

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

ALBERTO ARENCIBIA HERNÁNDEZ

INTERVENÇÃO SOBRE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GUARANI EM BELO
HORIZONTE/MG

BELO HORIZONTE - MG

2015

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

ALBERTO ARENCIBIA HERNÁNDEZ

INTERVENÇÃO SOBRE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GUARANI EM BELO
HORIZONTE/MG

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

Orientadora: Prof. Virgiane Barbosa de Lima

BELO HORIZONTE - MG

2015

ALBERTO ARENCIBIA HERNÁNDEZ

**INTERVENÇÃO SOBRE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GUARANI EM BELO
HORIZONTE/MG**

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

Banca examinadora

Prof. Virgiane Barbosa de Lima

Prof. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ / ____ / ____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e à minha família.

RESUMO

O uso inadequado de psicofármacos é um importante problema de saúde pública e que requer dos profissionais da atenção primária á saúde certo preparo para seu enfrentamento, pois, parte dos usuários somente procuram o serviço de saúde para trocar receitas para adquirir estes medicamentos. Trata-se de uma tentativa do usuário de enfrentar doenças e problemas cotidianos, resultando no uso abusivo e, assim, a dependência. Este trabalho deve como objetivo elaborar um plano de intervenção para garantir melhor assistência aos pacientes diagnosticados com transtornos depressivos na equipe 01 da UBS Guarani em Belo Horizonte. Realizou-se um estudo descritivo através de pesquisa bibliográfica, baseado na leitura exploratória e analítica embasado no Planejamento Estratégico Situacional (PES). Foram elaboradas 4 operações a fim de garantir a reorganização do tratamento da depressão entre usuários da ESF. As operações basearam-se na mudança de hábitos, apoio psicossocial, informação aos usuários em relação ao uso de antidepressivos, bem como a capacitação da equipe para lidar com o problema. Quanto a viabilidade do plano de ação observou-se como favorável em todos os seus aspectos. O prazo máximo para início das atividades é de 6 meses. Através da revisão de literatura realizada e construção do plano de ação embasado no PES, foi possível observar que a capacitação da equipe para orientação aos usuários a fim de reorganizar as prescrições e tratamento da depressão é ponto chave para a efetivação do plano de ação proposto e a implementação do plano contribuirá para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde. Transtornos depressivos. Psicotrópicos. Atenção primária.

ABSTRACT

Improper use of psychotropic drugs is a major public health problem and requires of primary care professionals will prepare health right for your face, therefore, the users only seek health services to exchange recipes to purchase these drugs. This is an attempt by the user to face diseases and everyday problems, resulting in the overuse and thus dependency. This work is intended to draw up an action plan to ensure better care for patients diagnosed with depressive disorders in team 01 UBS Guarani in Belo Horizonte. We conducted a descriptive study through literature search, based on exploratory and analytical reading grounded in the Strategic Situational Planning (PES). 4 transactions were designed to ensure the reorganization of depression treatment among users of the ESF. The operations were based on the change of habits, psychosocial support, information to users regarding the use of antidepressants, as well as training of staff to deal with the problem. As for the viability of the plan of action was seen as favorable in all its aspects. The deadline for commencement of activities is 6 months. Through the literature review and construction plan of action grounded in PES, it was observed that the training team to guide users to reorder prescriptions and treatment of depression is key to the effectiveness of the proposed action plan and the plan's implementation will contribute to improving the quality of life of users.

Keywords: : Health System . Depressive disorders. Psychotropic drugs. Primary care.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	08
2 - JUSTIFICATIVA.....	15
3 - OBJETIVOS	16
4 - MÉTODO.....	17
5 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
6 - PLANO DE AÇÃO	23
7 - CONCLUSÕES	35
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

Belo Horizonte é a capital do estado de Minas e possui 2.491.109 habitantes vivendo numa área territorial de 331,401 km². O município faz limites com Nova Lima, Brumadinho, Sabará, Santa Luzia, Vespasiano, Ribeirão das Neves, Contagem e Ibirité (IBGE, 2014). Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) é considerado alto, de acordo com dados do Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. A taxa de ocupação é de 100% e a renda média familiar demonstra certa desigualdade salarial entre domicílios variando aproximadamente 2.000%, de acordo com dados do Censo 2010 divulgado pelo IBGE (Brasil, 2010).

Conforme o Cadastro Único dos Programas do Governo Federal (CadÚnico), a base de dados atual é de 185.909 famílias, sendo que destas 70.913 mil são beneficiárias do programa Bolsa Família, ou seja, possuem renda per capita de até R\$140,00 (Brasil, 2015).

Em relação à economia, no município destaca-se o desenvolvimento do setor terciário, representado pelo comércio, prestação de serviços, setores de tecnologia de ponta como a biotecnologia e informática. Outras atividades econômicas que se destacam em Belo Horizonte são a agricultura, mineração (aço e seus derivados, ouro, manganês, pedras preciosas, etc), com grande desenvolvimento na indústria têxtil e produção de automóveis. É considerado ainda um centro cultural, com grandes universidades, museus culturais, bibliotecas, espaços de arte, etc.

Quanto aos recursos para a saúde, em Belo Horizonte aproximadamente 80% da população é usuária da assistência à saúde da rede organizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para isto, existem 146 centros de saúde, distribuídos nos nove distritos sanitários que são: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova e ainda, para exercer atenção primária em saúde estão implantadas 556 equipes de saúde da família.

