

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

**LEONEL MARQUEZ CRESPO**

**PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE  
GENERALIZADA E TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NO MUNICÍPIO  
DE PRESIDENTE KUBITSCHEK, MINAS GERAIS: PROJETO DE  
INTERVENÇÃO.**

**DIAMANTINA/ MINAS GERAIS**

**2015**

**LEONEL MARQUEZ CRESPO**

**PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE  
GENERALIZADA E TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NO MUNICÍPIO  
DE PRESIDENTE KUBITSCHK, MINAS GERAIS: PROJETO DE  
INTERVENÇÃO.**

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

Orientadora: Prof. Flávia Casasanta Marini

DIAMANTINA/MINAS GERAIS

2015

**LEONEL MARQUEZ CRESPO**

**PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE  
GENERALIZADA E TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NO MUNICÍPIO  
DE PRESIDENTE KUBITSCHEK, MINAS GERAIS: PROJETO DE  
INTERVENÇÃO.**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa.Prof. Flávia Casasanta Marini(Orientadora)

Examinador 2: Profa.Ms. Eulita Maria Barcelos (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2015.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a minha família e em especial a minha mãe, por ser a responsável do que eu sou hoje em dia.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos meus professores, pacientes, amigos e meus colegas de trabalho do PSF: médicos, enfermeiros, auxiliares, agentes comunitários de saúde, recepcionista e serviços gerais pelo carinho, companheirismo e dedicação em todos estes anos.

*"A cada dia que vivo, mais me convenço de que o desperdício da vida está no amor que não damos, nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca, e que , esquivando-se, do sofrimento, perdemos também a felicidade".*

*Carlos Drummond de Andrade.*

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção visando a prevenção e promoção da saúde e da assistência aos pacientes portadores de Transtornos de Ansiedade Generalizada e os Transtornos Depressivos no município de Presidente Kubitschek, Minas Gerais. Atualmente, os transtornos de ansiedade e depressão são motivos frequentes de consultas em Unidades Básicas de Saúde e hospitais e são as principais causas de incapacidades e suicídio, constituindo assim não apenas um flagelo que prejudica o adequado desenvolvimento do indivíduo, mas também um grave problema de Saúde Pública. Para isso, nos demos a tarefa de identificar as principais causas que provocam o surgimento destes transtornos mentais e assim corrigir ou trata-las e diminuir, portanto o número de pessoas que sofrem de ansiedade e depressão e o número de pacientes que precisam atenção nos serviços de saúde por este motivo. Elaboramos um referencial teórico a partir de uma revisão de literatura por meio de uma pesquisa bibliográfica dos principais artigos e revistas de psiquiatria e psicopatologia encontradas na internet em bancos de dados como Scielo, utilizando como fonte principal a Revista Brasileira de Psiquiatria, por meio dos principais descritores como: Ansiedade, Depressão, Saúde Mental, entre outros, para lograr a melhor explicação do problema. A equipe considerou importante entender a gênese do problema que estamos enfrentando a partir da identificação de suas causas e lograr assim uma melhor intervenção dos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Ansiedade. Depressão.

## ABSTRACT

The aim of this paper is to elaborate an intervention project aimed at the prevention and health promotion and assistance to patients with generalized anxiety Disorders and depressive disorders in the municipality of Presidente Kubitschek, Minas Gerais. Currently, the anxiety disorders and depression are frequent reasons for consultations in basic health units and hospitals and are the main causes of disabilities and suicide, thus constituting not only a scourge that harms the proper development of the individual, but also a serious public health problem. For that, we did the task of identifying the main causes that provoke the emergence of these mental disorders and so correcting or treating them and decrease, so the number of people who suffer from anxiety and depression and the number of patients who need attention in health services for this reason. We developed a theoretical framework from a review of literature through a bibliographical research of the main articles and journals of Psychiatry and psychopathology found in internet in databases as Scielo, using as main source the Brazilian Journal of Psychiatry, by means of the main keywords such as: anxiety, depression, Mental health, among others, to achieve the best explanation of the problem. The team considered it important to understand the genesis of the problem we're facing from the identification of its causes and achieve a better health services intervention.

**Keywords:** Mental Health. Anxiety. Depression.



## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                       | <b>10</b> |
| <b>1.1 Contexto do trabalho da equipe.....</b> | <b>10</b> |
| <b>1.2 Diagnostico Situacional.....</b>        | <b>14</b> |
| <b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>                    | <b>16</b> |
| <b>3 OBJETIVO.....</b>                         | <b>17</b> |
| <b>4 METODOLOGIA.....</b>                      | <b>18</b> |
| <b>5 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>              | <b>20</b> |
| <b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>          | <b>26</b> |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>             | <b>45</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>                       | <b>46</b> |

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Contexto de trabalho da equipe Saúde da Família**

Presidente Kubitschek encontra-se a uma distância em relação a sua microrregião de referência que é Diamantina de 59 km e o tempo médio para a realização do percurso é de 40 minutos. Além da referência microrregional, há também a referência macrorregional, ou seja, a capital estadual que é Belo Horizonte, onde a distância é de 286 km e o tempo gasto é de 4 horas aproximadamente (Plano municipal de saúde, 2014).

Presidente Kubitschek tem uma população de 3045 habitantes segundos dados do IBGE (2012), divididos em 2110 pessoas em área urbana e 935 em área rural.

