

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Alef Yuri Costa

**MODELO DE INTERVENÇÃO EM PACIENTES COM ANSIEDADE
GENERALIZADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Juiz de Fora
2020**

Alef Yuri Costa

**MODELO DE INTERVENÇÃO EM PACIENTES COM ANSIEDADE
GENERALIZADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

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

Orientadora: Profa. Dra. Gabriela de Castro Ribeiro - UFVJM

**Juiz de Fora
2020**

Alef Yuri Costa

**MODELO DE INTERVENÇÃO EM PACIENTES COM ANSIEDADE
GENERALIZADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

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

Orientadora: Profa. Dra. Gabriela Cássia Ribeiro - UFVJM

Banca examinadora

Profa. Dra. Gabriela de Cássia Ribeiro - UFVJM

Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano - UFSJ

Aprovado em Belo Horizonte, 8 de junho de 2020.

RESUMO

A Ansiedade é um problema comum em grandes cidades, seja pelos agentes estressores do trabalho, problemas financeiros, violência, abuso de substâncias ou mesmo sem causa definida. Os pacientes tendem a abusar de benzodiazepínicos na busca de uma solução fácil para a insônia e os sintomas somáticos do estresse e ansiedade, sem preocupações com seus efeitos colaterais. A proposta desse trabalho se baseia em dois pilares: uma abordagem educativa da população, com função de educar sobre os efeitos colaterais e diminuir o uso de benzodiazepínicos com auxílio médico sem prejuízo na qualidade de vida, e na implementação de grupos coletivos de psicoterapia que mimetizem da melhor maneira possível a terapia cognitivo comportamental. O objetivo do trabalho é diminuir o uso contínuo de medicamentos ansiolíticos como inibidores da recaptação da serotonina e/ou noradrenalina e abuso de benzodiazepínicos por pacientes diagnosticados com transtorno de ansiedade generalizada utilizando princípios de psicoterapia e a terapia cognitivo comportamental. Como metodologia, Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com Campo (2017) Também foram consultados artigos científicos nas áreas de psiquiatria e psicologia assim como Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais e dados da Organização mundial de saúde. Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia de Trabalho de Conclusão de Curso.

Palavras Chave: Ansiedade. Ansiolíticos. Disordem de ansiedade. Psicoterapia. Atenção primária. Juiz de Fora.

ABSTRACT

The Anxiety is a common problem in large cities, whether due to work stressors, financial problems, violence, substance abuse or even without a definite cause. Patients tend to abuse benzodiazepines in search of an easy solution for insomnia and somatic symptoms of stress and anxiety, without worrying about its side effects. The purpose of this paper is based on two pillars: an educational approach to the population, with the function of educating about side effects and reducing the use of benzodiazepines with medical assistance without impairing quality of life, and in the implementation of collective psychotherapy groups that mimic cognitive behavioral therapy in the best possible way. The goal is to decrease the continued use of anxiolytic drugs as serotonin and / or norepinephrine reuptake inhibitors and benzodiazepine abuse by patients diagnosed with generalized anxiety disorder using principles of psychotherapy and cognitive behavioral therapy. As a methodology, Situational Strategic Planning was used to quickly estimate the problems observed and define the priority problem, critical nodes and actions, according to Campo (2017). Scientific articles in the areas of psychiatry and psychology were also consulted, as well as a Diagnostic and statistical data on mental disorders and World Health Organization data. For the writing of the text, the rules of the Brazilian Association of Technical Standards (ABNT) and the guidelines of the module Introduction to the methodology of Course Completion Work were applied.

