

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

PAULO SILVA BAIÃO

ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRESTADA AOS USUÁRIOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE VILA OLAVO COSTA DO
MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS COM
DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO.

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2017

PAULO SILVA BAIÃO

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRESTADA AOS USUÁRIOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE VILA OLAVO COSTA DO
MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS COM
DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO**

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

Orientador: Professora Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2017

PAULO SILVA BAIÃO

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRESTADA AOS USUÁRIOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE VILA OLAVO COSTA DO
MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS COM
DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO**

Banca examinadora

Examinador 1: Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh – Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Examinador 2: Ms Zilda Cristina dos Santos- Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Aprovado em Belo Horizonte, em 28 de Julho de 2017.

RESUMO

A depressão tem uma prevalência entre a população geral de 3 a 11% e na Atenção Primária acima de 10%, ainda que frequentemente ignorada ou sub diagnosticada. Médicos generalistas, e não psiquiatras tratam a maioria dos pacientes com sintomas depressivos. Ela quando agravada se torna uma doença incapacitante, impedindo a execução das atividades laborativas. Quando tratada nos primeiros seis meses a chance de cura é de 50%. Na UAPS de Vila Olavo Costa, no bairro de mesmo nome, muitos usuários convivem com uma situação não muito favorável, sendo este bairro um dos mais violentos da cidade, nível socioeconômico baixo e a maioria de óbitos da região é por homicídios. Todos estes fatores incidem nos moradores e usuários da unidade, favorecendo a incidência de depressão. A intervenção para amenizar esta dura realidade é a parceria entre os vários órgãos, educação médica continuada, maior participação da enfermagem e melhor integração entre atenção primária e secundária (especialista psiquiatra). Assim ressalta-se a importância do diagnóstico e tratamento da depressão na atenção primária estratégias para implementar uma rede efetiva de atendimento, articulada com a atenção secundária. O objetivo deste estudo foi apresentar um projeto de intervenção que leve em conta o diagnóstico precoce e tratamento da depressão, antes do agravamento da mesma, especificamente na atenção primária de saúde, a fim de subsidiar ações que melhorem o acolhimento dos portadores dessa patologia. Espera-se que a implantação deste plano integrador possa trazer uma resolução hábil e eficiente nos casos constatados assim como a identificação precoce dos mesmos, visto que o tratamento tem maiores chances de sucesso no início.

Palavras Chave: Transtornos de adaptação, Atenção Primária à saúde, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Although depression is often ignored or underdiagnosed it is prevalent in the general population of 3 to 11% and Primary Care above 10%. General practitioners instead of psychiatrists treat most patients with depressive symptoms. When aggravated, depression becomes an incapacitating disease, hindering labor activities. When treated in the first six months the chance of cure is 50%. In the UAPS (Unit of Primary Health Care) of *Vila Olavo Costa*, in the neighborhood of the same name, many users coexist with an unfavorable situation that is, this neighborhood is one of the most violent in the city of Juiz de Fora, State of Minas Gerais, with a low socioeconomic level and being the majority of the region's deaths by homicide. All these factors affect the dwellers and users of the UAPS, favoring the incidence of depression. The intervention to soften this harsh reality is the partnership among various agencies, continued medical education, greater participation of nursing and better integration between primary and secondary care (psychiatry). The best results are obtained when there is a therapeutic alliance between the health professional, the patient and an adequate treatment for a sufficient period. This study aimed to present an intervention project that takes into account the early diagnosis and treatment of depression, prior to its aggravation, specifically in primary health care, in order to subsidize actions that improve the reception of patients with this pathology. It is hoped that the implementation of this integrative plan may bring a skillful and efficient solution in the verified cases as well as their early identification since the treatment has greater chances of success in the beginning.