A construção atual de Presidente Kubitschek se deu durante a era da mineração de ouro e pedras preciosas na região mineira em meados do século XVI. Há evidência de que os primeiros habitantes da região teriam sido índios, e que os mesmos deram o nome a localidade de Ocapoã e posteriormente, Iviturui. Sabe-se também que durante a exploração de minérios, os escravos garimpavam nos rios e campos.

A região pertencia ao que na atualidade se chama Estrada Real, que são localidades e estradas que ligavam Diamantina a cidade de Parati no Rio de Janeiro. Os tropeiros vinham da região da Mata (Serro, Sabinópolis, Guanhões, Rio Vermelho), quando transportavam suas mercadorias (toucinho, carne, cereais,) com destino a Curvelo, Estação do Barão de Guaicui e demais localidades.

Por esta localidade, um lugar alto denominado de Capoeira Grande, os tropeiros passavam por aqui e pousavam por estas terras, onde ao redor floresciam importantes povoações, deram o nome de Pouso Alto.

Em 1866 foi reconhecida como arraial pertencente à Diamantina, com denominação de Nossa Senhora do Pouso Alto, pela lei nº1295, em 30 de dezembro de 1888, e elevada à Paróquia ou Freguesia pela lei nº3442 de 28 de setembro de 1887, quando sua denominação passa a ser Pouso Alto de Diamantina (Plano municipal de saúde, 2014).

Inicia-se a organização social, com a instalação do cartório, em 13 de Dezembro de 1888 pela lei nº 3886 de 07 de Março do mesmo ano. Naquela época Pouso Alto era um dos dezessete distritos que compunham o município de Diamantina.

Porém em Minas Gerais já havia outro distrito com o nome de Pouso Alto, o que em 1923, mediante a lei nº843, de 07 de Setembro de 1923, passa sua denominação de Pouso Alto para Tijucal.

O nome Tijucal permaneceu até 30 de Dezembro de 1962. O distrito começou a crescer, e o povo sentiu vontade de ser independente, surgindo assim, a idéia de emancipação e também de mudança de nome de Tijucal para Presidente Kubitschek em homenagem ao ilustre Dr.Juscelino Kubitschek de Oliveira. Em 1 de março de 1963 foi instalado o Município de Presidente Kubitschek, separando-se assim de o que antes foi distrito de Diamantina (Plano municipal de saúde, 2014).

Dentro dos aspectos geográficos podemos falar que Presidente Kubitschek encontra-se na Microrregião Geográfica de Diamantina, conforme sua hidrografia, fazendo parte da bacia do Vale do Paraúna, afluente do Rio das Velhas, afluente do São Francisco no estado de Minas Gerais, Brasil.

Está situado geograficamente a 12°34'41 de latitude sul em sua interseção com o meridiano de 43°32'34. Sendo a Altitude máxima de 1927 metros localizada na Cabeceira do Córrego do Espinho e Altitude mínima de 1175 metros localizada na Foz do Ribeirão Palmital, já no ponto central da cidade é de 1100metros (Plano municipal de saúde, 2014).

Sua extensão territorial e de 190 km<sup>2</sup>. Sendo seus municípios limítrofes Serro, Datas, Conceição do Mato Dentro, Alvorada de Minas. Ele possui além do perímetro urbano, oito povoados: Pantinha, Treme, Capela Velha, Raiz, Paulista, Trinta Reis, Soares, Andrequicé.

Área total do município é de 189, 235 km<sup>2</sup> com uma concentração habitacional de 69,29% urbana e 30,70 % rural. O número aproximado de domicílios é de 860 e famílias, de 810 (Plano municipal de saúde, 2014).

Dentro dos aspectos socioeconômicos mais importantes temos que o índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,595, com uma taxa de urbanização de 66%,

com uma renda média familiar de R\$ 352,98 (de meio a um salário mínimo), o abastecimento de água tratada é de 90,13%, assim como o recolhimento de esgoto por rede pública é de 74,6% (Plano municipal de saúde, 2014).

As principais atividades econômicas dentro do município são a agricultura, pecuária e serviço.

Os principais aspectos demográficos são resumidos no seguinte quadro.

Quadro 1 Aspectos Demográficos por faixa etária.

| Região       | -1        | 1-4        | 5-9        | 10-14      | 15-19      | 20-25      | 25-39      | 40-59      | Mas 60     | Total       |
|--------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Área Urbana  | 26        | 156        | 201        | 245        | 208        | 196        | 426        | 396        | 256        | 2110        |
| Área Rural   | 10        | 93         | 85         | 115        | 120        | 110        | 141        | 220        | 41         | 935         |
| <b>Total</b> | <b>36</b> | <b>249</b> | <b>286</b> | <b>360</b> | <b>328</b> | <b>306</b> | <b>567</b> | <b>616</b> | <b>297</b> | <b>3045</b> |

**Fonte:** IBGE, 2012.

Neste quadro podemos observar que a área urbana corresponde o maior número de pessoas com 2110 e a faixa etária mais representativa é de 25-39 com 567 pessoas para um 18,6% da população total.

A taxa de Crescimento Anual é de 0,46, com uma densidade demográfica de 15,64 habitantes/km<sup>2</sup>, com uma proporção de moradores abaixo da linha de pobreza de 2.02% e uma taxa de escolarização de 88,3% (Plano municipal de saúde, 2014).