O distrito regional Norte presta serviço em saúde para a população na 01 Unidade de Pronto Atendimento e 19 centros de saúde. A Unidade Básica de Saúde (UBS) Guarani pertence ao distrito regional norte, e para proporcionar atenção à saúde dos usuários do território utiliza de 12 consultórios, sala de vacina, sala de expurgo, sala de coleta, farmácia, sala de curativo, sala de esterilização, zoonoses, sala de reunião, copa,

consultório de odontologia com capacidade para atender 02 usuários simultaneamente, sala de espera e balcão, almoxarifado, 04 banheiros, onde 02 são para os funcionários da unidade e 02 para os pacientes. Ocupando os postos de trabalho na UBS Guarani existe 01 assistente social para e mais 70 profissionais divididos em 04 Equipes de Saúde da Família(ESF), cada uma com 01 médico, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem e 05 ACS. Para completar a atenção prestada pelas equipes, estão disponíveis 05 auxiliares de enfermagem e 06 médicos especialistas nas áreas de pediatria, ginecologia, psiquiatria e clínica geral, que trabalham como apoio aos demais profissionais. Além disso a unidade oferece serviço de odontologia através de 02 dentistas, 02 Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) e 2 técnicos em saúde bucal(TSB). Para isto, o funcionamento da UBS Guarani, está de acordo com o artigo que trata da Política Nacional de Atenção básica, onde estão descritas alguns requisitos necessários referentes à infraestrutura e os recursos necessários para o funcionamento das UBS:

[...]são itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal:

I - Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infra estrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS;

II - as Unidades Básicas de Saúde:

a) devem estar cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente de acordo com as normas vigentes;

b) Recomenda-se que disponibilizem, conforme orientações e especificações do manual de infra estrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS:

1. consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica;

2. área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS), sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação, entre outros:

2.1. as Unidades Básicas de Saúde Fluviais deverão cumprir os seguintes requisitos específicos:

2.1.1. quanto à estrutura física mínima, devem dispor de: consultório médico; consultório de enfermagem; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

c) devem possuir identificação segundo padrões visuais do SUS e da Atenção Básica pactuados nacionalmente;

d) recomenda-se que estas possuam conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

III - manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde;

IV - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente quando esta dispensação está prevista para serem realizadas naquela UBS;

V - equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde, dentre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população;

VI - cadastro atualizado dos profissionais que compõe a equipe de atenção básica no sistema de Cadastro Nacional vigente de acordo com as normas vigentes e com as cargas horárias de trabalho informadas e exigidas para cada modalidade;

VII - garantia pela gestão municipal, de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; e

VIII - garantia pela gestão municipal, dos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

Com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária e reconhecendo que existem diversas realidades sócio epidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e distintas maneiras de organização das UBS, recomenda-se:

I - para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para no máximo 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica; e

II - para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para no máximo 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

(BRASIL, 20011).

Cerca de 90% da população do centro de saúde Guarani utiliza os serviços do Sistema Único de Saúde(SUS) e seu perfil corresponde ao de classe social de média a baixa. Por outro lado, no território da equipe existem serviços de saúde privados que são 02 laboratórios de análises clínicas, 01 clínica de imagem e 03 clínicas de atenção medica e 10 consultórios odontológicos. Para a equipe de saúde conseguir realizar o trabalho oferecido aos usuários, conta com o apoio de 02 funcionários para o serviço de limpeza, 02 encarregados da portaria que revezam os turnos de trabalho e 01 oficial da guarda municipal e da equipe do "Posso Ajudar" fornecida pela Prefeitura de Belo Horizonte que por sua vez, mantém na UBS a equipe de zoonoses que é composta por 07 agentes de endemias.

No território da equipe Guarani observadas instituições importantes como a de educação, representada por escolas públicas privadas e 01 academia de educação física. Já como recursos sociais estão disponíveis a associação de bairro 01 praça, 06 igrejas e 1 centro espírita. Grande parte dos usuários adscritos à equipe em idade laboral, trabalham fora do domicílio.

A equipe 01, funciona na UBS Guarani e segundo dados de cadastro familiar da equipe, possui sob sua responsabilidade 1349 famílias cadastradas somando 4280 pessoas, distribuídas em 05 micro áreas na área de abrangência. O acesso dos usuários à unidade é relativamente fácil, sendo os profissionais da equipe bastante participativos dispendo de boa vontade em minimizar os problemas enfrentados no trabalho diário para promoção da saúde dos usuários.

Para complementar o diagnóstico os profissionais da equipe 01 utilizam dos recursos disponibilizados para as demais equipes da UBS Guarani, que são: serviço de eletrocardiograma (ECG), integrado a rede tele saúde, coleta de material para exames laboratoriais, sendo em seguida enviadas para análise no laboratório distrital de venda Nova. Outros exames que não são realizados pelo SUS, são realizados de forma complementar através de laboratórios conveniados públicos e privados, sendo que esta prática ocorre também para os exames de imagem.

Outros fatores facilitadores do processo de trabalho na equipe 01, além da estrutura da UBS e da boa distribuição dos recursos humanos, está a presença da equipe do Núcleo de apoio à Saúde da família (NASF) onde os profissionais de fonoaudiologia, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo, contribuem para prestar atendimento integral aos usuários adscritos. Além disso, a equipe promove grupos operativos para hipertensão arterial em sessões separadas dos grupos das demais equipes de saúde da UBS Guarani, garantindo maior privacidade entre os usuários pois, o número de pacientes no grupo é menor. Outras atividades realizadas são as de educação em saúde, palestras, atividades de planejamento familiar, campanhas de vacinas e visita domiciliar planejada uma vez por semana, para avaliar pacientes acamados ou no caso de deficiência física.

Já em relação aos fatores dificultadores do processo de trabalho, a equipe enfrenta algumas situações relacionadas à falta de contrarreferencia, que embora sendo solicitada não retorna com o paciente quando encaminhados aos demais níveis assistenciais. Sua falta compromete o diagnóstico e acompanhamento do usuário que na maioria dos casos também desconhece sobre seu estado e exame realizado. Outra situação que atrapalha do acompanhamento do paciente é a falta de preenchimento adequado do prontuário eletrônico pelos especialistas ou em alguns casos, são utilizadas siglas sem a devida normatização dificultando a interpretação dos procedimentos realizados. Por outro lado, é

comum a demora significativa no agendamento, causando grande insatisfação ao usuário e à equipe.