Keywords: Anxiety. Anti-Anxiety Agents. Anxiety Disorders. Psychotherapy. Primary Health Care. Juiz de Fora.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DSM V	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IRSS	Inibidores seletivos da recaptção de serotonina
IRSSNe	Inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização mundial de saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 88, Unidade Básica de Saúde de Nova Era, município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais
- Quadro 2 Critérios do DQM-V para o Transtorno de Ansiedade Generalizada.
- Quadro 3 Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao alto número de pacientes ansiosos e a avaliação periódica deles, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de nova era, do município Juiz de fora, estado de Minas Gerais
- Quadro 4 Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema de despreparo da equipe de saúde da família para a realização dos grupos operacionais, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Nova Era, do município Juiz de Fora, estado de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	Aspectos gerais do município	9
1.2	Aspectos da comunidade	9
1.3	O sistema municipal de saúde	9
1.4	A Unidade Básica de Saúde de Nova Era.....	10
1.5	A Equipe de Saúde da Família.....	10
1.6	O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Nova Era	10
1.7	O dia a dia da equipe 88	10
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	11
1.9	Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	11
2	JUSTIFICATIVA.....	13
3	OBJETIVOS.....	14
3.1	Objetivo geral	14
3.2	Objetivos específicos	14
4	METODOLOGIA	15
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
5.1	Transtorno de ansiedade generalizada	16
5.2	Terapia cognitivo comportamental	18
5.3	Ansiedade generalizada na atenção básica.....	19
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	21
6.1	Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	21
6.2	Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	21
6.3	Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	21
6.4	Desenho das operações (sexto passo)	22
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
	REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Juiz de Fora é uma cidade com 564.247 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2018), localizada na região sudeste de Minas gerais e distante 261 km da capital do Estado. É uma cidade de médio porte, sendo referência em alguns serviços especializados da Zona da Mata mineira como cirurgias complexas e especialidades médicas. Passou a ser conhecida como "Manchester Mineira" à época em que seu pioneirismo na industrialização a fez o município mais importante do estado. Com a grande crise econômica de 1929, a economia dos municípios mineiros ligados à cafeicultura sofreu grande abalo e Juiz de Fora só conheceu novo período de desenvolvimento a partir da década de 1960. Sua área de influência estende-se por toda a Zona da Mata Mineira, uma pequena parte do Sul de Minas e do Centro Fluminense.

1.2 Aspectos da comunidade

Nova Era é uma comunidade na zona Norte de Juiz de Fora, com cerca de 18.500 habitantes. Subdivide-se nas regiões de Nova Era I, Nova Era II, Jardim dos Alfineiros e Santa Lúcia. É uma comunidade estritamente residencial, havendo somente pequenos comércios locais sem nenhuma grande empresa. A grande maioria dos trabalhadores se deslocam até o centro da cidade para exercer suas atividades laborativas.

1.3 O sistema municipal de saúde

Na atenção primária o município conta com cerca de 94 Unidades básicas de saúde (UBS), com uma ampla cobertura da população, mas ainda insuficiente para uma cobertura de 100%. Cada região da cidade conta com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e no centro da cidade o Hospital de pronto socorro (HPS) para onde são levados casos de alta complexidade. A cidade conta com hospitais universitários (HU) como o da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) que é referência na cidade e região para algumas especialidades, o Hospital e

Maternidade Teresinha de Jesus, e o Hospital São Vicente de Paula. Possui também dois hospitais oncológicos: Ascomser e Nove de julho, além de inúmeros Hospitais particulares. Possui uma ampla rede de farmácias que participam do programa “farmácia popular” além de haver uma ampla distribuição de medicações nas próprias UBS.

1.4 A Unidade Básica de Saúde de Nova Era

A Unidade de Saúde de Nova Era Possui Prédio Próprio, com farmácia, e quatro equipes de saúde da família, uma para cada região. Além disso, possui duas salas ginecológicas, uma sala de vacinas e uma pequena cozinha.

1.5 A Equipe de Saúde da Família

A Equipe 88 é formada pelos profissionais apresentados a seguir: enfermeira com vasta experiência na área de vigilância epidemiológica por onde trabalhou por cerca de três anos; técnica de enfermagem que já trabalhou previamente com serviços de urgência e emergência e mora na própria comunidade; agentes comunitárias de saúde de três (3) das seis (6) microáreas existentes.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Nova Era

A Unidade de Saúde funciona das 7:00h às 17h e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, existe também um recepcionista que os auxilia.