Nossa equipe de saúde tem a sede no PSF municipal composto por um medico do Programa Mais Médico, uma enfermagem, uma técnica em enfermagem, e 07 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A população usuária da assistência à saúde no SUS é de 100%.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no município em 2005, com cobertura de 100 % da população do município, tanto urbana como de zona rural. Possui apenas 01 Equipe de Saúde da Família (ESF) e 01 Equipe de Saúde Bucal; este ano vai ser implantado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Em nossa comunidade não temos hospitais ou clínicas, só temos um laboratório onde fazem as tomadas de amostras e depois são enviadas a município de Diamantina ou Gouveia, temos uma escola municipal e uma estadual uma creche duas igrejas católicas e inúmeras evangélicas.

O sistema de referência funciona da seguinte forma: os encaminhamentos urgentes são direcionados à Santa Casa da Caridade e Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Saúde no município de Diamantina; aquelas situações de adoecimento que não podem ser solucionados dentro do município são encaminhadas para especialistas em Diamantina por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha (CISAJE), além do Centro de Atendimento de Hemodiálise, Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), além do Centro Especializado de Reabilitação que oferece atendimentos de equipe multidisciplinar onde vários usuários do Município são contemplados. Contamos ainda com os atendimentos pelo SUS na Clínica Diamantina Imagem, em Belo Horizonte através do Sistema Regional (SISREG), além de exames realizados em Clínicas e Hospitais na capital. Algumas cirurgias também são realizadas em diversos Hospitais de Belo Horizonte assim como o serviço de oncologia. Contamos também com cirurgias no Hospital de Diamantina e Serro e as cirurgias oculares em Guanhães (Plano municipal de saúde, 2014).

Em nosso município funciona a rede de saúde de mediana complexidade, além das consultas de medicina geral também são prestadas por um pediatra, um ginecologista, um cardiologista, assim como uma psicóloga, um nutricionista e uma fisioterapeuta em suas respectivas consultas.

Presidente Kubitschek é um município pequeno com escassos recursos econômicos que não permite que a população tenha o nível aquisitivo alto. 85 % da população vivem de empregos oferecidos pela prefeitura-dependendo dela inclusive para sobrevivência, além daqueles que recebem Bolsa Família e dela sobrevivem (Plano municipal de saúde, 2014).

## 1.2 Diagnóstico Situacional

A Equipe de Saúde da Família como já foi descrito no contexto de trabalho, atende a um total de 3045 pessoas onde 62,29% correspondem à área urbana e 30,70% rural, sendo uma área pobre e de baixos recursos dependendo fundamentalmente dos empregos que fornece a prefeitura, sendo que os principais problemas de saúde estão relacionados à pobreza e as consequências que ela tem para a população e as características dos municípios do interior do país e da região do Vale de Jequitinhonha onde pertence o município.

As principais causas de morte no município correspondem a:

- ✓ Doenças cardiovasculares (Infarto Agudo do Miocárdio, Arritmias cardíacas, Edema Agudo Pulmonar).
- ✓ Câncer
- ✓ Doenças Cérebro Vascular
- ✓ Pneumonia em idosos

As doenças agudas que tem mais incidências dentro da comunidade são:

- ✓ Infecções Respiratórias (Gripe, Amigdalite, Bronquite, Otite).
- ✓ Dermatológicas (Pio-dermite, Micose, Dermatite).
- ✓ Parasitárias (Giardíase, Amebíase, Oxiurose).
- ✓ Outras (diarreia, infecções urinárias).

As crônicas:

- ✓ Hipertensão Arterial Sistêmica
- ✓ Diabetes Mellitus.

Outras que constituem motivo frequente de demanda espontânea:

- ✓ Cefaleia, Artrose, Lombalgias.

Um ponto aparte são os transtornos mentais, os quais são considerados um problema de saúde dentro do município e para o qual é feito este projeto de intervenção.

Os problemas de saúde mais frequentes da população são:

Quadro 2 Principais Problemas de Saúde, na Área de saúde de Presidente Kubitschek.

### Principais Problemas de Saúde

Elevado número de pessoas com Transtornos de Ansiedade Generalizada e Transtornos Depressivos

Elevado número de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica

Elevado número de pessoas que sofrem de Diabetes Mellitus

Alto índice de Alcoolismo

Desemprego

Alta incidência de doenças respiratórias

Elevado índice de fumantes

Alta incidência de Verminose Intestinal

Não existência de medico plantonista depois das cinco da tarde de segunda a sexta na Unidade Básica de Saúde

Sedentarismo e obesidade

---

**Fonte:** Aatoria Própria

## 2 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde PK VIDA realizou levantamento e diagnóstico dos principais problemas de Saúde encontrados na comunidade, sendo identificado elevado número de pessoas com Transtornos de Ansiedade Generalizada e Transtornos Depressivos nos moradores do município Presidente Kubitschek.

Atualmente no Brasil especialmente nas cidades do interior do país, os transtornos mentais e em especial os transtornos de ansiedade generalizada e os transtornos depressivos e suas variantes, constituem problemas de saúde e motivos de consulta frequentes nas UBS e hospitais, sendo uma das causas principais de suicídio e incapacidades, levando os indivíduos a sentirem-se desvalorizados dentro da sociedade, vendo suas capacidades laborais e sociais reduzidas, constituindo um flagelo que prejudica o adequado desenvolvimento do indivíduo (ARAÚJO *et al.*, 2007,p.25).

Esta condição de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento buscando a redução dos riscos e complicações nos casos presentes.

