DEPRESSIVOS POR MEIO DE TRATAMENTOS NÃO
MEDICAMENTOSOS**

Banca Examinadora

Prof. Marlene das Graças Martins

Prof. Samara Macedo Cordeiro

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

RESUMO

A depressão é um distúrbio afetivo que acompanha a humanidade ao longo de sua história. No sentido patológico, há presença de tristeza, pessimismo, baixa autoestima, que aparecem com frequência e podem combinar-se entre si. Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria o Transtorno depressivo é uma doença que envolve o corpo, o humor e os pensamentos. Ele afeta a maneira da pessoa se alimentar e dormir, como ela se sente em relação a si própria e como se pensa sobre as coisas. Apesar do grande avanço científico e tecnológico no manejo dos distúrbios psiquiátricos ocorrido nos últimos anos, uma das grandes dificuldades atuais refere-se à adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos, por não acreditarem na eficácia da medicação, dificuldade de se adaptarem aos horários dos medicamentos e as mudanças do estilo de vida tornando a doença uma grande rival. Primeiramente foi desenvolvido um diagnóstico situacional, pelo método da estimativa rápida, para conhecer os problemas na área de abrangência da UBS Doutor Paulo Correa da Silva Loureiro na cidade de Patos de Minas/MG, depois foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Para a busca foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) como: educação em saúde, redução de danos, Estratégia Saúde da Família e depressão, e selecionados artigos relacionados ao tema publicados entre os anos de 2009 a 2016. Foi proposto um plano de ação, baseado no Planejamento Estratégico Situacional, seguindo a classificação dos pacientes com Transtorno depressivo de acordo com os critérios de riscos de Depressão Maior, facilitando assim o acompanhamento dos mesmos. Por fim, este trabalho propiciará a diminuição dos sintomas e consequências da depressão quando não tratada direcionados aos clientes que aderirem à mudança do estilo de vida melhorando a qualidade de vida, diminuindo os riscos de consequências graves direcionados a redução de danos. A participação da equipe multiprofissional da unidade será de fundamental para a concretização de todo o processo, sendo mediadores de incentivo e motivação perante os participantes. Assim, os resultados deste projeto poderão ser alcançados, onde será todo realizado na sala de saúde da própria unidade, proporcionando a facilitação de cada etapa e o sucesso de uma abordagem não farmacológica aderida pela maioria dos clientes.

Descritores: Depressão; Redução de danos; Educação em Saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Depression is an emotional disorder that accompanies humanity throughout its history. In pathological way, there is presence of sadness, pessimism, low self-esteem, which often appear and may be combined with each other. According to the Brazilian Psychiatric Association depressive disorder is an illness that involves the body, mood and thoughts. It affects the way a person's feed and sleep, how she feels about herself and how to think about the coisas. Apesar of great scientific and technological advances in the management of psychiatric disorders occurred in recent years, one of the great current difficulties refers to patient adherence to established treatments, for not believing in the effectiveness of medication, difficulty to adapt to the times of medications and lifestyle changes, making the disease a major rival. A situational diagnosis first was developed by the method of rapid assessment, to know the problems in the area covered by the UBS Dr. Paulo Correa da Silva Loureiro in the city of Patos de Minas / MG, then performed a literature review in the databases Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Latin American and Caribbean Health Sciences (Lilacs). For search were used Health Sciences Descriptors (DeCS) as: health education, harm reduction, the Family Health Strategy and depression, and selected items related to the subject published between the years 2009 to 2016. A plan was proposed action, based on the Situational Strategic Planning, following the classification of patients with depressive disorder according to the criteria of risk of major depression, thus facilitating monitoring. Finally, this work will provide the reduction of symptoms and consequences of depression when left untreated targeted to customers who join lifestyle changes, improving the quality of life, reducing the risk of serious consequences targeted harm reduction. The participation of the multidisciplinary team of the unit will be fundamental to the achievement of the whole process, and mediators of encouragement and motivation towards the participants. Thus, the results of this project can be achieved, which will all be held in the health room unit, providing the facilitation of each step and the success of a no drug approach adhered by most customers.

Keywords: Depression; Harm reduction; Health Education; Health Strategy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	JUSTIFICATIVA	14
3	OBJETIVOS	16
3.1	Objetivo geral	16
3.2	Objetivos específicos	16
4	METODOLOGIA	17
5	REVISÃO DE LITERATURA	18
6	PLANO DE AÇÃO	22
6.1	Definição dos problemas	22
6.2	Priorização dos problemas	22
6.3	Descrição do problema selecionado	23
6.4	Explicação do problema	24
6.5	Seleção dos nós críticos	25
6.6	Desenho das operações	25
6.7	Identificação dos recursos críticos	28
6.8	Análise de viabilidade do plano	29
6.9	Elaboração do plano operativo	30
6.10	Gestão do plano	32
7	RESULTADOS ESPERADOS	35
	REFERÊNCIAS	36

1. INTRODUÇÃO

1.1 Caracterização do município de Patos de Minas/MG

O município de Patos de Minas/MG está localizado no noroeste mineiro, possui uma área de 3.189,771Km² e uma população estimada de 148.762 mil habitantes (IBGE, 2015).

O processo de colonização da região ocupada hoje pelo município de Patos de Minas e distritos vizinhos teve início, provavelmente, na metade do século XVIII, período que antecede à descoberta do ouro nas regiões das minas, com o movimento das entradas e bandeiras rumo às terras de Paracatu. Atendendo aos apelos populares, em 1945 o nome é mudado novamente para Patos de Minas, para distingui-lo de Patos da Paraíba, município mais antigo. Seu aniversário é comemorado em 24 de maio, ocasião em que se realiza a "Festa Nacional do Milho" (IBGE, 2015).

O desenvolvimento maior do município ocorreu na década de 30 e seu grande avanço regional foi na década de 50. Nessa época, construiu-se o primeiro terminal rodoviário e iniciou-se a comemoração da Festa Nacional do Milho. Nas décadas de 60 e 70, período em que o país vivia sob pressão da ditadura militar, houve certa estagnação econômica, motivada pela mudança da capital do país para Brasília. O cultivo era feito na região de cerrado, vizinha do município, principalmente Presidente Olegário e São Gonçalo do Abaeté. Neste período foi grande o desenvolvimento comercial com a implantação de indústrias de confecções e a instalação de uma unidade da CICA, maior processadora de tomates da América Latina, promovendo o crescimento de cultivo de milho doce, ervilha e tomate na região. Estudos comprovam a predominância de tribos indígenas no período que antecede a dominação branca na região (IBGE, 2015).