Keywords: Adjustment Disorders, Primary Health Care, Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	6
1.1 Breves informações sobre o município Juiz de Fora.....	6
1.2 O sistema municipal de saúde.....	6
1.3 A Equipe de Saúde da Família de Vila Olavo Costa.....	6
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	7
1.5 Priorização dos problemas	7
2 – JUSTIFICATIVA.....	8
3 – OBJETIVO.....	10
4 – METODOLOGIA.....	11
5 – REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
5.1 A Depressão.....	12
5.2 – Prevalência.....	12
5.3 – Subtipos da Depressão.....	13
5.4 – Incapacidade Social.....	15
5.5- Estudo de intervenção na saúde de atenção primária.....	16
6 – PLANO DE INTERVENÇÃO.....	19
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

1 – INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município Juiz de Fora

Juiz de Fora é um município mineiro, pertencente à mesorregião da Zona da Mata e microrregião de mesmo nome, localiza-se a sudeste da capital do estado, distando desta cerca de 283 km. Sua população foi contada, no ano de 2010, em 516.247 habitantes, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sendo então o quarto mais populoso de Minas Gerais e o 36º do Brasil. Em julho de 2016 sua população foi estimada em 559 636 habitantes. (IBGE 2017)

1.2 O sistema municipal de saúde

Na cidade existem doze hospitais gerais, sendo três públicos, três filantrópicos e seis privados. Um destes públicos é um hospital militar, o Hospital Geral de Juiz de Fora (HGJF), vinculado ao Ministério da Defesa. O Hospital de Pronto Socorro (HPS), do município, é referência em acidentes ofídicos e casos de urgência e emergência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e também o único que administra soro antiescorpiônico. Há também o Hospital Regional João Penido, que recebeu este nome em homenagem a um médico muito importante politicamente na cidade, no século XIX. Há na cidade o hospital Monte Sinai. Localizado no bairro Dom Bosco, foi inaugurado em 1994. Sua Unidade de terapia intensiva (UTI) adulta conta com trinta leitos e a neonatal e infantil possui 25 leitos. Tem a atenção secundária com consultas de especialistas e as 63 Unidades de Atenção Primária.

1.3 A Equipe de Saúde da Família de Vila Olavo Costa

O bairro Vila Olavo Costa, situado na zona sudeste do município, possui aproximadamente 4.453 habitantes (IBGE 2017) e 29 hectares de área. No local existe a Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Olavo Costa com apenas uma equipe para atender toda a comunidade. A UBS tem o tamanho regular, situando-se a menos de cem metros do matadouro da cidade, o que gera condições inadequadas para o exercício da saúde.

Recebemos frequentemente acadêmicos de diversas áreas que auxiliam nos grupos de Hiperdia, idosos e gestantes.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

O bairro é conhecido por ser um dos mais violentos da cidade com nível socioeconômico baixo, dominado pelo tráfico, que influencia diretamente a vida de todos os moradores. O maior motivo de óbitos na região é por homicídios, apesar de haver grande quantidade de hipertensos e diabéticos.

1.5 Priorização dos problemas

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Unidade Básica de Saúde de Vila Olavo Costa, município de Juiz de Fora, Minas Gerais

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Violência	Alta	14	Fora	Adolescentes e adultos jovens
Insalubridade	Alta	8	Fora	Manutenção do refugio do matadouro
Distúrbios psicológicos	Alta	8	Parcial	Diagnóstico e rastreamento dos casos

Fonte: Autoria própria (2017)

2 - JUSTIFICATIVA

A depressão acabou tornando-se um problema de saúde pública e muitos países já realizaram trabalhos sobre sua prevalência, que oscila entre 3 a 11% na população. A prevalência entre mulheres é maior do que entre homens, chegando a ser de 2 a 3 vezes maior. A média de sua prevalência nos cuidados primários de muitos países está acima de 10% e quando há internação por qualquer doença física estes dados sobem, chegando entre 22 a 23%. (FLECK 2006)