1.7 O dia a dia da equipe 88

Cada integrante tem agendas distintas, como o médico que fica responsável pelas consultas agendadas e eventuais demandas espontâneas pela manhã, a enfermeira por pré-natais, preventivos e puericulturas, e a técnica que realiza uma escala semanal com as demais estando em um desses: sala de vacinas, sala de curativos, sala de procedimentos (medicações, aferição de Pressão arterial) ou

ajudando na recepção. As agentes comunitárias seguem uma escala de auxílio na recepção pela manhã e pela tarde em visitas domiciliares.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Todas as equipes sofrem, de maneira geral, com a sobrecarga de funções (especialmente a enfermagem) devido à ausência do número de agentes comunitários de saúde ACS adequado, na ausência de recepcionista ou de farmacêutica. O acúmulo de funções, junto com as atividades basais exercidas leva constantemente a insatisfação profissional.

O problema que tange a população é referente ao excesso do número de pacientes. A integralidade em saúde fica seriamente comprometida, não sendo incomum o surgimento de pacientes na UBS com exacerbações de quadros crônicos. Como em todo território nacional a prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) é alta, mas o que chama a atenção é o excessivo número de pacientes com diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada, ou com queixas correlacionadas.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 88, Unidade Básica de Saúde de Nova Era, município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Superpopulação	Alta	15	Fora	Baixa
Excessivo número de pacientes com ansiedade generalizada	Média	10	Parcial	Alta

Sobrecarga da equipe de Enfermagem	Média	5	Fora	Média
--	-------	---	------	-------

Fonte: Elaboração autoral

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Segundo estimativas de 2017 da Organização mundial de saúde, o Brasil segue na liderança nos índices de ansiedade com quase 10% da população sofrendo desse mal, e é importante citar a relevância do cenário globalizado que perpetua e agrava tais condições (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A terapia cognitivo comportamental tem eficácia significativa e, segundo a literatura médica atual, mesmo por breves períodos pode reduzir o quadro de ansiedade moderada para leve sem auxílio farmacológico (MULULO, 2009).

A terapêutica com medicações inibidores seletivos da recaptação da serotonina (IRSS) e da noradrenalina (IRSSN) ou mesmo benzodiazepínicos associados a terapia cognitiva comportamental são o padrão ouro no tratamento dessas comorbidades (RAPS SANTA CATARINA, 2015), entretanto o uso indiscriminado dessas substâncias benzodiazepínicas leva a uma vasta gama de efeitos colaterais a longo prazo, como dependência gerando inclusive crises de abstinência, tolerância a medicação necessitando cada vez de doses maiores para o mesmo efeito e até mesmo doenças neurodegenerativas (NORDON; HÜBNER, 2009).

A proposta desse modelo de intervenção é na ausência de psiquiatras disponíveis na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecer grupos psicoeducativos e de auto-ajuda para um melhor controle e diminuição da terapia farmacológica através de profissionais médicos e enfermeiros capacitados por psicólogos cognitivo-comportamentais e psiquiatras (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Diminuir o uso de IRSS, IRSSN, e abuso de benzodiazepínicos por pacientes diagnosticados com transtorno de ansiedade generalizada utilizando princípios de psicoterapia e a terapia cognitivo comportamental.

3.2 Objetivos específicos

- 1) Realizar grupos terapêuticos para população, estruturados com profissionais da saúde mental ou na ausência deles, com médicos e enfermeiros qualificados;
- 2) Realizar avaliações periódicas quantificando o nível de estresse ou ansiedade dos pacientes, como um controle da qualidade e da eficácia dos grupos;
- 3) Realizar atualização continua dos profissionais da ESF que aderirem ao modelo de intervenção, como forma de melhorar as capacidades de moderador do grupo de ansiedade e fornecer novas ferramentas de intervenção.

4 METODOLOGIA

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com Campos, Faria e Santos (2017). Também foram consultados artigos científicos nas áreas de psiquiatria e psicologia assim como Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) e dados da Organização mundial de saúde (OMS) (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia de Trabalho de Conclusão de Curso (NARDI, 2006).