Em relação à formação administrativa o distrito foi criado, com a denominação de Santo Antônio dos Patos, pela Lei Provincial n.º 472, de 31-03-1850, e pela Lei Estadual n.º 2, de 14-09-1891, subordinado ao município de Patrocínio. Conta ainda com localização geográfica privilegiada, já que, com a suas rodovias estão ligadas aos grandes centros nacionais o que favorece sua atividade econômica. Dispõe dos mais diversos espaços socioculturais, como o mercado municipal, teatro, feiras livres, parque de exposições. O Parque do Sabiá é um local muito conhecido pela população devido a sua extensa área verde para atividades recreativas e atividade física. São ofertados serviços em ambulatório pelas Unidades Básicas de Saúde que são 73 em diversos bairros, cada dia com maior investimento

na atenção primária por parte do governo; Hospital das Clínicas da UFU com suas diversas especialidades e alta complexidade, e pelas Unidades de Atendimento Integrado (UAI) para pronto atendimento (IBGE, 2015).

1.2 Descrição do Sistema Local de Saúde

A população do bairro é composta por aproximadamente 3.214 pessoas em uma área de crescimento próximo de 100 casas populares, as quais ainda serão entregues pela Prefeitura Municipal. Com a demora das entregas dessas casas, as mesmas foram invadidas por outras pessoas sem estarem inclusas no programa, o que tem causado transtornos na UBS, já que não são cadastradas por não possuírem comprovante de endereço.

A população cadastrada em sua maioria tem o nível socioeconômico baixo, sendo em sua maioria trabalhadores rurais ou no mercado industrial. Existe um grande volume de desempregados, subempregos ou empregos informais. No que se refere à estrutura, possui uma quadra de esportes para lazer, mas segundo os moradores, a mesma é mais utilizada por dependentes químicos que tomaram conta do local e a prefeitura não tem ações para conter esse grande problema social. A localidade possui também duas academias ao ar livre e uma Igreja Católica bastante frequentada pelos moradores, dentre outros centros religiosos distribuídos pelo bairro (SIAB, 2015).

O saneamento básico do bairro é satisfatório com 100% de cobertura. E as coletas de lixo são feitas três vezes por semana (IBGE, 2015).

1.3 Unidade Básica de Saúde Doutor Paulo Correa da Silva Loureiro

A UBS Dr. Paulo Correa da Silva Loureiro, conhecida pelos moradores como Jardim Esperança foi reformada recentemente e entregue em maio de 2016. Antes estávamos em área cedida pela escola CAIC, bastante precária. São adscritos 3.214 pessoas. Assim, a supracitada é composta por duas equipes. Temos a equipe a 16 sendo o médico responsável um cubano do Programa Mais Médicos. E a equipe 09 é a que sou responsável, onde trabalhamos com os bairros Mora do Sol, Jardim Esperança e Sol Nascente. Possui seis micros áreas, porém, uma está descoberta porque em dezembro de 2015 ocorreram muitas exonerações de ACS. Hoje está com uma estrutura adequada, com cômodos satisfatórios para o atendimento da população do bairro, facilitando bastante o trabalho de toda equipe. Tem uma recepção confortável para o agendamento de consultas. O prédio se divide cômodos, estando de acordo com a Portaria de Atenção Básica (PNAB, 2012):

- ✓ Dois consultórios de odontologia;
- ✓ Dois consultórios médicos;
- ✓ Uma de arquivos;
- ✓ Dois consultórios para enfermagem;
- ✓ Uma sala de vacinas;
- ✓ Uma cozinha;
- ✓ Dois banheiros (um para equipe e outro para os pacientes);
- ✓ Duas para equipe multidisciplinar (nutrição, psicóloga e assistente social);
- ✓ Uma para as Ações Educativas e reuniões da equipe;
- ✓ Uma recepção para pacientes e espaço para o administrativo dividido por um único balcão.

Em se tratando de tecnologia e informação, disponibilizamos de seis computadores conectados à internet:

- Dois divididos nos consultórios dos médicos;
- Um para administrativo (marcação de consultas);
- Dois divididos nas salas dos enfermeiros;
- Um para sala de vacinas;
- Um para sala de atendimento multiprofissional;
- Dois divididos nos consultórios dos dentistas;

Sendo todos implantados no sistema Viver do município, temos o E- SUS e Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Essa disponibilidade de tecnologia facilita o fluxo e troca de informações.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) atualmente está bem equipada com disposição de materiais descartáveis para procedimentos simples (curativos e suturas), exames colpocitopatológicos, glicosímetros, esfigmomanômetros, balança e régua. Uma das maiores dificuldades encontradas é a quantidade, às vezes, insuficientes de vacinas. Há também a falta impressos de receituários e folhas para impressão, tonner, espelhos descartáveis, entre outros.

➤ **A equipe da UBS Doutor Paulo Correa da Silva Loureiro:**

Formada pelos seguintes membros:

- ✓ Dois médicos;

- ✓ Seis Agentes Comunitários de Combate à Endemia;
- ✓ Dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- ✓ Duas enfermeiras;
- ✓ Dois dentistas;
- ✓ Duas auxiliares de consultório odontológico;
- ✓ Um auxiliar de serviço;
- ✓ Três rodantes;
- ✓ Um administrativo.

➤ **Equipe NASF os membros são:**

- ✓ Um educador físico;
- ✓ Uma fisioterapeuta;
- ✓ Uma nutricionista;
- ✓ Um psicólogo;
- ✓ Uma assistente social.

1.4 Funcionamento

A UBS funciona das 07:00 às 17:00 horas e não fecha para o almoço. Os atendimentos são agendados às segundas-feiras para a semana vigente, com carga horária de 40 horas semanais. São realizados em média, 24 atendimentos por dia. Em relação às vagas:

- Segundas e terças feiras: quatro vagas por demanda espontânea;
- Quartas feiras: pré-natal, sendo doze pacientes no período matutino e oito no vespertino.
- Quintas feiras: puericultura, pela manhã; visitas domiciliares à tarde; quatro atendimentos na unidade para renovação de receitas.

A equipe do NASF atende nos dias: segundas, 07:30 às 08:30 da manhã: educadora física, fisioterapeuta e nutricionista. Às terças-feiras, novamente a nutricionista das 07:30 às 08:30. Quartas-feiras das 07:30 às 08:30 educadora física e fisioterapeuta. Às quintas-feiras, das 07:30 às 17:00 atendem o psicólogo e assistente social.