A equipe após análise da situação levantada considerou que no nível local apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável.



### **3 OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção visando a prevenção e promoção da saúde e da assistência aos pacientes portadores de Transtornos de Ansiedade Generalizada e os Transtornos Depressivos no município de Presidente Kubitschek, Minas Gerais.

## 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

Realizamos o Plano de Intervenção seguindo passos para culminar com a realização de um Plano de Ação. A seleção foi feita a partir da análise de determinados critérios. Na UBS no município Presidente Kubitschek o problema da elevada prevalência de transtornos depressivos e transtornos de ansiedade generalizada foi selecionado como prioridade 1. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção dos dados. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns dos problemas relacionados aos mesmos, além disso, da ação da equipe frente a esse problema e também indicadores. Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

Para isso, realizamos uma revisão de literatura através de uma pesquisa bibliográfica dos principais artigos e revistas de psiquiatria e psicopatologia encontradas na internet em bancos de dados como Scielo, utilizando como fonte principal a Revista Brasileira de Psiquiatria, por meio dos principais descritores como: Ansiedade, Depressão, Saúde Mental, entre outros, para lograr a melhor explicação do problema. A Equipe considerou importante entender a gênese do problema que estamos enfrentando a partir da identificação das suas causas.

A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal.

A equipe identificou mediante uma análise entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas.

Com o problema bem explicado, e identificado às causas consideradas as mais importantes, a equipe considerou necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito, elaborando um desenho de operacionalização.

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los.

A Equipe identificou os recursos críticos de cada operação.

Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente foram identificadas três variáveis fundamentais:

- ✓ Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano;
- ✓ Quais recursos cada um desses atores controla.
- ✓ Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

Identificamos os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para lograr a elaboração de um plano operativo nos reunimos com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

Os transtornos mentais acometem, em algum momento da vida, ao menos 20% da população mundial (RODRIGUEZ; JORGE, 2010).

No Brasil, os cuidados com a saúde mental no sistema público sofreram uma reforma que começou há quase 20 anos e que procura evitar as internações em hospitais psiquiátricos, criando mecanismos de diagnóstico e tratamento mais amplos, com equipes multidisciplinares. Um dos exemplos da mudança é a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, implantados no Brasil em 1986 e que hoje já somam 1.620 em todo o país (HASKINS, 2009).

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2010), os Transtornos Mentais encontram-se entre as primeiras dez causas dos atendimentos de urgência. Uma pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) de 2006 realizada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Marília, no interior de São Paulo, mostrou que 16% dos pacientes atendidos apresentaram transtornos mentais e do comportamento (HOLMES, 2011).

As doenças psiquiátricas mais comuns na população são a depressão e os transtornos de ansiedade (HOLMES, 2011). Segundo o médico do departamento de psiquiatria da Unifesp Adriano Resende Lima, aproximadamente 20% das mulheres e 9% dos homens vão ter um episódio depressivo ao longo da vida (ARAÚJO, 2007).

Os transtornos de ansiedade e os transtornos depressivos têm causas multifatoriais relacionadas muitas vezes ao funcionamento do corpo e às experiências da vida, ou seja, com várias causas envolvidas no seu aparecimento. Algumas teorias referem uma explicação genética e estudos feitos com gêmeos monozigóticos corroboram a existência de uma tendência familiar. No entanto, não é claro como é feita a transmissão genética. São igualmente importantes as causas físicas, como o desequilíbrio hormonal, certas patologias (neurológicas, infecciosas ou oncológicas) ou alguns medicamentos, que têm como efeitos depressões secundárias. Outras, denominadas psicodinâmicas, dão maior importância às relações dos doentes com o meio e, em particular, com os pais/educadores ao longo do seu desenvolvimento. Os fatores sociais, por outro lado, como a vulnerabilidade das classes sociais baixas, as

relações interpessoais pobres, o desemprego, uma perda familiar importante ou um acontecimento traumático podem também estar na sua origem (ARAUJO, 2007).

Os transtornos ansiosos (ataques de pânico, fobias, ansiedade generalizada, entre outras variantes), depressivos (depressivo recorrente, depressivo maior, transtornos distímicos entre outros), constituem uma das principais queixas dos pacientes que acodem a Unidade Básica de Saúde, superada por hipertensão arterial sistêmica, trazendo como consequências desconforto, irritabilidade, incapacidade física, laboral e social, e em muitos casos até pode precipitar o suicídio (HOLMES, 2011).

Existem muitos estudos acerca destas doenças, e o que se pode observar é que em muitos casos existe a possibilidade de estarem ambos os transtornos associados em até 24% dos pacientes, ou seja, com sintomas de ansiedade misturados com depressão e vice-versa (DEL PORTO, 2000).

A ansiedade é vista como um sentimento útil para a preservação da vida. Ela é tida como um sinal de alerta, que possibilita ao indivíduo uma maior atenção sobre um perigo iminente, para assim poder traçar estratégias adequadas para sua defesa. Sendo assim, a ansiedade é um sentimento associado ao desenvolvimento normal, estando sempre presente nos processos de mudanças e nas novas experiências de vida. Para definir se o estado ansioso é normal ou patológico, deve-se avaliar a intensidade e frequência com que ocorre, duração, e a interferência com o desempenho social e profissional do indivíduo. Dessa forma, a ansiedade patológica se diferencia da ansiedade normal, pois paralisa o indivíduo, trazendo-lhe prejuízos e não permitindo uma preparação para lidar com situações ameaçadoras. Assim, observa-se que a ansiedade sempre esteve presente em toda a existência humana, porém somente nos últimos anos vem tomando maior significância para os pesquisadores, que visam à investigação dos efeitos desse estado sobre o organismo e o psiquismo humanos (HASKINS, 2000).