Através do edital nº 39, de 8 de julho de 2013 que se refere à adesão de médicos ao projeto mais médicos para o Brasil, iniciei meus trabalhos na UBS Guarani, onde sou médico da equipe 01, localizada na rua Pacaembu, nº 160 no bairro Guarani. Conforme previsto no referido edital e por ser médico estrangeiro, para atuar no programa e exercer medicina na UBS o profissional deve realizar uma especialização em saúde da família. Assim fui matriculado no Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família (CEESF) pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com a Universidade Aberta do SUS, a UNA – SUS. No curso é oferecida a disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde e uma das atividades propostas é a elaboração do diagnóstico situacional do território da UBS Guarani. Baseado nele, foi identificado e definido os principais problemas que existem na área de abrangência. Para cada problema encontrado, os profissionais da equipe 01 deveriam propor uma intervenção e procurar resolver o problema através de significativa análise de viabilidade do plano, recursos necessários, apoio do gestor, dentre outros. Os principais problemas de saúde /óbitos observados no território da equipe naquele território estão as doenças psiquiátricas, cardiovasculares e as neoplasias.

Diante da dificuldade da equipe em resolver todos os problemas evidenciados, foi feita a priorização e classificação dos problemas de acordo com sua relevância e urgência. Para propor a intervenção a análise situacional do território da equipe 01, foi realizada através do método da estimativa rápida representada pelo reconhecimento e principalmente a observação ativa do território. Percebeu-se então alguns determinantes relacionados as doenças mais comuns como os fatores psicossociais, que são condições adversas capazes de influenciar o início e a persistência das fases depressivas sem deixar de considerar possíveis fatores genéticos e biológicos. Para este trabalho foi considerado o número significativo de usuários que procuram consulta médica na equipe 01 em busca de receitas e mesmo do diagnóstico relacionados à sintomas depressivos. Além disso, é comum a presença de usuários depressivos que abandonaram o tratamento sem finalizar as prescrições anteriores, ou pelo fato de não conseguirem comprar medicamentos pela falta da receita médica ou ainda simplesmente pela melhora repentina dos sintomas levando ao abandono do tratamento. Na tentativa de procurar soluções para este problema, a equipe

deu maior atenção neste momento ao problema visando melhorar a qualidade de vida desta classe de usuários, bem como reduzir o número de usuários que procuram a unidade durante a demanda espontânea necessitando de maior atenção da equipe.

O problema principal resultado desta análise ficou mais claro pela revisão dos prontuários eletrônicos dos pacientes, registros da farmácia e pela entrevista individual durante a consulta médica, ou de acompanhamentos na equipe 01 quanto ao uso de medicamentos antidepressivos pelos usuários adscritos na área de abrangência. Além disso, foram observados alguns dados clínicos dos participantes de forma a contextualizar o problema através da análise do conteúdo das respostas às entrevistas.

O público alvo para esta proposta de intervenção, são os usuários maiores de dezoito anos, de ambos os sexos, com diagnóstico médico confirmado para depressão, que tenha realizado tratamento, bem como os que tratam depressão na área de abrangência da equipe 01 da UBS Guarani em Belo Horizonte/Minas Gerais. As características mais importantes envolvendo os participantes deste estudo foram observadas em 134 pacientes que fazem uso de antidepressivos sendo que deste total, 92 deles são do sexo feminino e 42 do sexo masculino. Conforme consultas realizadas no consultório médico da equipe 01 a faixa etária com maior incidência da depressão encontra-se representada por 105 pacientes entre 20 e 60 anos de idade, seguida dos idosos(17) e finalmente 12 pacientes, entre 18 e 20 anos de idade.

De acordo com os registros da equipe e dos prontuários destes pacientes e considerando a ação específica dos medicamentos, parte significativa dos pacientes que apresentaram distúrbios emocionais, fazem uso de antidepressivos tricíclicos, sendo que a droga mais consumida foi a amitriptilina, com doses variando entre 25, 50 e 75mg por dia. Em seguida, a droga mais prescrita foram os Inibidores de Recaptação de Serotonina, (ISRS), onde a fluoxetina foi a mais consumida, 02 pacientes utilizam venlafaxina (ISRNAs), 02 pacientes utilizam antagonistas do receptor (mirtazapina) e 01 paciente utiliza antagonista da dopamina (bupropiona) para tabagismo além de outros use of label, onde o medicamento é prescrito mesmo não sendo a droga de escolha.

Do total de pacientes em tratamento 66 deles utilizam associação com outros medicamentos como o Clonazepam e outros 45 fazem uso destas drogas associadas com outros medicamentos para doenças crônicas (diabetes, hipertensão, dislipidemias) e 23 pacientes sem associação a outros medicamentos. Este levantamento foi realizado, pois, a

equipe de saúde percebeu aumento da demanda por renovação de receitas durante o serviço na Equipe 01 no centro de saúde Guarani sem comparecer à consulta médica, onde os usuários simplesmente procuravam o centro de saúde, em busca de nova receita para adquirir os medicamentos previamente prescritos. Esta prática provocou alterações no processo de trabalho na equipe, pois, os pacientes que procuravam por renovação de receitas, uma vez necessitando da medicação se somavam à fila de espera por atendimento sem agenda prévia. Assim, a equipe vem providenciando encaixe de pacientes e em entrevista com os mesmos durante a consulta médica, foi possível observar as irregularidades na utilização de medicamentos antidepressivos em tratamentos anteriores, sendo que na maioria das vezes houve abandono do tratamento pela falta do dinheiro para adquirir medicamentos fora da lista da farmácia local, melhora do quadro depressivo e ou depressivo/ansiedade e mesmo pela falta da receita médica.

2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a escolha do tema deste trabalho pelo considerável número de usuários diagnosticados com transtornos depressivos que vivem no território da equipe e que embora recebam o primeiro atendimento encontram-se sem acompanhamento, na tentativa reorganizar o cuidado prestado a estes usuários adscritos à equipe 1 na Unidade Básica de Saúde Guarani em Belo Horizonte - MG.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para garantir melhor assistência aos pacientes diagnosticados com transtornos depressivos que encontram-se adscritos à Equipe 01 na UBS Guarani em Belo Horizonte /MG.

4 METODOLOGIA

Este trabalho é um projeto de intervenção, cujo tema é o transtorno depressivo e foi proposto para a equipe I na UBS Guarani em Belo Horizonte, visando a melhoria do cuidado prestado aos usuários adscritos e acometidos pela doença.