O período da manhã nas segundas, terças e quartas-feiras e da tarde nas segundas e terças-feiras são preenchidos por pacientes com variados casos, essencialmente, hipertensos e diabéticos. Nas terças-feiras, durante a tarde os atendimentos são exclusivamente de

puericultura. Nas quartas durante a tarde os atendimentos são exclusivos de pré-natal, sendo oito consultas.

Atendemos pacientes de demanda espontânea após a triagem realizada pelos enfermeiros competente e avaliação de sua necessidade e prioridade. Realizamos também visitas domiciliares feitas por todos os profissionais de saúde e as visitas multidisciplinares ocorrem quando existe a demanda levantada nas reuniões de equipe que acontecem todas as quintas feiras pela manhã. Temos alguns grupos de aconselhamento que tem por objetivo o cuidado, prevenção e educação em saúde, sendo separados da agenda normal da unidade. São eles os grupos do HiperDia e diabéticos a cada quatro meses e hipertensos a cada seis meses. Os grupos das crianças são de 3 a 4 vezes por mês e o grupo de planejamento familiar uma vez por mês. Já o grupo das gestantes a cada quatro meses de acordo com a demanda ou busca ativa quando necessário. Grupos terapêuticos são projetos ainda não implantados, mas com objetivo de serem inseridos ao longo do ano, pois possibilitam maior difusão de informações básicas relevantes, troca de receitas e triagem de casos, além de proporcionar melhor relação médico-paciente-comunidade e atender às ações de educação e promoção de saúde no contexto da ESF.

A UBS Dr. Paulo Correa da Silva Loureiro possui uma boa relação e responsabilidade com o território que abrange. Em relação às diversas áreas de especialidades médicas disponíveis é feita a consulta e avaliado pelo médico da unidade e se necessário é feito o encaminhamento para os centros de referência. O NASF funciona na unidade que atendem os pacientes em grupos ou individualmente dependendo da necessidade.

Os pacientes com transtornos de humor, ansiedade e depressão são atendidos pelo psicólogo, clínico geral ou encaminhados para os CAPS ou psiquiatria dependendo da gravidade do caso, sendo que no município tem o CAPS AD e CAPS adulto. Os encaminhamentos para a especialidade de psiquiatria são muitos e estão sendo pouco agendados pela quantidade de vagas ofertadas que é apenas uma para cada equipe e poucos profissionais especializados. Na maioria das vezes, não há contra referência, o que gera um seguimento inadequado e não renovações de receitas de uso contínuo. São poucas vagas para uma demanda tão grande, gera demora no atendimento e falta de contra referência ou comunicação para seguimento do paciente, comprometendo o processo saúde-doença. O que se percebe é que teria que existir sistema de contra referência, contratação de profissionais especializados, tutoriais mensais de psiquiatria e ambulatório de saúde mental.

Outra dificuldade que encontramos é em relação ao transporte, aonde o município não disponibiliza dessa locomoção dos pacientes que na sua maioria são de baixa renda, com exceção quando os pacientes são referenciados para Uberlândia ou Uberaba (MG).

Existem alguns convênios pactuados com outros estados, como São Paulo, por exemplo, na rede pública. E outros, na esfera privada. Esses conveniados são atendidos de acordo com o número de vagas, pelo Sistema de Regulação (SISREG) e com isso, agendarem uma consulta ou procedimento mais especializado em uma data estabelecida.

Apesar das dificuldades a realidade vem mostrando um atendimento favorável oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como: equidade, na qual promove um tratamento individualizado, dando prioridade aquelas pessoas que necessitam de um tratamento devido sua condição clínica prioritária. A universalização, acolhendo toda a população que necessita do atendimento, sem restrição aos usuários, na maior parte das vezes como porta de entrada na rede de saúde. A igualdade, visando, curar, prevenir e reabilitar toda a população. E a participação popular, dando voz e tornando o usuário um agente ativo e importante para avaliação da real necessidade através de conselhos de saúde. Percebe-se esse déficit quando se trata de uma cidade do interior com bem menos recursos e dificuldades de referenciar esses pacientes que necessitam se locomover de sua cidade para o grande centro urbano.

O uso abusivo de medicações, como benzodiazepínicos é a realidade da unidade, sendo utilizada de forma descontrolada por parte dos pacientes que possuem problemas sociais. A unidade já interviu nessa situação optando pelo desmame com o Matriciamento, mas as dificuldades já iniciaram pela exoneração da única psiquiatra.

A UBS Dr. Paulo Correa da Silva de Patos de Minas (MG) tem uma relação fortemente contrária aos modelos assistenciais anteriores que focavam essencialmente na doença e sua cura com medicina especializada e hospitalocêntrica. O modelo atual vem como referência, transformando o modelo assistencial descentralizado e integral com foco no processo saúde-doença e na relação médico-paciente interligado entre os três níveis primário, secundário e terciário. Apesar das falhas, a USF, vem tentando avançar como um serviço de prevenção e promoção da saúde tendo como objetivo na redução de danos e agravos de doenças crônicas, como a depressão.

O diagnóstico situacional da área de abrangência é de suma importância para conhecermos melhor as necessidades e os problemas de saúde mais importantes, suas causas e consequências, além de auxiliar a equipe de saúde da família e a gestão de saúde a planejar soluções, definir prioridades e instituir metas.

Sendo assim, foi realizado o diagnóstico situacional na área de abrangência da UBS Dr. Paulo Correa da Silva foi possível identificar:

- Baixa escolaridade e nível socioeconômico;
- Transtornos de humor (principalmente transtorno depressivo);
- Suicídios e tentativas de suicídio em adolescentes e adultos jovens;
- Violência intrafamiliar;
- Problemas clínicos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas;
- Uso indiscriminado de benzodiazepínicos.

2. JUSTIFICATIVA

O conceito de depressão caracteriza-se como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional e envolve inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social, tendo como principais sintomas o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (NOBREGA, 2015).

Desta forma, o objetivo sobre as categorias de diagnóstico psiquiátrico se multiplicam. As categorias mais frequentes hoje em dia são: “transtornos de ansiedade”, que incluem fobias e estresse pós-traumáticos; “transtornos de humor”, como depressão e transtorno bipolar; “transtornos de controle de impulsos”, que abrangem problemas de comportamento e de déficit de atenção/hiperatividade; e “transtornos causados pelo uso de substâncias”, como o abuso de álcool e drogas.