A ansiedade é um sentimento que causa desconforto, uma apreensão desagradável que pode surgir frente a um perigo real, ou imaginário, onde prepara o indivíduo para uma situação potencialmente danosa, como punições, privações ou ameaças físicas ou morais. A ansiedade impulsiona a pessoa a resolver a situação, aumentando o grau de vigília e sua capacidade de ação, é natural do ser humano e adaptativo, necessário para a autopreservação (HASKINS, 2000).

Os Transtornos de Ansiedade compreendem os quadros em que há a presença de uma ansiedade acentuada, que desempenha papel fundamental nos processos comportamentais e psíquicos do indivíduo, causando-lhe prejuízos em seu desempenho profissional ou acadêmico e nas relações sociais que vão segundo o DSM-V desde o ataque de pânico com incidência de 3,5%, as fobias até a ansiedade generalizada com 3,2%, entre outros sendo estes os mais frequentes (DSM-V 2014).

Quem sofre de algum transtorno de ansiedade sente angústia em situações que usualmente não sentiria. Por exemplo, o indivíduo pode ser incapaz de ir a uma loja de conveniências sem sentir medo. Em casos mais complicados, pacientes com transtorno de ansiedade são simplesmente incapazes de trabalhar ou manter amizades (DSM-V 2014).

O Transtorno Depressivo é um distúrbio emocional caracterizado por tristeza profunda e baixa autoestima, que pode ser desencadeada por diversos fatores. Nele há uma alteração química no cérebro do paciente, onde os neurotransmissores não são produzidos de maneira satisfatória. Entre eles estão a serotonina, noradrenalina e dopamina, que são substâncias que transmitem impulsos nervosos entre as células. Os sintomas da depressão são: apatia falta de motivação, medos que antes não existiam, dificuldade de concentração, perda ou aumento de apetite, pessimismo, indecisão, insônia, sensação de vazio, irritabilidade, raciocínio mais lento, esquecimento, ansiedade, angustia, entre outros.

A depressão corresponde a situações de perdas, desamparo ou de solidão afetiva; a ansiedade corresponde ao efeito produzido pela ameaça produzida pela probabilidade da existência de perdas, de inseguranças ou medos (HOLMES, 2011).

É possível que pessoas que sofrem de depressão possuam também algum transtorno de ansiedade, assim como também existem pessoas que sofrem de transtornos de ansiedade, no entanto não estão em estados depressivos. Muitas vezes, pelo fato de não haver conhecimento sobre a ansiedade e depressão e em que diferem, torna-se difícil perceber quais as origens da ansiedade, de todo o problema e como encontrar a melhor forma para se resolver (HOLMES, 2011).

O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s).

Os sentimentos de tristeza e alegria colorem o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Cumpre lembrar que essa resposta tem valor adaptativo, do ponto de vista evolucionário, uma vez que, através do retraimento, poupa energia e recursos para o futuro. Por outro lado, constitui-se em sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está precisando de companhia e ajuda. As reações de luto, que se estabelecem em resposta à perda de pessoas queridas, caracterizam-se pelo sentimento de profunda tristeza, exacerbação da atividade simpática e inquietude. As reações de luto normal podem estender-se até por um ou dois anos, devendo ser diferenciadas dos quadros depressivos propriamente ditos. No luto normal a pessoa usualmente preserva certos interesses e reage positivamente ao ambiente, quando devidamente estimulada. Não se observa, no luto, a inibição psicomotora característica dos estados melancólicos. Os sentimentos de culpa, no luto, limitam-se a não ter feito todo o possível para auxiliar a pessoa que morreu; outras ideias de culpa estão geralmente ausentes(RAZZOUK, 2009 ).

Enquanto sintoma, a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas.

Enquanto síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite).

Finalmente, enquanto doença, a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Depressivo Persistente (distímia), Transtorno Disfórico Pré-menstrual, Transtorno Depressivo Induzido por

sustâncias/medicamentos, e Transtornos Depressivos não especificados (DSM-V 2014).

É preciso diferenciar sofrimentos emocionais comuns de um transtorno depressivo.

"Não é qualquer tristeza que é depressão. No caso da doença, há uma tristeza profunda, o indivíduo tem um grande grau de sofrimento, desânimo acentuado e há a perda da vontade e da capacidade de realizar tarefas. Nesses casos, a família geralmente fica mobilizada e o indivíduo fica inativo, improdutivo." (ARAUJO, 2007, p 50-51).

"A depressão grave revela-se um problema de saúde pública em todas as regiões do mundo e tem ligações com as condições sociais em alguns países" (RAZZOUK, 2009, p. 90). Essa é conclusão do relatório sobre o transtorno feito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 18 países, de alta e de baixa renda, incluindo o Brasil. Segundo o relatório, aproximadamente 14,6% da população dos países com alta renda já teve depressão, com média de 5,5% no ano passado. Já entre o grupo de renda baixa e média, 11,1% das pessoas apresentou o distúrbio em algum momento da vida e 5,9% nos últimos 12 meses. A maior prevalência no ano anterior à pesquisa foi registrada no Brasil, com 10,4%, e a menor no Japão, com 2,2%. Além disso, os pesquisadores observaram que nos países mais ricos a idade média de início dos episódios de depressão é 25,7 anos, contra os 24 anos dos menos desenvolvidos. Ainda assim, nos países com alta renda os jovens são o grupo mais vulnerável. Já nos outros lugares os idosos mostraram maior probabilidade de ficar deprimidos. Os dados referentes ao Brasil foram colhidos na região metropolitana de São Paulo, em 2009: 5037 pessoas participaram do estudo, que mapeou outros transtornos relacionados à depressão como ansiedade, pânico e fobias. Os resultados indicam que 44,8% dos paulistas já apresentaram algum transtorno mental.