Para a definição das palavras-chave e *keywords* utilizou-se dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e foram eleitos: Ansiedade. Ansiolíticos. Transtornos de Ansiedade. Psicoterapia. Atenção Primária à Saúde As bases de dados utilizadas para busca foram Scielo e Biblioteca virtual em saúde (BVS).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Transtorno de ansiedade generalizada

Relatos da Antiguidade mostram que a ansiedade é um sintoma descrito na Grécia Antiga através da representação mitológica do deus Pã. Pã, o deus dos bosques, dos rebanhos e dos pastores, era temido por quem necessitava passar pelas florestas à noite, provavelmente pela sua aparência assustadora, metade homem e metade carneiro. A escuridão e a solidão desses caminhos induziam a pavores súbitos, sem causa aparente, como um “ataque de pânico”. Devido a isso originou-se a palavra pânico (NARDI, 2006).

Hoje em dia, sabemos que medo, ansiedade e pânico são completamente distintos, sendo que a ansiedade e o medo, por si, não são doenças e nem transtornos. Além de serem experiências normais do cotidiano, são condições essenciais e naturais à vida humana, responsáveis por preparar o indivíduo para situações de ameaça e perigo. Em alguns casos, no entanto, um indivíduo pode apresentar ansiedade ou medo elevados de forma desproporcional à situação que os elicia ou em situações nas quais eles não são adaptativos, muitas vezes se mantendo de modo persistente e levando a prejuízos no seu funcionamento, caracterizando os transtornos de ansiedade (DESOUSA, 2013).

Existem várias características que distinguem o transtorno de ansiedade generalizada da ansiedade não patológica: Primeiro, as preocupações associadas ao transtorno de ansiedade generalizada são excessivas e geralmente interferem de forma significativa no funcionamento psicossocial, enquanto as preocupações da vida diária não são excessivas e são percebidas como mais manejáveis, podendo ser adiadas quando surgem questões mais prementes. Segundo, as preocupações associadas ao transtorno de ansiedade generalizada são mais disseminadas, intensas e angustiantes; têm maior duração; e frequentemente ocorrem sem precipitantes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Quanto maior a variação das circunstâncias de vida sobre as quais a pessoa se preocupa (p. ex., finanças, segurança dos filhos, desempenho no trabalho), mais provavelmente seus sintomas satisfazem os critérios para transtorno de ansiedade generalizada. Terceiro, as preocupações diárias são muito menos prováveis de serem acompanhadas por sintomas físicos (p. ex., inquietação ou sensação de estar

com os nervos à flor da pele). Os indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada relatam sofrimento subjetivo devido à preocupação constante e prejuízo relacionado ao funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes de sua vida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

As perturbações de ansiedade são causadas por uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Entre os fatores de risco estão um histórico de abuso infantil, antecedentes familiares de perturbações mentais e pobreza. As perturbações de ansiedade ocorrem muitas vezes a par de outras perturbações, sobretudo perturbação depressiva maior, perturbações de personalidade e perturbações induzidas pelo consumo de drogas (CRASKE; STEIN, 2016).

Para o diagnóstico ser confirmado, é necessário que os sintomas estejam presentes durante pelo menos seis meses, que sejam mais intensos do que aquilo que seria estimável para a situação. Entre outras condições médicas e psiquiátricas que podem causar sintomas semelhantes estão o hipertireoidismo, doenças cardiovasculares, consumo de cafeína, tabaco ou *cannabis* e a abstinência de determinadas drogas. Um cuidado que os médicos generalistas, na atenção primária precisam ter é o de não se apressar para fazer o diagnóstico (CRASKE; STEIN, 2016).

Quadro 2 – Critérios do DQM-V para o Transtorno de Ansiedade Generalizada

A. Ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses e relacionada a inúmeros eventos ou atividades (p.ex. trabalho e desempenho escolar).
B. A preocupação é difícil de controlar.
C. A ansiedade e a preocupação estão associados a três (ou mais) dos seguintes sintomas (com pelo menos alguns sintomas estando presente na maioria dos dias nos últimos seis meses):
<ul style="list-style-type: none"> • inquietação ou sensação de estar no limite; • cansar-se facilmente; • dificuldade de concentração; • irritabilidade; • tensão muscular; • distúrbios do sono (dificuldade de iniciar ou manter o sono e sensação de sono não satisfatório).
D. Os sintomas físicos, preocupação ou ansiedade causam sofrimento clinicamente significativo ou incapacidade em atividades sociais, ocupacionais ou outras.
E. O transtorno não pode ser atribuído a: uma condição médica geral, uso de substâncias ou outro transtorno mental*.