De acordo com Araújo et al (2014), as atualizações da nova classificação americana para os transtornos mentais, com base no Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), dizem que um dos pontos de maior polêmica, no que diz respeito à depressão, foi a retirada do luto como critério de exclusão do Transtorno Depressivo Maior. Assim, afirma que é possível aplicar esse diagnóstico mesmo àqueles que passaram pela perda de um ente querido há menos de dois anos. Apesar da preocupação com a possível abordagem médica de estados não patológicos, é importante atentar para a gravidade que estes quadros podem alcançar.

Com a proposta de substituir o modelo asilar (hospitalocêntrico, centrado na doença e no saber/poder médico) pelo modelo de atenção psicossocial (rede de serviços, centrado no cuidado do sujeito e numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial de trabalho em equipe), a política de saúde mental tem entre suas aspirações superar a exclusão dos familiares de usuários com transtornos mentais, acolhendo-os e dando suporte as suas necessidades de saúde. Por outro lado, raramente os familiares buscam ou recebem informações suficientes para lidar com seu familiar com transtorno mental, gerando insegurança quanto ao melhor modo de cuidar. Além disto, muitos ficam desassistidos, pois em alguns contextos, profissionais da ESF não reconhecem as necessidades de saúde mental da população e consideram que é de responsabilidade exclusiva dos familiares de usuários com transtorno mental a busca pelo serviço de saúde. Quando realizadas, as ações de saúde mental da equipe

da ESF têm sido, frequentemente, conduzidas em um clima de preconceito sobre a loucura, levando à ações pontuais e fragmentadas e, eminentemente, biomédicas, focadas na doença e na supressão de sintomas (CAMATTA, 2016).

Na vivência cotidiana, podem ser observados: abandono do tratamento, falta de assistência aos pacientes por não procurarem por ajuda, pela desinformação geral da população, bem como, pela falta de identificação e busca pela equipe de saúde. O Transtorno Depressivo pode levar a consequências mais graves, como o próprio suicídio. Além disso, não há uma contra referência desses centros especializados em relação ao parecer do paciente, tornando mais difícil o atendimento contínuo do mesmo.

Frente a essa realidade, justificam-se intervenções em saúde mental, considerando o quanto são necessárias para que as equipes possam programar suas práticas assistenciais, tendo em vista, a necessidade de ampliar as informações e fortalecer o controle terapêutico das pessoas cadastradas com intuito de redução de danos.

3. OBJETIVO

3.1 Geral

Elaborar um plano de ação estratégico para novos saberes e fazeres na atenção preventiva e educativa em saúde mental na APS, a fim de controlar e reduzir a prevalência de Transtornos Depressivos em uma USF de MG.

3.2 Específicos

- Orientar e realizar ações educativas, embasada no Caderno de Atenção Básica sobre saúde mental do Ministério de Saúde (MS);
- Sensibilizar a população com transtorno de humor sobre a importância da Mudança do Estilo de Vida (MEV) visando aumentar a perspectiva do bem estar físico e mental;
- Promover Terapias Comportamentais no intuito de reduzir danos, investindo em prevenção e promoção de saúde no transtorno depressivo.

4. CAMINHO METODOLÓGICO

A proposta do plano de ação será por meio do método “Planejamento Estratégico Situacional (PES)”, em que todo método de planejamento apresenta, no seu desenvolvimento, passos ou etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades. Ou seja, a todo o momento estamos revisando nossa situação, a evolução dos nossos problemas e suas explicações e, a partir dessa evolução, revisando nossas intervenções e nossas ações para viabilizar essas intervenções, assim como a sua implementação e a avaliação dos seus resultados práticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) para promover ações de sensibilização em relação à saúde mental, visando reduzir os transtornos de humores, direcionando aos transtornos de depressão, na população de abrangência da UBS Dr. Paulo Correa da Silva, no município de Patos de Minas/MG.

Assim, a presente produção pretende elaborar um plano de ação sobre a descrição do território de atuação da Equipe de Saúde da Família (ESF). Utilizar-se-á dados censitários e informações locais de Patos de Minas/MG acerca do Transtorno Depressivo, o qual vem sendo cada vez mais incidente na população, a fim de ser inserida na rotina assistencial da ESF.

Inicialmente, será realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da UBS Dr. Paulo Correa da Silvada coleta de dados do Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB/E-SUS), participação da comunidade, reunião da equipe de Saúde da Família e ainda da observação ativa da área. Para tal, será realizado o diagnóstico situacional onde a equipe priorizará o problema sobre Transtornos Depressivos.

Em seguida, realizar-se-á uma revisão de literatura em bases de dados como Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Para a busca serão utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) como: saúde mental, transtorno do humor, transtorno depressivo, estratégia saúde da família, educação em saúde, terapêutica, entre outras.

5. BASE CONCEITUAL

Cruz et al (2016) afirma sobre redução de Danos (RD) sendo uma estratégia que tem a finalidade de minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, reduzir esse consumo, tendo como princípio a liberdade de escolha. Afirma também que o Programa de Redução de Danos (PRD) tem apoio do governo em muitos países da Europa, na Austrália e, recentemente, na Indonésia, na Malásia, na Tailândia, na China e na América Latina. Diz que no Brasil, somente em 1995, na Bahia, ocorreu realmente a efetivação do PRD no Brasil. A partir dessa experiência, diversos programas e projetos de RD são implantados em estados brasileiros, consolidando-a como uma estratégia de atenção aos usuários de drogas.

No estudo de Paulino et al (2015) descreve sobre a depressão como:

“O sintoma depressivo pode ocorrer em diferentes quadros clínicos, como o transtorno de estresse pós-traumático e em resposta a estressores psicossociais. Enquanto isso, a síndrome depressiva inclui alterações de humor e alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Ainda, como doença, a depressão recebe a seguinte classificação: transtorno depressivo maior, menor, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar e outros quadros patológicos. A depressão é definida pela psiquiatria como um transtorno mental caracterizado por desânimo, sensação de cansaço e, muitas vezes, ansiedade, em grau maior ou menor. Mas, apesar das inúmeras pesquisas já realizadas, a depressão ainda carece de um melhor entendimento do ponto de vista psicológico, etiológico e farmacológico, o que a torna uma doença bastante complexa. Os transtornos de humor, como a depressão, são as psicopatologias mais comuns na população e, aparentemente, não apresentam variação racial e são mais prevalentes em indivíduos com menos de quarenta e cinco anos. Dentro da população geral, cerca de 10% a 25% das pessoas desenvolvem algum episódio de depressão significativo em alguma época de suas vidas, e cerca de 4% apresenta síndrome depressiva grave. Além disso, as pesquisas populacionais revelam que as mulheres apresentam aproximadamente duas vezes mais depressão que os homens, sendo que os adultos jovens são os mais propensos a sofrerem este transtorno. A idade inicial dos transtornos depressivos está entre 20 e 40 anos, embora possam também ocorrer em crianças. Indivíduos com baixa escolaridade e renda apresentam maior prevalência de transtornos mentais. A depressão parece ser mais frequente entre pessoas divorciadas ou separadas e, especialmente, entre viúvos recentes, e há maior risco para depressão entre as pessoas que moram sozinhas”.