Há duas linhas complementares de tratamento para os transtornos mentais comuns: o farmacológico, com remédios, e o psicoterapêutico, com diferentes tipos de terapia. Para o tratamento da depressão e ansiedade geralmente são usados os psicofármacos, que variam de acordo com a natureza do caso. (ARAUJO, 2007).

Muitas pessoas vêem a depressão como um transtorno que resulta na falta de energia, mas o oposto disso acontece frequentemente. Os que sofrem de depressão



se tornam tão ansiosos que eles não são capazes de relaxar, descansar ou dormir. (ARAUJO, 2007).

Contudo, o fato de alguém sofrer de episódios de transtornos de ansiedade não é sinónimo de que a pessoa sofra de depressão e nesse sentido dever-se-á distinguir a ansiedade da depressão, mesmo que os sintomas da ansiedade sejam comuns aos sintomas da depressão.

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

### **6.1 Desenho das operações**

Neste passo é importante

- ✓ Descrever as operações para o enfrentamento das causas seleccionadas como nós críticos.
- ✓ Identificar os produtos e resultados para cada operação definida.
- ✓ Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

O desenho das operações está apresentado nos seguintes quadros

Quadro 3 Desenho das operações. Nó crítico 1

| No Crítico                     | Operação/Projeto                                      | Resultados esperados      | Produtos  | Recursos Necessários  |
|--------------------------------|---|---------------------------|---|---|
| 1-Pressão social (desemprego). | <b>Viver Melhor</b><br>Aumentar à oferta de empregos. | Diminuição de desemprego. | Programa de geração de empregos (utilização do programa dos bolsistas, cobrir o 100% das vagas dos funcionários por secretarias, criação de pequenos negócios e microempresas com subsidio da prefeitura ofertando novas fontes de emprego, desenvolver a agricultura urbana como fonte de emprego e alimentos etc. | Cognitivo. (+Informação sobre o tema,<br><br>(elaboração e gestão de projetos de geração de empregos e renda).<br><br>Político: (+Mobilização Social,<br><br>(aprovação dos projetos).<br><br>Financeiro: (Financiamento dos projetos). |

**Fonte:** Autoria Própria

Quadro 4 Desenho das operações. Nó crítico 2

| No Crítico                  | Operação/Projeto  | Resultados esperados  | Produtos  | Recursos Necessários   |
|-----------------------------|---|---|---|--|
| 2-Baixo nível de informação | <p><b>Conhecer mais.</b></p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre as principais situações que constituem risco para ansiedade e depressão e como combatê-las.</p> | <p>População mais informada e preparada sobre riscos dos transtornos mentais.</p> | <p>Avaliação do nível de informação da população em risco (aplicação de questionários a serem preenchidos em uma amostra aleatória dos moradores seja nas unidades de saúdes, nas ruas, nas escolas, diretamente nas consultas nos grupos de saúde mental, nos trabalhadores, as consultas de hiperdia, durante o acolhimento).</p> <p>Campanha educativa na rádio local (durante o espaço destinado a promoção e prevenção de saúde sobre aspectos básicos de saúde mental básico e de fácil compreensão da população, com frequência semanal, onde as pessoas podem perguntar e aclarar dúvidas etc.), no PSF, nas escolas nas ruas e nos centros de trabalho.</p> <p>Programa de capacitação dos ACS, líderes formais e informais, pessoal das escolas (será feito com uma frequência mensal no salão de reuniões do PSF, abordando fatores de risco, população vulnerável, sintomas e signos básicos mais frequentes dos transtornos mentais, abordagem e seguimento da equipe de saúde, impar tido por</p> | <p>Cognitivo (conhecimento sobre estratégias de comunicação).</p> <p>Organizacionais (organizar a agenda de trabalho).</p> <p>Políticos (parceria com o setor educação e mobilização social).</p> <p>Financeiros (folhetos educativos, pacatas, pôster).</p> |

---

enfermeiro ,médico ,psicólogo, psiquiatra si preciso)

---

**Fonte:** Autoria Própria

Quadro 5 Desenho das operações. Nó crítico 3

| No Crítico                             | Operação/Projeto   | Resultados esperados   | Produtos   | Recursos Necessários   |
|--|--|--|--|--|
| 3-Destruturados dos serviços de saúde. | <b>Cuidar melhor.</b><br>Melhorar as estruturas de saúde para o atendimento de pessoas portadoras de risco e de transtornos mentais. | Garantir medicamentos para o tratamento dos transtornos mentais, acompanhamento e seguimento dos transtornos mentais como ansiedade e depressão, seguimento pela psicóloga e psiquiatra incluindo os CAPS. | Melhorar a estrutura dos serviços de saúde do município. Fornecer os medicamentos de uso regular para tratamento dos transtornos mentais e que sempre estejam à disposição da população que usam eles. Melhorar a rede assistencial de saúde para o atendimento dos pacientes portadores de transtornos mentais (como psiquiatras, técnicos em saúde mental, convênios com centros de referencias e especializados em saúde mental). | Políticos (decisão de recursos para estruturar o serviço).<br><br>Financeiros (mas dinheiro para a compra de medicamentos, materiais para usar em pôster e elementos identificadores para a população).<br><br>Organizacionais (pessoal para o trabalho em promoção, prevenção, e tratamento das doenças mentais).<br><br>Cognitivos (conhecimento sobre manejo e tratamento das doenças mentais em especial ansiedade e depressão). |