Após realizar a análise situacional e levantar os principais problemas enfrentados pela UBS foram planejadas algumas intervenções capazes de proporcionar melhorias no atendimento a pacientes depressivos, utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

As informações para esta construir esta proposta de intervenção, foram coletadas através da leitura dos prontuários, registros da Equipe I, consulta médica contato com pacientes durante as visitas domiciliares e alguns dados disponíveis no SIAB no ano de 2014. Para subsidiar a construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis nas base de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Os artigos consultados foram selecionados de acordo com sua relevância, com datas mais recentes e com os seguintes descritores: Sistema Único de Saúde. transtornos depressivos, psicotrópicos e atenção primária.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os problemas psiquiátricos tem sua origem e desenvolvimento influenciados pelas particularidades do indivíduo, relações familiares e de vizinhança, trabalho, escola, dentre outros e que podem ser agravados, caso na família deste paciente exista outra pessoa com doença psiquiátrica (FALCETO, BUSNELLO; BOZZETTI, 2000).

A depressão está relacionada ao estado afetivo normal como a tristeza, ou de quadros clínicos variados como transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, ou ainda, alterações do humor incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas como o sono e apetite. Além disso, a alteração do humor, do desinteresse e a perda da capacidade de sentir prazer nas atividades gerais associadas à sensação de fadiga e cansaço exagerado podem contribuir para o diagnóstico da depressão e nem sempre estar associadas à sentimentos de tristeza ou vazio. O sentimento de tristeza traduz-se numa resposta humana universal às situações de perda, e derrota dentre outras adversidades, podendo indicar sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa necessita de companhia e ajuda (DEL PORTO, 1999). Considerada um grave problema de saúde pública, a depressão se torna mais evidente quando relacionada às doenças mentais e demais doenças, pois, compromete as atividades diárias e os relacionamentos com a família, trabalho ou comunidade (MARTIN; QUIRINO; MARI, 2007).

De acordo com Lima (1999), a distribuição dos fatores associados a transtornos depressivos leves ou moderados e de curta duração ainda são pouco conhecidos embora seja bastante comum sua ocorrência nas comunidades e nos serviços de atenção primária à saúde. Para ser possível este cuidado, rede básica de saúde que vem sendo a principal porta de entrada para os indivíduos que procuram atenção à saúde, dentre os serviços prestados está o cuidado ao sofrimento psíquico ou portadores de transtorno mental (SILVA; FUREGATO; COSTA JUNIOR, 2003). Assim, o trabalho de ARANTES, (2007) descreve que grande parte de pessoas com depressão são tratadas na atenção primária e considera que:

[...]O tratamento da depressão na atenção primária pode ser comprometido por limitações da eficácia, aceitabilidade e pouca disponibilidade de tratamentos existentes. As melhoras no tratamento podem originar-se das ações individuais de clínicos e da disponibilização de novas formas do tratamento. Clínicos podem assegurar tratamento adequado mantendo-se atualizados a respeito do transtorno depressivo, sempre atentos para o diagnóstico e seguindo

recomendações atualizadas de tratamento disponibilizadas por meio de treinamentos, discussões com colegas e leitura. (MOORE, 199 apud ARANTES, 2007p.268).

Ainda de acordo com o mesmo autor, o conceito de transtorno depressivo é abrangente e para melhor detecção da doença são necessárias entrevistas e boa escuta das queixas, pesquisa de depressão procurando compreender os sintomas e disfunções associadas e avaliar as perdas de energia, autoconfiança, redução da autoestima, desesperança e ideias de morte além de associar com as prováveis causas e assim proceder o diagnóstico diferencial. Além disso, o profissional deve ter em mente que a anamnese pessoal, o histórico familiar e a relação médico-paciente adequada são fatores decisivos e mais consistentes que alguns exames ou investigações laboratoriais (SOUZA, 2012).

Comparando a população que sofre com este tipo de transtorno, as mulheres são mais acometidas que a população masculina, onde as características mais significativas estão relacionadas ao curso da doença ser mais prolongado, quadros crônicos e recorrentes, maior número de sintomas, somatização, resistência ao tratamento, recaídas pela flutuação hormonal, endometriose, síndrome dos ovários policísticos, câncer de mama, uso de contraceptivos e tratamento para infertilidade (ABDO, 2008 apud SOUZA, 2012). Por outro lado, a depressão também é proporcional à piora de vários fatores relacionados à saúde dos pacientes clínicos (TENG, HUMES, DEMETRIO e.t al., 2005) e que a gênese dos transtornos está associada a componentes genéticos (LAFER; VALLADA-FILHO, 1999), além dos biológicos e ambientais. Assim, através de estudos epidemiológicos vem sendo possível adquirir melhores conhecimentos sobre a ocorrência e curso dos transtornos mentais, permitindo avaliar seu impacto nos indivíduos, família e sociedade, necessárias para dar suporte às decisões políticas em saúde mental, acesso à assistência médica e uso dos serviços de saúde (ROBBINS, 1991 apud LIMA, 1999. p.2).

Os medicamentos utilizados para o manejo dos transtornos mentais encontram-se reunidos em três classes básicas e conhecidos como drogas psicotrópicas, pois, são indicadas para sintomas específicos de transtornos mentais, divididos tecnicamente em antipsicóticos para tratar sintomas psicóticos, antidepressivos para depressão, antiepilépticos para tratar epilepsia e ansiolíticos ou tranquilizantes, utilizados no tratamento da ansiedade. Estas drogas, não são utilizadas para curar a doença ou suas causas, mas procura proporcionar a redução e o controle dos seus sintomas(OMS, 2001). Ainda de acordo com a Classificação

de transtornos mentais e de comportamento da CID-10(OMS), para haver tratamento medicamentoso, o diagnóstico pode ser realizado através dos seguintes critérios:

[...]Sintomas fundamentais:

Humor deprimido

Perda de interesse

Fatigabilidade

Sintomas acessórios:

Concentração e atenção reduzidas

Autoestima e autoconfiança reduzidas

Ideias de culpa e inutilidade

Visões desoladas e pessimistas do futuro

Sono perturbado

Apetite diminuído

Episódio leve: 2 fundamentais + 2 sintomas acessórios

Episódio moderado: 2 fundamentais + 3 a 4 sintomas acessórios

Episódio grave: 3 fundamentais + > 4 acessórios(OMS, 1993 apud SOUZA, 2012).