A depressão causa grande impacto na vida de inúmeros usuários, chegando a impedir a execução de suas atividades laborativas, tornando-os incapazes quando acometidos por episódios depressivos. (VILLANO 2011)

O diagnóstico de depressão pode ser realizado pelo clínico apesar disso 30 a 50% dos indivíduos não são diagnosticados, seja na atenção primária ou em outros setores, necessitando de uma melhor aproximação usuário-médico, para melhorar estes índices. (FLECK 2006)

O fortalecimento da rede de atenção é outro componente que ajudaria muito a equipe que atende o usuário com depressão. O matriciamento contínuo, espaço para capacitações e troca de saberes da equipe trazem como grande ganho a aproximação de quem cuida com o território assistido. (BRASIL, 2013)

Quando tratada nos primeiros seis meses, a chance de recuperação chega a 50% (FLECK 2006). Ainda, há uma incapacidade dos setores secundários e terciários em atender as demandas dos usuários de depressão, o que demonstra que uma parcela importante fica vinculada ao médico da família, o que reforça que a necessidade da intervenção e atendimento resolutivo deste é de suma importância, uma vez que está junto ao usuário de sua área de atuação. (FLECK 2006; TAVARES 2006)

No bairro Vila Olavo Costa, o tráfico e a violência são as características marcantes, acometendo a saúde física e emocional dos habitantes locais. É bastante comum conhecer famílias que perderam pessoas ou mesmo que possuem entes encarcerados.

A grande maioria dos pacientes apresenta algum distúrbio psiquiátrico, pelo estresse gerado pelo local e pelos acontecimentos que frequentemente habitam o cotidiano popular. A busca por medicação psicotrópica devido a traumas ocorridos é

massiva, sendo muito comum a dependência dos pacientes, apesar de esta não ser a única escolha terapêutica.

Este plano de intervenção se justifica, tendo como meta amenizar a depressão que é predominante na área de abrangência da UBS de Olavo Costa.

3 - OBJETIVO

Apresentar um projeto de intervenção que leve em conta o diagnóstico precoce e tratamento da depressão, antes do agravamento da mesma, especificamente na atenção primária de saúde, a fim de subsidiar ações que melhorem o acolhimento dos portadores dessa patologia.

4 - METODOLOGIA

A elaboração do plano de intervenção baseou-se no Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme orientação da disciplina de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Para tanto, foi realizada a sistematização da análise situacional, onde passos que constituem o mesmo foram elaborados de acordo com os nós críticos identificados a partir do encontro com usuários e profissionais de saúde para a identificação do problema prioritário.

Para fundamentar o plano de intervenção, fez-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: Depressão, Estratégia saúde da família e Atenção primária. Também foram pesquisados os documentos dos programas do Ministério da Saúde e muitos autores sobre esta temática.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 - A Depressão

A cada ano, o histórico de depressão entre a população aumenta consideravelmente, sendo um dado preocupante para a saúde pública. A Organização Mundial de Saúde indica que nas próximas décadas haverá uma mudança nas necessidades de saúde da população mundial devido ao fato de as doenças como a depressão estar substituindo os tradicionais problemas das doenças infecciosas e de má nutrição. Em 2020, a depressão só perderá para doenças cardíacas isquêmicas. (BAHLS 2003)

São vários os sintomas presentes no indivíduo depressivo, dentre eles destacam-se: falta de interesse, tristeza, desânimo, apatia, insegurança, choro persistente, pessimismo, desesperança, irritabilidade, falta de concentração, baixa autoestima, sentimentos de culpa, sentimentos de impotência, ideias de suicídio, entre outras. Quanto ao diagnóstico, o indivíduo deverá apresentar vários destes sintomas, ou pelo menos cinco destes sintomas, por um período mínimo de duas semanas, com prejuízo psicossocial ou sofrimento significativo. (GUARIENTE 2002)