**Fonte:** Autoria Própria

Quadro 6 Desenho das operações. Nó crítico 4

| No Crítico                               | Operação/Projeto  | Resultados esperados  | Produtos  | Recursos Necessários   |
|--|---|---|---|--|
| 4-Poucas opções de lazer e divertimento. | <p><b>Mais entretenimento.</b></p> <p>Criar, aumentar , melhorar as fontes e espaços de lazer no município.</p> | Existência de fontes de lazer e entretenimento, onde as pessoas ocupem o tempo livre. | <p>Programa de criação de espaços de turismo e lazer (aproveitar as belezas naturais da região podemos planejar caminhadas por o vale, a cachoeiras, rios chácaras existentes no município, fazendas ubicadas no canhon do Funil, construir um clube com financiamento da prefeitura para a utilização dos moradores do município os fines de semana).</p> <p>Programa de manutenção dos espaços existentes (como os rios e cachoeiras, resgatando o espaço verde o desmatamento perto delas e a contaminação e sujeira de suas aguas).</p> <p>Programa de atividades esportivas (caminhada semanal, jogos de futebol com times de jovens, adolescentes, adultos os domingos, danço terapia duas vesses por semana, jogos de vôlei terça e quinta à noite na quadra esportiva etc.).</p> <p>Programa de atividades culturais (sala de</p> | <p>Financeiros (financiamento para construção de espaços novos e financiamento para melhoras dos já existentes, e para compra de insumos e recursos para atividades a desenvolver, contratação do pessoal de fora para participar e amenizar atividades).</p> <p>Organizacional (utilização das estruturas físicas existentes, recursos humanos a participar em as atividades, equipamento necessário a utilizar).</p> <p>Cognitivo (conhecimento disponível por pessoal da cultura e turismo).</p> <p>Políticos (decisão de liberação de recursos e apoio em a realização e planejamento das atividades).</p> |

---

leitura e poesia uma vez por semana, planejar atividades dançarias os fins de semana, contratação de bandas musicais de diversos gêneros que tanto gostam a população etc.).

---

**Fonte:** Aatoria Própria



Quadro 7 Desenho das operações. Nó crítico 5

| No Crítico                                     | Operação/Projeto   | Resultados esperados  | Produtos  | Recursos Necessários   |
|--|--|---|---|--|
| 5-Pouco poder de gestão das políticas pública. | <p><b>Mais gestão para viver melhor.</b></p> <p>Lograr e alcançar maior poder de gestão das políticas públicas municipais em atividades relacionadas com a saúde mental.</p> | Aumentar o poder de gestão das políticas públicas municipais. | Programa de gestão das políticas públicas municipais (maior participação da prefeitura e funcionários em execução de obras no município para benefício da população, buscar apoio e financiamento fora do município, contratação de empresas especializadas sim fosse necessário, e maior comprometimento e resposta as mudanças que precisa o município e desenvolvimento dele). | <p>Econômicos (destinar mais pressuposto ao desenvolvimento das políticas publicas relacionadas a saúde).</p> <p>Organizacional (oferecer o equipamento necessário, utilizar as estruturas físicas existentes, dispor pessoal e contratar, utilizar equipamento necessário).</p> <p>Políticos (liberar os recursos necessários).</p> |

Fonte: Autoria Própria

## 6.2 Identificação dos recursos críticos

Quadro 8 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema elevado número de pessoas com transtornos de ansiedade generalizada e transtornos depressivos.

|                                | Operação /projetos   |
|--------------------------------|--|
| Viver Melhor                   | Organizacional:>mobilização social em torno das questões do desemprego e da violência.<br><br>Político:>articulação Intersetorial e aprovação dos projetos.<br><br>Financeiro:>financiamento do projeto. |
| Conhecer mais.                 | <b>Político:</b> >articulação Intersetorial  |
| Cuidar melhor.                 | <b>Político:</b> >decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.   |
| Mais entretenimento.           | <b>Político:</b> >decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.<br><br><b>Financeiro:</b> >financiamento do projeto.  |
| Mais gestão para viver melhor. | <b>Político:</b> >decisão de aumentar os recursos e a gestão das políticas municipais.   |

**Fonte:** Autoria Própria

## 6.3 Análise de viabilidade do plano

Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais:

- ✓ Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano.
- ✓ Quais recursos cada um desses atores controla.
- ✓ Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

Quadro 9 Viabilidade do plano

| Operação /projetos         | Controle dos recursos críticos  |             | Ação estratégica                             |
|----------------------------|---|-------------|--|
|                            | Ator que controla   | Motivação   |  |
| <b>Viver Melhor</b>        | Associações de Bairro   | Favorável   | Não é necessária.                            |
|                            | Ministério de Ação Social   | Indiferente | Apresentar o projeto+ Apoio das associações. |
| <b>Conhecer mas</b>        | Secretaria de Educação  | Favorável   | Não é necessária                             |
| <b>Cuidar melhor</b>       | Prefeito municipal, secretaria de saúde.  | Favorável   | Não é necessária.                            |
| <b>Mais entretenimento</b> | Secretaria de cultura, esporte e lazer (Técnica de enfermagem da equipe vai coordenar o projeto). | Favorável   | Apresentar o projeto.                        |

---

Mais gestão para Prefeito municipal. Indiferente Apresentar o projeto+ Apoio das associações.  
viver melhor.