Além disso, Fleck et al,(2009), propuseram algumas perguntas simples que auxiliam a melhorar a detecção da depressão pelo médico que são descritas:

[...]Teste de duas questões

-
1. Durante o último mês você se sentiu incomodado por estar para baixo, deprimido ou sem esperança?
 2. Durante o último mês você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer para fazer as coisas?
-

Sim para as duas questões: Sensibilidade = 96%. Especificidade = 57%

Outros sinais e sintomas existentes num quadro depressivo igualmente podem conduzir a formulação de um diagnóstico, tais como:

1. Sentimentos de tristeza.
2. Lamúrias, dores corporais.
3. Perda de interesse ou de prazer nas atividades usuais.
4. Diminuição ou aumento significativo do apetite.
5. Ganho ou perda de peso significativo.
6. Dificuldade para conciliar o sono ou sono excessivo.
7. Agitação ou irritabilidade.
8. Fadiga ou perda de energia.
9. Sentimentos depreciativos ou de culpa excessivos.
10. Pensamentos de morte ou de suicídio(FLECK et al., 2009, p. S9)

De acordo com Souza (2012), a partir de alguns sintomas conhecidos na clínica psiquiátrica, especialmente a ansiedade e a depressão, surgiram alguns medicamentos propondo respostas positivas conhecidos como ansiolíticos antidepressivos respectivamente além dos mistos na tentativa de resolver tais sintomas através da combinação de fármacos, sendo estes considerados inadequados por parte de alguns psiquiatras por serem capaz de mascarar a distinção entre eles, ou por não ser possível saber a qual deles causaria efeitos adversos.

O tratamento da depressão pode ser realizado através da terapia farmacológica para o controle dos transtornos afetivos. No caso da depressão estão disponíveis os Antidepressivos Tricíclicos representados pela imipramina, doxepina, protriptilina e amitriptilina; Antidepressivos de Segunda Geração representados pela amoxapina, maprotilina, trazodona e a bupropiona; Antidepressivos de Terceira geração pela mirtazapina, venlafaxina, nefazodona, duloxetina; Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina como a fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina e o citalopram; e os Inibidores da Monoaminoxidase representados pela fenelzina, isocarboxazida e a tranilcipromina (KATZUNG, 2010 apud BAROZA; SILVA, 2012, p.87). Por outro lado os mesmos autores ainda se referem às medidas não farmacológicas como importantes no tratamento e recuperação deste tipo de transtorno. No módulo de Saúde mental, o autor descreve a necessidade de investigação sobre a presença ou não de doença orgânica, e neste último caso provavelmente se trata de algum sofrimento emocional, que deve ser abordado de forma clara demonstrando as possíveis ligações entre suas vivências atuais e a presença dos sintomas somáticos. Como atividade não farmacológica a atividade física regular, exercícios de relaxamento respiratório e se necessário convocar o paciente para consultas regulares. Quando o indivíduo é acometido pela ansiedade e depressão passa a ser necessário o uso de antidepressivos, no caso de sintomas graves e incapacitantes, evitando-se os benzodiazepínicos, pois embora sendo a primeira escolha no tratamento de ansiedade aguda, o tempo de uso não deve ultrapassar duas semanas, sob risco de dependência química (PEREIRA; VIANNA, 2013). De acordo com o Relatório sobre a saúde no mundo (OMS, 2001), a ansiedade associada ao transtorno depressivo é uma comorbidade comum sendo necessário dispor de atenção de longa duração em alguns casos podendo durar a vida toda numa situação crônica. Nesse caso a adesão ao tratamento é geralmente difícil, e se relacionada à tratamentos de curso breve, a complicação é ainda maior quando o paciente não adere rigorosamente ao tratamento. Assim, o mesmo relatório dispõe sobre medidas para melhorar a adesão através de:

- [...]uma relação médico/paciente baseada na confiança;
- gasto de tempo e energia na educação do paciente com respeito às metas da terapia e às consequências da boa e da má adesão;
- um plano de tratamento negociado;
- envolvimento de familiares e amigos para apoiar o plano terapêutico e sua implementação;
- simplificação do regime de tratamento; e
- redução das consequências adversas do regime de tratamento(OMS,2001,p.59).

O Guia de referência rápida da depressão da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro, sugere que além da atenção à comorbidade ansiedade e depressão, os profissionais devem atentar-se para o uso abusivo do álcool e outras drogas que acomete aproximadamente um quarto das pessoas com depressão. O uso de antidepressivos não levam à dependência, mesmo nos indivíduos com história de dependência química, portanto, uma medida de promoção da saúde é tratar adequadamente a depressão para auxiliar no tratamento dos transtornos associados ao uso de substâncias. Outra medida é orientar o paciente sobre a higiene do sono, através do estabelecimento de horários regulares de sono e vigília; evitar alimentar-se em excesso; evitar fumar e ou ingerir bebidas alcoólicas antes de dormir; criar um ambiente apropriado para o sono; e se possível praticar atividade física regular e orientada (SMS/RJ, 2013).

6 PLANO DE AÇÃO

Primeiro passo: definição dos problemas

Para se planejar uma ação em saúde, é necessário primeiramente identificar o problema, sendo que este pode ser descrito como a insatisfação do em relação à fração de realidade que ele pretende e consegue modificar (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Assim, neste trabalho, os principais problemas identificados durante a realização da análise situacional da equipe 1 na UBS Guarani em Belo Horizonte foram a elevada porcentagem de diabéticos e hipertensos não controlados, alto índice de pacientes obesos e tabagistas, maus hábitos dietéticos, consumo de drogas ilícitas e álcool, além de patologias crônicas psiquiátricas relacionadas à ansiedade e depressão no território da equipe na UBS Guarani. De acordo com o trabalho dos autores citados este trabalho foi possível, pois utilizou-se do método da estimativa rápida que é ideal para se obter informações sobre os problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento em curto período de tempo, a custos acessíveis, servindo de suporte para se propor um processo de planejamento participativo.