A percepção da depressão pela própria nem sempre é fácil, uma boa parcela acredita que o que estão sentindo é algo passageiro e conseqüentemente não procuram tratamento. No entanto, quando essa tristeza ultrapassa duas semanas seguidas, deve ser avaliada como uma possível depressão. (KAPLAN et al, 1999)

“Ainda quando a tristeza ultrapassa o limiar da normalidade, perdendo seu papel adaptativo, e o humor persistentemente e autonomamente se torna deprimido, a depressão é estabelecida”. (ARANTES, 2007, p. 262)

5.2 - Prevalência

A depressão é um transtorno que pode ser considerado crônico e tem um agravante, ser recorrente, em que 80% dos usuários tratados quando tiveram algum episódio terão um segundo ao longo da vida. A necessidade de um tratamento e

acompanhamento adequado amplia a qualidade em resolver o episódio surgido. A média de episódios são quatro durante a vida. (FLECK 2006)

Entre adultos a porcentagem de ocorrer episódio depressivo varia desde 15 a 30%, sendo que 8% destes têm algum episódio mais grave. A depressão está no ranking das doenças mais prevalentes. Nos homens a prevalência oscila entre 7 a 12% e mulheres entre 20 a 25%. Em usuários acima de 65 anos o índice é baixo está entre 1,3 a 1,8%. (ARANTES 2007)

No Brasil, os portadores de depressão na população em geral, ao longo da vida, de aproximadamente 17% (ANDRADE et al, 2002) enquanto que a prevalência em outros 18 países estudados foi de 11,1%. (MOLINA 2012).

Estudo de Stopa et al, (2015) relata prevalência de 7,6% de autorrelato de diagnóstico de depressão em adultos no Brasil, sendo maior em mulheres e em pessoas entre 60 e 64 anos, para aqueles que se autodeclararam brancos e residentes na região urbana.

Razzouk (2016) relata que o Brasil lidera o ranking de prevalência de depressão entre as nações em desenvolvimento, com uma frequência de 10 a 18% no período de doze meses, representando 20 a 36 milhões de pessoas afetadas - o equivalente a 10% das pessoas com depressão no mundo.

A atenção primária é a porta de entrada de acesso de muitos usuários com depressão. . Estudo que buscou avaliar os transtornos mentais em pacientes que procuraram atendimento em uma unidade de referência do Programa de Saúde da Família (PSF), a depressão foi o transtorno mais frequente, com uma prevalência de 17,6% (GONÇALVES, KAPCZINSKI, 2008). Já Molina et al (2012) encontrou uma prevalência de depressão de 23,9%, apresentando-se mais evidente nas mulheres,

Aproximadamente entre 2 a 12% dos indivíduos do Brasil apresentarão depressão no seu ciclo de vida. Esses índices são mais altos entre os pacientes dos serviços de atenção primária. Um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) conduzido no Rio de Janeiro em 15 centros de atenção primária à saúde mostrou a prevalência de 29,5% para transtornos depressivos. A maioria dos indivíduos com depressão é atendida pelos serviços de atenção primária, enquanto apenas uma minoria recebe atendimento de especialistas em saúde mental. (VALENTINI, 2004, p.523)

5.3- Subtipos da depressão

Embora a depressão tenha diferentes prevalências, tanto em faixas etárias quanto nos níveis de atenção, a depressão pode apresentar também diferentes subtipos, sendo 8 os mais usados na prática clínica:

episódio ou fase depressiva e transtorno depressivo recorrente, distímia, depressão atípica, depressão tipo melancólica ou endógena, depressão psicótica, estupor depressivo, depressão agitada ou ansiosa e depressão secundária ou orgânica. (DALGALARRONDO 2008)

O episódio ou fase depressiva e transtorno depressivo recorrente tem a prevalência de 3 a 12 meses, com média de seis meses. Pode ser classificado em leve moderado ou grave. Torna-se recorrente quando manifestado mais de um episódio. (DALGALARRONDO 2008)