---

**Fonte:** Autoria Própria

#### **6.4 Elaboração do plano operativo**

Ele tem como objetivos principais

- ✓ Designar os responsáveis por cada operação.
- ✓ Definir os prazos para execução das operações.

Quadro 10 Plano operativo

| Operações   | Resultados   | Responsável   | Prazo   |
|---|--|---|---|
| Aumentar a oferta de empregos.  | Diminuição do desemprego.  | do Ministério de Ação Social, secretaria de assistência social. (Secretaria de assistência social). | Seis Meses a partir da apresentação do projeto (09/6/2015- 09/12/2015). |
| Aumentar o nível de informação da população sobre as principais situações que constituem risco para ansiedade e depressão e como combatê-las. | População mais informada e preparada sobre riscos dos transtornos mentais.   | Equipe de Saúde, NASF, Psicóloga, Psiquiatra. Radio emissora municipal (Psicóloga).                 | Quatro Meses após a apresentação do projeto (09/6/2015- 09/10/2015).    |
| Melhorar a estruturas de saúde para o atendimento de pessoas portadoras de risco e de transtornos mentais.                                    | Garantir medicamentos para o tratamento dos transtornos mentais, adequado acompanhamento e seguimento das doenças mentais como ansiedade e depressão, seguimento por psicologia e psiquiatria incluindo os CAPS. | Secretária de Saúde do Município+ Ministério de Saúde e Ação Social (Secretaria de Saúde).          | Três Meses após a apresentação do projeto (09/6/2015- 09/09/2015).      |

---

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Criar, aumentar , e melhorar as fontes e espaços de lazer no município. | Existência de fontes de lazer e entretenimento, onde as pessoas ocupem o tempo livre. | Secretaria de turismo esporte e lazer, prefeitura municipal (Secretario de turismo esporte e lazer). | Seis Meses após a apresentação do projeto (09/6/2015-09/12/2015).  |
| Alcançar maior poder de gestão das politicas publicas municipais.       | Aumentar o poder de gestão das politicas publicas municipais em matéria de saúde.     | Prefeitura municipal (Prefeito Municipal) (Enfermeira da equipe)                                     | Seis Meses após a apresentação do projeto (09/6/2015- 09/12/2015). |

---

**Fonte:** Autoria Própria

## 6.5 Gestão do plano

Esta etapa tem como objetivos

- ✓ Desenhar um modelo de gestão do plano de ação.
- ✓ Discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Esse momento é crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. 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. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. Realizaremos uma avaliação da execução do plano de ação por meio do desenho do modelo de gestão do plano de ação para verificar o êxito do processo, dando um prazo médio para seu cumprimento onde o medico e a enfermeira verificaram por o cumprimento das atividades por os próprios responsáveis nas diferentes áreas.



## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este projeto de intervenção foi realizado pela equipe de saúde, depois de realizar um estudo exaustivo do por que temos tantos pacientes com transtornos mentais, sendo as mais representativas a ansiedade e a depressão, só superada por a hipertensão arterial sistêmica e os eventos respiratórios. Tivemos a tarefa de investigar as causas e assim tratar de resolver as mesmas, sendo uma doença que trouxe consigo tanta incapacidade, seja física ou mental, e até um fator desencadeante de suicídio. É um trabalho onde é difícil de corrigir as causas que em muitas vezes não depende da disponibilidade dos serviços de saúde, pois precisamos da cooperação de todos os entes do município incluindo a prefeitura municipal.

Consideramos positiva a disponibilidade da equipe de saúde de trabalhar e resolver a situação e da prefeitura municipal e secretaria de saúde que vai nos apoiar em todo o que precisarmos.

## REFERÊNCIAS

- ARAUJO R.S. C. et al. **Transtorno de ansiedade e depressão**. São Paulo, 2007.
- Célia, O.S. et al. **Plano Municipal de Saúde Presidente Kubitschek**. Período de Vigência, Janeiro de 2014 a Dezembro de 2017.
- DSM-V (2014) **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Belo Horizonte, Ed. Artes Médicas.
- DEL PORTO, JÁ. **Conceito de Depressão e seus Limites**. Artes Médicas Sul, Porto Alegre, 2000.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos . **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- HOLMES, D. S.et al. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.
- Haskins, J.T. **Transtorno de Ansiedade Generalizada: Epidemiologia, impacto da comorbidade e história natural**. Post Medicine, revisão especial, 2009.
- Revista Brasileira de psiquiatria, vol. 32, no 4, dezembro 2010.
- RAZZOUK, D. **O impacto econômico e o custo social da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Serviço Gráfico do IBGE cidades. 476 páginas. Volume XXV Diamantina, 2012.
- VAUGHAN, J.P. & MARROW, R.H. **Epidemiologia para Municípios**. Série Didática Enfermagem no SUS, AB Em, 1997.