Segundo passo: priorização de problemas

A equipe 1 enfrenta diversos problemas relacionados à saúde dos usuários e não consegue resolver todos ao mesmo tempo, principalmente porque depende de recursos financeiros, humanos e materiais que por sua vez também necessitam de organização e planejamentos prévio. Por isso, foram selecionados os problemas identificados na análise situacional conforme a sua importância, urgência, capacidade de enfrentamento.

Priorização dos Problemas - equipe 1 da UBS Guarani em Belo Horizonte				
Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Doenças crônicas psiquiátricas descontroladas	Alta	8	Parcial	1
Pressão arterial descontrolada	Alta	7	Parcial	2
Diabetes descontrolada	Alta	5	Parcial	3
Desemprego	Alta	5	Fora	5
Uso de bebida e drogas ilícitas	Alta	5	Fora	4

*Total de pontos distribuídos: 30

A seleção foi realizada a partir da análise dos pontos obtidos conforme descrito no quadro. Na Equipe 1, o problema Doenças crônicas psiquiátricas descontroladas foi selecionado

como prioridade 1, sendo este o problema o eleito para a construção deste plano de ação além de tema deste trabalho de conclusão de curso(TCC).

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

O problema priorizado neste trabalho foi ficou evidente, quando a equipe 1 da UBS Guarani percebeu o aumento da demanda por renovação de receitas durante o serviço diário. Os usuários sem comparecer à consulta médica, procuravam o centro de saúde, em busca de nova receita para adquirir os medicamentos previamente prescritos. Esta prática, provocou alterações no processo de trabalho na equipe 01, pois, os pacientes que procuravam por renovação de receitas e medicação se somavam à fila de espera por atendimento sem agenda prévia. Além disso, através da revisão dos prontuários eletrônicos dos pacientes, registros da farmácia e por entrevista individual durante a consulta medica, acompanhamento da equipe quanto ao uso de medicamentos antidepressivos pelos usuários foi possível perceber as irregularidades no uso de drogas psicoativas com consequente redução na qualidade de vida dos usuários acometidos.

Quarto passo: explicação do problema

Sendo significativo número de usuários que procuram consulta médica na equipe 01 em busca de receitas e mesmo do diagnóstico relacionados à sintomas depressivos, observou-se que alguns usuários depressivos abandonaram o tratamento farmacológico sem finalizar as prescrições anteriores. O motivo do abandono estaria relacionado ao fato de não conseguirem comprar medicamentos não disponibilizados na UBS Guarani, falta da receita médica pela falta de profissional médico no território da equipe, custo do medicamento na rede particular ou simplesmente pela melhora repentina dos sintomas. Além disso, quanto ao uso de medicamentos antidepressivos, observou-se que entre os pacientes que fazem uso de antidepressivos, grande parte são do sexo feminino, seguida do sexo masculino. Conforme consultas realizadas no consultório médico da equipe 01, a faixa de idade do uso desta classe de medicamentos encontra-se entre 20 e 60 anos de idade, seguida dos idosos e finalmente entre 18 e 20. De acordo com os registros da equipe e dos prontuários dos pacientes e considerando a ação específica dos medicamentos, parte significativa dos pacientes que apresentaram distúrbios emocionais, fazendo uso de antidepressivos tricíclicos, onde a droga mais consumida foi a amitriptilina, com doses variando entre 25,

50 e 75mg por dia. Em seguida, a droga mais prescrita foi os Inibidores de Recaptação de Serotonina, (ISRS), onde a fluoxetina foi a mais consumida, seguida da venlafaxina e mirtazapina e finalmente a bupropiona utilizada também no tratamento para tabagismo além de outros use of label.

Do total de pacientes acometidos e sob o cuidado da equipe 1 estão alguns pacientes em uso de associação com o Clonazepam, além de medicamentos para doenças crônicas do aparelho circulatório, dentre outros.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Ao se analisar as causas do problema, torna-se possível saber sobre onde atuar, por isso, é necessário analisa-las e identifica-las, relacionando as que são consideradas mais importantes na origem do problema e as que precisam ser enfrentadas. Sendo assim, o nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando atacada irá impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. É algo sobre o qual quem está planejando pode trabalhar e intervir conhecendo sua governabilidade. Assim, os principais nós críticos encontrados no território da equipe 1 para o problema doenças crônicas psiquiátricas descontroladas são:

1. Abandono do tratamento
2. Não adesão ao tratamento
3. Desconhecimento sobre a doença depressão(e/ou ansiedade)
4. Processo de trabalho equipe de saúde inadequado ou que não fornece atendimento adequado ao paciente depressivo

Sexto passo: desenho das operações

Ao se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do problema descrito, elaborou-se o plano de ação com o objetivo de descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Desenho de operações para os “nós” críticos do problema Alto índice de portadores de transtornos depressivos descontrolados na equipe 01 do centro de saúde Guarani em Belo Horizonte/MG				
No crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
1. Abandono do tratamento	<u>Continuar</u> Modificar os hábitos e estilos de vida do paciente depressivo.	Reduzir o máximo possível o nº de pacientes depressivos que não dão continuidade ao tratamento por qualquer motivo no prazo de 1 ano.	Programa de exercício e caminhada orientada; "Programa fidelidade ao comprimido" Campanha educativa na rádio local	Organizacional → para organizar as caminhadas e exercícios ; Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político → conseguir o espaço na rádio Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc
2. Não adesão ao tratamento	<u>Adesão</u> Propiciar a consulta médica e grupo de portadores de depressão periódica.	Paciente consciente da necessidade do uso de medicamentos até que o clínico reorganize ou suspenda a medicação	Usuário que comparece às consultas clínicas e especializadas "Programa comunicar com a equipe 01": através de mídias sociais	Cognitivo → conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional → organização da agenda dos clínicos e especialistas; Político → articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização da equipe. Financeiro → para aquisição de recursos para