A distímia é uma depressão crônica, com média de 8% de ocorrência ao longo da vida do público geral e de 4,1% nos serviços e atenção primária, persistindo por vários anos, com sintomas presentes pelo menos por dois anos, mas não compromete significativamente a execução de atividades no seu dia a dia. (FLECK 2006)

Na depressão atípica pode ocorrer intensidade de transtorno bipolar ou unipolar. Ocorre em cerca de 2% da população e está presente em 12,5 a 30% dos usuários diagnosticados com depressão. (ARANTES 2007)

A depressão tipo melancólica ou endógena é de natureza neurobiológica e mais independente de fatores psicológicos. Responde melhor a tratamento biológico e a genética tem fator importante. (DALGALARRONDO 2008)

A depressão psicótica é uma forma grave chegando a 15% dos quadros depressivos, apresentam delírios, alucinações e outros. A alucinação quando presente em geral são transitórias e não elaboradas. (DEL PORTO 2000)

O estupor depressivo é uma forma grave, podendo o usuário ficar dias na cama ou sentado com negativismo, necessitando de ajuda intensa nestes dias, em que a vida do mesmo está em risco. (DALGALARRONDO 2008)

A penúltima forma, a depressão agitada ou ansiosa tem forte componente de ansiedade e inquietação psicomotora, em geral o usuário não fica quieto. (DALGALARRONDO 2008)

A depressão secundária é uma última subdivisão, em que ela está associada a uma doença ou de um quadro clínico somático. Usuários que tiveram acidentes

vasculares cerebrais (AVCs) no hemisfério esquerdo terão mais chances de depressões secundárias. (DALGALARRONDO 2008)

5.4 - Incapacidade Social

A depressão quando manifestada no usuário traz consigo muitos fatores e um deles é a incapacidade laborativa:

As síndromes depressivas são anualmente reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública. Segundo levantamento da OMS, a depressão maior unipolar é considerada a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde. (DALGALARRONDO 2008)

A sociabilidade fica profundamente comprometida, dependendo do usuário, suas relações e o subtipo que o está acompanhando:

Os sintomas depressivos normalmente comprometem muito o funcionamento social dos pacientes. A depressão foi estimada como a quarta causa específica de incapacitação nos anos 90 por meio de uma escala global para comparação de várias doenças. (FLECK 2006)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou em 1990 seus estudos sobre os efeitos da depressão na incapacidade para o dia a dia. Dados dos estudos posteriores apontavam que nos países desenvolvidos a incapacidade nos usuários com depressão chegou a 66% e 52% nos países em desenvolvimento. Outro dado é que 39% dos usuários em geral com diagnóstico de depressão ficam incapacitados socialmente e 46% com incapacidade física. (VILLANO 2011)

A estigmatização do usuário com sofrimento por causa da depressão, ainda é existente, o que afeta muito na autoestima do mesmo, fazendo a incapacidade por isolamento:

Responsáveis por quadros de intenso sofrimento subjetivo e familiar, agravados por atitudes de exclusão e estigmatização, os transtornos mentais vêm ganhando expressão no contexto da carga de doenças. Dados referentes ao Brasil, provenientes de um estudo multicêntrico realizado em 2000, permitem estimar que 36% da população brasileira sofrerá de transtorno mental em algum momento da vida. (FIOROTTI, 2009, p.318)

A mulher, de certa forma, em alguns períodos tem maior interferência na parte social advindos da depressão, seja quando na depressão pós parto que atinge 26 a 85%

das parturientes e depressão maior em 15%, ou durante a adolescência em que ocorrem mudanças hormonais importantes. (JUSTO 2006)

Quanto maior for a intensidade dos sintomas depressivos em contrapartida poderá haver uma grande possibilidade de comprometimento do funcionamento geral dos usuários, isto se situa nas diversas áreas, seja trabalhista, social entre outras. (FLECK 2006)

5.5 - Estudo de intervenção na saúde de atenção primária

Alguns estudos de intervenção da depressão na atenção primária realizados em algumas unidades de saúde apontam algumas fragilidades na atuação dos profissionais, seja por meio da falta de treinamento, pouca interação, demanda excessiva entre outros.