De forma geral, temos como paradigmas a depressão como um processo caracterizado pela lentidão de processos psíquicos, de humor depressivo ou/e irritável, o que está diretamente ligado com a ansiedade e angústia, com o desinteresse, dificuldade de concentração, bem como pensamentos de natureza negativa, ente outros. Seu tratamento necessita de um diagnóstico qualificado e avaliação médica antes de ser iniciado. Mediante o

exposto, é possível observar que está se tornando cada vez mais frequente encontrar indivíduos acometidos por ansiedade, estresse ou até mesmo depressão. Portanto, a utilização de instrumentos avaliativos vem na tentativa de favorecer o diagnóstico, bem como o tratamento e até mesmo prevenção dessas condições. Dessa forma, tais ferramentas são instrumentos válidos para diagnosticar esses transtornos, as quais podem ser usadas como estratégias na clínica ou na pesquisa para auxiliar o trabalho dos profissionais. Por meio dessas ferramentas, os profissionais são capazes de identificar em que estado ou estágio se encontram os pacientes, para que a partir daí, possam proceder de maneira a colaborar na minimização ou extinção da condição, seja de forma a lançar mão de estratégias terapêuticas, ou encaminhando esses indivíduos para um profissional habilitado para tratar a patologia. Sendo assim, torna-se cada vez mais importante o diagnóstico desses distúrbios e esses recursos se tornam primordiais nessa identificação (DE SOUZA, 2015).

De acordo com o estudo de DOWBOR (2013), os esforços significativos por parte dos profissionais das ESF's devem servir como alavancas de mudanças do modelo de atenção à saúde. Assim, eles precisam ser coordenados com esforços por parte da administração e com o próprio programa organizando uma logística com os determinantes sociais da saúde.

De acordo com Gomes (2009) em relação ao cuidado em saúde e trabalho em equipe multiprofissional:

“Em relação ao cuidado em saúde e trabalho em equipe multiprofissional, o enfoque no cuidado foi percebido nos discursos dos profissionais, especialmente pelo conhecimento da população e do seu meio de vida, assim como dos principais fatores de riscos aos quais as famílias de sua área adscrita estavam expostas. Desta forma, os resultados apontam para uma identificação dos protagonistas do SUS sobre o PSF como uma estratégia de reestruturação da APS no município. Como alternativas às mudanças necessárias para o aprimoramento das dimensões da APS, destacam-se a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais e na estruturação dos demais níveis de atenção à saúde por parte do governo, visando garantir a criação de uma rede de atenção integrada e contínua. Por fim, é essencial que haja maior valorização do serviço público, através do estabelecimento de vínculos formais de trabalho e do oferecimento de salários mais justos e condizentes com as responsabilidades que o trabalho exige”.

Nesse sentido, a avaliação e acompanhamento dos índices de qualidade de vida têm sua utilidade no desenvolvimento de estratégias de intervenção, promovendo informações importantes sobre o cliente, permitindo estimar suas prioridades e mensurar o impacto de outras variáveis na qualidade de vida. Embora não substitua a consulta especializada e consequente diagnóstico clínico, ações para a identificação de transtornos depressivos,

realizadas por profissionais não especialistas, são fundamentais. No Brasil, ainda não há a rotina de inclusão de instrumentos de detecção de depressão, devido tanto à falta de conhecimento em sua utilização quanto ao tamanho das escalas, geralmente longas. Para tanto, é necessária abordagens diferenciadas, propostas de intervenção baseadas em evidências, que consigam alcançar novos estilos de vida e melhor adesão aos regimes terapêuticos. Para tanto, é necessária abordagens diferenciadas, propostas de intervenção baseadas em evidências, que consigam alcançar novos estilos de vida e melhor adesão aos regimes terapêuticos (MOLINA, 2012).

Um estudo realizado no Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), no estado de Minas Gerais entre agosto de 2014 a fevereiro de 2015 (retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa) foram analisados 123 prontuários que enquadravam com Transtorno Depressivo. Assim, 43,90% possuíam registro de comportamento suicida. Por comportamento suicida entende-se presença de ideação e/ou tentativa registradas no prontuário. Ao observá-las isoladamente, a ideação apareceu em 30,08% e a tentativa em 32,53% dos registros consultados. Considerando que um mesmo paciente pode apresentar mais de uma ideação ou tentativa, totalizaram-se 82 ideações e 72 tentativas, perfazendo média e desvio padrão de 0,66 (1,59) ideações e 2,00 (1,22) tentativas por indivíduo que pensaram ou tentaram morrer, respectivamente. Para essas últimas, os meios de perpetração foram usados 110 vezes, tendo que uma única tentativa pode envolver mais de um meio, sendo o mais frequente as autointoxicações 35,00%. Os testes de inferências verificou-se que a idade apresentou associação com o comportamento suicida compreendendo o período até os 30 anos ($p < 0,001$). A presença de comorbidade psiquiátrica associou-se ao comportamento suicida ($p < 0,003$). Os transtornos de humor ($p < 0,004$) e os transtornos depressivos ($p < 0,001$) especificamente também apresentaram associação. Verifica-se ainda associação entre comportamento suicida e presença de história psiquiátrica materna ($p < 0,004$), conflito familiar ($p < 0,005$) e datas importantes ($p < 0,0015$) (CANTÃO, 2016).

A Atenção Primária à Saúde (APS), atualmente desenvolvida por meio da ESF e considerada a “porta de entrada” do SUS, é o local que deveria assumir, gradativamente, a posição de coordenador da assistência aos usuários de álcool e outras drogas, graças às suas características básicas. Apesar de seu instrumental aparentemente simples, as ações desenvolvidas na APS são complexas ao nível das 'tecnologias humanas', pois envolvem sujeitos e objetos de natureza diferentes, situando a avaliação como necessidade operacional

para a manutenção da qualidade e, também, como um desafio, devido à complexidade de seus processos (SANTOS, 2013).