				comunicar através de mídias e lembrar o usuário do seu compromisso com a equipe.
3. Falta de conhecimentos sobre a doença depressão(e/ou ansiedade)	<u>Conhecer</u> Aumentar o nível de informação da população atingida sobre o tema depressão; Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento paciente com depressão	População mais informada sobre a doença e do uso regular e supervisionado dos medicamentos.	População informada e que adere ao tratamento farmacológico e não farmacológico.	Políticos → decisão de delegar tempo para abordar o tema e ouvir o o usuário financeiros → compra de material de apoio; Cognitivo → elaboração do projeto: Atividades dinâmicas e em grupo estimulando o conhecimento para melhorar a adesão ao tratamento
4. Processo de trabalho equipe de saúde inadequado ou que não fornece atendimento adequado ao paciente depressivo	<u>Apoiar</u> Implantar a linha de cuidado/protocolos para o cuidado doenças psiquiátricas, incluindo os mecanismos de referência e contrarreferência, Capacitação da equipe para abordar o paciente. Aumento do vínculo da equipe com o paciente	Consultar toda a população acometida pela depressão, fidelizar a clientela à equipe e garantir vínculo entre a equipe e os usuários como resultado da reorganização do processo de trabalho.	Pacientes depressivos em tratamento(com acesso à consultas); Vínculo criado; População comprometida com o tratamento; Capacitação dos ACS para maiores orientações e secretária para o convívio e comunicação.	Cognitivo → elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional → adequação de fluxos, capacitar a equipe.

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema Alto índice de portadores de transtornos depressivos descontrolados na equipe 01 do centro de saúde Guarani em Belo Horizonte/MG	
Operação/Projeto	Recursos críticos
<u>Continuar</u>	Político → conseguir o espaço na rádio local; Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, comunicação, etc.
<u>Adesão</u>	Cognitivo → conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional → organização da agenda dos clínicos e especialistas; Político → articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização da equipe. Financeiro → para aquisição de recursos para comunicar através de mídias e lembrar o usuário do seu compromisso com a equipe.
<u>Conhecer</u>	Políticos → decisão de delegar tempo para abordar o tema e ouvir o usuário financeiros → compra de material de apoio; Cognitivo → elaboração do projeto: Atividades dinâmicas e em grupo estimulando o conhecimento para melhorar a adesão ao tratamento.
<u>Apoiar</u>	Cognitivo → elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional → adequação de fluxos, capacitar a equipe.

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Análise e viabilidade do plano para enfrentamento do problema Doenças crônicas psiquiátricas (Depressão) descontroladas na equipe 01 do centro de saúde Guarani em Belo Horizonte/MG				
Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<u>Continuar</u> Modificar os hábitos e estilos de vida do paciente depressivo.	Político → conseguir o espaço na rádio local; Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, comunicação, etc.	Gerente do posto e assistente social	Favorável	Não é necessária
<u>Adesão</u> Propiciar a consulta médica e grupo de portadores de depressão periódica.	Cognitivo → conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional → organização da agenda dos clínicos e especialistas; Político → articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização da equipe. Financeiro → para aquisição de recursos para comunicar através de mídias e lembrar o usuário do seu compromisso com a equipe.	Gerente do posto Secretária e Gerente do posto	Favorável Indiferente Algumas instituições são favoráveis e outras são indiferentes.	Apresentar o projeto Apresentar o projeto das Associações. Apresentar o projeto das Associações.
<u>Conhecer</u> Aumentar o nível de informação da população atingida sobre o tema depressão; Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento paciente com depressão	Políticos → decisão de delegar tempo para abordar o tema e ouvir o usuário. financeiros → compra de material de apoio; Cognitivo → elaboração do projeto: Atividades dinâmicas e em grupo estimulando o conhecimento para melhorar a adesão ao	Gerente do posto, equipe 01	Favorável	

	tratamento.			
<p><u>Apoiar</u> Implantar a linha de cuidado/protocolos para o cuidado de doenças psiquiátricas, incluindo os mecanismos de referência e contrarreferência, Capacitação da equipe para abordar o paciente. Aumento do vínculo da equipe com o paciente.</p>	<p>Cognitivo → elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional → adequação de fluxos, capacitar a equipe.</p>	<p>Gerente do posto Gerente do posto e equipe</p>	<p>Favorável Favorável</p>	<p>Apresentar projeto</p>

Nono passo: elaboração do plano operativo

Plano operativo para enfrentamento do problema Doenças crônicas psiquiátricas (Depressão) descontroladas na equipe 01 do centro de saúde Guarani em Belo Horizonte/MG					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<u>Continuar</u> Modificar os hábitos e estilos de vida do paciente depressivo.	Reduzir o máximo possível o nº de pacientes depressivos que não dão continuidade ao tratamento por qualquer motivo no prazo de 1 ano.	Programa de exercício e caminhada orientada; "Programa fidelidade ao comprimido" Campanha educativa na rádio local	Não é necessária	Enfermeiro	Três meses para o início das atividades
<u>Adesão</u> Propiciar a consulta médica e grupo de portadores de depressão periódica.	Paciente consciente da necessidade do uso de medicamentos até que o clínico reorganize ou suspenda a medicação	Usuário que comparece às consultas clínicas e especializadas "Programa comunicar com a equipe 01": através de mídias sociais	Apresentar o projeto Apoio das Associações. Apresentar o projeto Apoio das associações	Médico	Apresentar o projeto em três meses; Início das atividades: nove meses;
<u>Conhecer</u> Aumentar o nível de informação da população atingida sobre o tema depressão; Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento paciente com depressão	População mais informada sobre a doença e do uso regular e supervisionado dos medicamentos.	População informada e que adere ao tratamento farmacológico e não farmacológico.		Enfermeiro, médico e equipe 01	Início em quatro meses e término em seis meses; término em 12 meses;
<u>Apoiar</u> Implantar a linha de cuidado/protocolos para o cuidado doenças	Consultar toda a população acometida pela depressão, fidelizar a clientela à equipe e garantir vínculo	Pacientes depressivos em tratamento (com acesso à consultas); Vínculo	Apresentar projeto	Enfermeiro e médico	Quatro meses para apresentação do projeto, e oito meses para finalização