Em Campinas/SP, no ano de 2004 houve uma pesquisa com 1.224 usuários e com dezessete clínicos que atuavam nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), para averiguar as necessidades do serviço ofertado e as intervenções advindas deste. Diversos meios foram utilizados para averiguar o diagnóstico, atitude, modo de atender e o conhecimento do profissional. O resultado desta pesquisa em Campinas apontou algumas necessidades de intervenções:

O programa mostrou benefícios limitados nesta amostra de clínicos gerais. Não foi capaz de mostrar aumento do conhecimento sobre a depressão e nem quanto à atitude dos médicos com relação a esse transtorno. Não houve modificação no número de casos diagnosticados antes ou após o programa. Existiram algumas evidências com relação melhora no manejo psicofarmacológico. Aparentemente o programa tornou os clínicos mais confiantes para o tratamento da depressão, diminuindo o número de encaminhamentos feitos aos profissionais da área da saúde mental. (VALENTINI, 2004, p.522)

Um fator que ajudou na intervenção da pesquisa de Campinas foi um treinamento efetuado aos profissionais que atendiam aos portadores da depressão, porque a incipiência que manifestava uma insegurança em estar ou manter o usuário em tratamento na unidade colaborava nos inúmeros encaminhamentos ao setor de saúde mental. No início da pesquisa havia uma média de 22,9% de encaminhamentos destes usuários e depois da capacitação ficou em torno de 14,3%. As prescrições de antidepressivos no início eram de 12,0% e ao final de 23,4%. (VALENTINI 2004)

O segundo estudo foi executado na cidade de Pelotas /RS, no ano de 2009, para saber o perfil e identificação dos usuários com depressão, sua prevalência, sendo acompanhados 915 usuários atendidos pelas UAPS do município. A pesquisa concentrou-se tanto na unidade quanto no domicílio. (MOLINA 2012)

O conhecimento da população atendida ajuda identificar a prevalência da depressão, qual ação a equipe precisa colocar em discussão e realizar a intervenção, colocando este usuário em tratamento na unidade:

Considerando que a população estudada aguardava consulta em Unidades Básicas de Saúde para o acompanhamento de doenças clínicas, verificou-se o quanto é importante inserir o cuidado em saúde mental na atenção primária, pois ações específicas irão favorecer um diagnóstico mais acurado, um atendimento psicológico ou psiquiátrico aos pacientes e, conseqüentemente, a redução dos gastos em saúde pública. (MOLINA, 2012, p.196)

Os usuários no seu território estão sujeitos a vários fatores socioeconômicos, classe social, escolaridade. A influência destes fatores pode ser mais acentuada quando estão situados na periferia menos favorecidas. A depressão pode se instalar ou acentuar quando ficarem expostos a estressores ambientais, condições de vida comprometem o funcionamento cognitivo, possibilitando que alguma doença mental se instale. (MOLINA 2012)

A dependência do álcool além dos fatores sociodemográficos é outro fator que pode desencadear o transtorno de ansiedade, risco de suicídio além da depressão. O abuso do álcool muitas vezes está associado em abrandar o sofrimento que sente pela depressão. (MOLINA 2012)

O terceiro estudo foi realizado no Ceará, na capital e no interior, com 115 participantes, entre usuários e profissionais das unidades de saúde e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no ano de 2011, para tentar a interação da atenção primária com setores de saúde mental pelo vínculo do matriciamento. (PINTO 2011)

O acolhimento na atenção primária, ou escuta qualificada é o local que a equipe tem uma aproximação intersubjetiva, em que assume além das condições clínicas, a dimensão psicossocial e econômica. O acolhimento ajuda a melhorar o fluxo na unidade e já antecede a consulta ajudando o profissional médico na necessidade do usuário, em questão a depressão que ele vivencia. (PINTO 2011)