Diante da realidade local, associadas à pesquisa bibliográfica, torna-se imprescindível e urgente os diversos estudos que possam ampliar os conhecimentos das situações que levam ao Transtorno Depressivo e desencadeiam graves consequências por falta de assistência adequada. O tratamento é de grande importância, mas a redução de danos deve ser o primeiro passo para a diminuição dos sintomas. Para tanto, faz-se necessário abordagens diferenciadas, propostas de intervenções que possam ser efetivas e ainda, que proponham melhores estilos de vida e adesão aos regimes terapêuticos.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição dos problemas

Por meio da realização do diagnóstico situacional na área de abrangência da UBS Dr. Paulo Correa da Silva Loureiro, foi possível identificar os principais problemas que acometem a região. De acordo com os dados do Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB/E-SUS), entrevistas com informantes chave e observação ativa da área, a equipe listou os principais problemas:

- Uso de drogas ilícitas;
- Uso indiscriminado de benzodiazepínico;
- Transtornos depressivos;
- Problemas socioculturais.

6.2 Priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas, torna-se necessária à seleção ou priorização dos problemas a serem enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente, pela falta de recursos financeiros, humanos, materiais, etc (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.59). Como critérios para seleção dos problemas, a equipe considerou a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los. Com base nessas informações, os problemas identificados foram analisados e selecionados quanto à prioridade (Quadro 1).

Quadro 1 - Priorização dos problemas selecionados.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa escolaridade e nível socioeconômico	Alta	9	Parcial	1

Transtornos de humor (principalmente transtornos depressivos)	Alta	8	Parcial	2
Suicídios e tentativas de suicídio em adolescentes e adultos jovens	Alta	8	Parcial	3
Problemas socioculturais e econômicos	Alta	7	Parcial	4
Uso de drogas ilícitas e lícitas	Alta	6	Parcial	5
Violência intrafamiliar;	Alta	6	Parcial	6
Uso indiscriminado de benzodiazepínico (depressão subdiagnóstica)	Alta	6	Parcial	7
Problema com transporte para locomoção para CAPS	Alta	5	Fora	6

Fonte: Autoria própria (2016).

6.3 Descrição do problema selecionado

Para apontarmos a dimensão do problema e entender como ele se apresenta na USF Dr. Paulo Correa da Silva Loureiro será necessário descrevê-lo. Esse passo é considerado importante em um plano de ação para afastar qualquer ambiguidade diante do problema e para obter indicadores que serão utilizados para avaliar o impacto alcançado pelo plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Dentre os problemas selecionados a equipe priorizou os transtornos de humor, considerando a depressão em adultos, pois, entre as consequências dessa doença estão os suicídios, os isolamentos sociais, as insônias e as violências. No quadro 2 apresenta a descrição do problema selecionado.

Quadro 2 - Descritores do problema priorizado.

Descritores	Valores	Fontes
Total famílias sem risco cadastradas	309	SIAB
Total famílias baixo risco	224	SIAB
Total famílias médio risco	291	SIAB + registro equipe
Total famílias alto risco	136	SIAB + registro equipe
Total indivíduos sem risco	1356	SIAB + registro equipe
Total indivíduos baixo risco	694	SIAB + registro equipe
Total indivíduos médio risco	840	SIAB + registro equipe
Total indivíduos alto risco	324	SIAB + registro equipe

Fonte: A autoria própria (2016).

Os pacientes citados no quadro acima fazem parte dos grupos sem risco ao alto risco, sendo nossa população alvo de estudo, ocupando vagas da psiquiatria por problemas de transtornos de humor que interferem na vida social, qualidade de vida, entre outros.

6.4 Explicação do problema

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), nessa etapa o objetivo é entender a gênese do problema que queremos enfrentar identificando suas causas, pois geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas.

Um estudo recente de Portugal et al (2016), afirmou que em uma análise multivariada foram encontradas associações do domínio físico com os problemas de saúde e discriminação, do psicológico com discriminação, das relações sociais com problemas financeiros/estruturais, causas externas e problemas de saúde, e do meio ambiente com problemas financeiros/estruturais, causas externas e discriminação. As variáveis de saúde mental, os problemas de saúde e os problemas/financeiros estruturais foram os que se associaram negativamente à qualidade de vida.

Acreditamos que as principais causas para os transtornos de humores são os problemas familiares, profissionais, econômicos, bem como, não existem estratégias voltadas para esse

público. Também, falta de apoio dos familiares, o que mostra realidade com o estudo supracitado.

6.5 Seleção dos nós críticos

“A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar as causas” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.65). Ao analisarmos as causas de um problema devemos identificar aquelas consideradas mais importantes na origem do problema. Para realizarmos esta análise, utilizamos o conceito de “nó crítico”, que é “um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de, impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.65).

Foram selecionados os seguintes nós críticos relacionados ao transtorno de humor, especificamente depressão na área de abrangência da unidade:

- Baixo nível de conhecimento dos pacientes com transtornos depressivos;
- Orientação deficiente por parte da equipe de Saúde da Família;
- Falta de apoio familiar;
- Ausência de contra referência dos Centros Especializados em Psiquiatria.

6.6 Desenho das operações

“O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes do problema selecionado” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 3 mostra o desenho das operações para os nós críticos selecionados.

Quadro 3 - Desenho das operações para os nós críticos selecionados.

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Baixo nível de conhecimento dos pacientes com transtornos	Mais informação Aumentar o nível de informação dos pacientes e familiares sobre a importância da	Pacientes e familiares mais informados sobre a importância do acompanhamento em saúde	Realização de grupos operativos para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Político: mobilização de pacientes e familiares.