<p>psiquiátricas, incluindo os mecanismos de referência e contrarreferência, Capacitação da equipe para abordar o paciente. Aumento do vínculo da equipe com o paciente.</p>	<p>entre a equipe e os usuários como resultado da reorganização do processo de trabalho.</p>	<p>criado; População comprometida com o tratamento; Capacitação dos ACS para maiores orientações e secretária para o convívio e comunicação.</p>			<p>do projeto.</p>
--	--	--	--	--	--------------------

Décimo passo: gestão do plano

Planilha de acompanhamento das operações/projeto para enfrentamento do problema Doenças crônicas psiquiátricas (Depressão) descontroladas na equipe 01 do centro de saúde Guarani em Belo Horizonte/MG					
Operação : Continuar					
Coordenação: Médico– Avaliação após seis meses do início do projeto.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de exercício e caminhada orientada; "Programa fidelidade ao comprimido" Campanha educativa na rádio local	Enfermeiro	3 meses para início das atividades	Projeto apresentado aos profissionais do NASF e equipe 01		
Operação : Adesão					
Coordenação: Secretaria – Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Usuário que comparece às consultas clínicas e especializadas "Programa comunicar com a equipe 01":através de mídias sociais	Secretaria	2 meses para início das atividades	Usuários - alvo projeto identificadas; Projeto definido e elaborado(usar redes sociais) Projeto apresentado à equipe 01		
Operação Conhecer					
Coordenação: Enfermeiro – Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1. População informada e que adere ao tratamento farmacológico e não farmacológico.	Médico	9 meses	Projeto de avaliação elaborado; Aulas e palestras prontas		
Operação: Apoiar					
Coordenação: Médico					
Produtos	Responsável	Prazo	Prazo Situação	Justificativa	Novo

	sável		atual		prazo
Pacientes depressivos em tratamento (com acesso à consultas); Vínculo criado; População comprometida com o tratamento; Capacitação dos ACS para maiores orientações e secretária para o convívio e comunicação.	Secretária	Quatro meses para apresentação do projeto, e oito meses para finalização do projeto	Programa de capacitação elaborado; ACS sendo capacitados;	Atraso na organização da comunicação com o usuário. Atividades da equipe para promoção do vínculo iniciada.	Início em 1 mês

A análise situacional, identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação como etapas fundamentais no processo de planejamento, requer um trabalho contínuo e organizado da equipe de saúde. Trata-se de uma ferramenta para enfrentar os problemas de forma sistematizada, evitando improvisos, sendo necessário realizar o monitoramento e avaliação de todas as etapas, acompanhar os passos e resultados das ações implementadas, para ser possível fazer correções de rumo necessárias para garantir a qualidade do trabalho, tornando possível sua execução.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para esta proposta, elaborou-se a análise situacional e conhecendo os problemas enfrentados na área de abrangência da equipe, foi possível refletir sobre como seu processo de trabalho o qual deve ser reorganizado para se buscar resolver os problemas encontrados. Para esta intervenção o problema utilizado, foi o alto número de doenças crônicas psiquiátricas, mais precisamente a depressão descontrolada, sendo que a mesma proposta servirá de modelo para que a equipe proponha outros projetos de intervenção para os demais problemas identificados neste trabalho.

Espera-se que esta proposta de Intervenção viabilize a redução de pacientes portadores de depressão que encontram-se sem acompanhamento no território da equipe 01 do centro de saúde Guaraní em Belo Horizonte, para proporcionar melhorias da qualidade de vida dos mesmos através do acompanhamento sistemático destes pacientes. A partir da sua implantação, o trabalho da equipe será otimizado, pois irá melhorar a relação com os usuários e especialmente os portadores de depressão, que estarão agendados para consultas e em tratamento farmacológico e não farmacológico.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, D. V. Depressão na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com.** v.2, n° 8, p. 261. Rio de Janeiro. 2007.
- BAROZA, P. S.; SILVA, D. A. Medicamentos Antidepressivos e Antipsicóticos Prescritos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Porciúncula.RJ. **Acta Biomedica Brasiliensia.** Rio de Janeiro, v.3 , n.1, p. 85-97. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.
- DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 21, supl. 1, p. 06-11, May 1999
- FALCETO, O. G.; BUSNELLO, E. D.; BOZZETTI, M. C. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. **Rev Panam Salud Publica.** v.7. n.4. 2000.
- FARIA, H. P. et al. Processo de trabalho em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.
- FLECK, Marcelo P. et al . Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 31, supl. 1, p. S7-S17, Mai. 2009 .
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística(IBGE). 2014
- LAFER, B. VALLADA FILHO, H. P. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 21, p.12. Mai. 1999.

LIMA, Maurício Silva de. Epidemiologia e impacto social. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 21, supl. 1, p. 01-05, Mai. 1999 .

MARTIN, Denise; QUIRINO, José; MARI, Jair. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 4, p. 591-597, Ago. 2007 .

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.** [online]., v.62, n.2, p. 265-271, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a15v62n2.pdf>>

PEREIRA, A. P., VIANNA, P. C. M. Saúde mental. NESCON/UFMG. 02 ed. Belo Horizonte. 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Guia de referência rápida/ Depressão.1ª edição. Rio de Janeiro. 2013**

SILVA, M. C. F; FUREGATO, A. R. F; COSTA JUNIOR ,F. R. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev Latino-am. Enfermagem.** jan./fev.; V.1 n.11 p. 7-13. 2003

SOUZA, C. A. C. **USO RACIONAL DE ANTIDEPRESSIVOS** .Revista Psychiatry On-Line Brazil. - V.17. n. 6. Jun. 2012. Disponível em:< <http://www.polbr.med.br/ano12/art0612.php>> . Acesso em 28/08/2015

TENG, Chei Tung; HUMES, Eduardo de Castro; DEMETRIO, Frederico Navas. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 32, n. 3, p. 149-159, June 2005 . Disponível em <<http://www.scielo.br>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. World Health Organization: Genebra;1993.