Alguns usuários necessitarão do atendimento do profissional especializado em psiquiatria ou de uma equipe multiprofissional para casos que não respondam ao tratamento na unidade, necessidade de um parecer ou acompanhamento da equipe do CAPS pelo matriciamento, processo de partilha:

Portanto, é no território onde a população efetiva seu cuidado e, por isso, os dispositivos assistenciais do SUS devem se articular com tais instituições para compor pactos de atuação integrada. Com o apoio matricial, a integração incide na interlocução entre CAPS e ESF, sobretudo. Dessa maneira, o trabalho das equipes do matriciamento compartilham informações territoriais, demandas clínicas e de procedimentos bem como ampliam seu potencial resolutivo perante os casos clínicos de saúde mental. (PINTO 2011, p.658)

A depressão sendo estudada na atenção primária fortalece a atuação médica e um retorno mais eficaz aos usuários que necessitem de atendimento.

6 – PLANO DE INTERVENÇÃO

A elaboração do Plano de ação baseou-se no Planejamento Estratégico Situacional. A partir dos “nós críticos” identificados pela equipe da UBS de Vila Olavo Costa a respeito do elevado índice de depressão foram propostas as operações necessárias para sua solução, os produtos e resultados esperados e os recursos necessários a sua execução conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Operações, produtos e recursos necessários para os nós críticos do elevado índice de depressão na Unidade de Saúde da Família Vila Olavo Costa, Juiz de Fora/MG.

“Nós Críticos”	Operação projeto	Resultados esperados.	Produtos esperados	Recursos necessários
Sequelas da violência	Rastreamento dos pacientes flagelados pela violência	Identificação e tratamento adequado multiprofissional	Pacientes bem assistidos e hígidos não só fisicamente, mas psicologicamente também	Tempo, apoio de equipe multiprofissional
Abusos	Detectar famílias mais atingidas pela violência doméstica	Prover um núcleo familiar comum pacífico	Famílias seguras	Assistência social e apoio da PM
Tráfico	Aconselhamento constante acerca dos malefícios dos entorpecentes	Diminuição da influência do movimento do tráfico na região	Diminuição da violência de modo geral	Equipe multiprofissional, tempo reservado direcionado para grupos de adolescentes

Fonte: Autoria própria (2017)

No Quadro 2 estão descritos os recursos considerados críticos para cada operação.

Quadro 2 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas pra o enfrentamento dos nós críticos para o problema “Alta incidência de depressão” na Unidade de Saúde da Família Vila Olavo Costa, Juiz de Fora/MG.

Operação	Recursos Críticos
Ofertar tratamentos de acordo com o nível de complexidade da doença	<p><u>Políticos</u> – Disponibilidade de pessoal</p> <p><u>Financeiros</u> – Contratação de mais profissionais</p> <p><u>Organizacional</u> – Interação fácil com CAPS e demais centros de tratamento psiquiátrico</p>
Busca ativa de histórico familiar de abusos	<p><u>Políticos</u> – Conselho de saúde e Associação de Bairro</p> <p><u>Financeiros</u> – Busca de apoio instucional- PJF</p> <p><u>Organizacional</u> – Apoio dos ACSs com fluxo contínuo de informações tanto antigas quanto novas.</p>
Policiamento intensivo	<p><u>Políticos</u> – Apoio da PM</p> <p><u>Financeiros</u> – Não mensurável</p> <p><u>Organizacional</u>- Apontar pontos mais frágeis</p>

Fonte: Autoria própria (2017)

A análise da viabilidade do plano é apresentada no Quadro 3.