depressivos	prevenção, educação em saúde mental e sobre os riscos das complicações da doença se não tratada.	mental e sobre os riscos das complicações.	saúde mental. Distribuição de panfletos sobre a importância de se levar a sério o tratamento dos transtornos de humor.	Organizacional : organização da agenda Financeiros: para a aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.
Orientação deficiente por parte da equipe de Saúde da Família	Equipe preparada Capacitar os profissionais da equipe de Saúde da Família para melhor acompanhamento dos pacientes com transtornos depressivos nas consultas, triagens e nas visitas domiciliares	Equipe de saúde da família capacitada para melhor acompanhamento dos pacientes e familiares durante o período de investigação e tratamento.	Estabelecimento de práticas de identificação precoce dos fatores de risco para o abandono do tratamento nos primeiros dias de adesão ao tratamento farmacológico. Desenvolvimento de estratégias para o resgate dos pacientes com o transtorno que não procuram a unidade ou abandonam o tratamento.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Político: mobilização da equipe Organizacional : organização da agenda
Falta de apoio familiar	Família unida Aumentar o nível	Famíliares mais informados sobre a	Realização de grupos operativos para aumentar o	Cognitivo: conhecimento sobre o tema

	de informação dos familiares sobre a importância de se identificar os sinais dos transtornos depressivos para que possam apoiar e ajudar seus familiares.	importância do atendimento na saúde mental na APS. Maior apoio aos pacientes aderidos no projeto e para os serão identificados com algum tipo de transtorno de humor.	nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o transtorno depressivo. Visitas domiciliares para incentivar apoio.	Político: mobilização da família Organizacional : organização da agenda Financeiros: para a aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.
Ausência de contra referência dos Centros Especializados em Psiquiatria.	Mais informações sobre o paciente Melhorar a adesão do paciente para a assistência necessária segundo sua condição de saúde	Inserir ações que promovam as MEV inserindo-os na comunidade para o bem estar psicossocial	Bem estar psicossocial do paciente	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Político: mobilização da família Organizacional : organização da agenda Financeiros: para a aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.

Fonte: Autoria Própria (2016).

6.7 Identificação dos recursos críticos

A equipe da USF Dr. Paulo Correa da Silva Loureiro, considerou como recursos críticos aqueles considerados essenciais para a execução de uma operação e que não estão disponíveis. No Quadro 4 foram identificados os recursos críticos para a execução das operações.

Quadro 4 - Identificação dos recursos críticos.

Operação/ Projeto	Recursos críticos
<p>Mais informação</p> <p>Aumentar o nível de informação dos pacientes com transtornos depressivos e de familiares sobre a importância da adesão a consultas e tratamentos farmacológicos e não farmacológicos quando necessário, orientando sobre os riscos das complicações se não aderirem ao tratamento.</p>	<p>Político: mobilização dos pacientes com transtornos depressivos e familiar.</p> <p>Financeiros: aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.</p>
<p>Equipe preparada</p> <p>Capacitar os profissionais da equipe de saúde da família para melhor acompanhamento dessa população específica durante as consultas, triagens e visitas domiciliares.</p>	<p>Político: mobilização da equipe</p>
<p>Família unida</p> <p>Aumentar o nível de informação dos familiares sobre a importância da identificação de sinais de depressão do familiar e adesão ao tratamento para que os mesmos apoiem nesse momento tão delicado.</p>	<p>Político: mobilização da família</p> <p>Financeiros: para a aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.</p>
<p>Mais informação</p> <p>Obter a contra referência dos Centros Especializados em Psiquiatria.</p>	<p>Político: mobilização dos centros especializados em Psiquiatria</p>

Fonte: Autoria Própria (2016).

6.8 Análise de viabilidade do plano

A ideia desse passo é que “o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.70).

Sendo assim, devemos identificar os atores que controlam os recursos críticos para verificar a motivação dos mesmos e traçar as estratégias necessárias para motivá-los e construir a viabilidade do plano. O quadro 5 apresenta a proposta de ação para motivação dos atores.

Quadro 5 - Proposta de ação para motivação dos atores.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle de recursos críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Mais informação Aumentar o nível de informação dos pacientes com transtornos depressivos e de familiares sobre a importância da adesão a consultas e tratamento farmacológicos e não farmacológicos quando necessário, orientando sobre os riscos das complicações se não aderirem ao tratamento.	Político: mobilização dos pacientes com transtorno depressivo e familiar. Financeiros: aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessário
		Secretaria de Saúde	Favorável	
Equipe preparada Capacitar os profissionais da equipe de saúde da família para	Político: mobilização da equipe	Coordenador da USF	Favorável	Não é necessário

melhor acompanhamento dos pacientes com transtornos depressivos no período de investigação e tratamento.				
Família unida Aumentar o nível de informação dos familiares sobre a importância da identificação de sinais de depressão dos familiares e adesão ao tratamento	Político: mobilização da família Financeiros: aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.	Equipe de saúde Secretaria de Saúde	Favorável Favorável	Não é necessário
Mais informação Obter a contra referência dos Centros Especializados em Psiquiatria.	Político: mobilização dos centros especializados em Psiquiatria	Médico e equipe NASF	Favorável	Contra referência do Centros Especializados em Psiquiatria

Fonte: Autoria Própria (2016)

6.9 Elaboração do plano operativo

Os dois principais objetivos desse passo são: designar os responsáveis por cada operação e; definir os prazos para a execução das operações. O quadro 6 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 6 - Elaboração do plano operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Responsável	Prazo
-----------	------------	----------	-------------	-------

	esperados	esperados		
<p>Mais informação</p> <p>Aumentar o nível de informação dos pacientes com transtorno depressivo e de familiares sobre a importância da adesão a consultas e tratamento farmacológico se necessário, orientando sobre os riscos das complicações se não aderirem ao tratamento.</p>	<p>Pacientes e familiares mais informados sobre a importância do acompanhamento em saúde mental e sobre os riscos das complicações.</p>	<p>Realização de grupos operativos para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre saúde mental.</p> <p>Distribuição de panfletos sobre a importância de se levar a sério o tratamento dos transtorno de humores.</p>	<p>Médico da equipe</p>	<p>Início em 01 mês</p>
<p>Equipe preparada</p> <p>Capacitar os profissionais da equipe de saúde da família para melhor acompanhamento dos pacientes com transtorno depressivo no</p>	<p>Equipe de saúde da família capacitada para melhor acompanhamento dos pacientes e familiares durante o período de investigação e tratamento.</p>	<p>Estabelecimento de práticas de identificação precoce dos fatores de risco para o abandono do tratamento nos primeiros dias de adesão ao tratamento farmacológico.</p>	<p>Médico da equipe</p>	<p>Início em 01 mês</p>

período de investigação e tratamento.		Desenvolvimento de estratégias para o resgate dos pacientes com o transtorno que não procuram a unidade ou abandonam o tratamento.		
Família unida Aumentar o nível de informação dos familiares sobre a importância da identificação de sinais de depressão do familiar e adesão ao tratamento para que os mesmos apoiem nesse momento tão delicado.	Familiares mais informados sobre a importância do atendimento na atenção primária sobre saúde mental. Maior apoio aos pacientes aderidos no projeto e para aqueles pacientes que ainda virão a serem identificados com algum tipo de transtorno de humor.	Realização de grupos operativos para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o transtorno depressivo. Visitas domiciliares para incentivar apoio.	Médico da equipe ACS	Início em 01 mês

Fonte: Autoria Própria (2016).

6.10 Gestão do plano

Este passo diz respeito ao processo de acompanhamento do plano. “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” (CAMPOS; FARIA;

SANTOS, 2010, p.75). O quadro 7 mostra a proposta para acompanhamento do plano de ação.

Quadro 7 - Acompanhamento do plano de ação.

Operação/ Projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo prazo
<p>Mais informação</p> <p>Aumentar o nível de informação dos pacientes com transtorno depressivo e de familiares sobre a importância da adesão a consultas e tratamento farmacológico e não farmacológico quando necessário, orientando sobre os riscos das complicações se não aderirem ao tratamento.</p>	<p>Realização de grupos operativos para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes com transtorno depressivo e familiar sobre saúde mental.</p> <p>Distribuição de panfletos sobre a importância de se levar a sério o tratamento depressivo.</p>	Médico da equipe	Início em 01 mês	Aguardando implantação	<p>Aumentar o nível de informação dos pacientes com transtorno depressivo e de familiares sobre a importância da adesão a consultas e tratamento farmacológico e não farmacológico quando necessário, orientando sobre os riscos das complicações se não aderirem ao tratamento.</p>	
<p>Equipe preparada</p>	Estabelecimento de práticas de identificação	Médico da equipe	Início em 01 mês	Aguardando implantação	Capacitar os profissionais da equipe de	

Capacitar os profissionais da equipe de saúde da família para melhor acompanhamento dos pacientes com transtornos depressivos no período de investigação e tratamento.	precoce sobre o abandono do tratamento ou ausência da unidade de saúde. Desenvolvimento de estratégias para o resgate desses pacientes para o tratamento individualizado e/ou em grupo				saúde da família para melhor acompanhamento dos pacientes com transtorno depressivo no período de investigação e tratamento.	
Família unida Aumentar o nível de informação dos familiares sobre a importância da identificação de sinais de depressão dos familiares e adesão ao tratamento	Visitas domiciliares para incentivar apoio	Médico da equipe ACS	Início em 01 mês	Aguardando implantação	Aumentar o nível de informação dos familiares sobre a importância da identificação de sinais de depressão dos familiares e adesão ao tratamento	

Fonte: Autoria própria (2016).

RESULTADOS ESPERADOS

A educação em saúde consiste em um dos principais elementos da promoção da saúde e, portanto, para melhores condições de vida. Assim os pacientes com algum tipo de sintoma depressivo necessitam de terem uma formação autocrítica sobre seu estilo de vida em benefício de uma melhor qualidade de vida.

Este trabalho propiciará a diminuição dos sintomas e consequências da depressão quando não tratada direcionados aos pacientes que aderirem a MEV, triagens, palestras individuais e em grupos, diminuindo os riscos de consequências graves direcionados a redução de danos. A participação da equipe multiprofissional da unidade será de fundamental para a concretização de todo o processo, sendo mediadores de incentivo e motivação perante os participantes.

Assim, os resultados deste projeto poderão ser alcançados, onde será todo realizado na sala de saúde da própria unidade, proporcionando a facilitação de cada etapa e o sucesso de uma abordagem não farmacológica aderida pela maioria dos pacientes.

REFERENCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR 6023**: informação e documentação - referências - elaboração. Rio de Janeiro, p. 37, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP) - **Comunidade e responsabilidade social: Depressão**. Disponível em: <<http://www.abpcomunidade.org.br/site/?p=257>>. Acesso em 05 de mai. 2016.

ARAÚJO, Á. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**. [S.I.: s.n.], n. 1, v. 16, p. 67-82, 2014.

CAMATTA, M.W.; TOCANTINS, F. R.; SCHNEIDER, J.F. Mental health actions in Family Health Strategy: Family expectations. **Revista de Enfermagem**. Escola Anna Nery. [S.I.: s.n.], n. 2, v. 20, p. 281-288, 2016.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. [S.I.], 36d, 2010.

CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Suicidal behavior among drug addicts. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [S.I.: s.n.], v. 69, n. 2, p. 389-396, 2016.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>> . Acesso em: 05 de mai. 2016.

CRUZ, V.D.et al. Drug consumption among elderly and harm reduction: a reflection from the complexity. **Revista de Enfermagem**. Escola Anna Nery. [S.I.: s.n.], v. 20, n. 3, 2016.

DE SOUZA, R. G. et al. **A relevância dos instrumentos de avaliação de ansiedade, estresse e depressão.** Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT. [S.I.: s.n.], v. 3, n. 1, p. 37-57, 2015.

DOWBOR, T. P.; WESTPHAL, M. F. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública.** [S.I.: s.n.], v. 47, n. 4, p. 781-790, 2013.

GOMES, K. O. et al. **Programa Saúde da Família-da assistência ao cuidado: avaliação da implementação da atenção primária à saúde.** [S.I.: s.n.], 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) – **Cidades, informações sobre os municípios.** 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314800&search=||info%20s:-informa%20F5es-completas>>. Acesso em: 20 de jun. 2016.

MOLINA, M. R. A. L. et al. **Prevalence of depression in users of primary care settings.** Archives of Clinical Psychiatry. São Paulo, [s.n.], v. 39, n. 6, p. 194-197, 2012.

PAULINO, C. A.; PREZOTTO, A. O.; CALIXTO, R. F.. **Associação entre estresse, depressão e tontura: uma breve revisão.** Revista Equilíbrio Corporal e Saúde, [S.I.: s.n.], v. 1, n. 1, 2015.

PATOS DE MINAS (MG): **Prefeitura [online].** 2015. Disponível em: <<http://www.patosdeminas.mg.gov.br/acidade/historia.php>> . Acesso em: 25 de jun. 2016.

PORTUGAL, F.B. et al. **Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil:** associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. Ciência & Saúde Coletiva. [s.n.] v. 21, n. 2, p. 497-508, 2016.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB). Ministério da Saúde. Brasília – DF. Cap. 04, p. 35-38, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 16 de ag. 2016.

SANTOS, J. A. T.; DE OLIVEIRA, M. L. F. Implantação de ações para enfrentamento do consumo de drogas na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem**. [S.I.: s.n.], v. 18, n. 1, p. 21-8, 2013.