Quadro 3.- Análise de Viabilidade do plano

Operações	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Tratamento em várias esferas da saúde	Disponibilização de profissionais e facilidade na interação dos diferentes núcleos de saúde.	Secretaria de saúde	Criação de um fluxo viável e estável para pacientes psiquiátricos	Contato com secretaria de saúde para apresentação dos planos
Grupo de apoio às vítimas de agressão	Captação de pacientes em um bairro assolado pela violência e impunidade	ACSs	Melhora significativa na expectativa de vida e saúde mental	Criação de grupo de apoio multiprofissional às vítimas de agressão
Policiamento efetivo	Intensificação do policiamento no bairro e apoio da PM	Secretaria de segurança	Diminuição da influência do tráfico no bairro	Palestras, interações e presença policial constante

Fonte: Autoria própria (2017)

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade dos usuários da UAPS de Vila Olavo Costa e dos moradores do mesmo bairro tem grande impacto na saúde destes, favorecendo surgindo de doenças entre elas a depressão, a qual necessita de uma intervenção que possa amenizar esta dura constatação.

A interação entre as esferas da saúde de Juiz de Fora, um matriciamento constante sendo um suporte de um profissional de saúde mental e de outros profissionais ajudarão nesta intervenção.

Havendo um suporte, além do profissional médico de família, os laços com a comunidade podem se estreitar ainda mais, havendo empatia e respeito da equipe pela comunidade, porque esta se sentiria acolhida e suas agruras seriam paulatinamente abrandadas.

O treinamento dos médicos de família para melhor atuação em situações tão ímpares como esta, será de muito valia, porque são questões pontuais e necessitam um melhor preparo específico.

A interação com os movimentos do bairro como associação de pró melhoramento, conselho de saúde entre outros seria de extrema importância porque os representantes destes residem neste bairro ou na abrangência da UAPS.

Espera-se que a implantação deste plano integrador possa trazer uma resolução hábil e eficiente nos casos constatados assim como a identificação precoce dos mesmos, visto que o tratamento tem maiores chances de sucesso no início.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Daniel Victor. Depressão na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 2, p.261-270, 2007.

BAHLS, Saint Clair; BAHLS, Flávia Rocha Campos. Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. **Estudos de Psicologia**. Campinas, vol 20, 2003.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. Brasília,[online], 2017. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>> Acesso em 01/06/2017.

BRASIL_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Editora MS, 2013. Caderno 34.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 02/04/2017.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2008.

DEL PORTO, José Alberto. Conceito e Diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.21, 2000.

FIOROTTI, Cecília; TOMAZELLI, Jeane; MALAGRIS, Lucia. Transtornos mentais comuns em pacientes hipertensos: estudo em unidade de atenção primária à saúde no Rio de Janeiro. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora, n.3, p.318-327, 2009.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Depressão. In: DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; KAPCZINSKI, Flavio. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saude Publica**. Rio de Janeiro; 24(9): 2043-53, 2008.

GUARIENTE, Julio Cesar Arroyo. **Depressão: dos sintomas ao tratamento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

JUSTO, Luís Pereira; CALIL, Helena Maria. Depressão- o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 33, p.74-79, 2006.

KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamin J; GREBB, Jack A. **Compêndio de**

Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p. 493, 495, 497, 499 e 1169.

MOLINA, Mariane Ricardo Acosta, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Revista de Psiquiatria Clínica.** São Paulo, v. 39, p.194-197, 2012.

PINTO, Antônio Germane Alves. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 17, p.653-660, 2011.

RAZZOUK, Denise. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde?. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília , v. 25, n. 4, p. 845-848, dez. 2016 .

STOPA, Sheila Rizzato et al . Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. Epidemiol.,** São Paulo , v. 18, supl. 2, p. 170-180, Dec. 2015 .

TAVARES, Mario. A prática da atenção primária. In: DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

VALENTINI, Willians, et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 38, p.522-528, 2004.

VILLANO, Luiz A. B.; NANHAY, ABDON, L. G. Depressão: Epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto.** Rio de Janeiro, v. 10, 2011.