Fonte: American Psychiatric Association (2014)

5.2 Terapia cognitivo comportamental

Muitas vezes, pacientes com transtornos de ansiedade resistem em aceitar o diagnóstico de um transtorno mental. E um aspecto fundamental para melhorar a aderência ao tratamento é a psicoeducação, sendo que uma explicação clara sobre o que é a doença, seus sintomas e tratamento é um passo chave (LOPES, 2009; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Utilizada amplamente em psicologia, mas nem tanto em psiquiatria, a abordagem científica adotada pela terapia comportamental contribuiu com diversos procedimentos e estratégias terapêuticos, como a estrutura da sessão, a maior atividade do terapeuta, o estabelecimento de objetivos do tratamento para toda a terapia e de uma pauta para cada sessão, a formulação e teste de hipóteses, a obtenção de *feedback*, o uso de técnicas de solução de problemas e treinamento de habilidades sociais, a prescrição de tarefas de casa e experimentos entre as sessões, e a medição de variáveis mediacionais e desfechos (MORENO; CARVALHO, 2014; KNAPP; BECK, 2008).

A abordagem psicoterápica deve ser a conduta prioritária no tratamento desse distúrbio, mostrando-se segura e eficaz durante os últimos anos de estudos essa abordagem supõe que mudar comportamentos leva a mudanças nas cognições e emoções, alterando as respostas anteriormente inadaptadas e alterando o pensamento do paciente. As técnicas baseadas na exposição são comumente utilizadas no tratamento do transtorno de ansiedade. Sua proposta é modificar a estrutura do medo patológico, fornecendo novas informações que desencorajaram as associações negativas e irrealistas. Ao integrar a informação corretiva na memória do medo, ele deve diminuir. Essa exposição pode ser *in vivo*, cognitiva e por interação, com duração aproximada de 10 sessões (KACZKURKIN; FOA, 2015).

A psicoterapia cognitiva comportamental vem mostrando resultados positivos no tratamento da ansiedade. Nela há atividades que são realizadas dentro ou entre as sessões e o aprendizado de certas habilidades e comportamentos, específicos para cada caso. Durante a psicoterapia a pessoa vai entender melhor como a ansiedade funciona e aprender modos de administrá-la. A psicoterapia vai focar

tanto as causas como os sintomas da ansiedade, agindo sobre ambos (MORENO; CARVALHO, 2014; KNAPP; BECK, 2008).

5.3 Ansiedade generalizada na atenção básica

Indubitavelmente, o diagnóstico, o tratamento e acompanhamento dos transtornos de ansiedade devem ser manuseados inicialmente pela atenção básica, assim como sua prevenção. Por se tratar de um transtorno com tendência a cronicidade e a períodos de remissão e recorrências, o seguimento por um mesmo profissional é um importante fator de adesão, além de possibilitar a identificação precoce de situações desencadeantes e sinais de piora (RAPS SANTA CATARINA, 2015).

Numa lógica de mudar o atual paradigma, caracterizado pelo subdiagnóstico e subtratamento da ansiedade generalizada, é fundamental que o lugar privilegiado em que se posiciona o médico de família seja acolhido como uma oportunidade de melhorar os cuidados assistenciais nas unidades básicas de saúde. Trata-se de uma entidade clínica comum e associada a um pesado custo individual e para a sociedade, cujo diagnóstico muitas vezes se apresenta de forma desafiante. Com efeito, frequentemente, verifica-se que na apresentação clínica desta entidade os sintomas somáticos mascaram os sintomas psíquicos; por outro lado, coexistem comumente comorbidades ou sobreposição com outras desordens mentais (SILVA; TEIXEIRA; MARTINS, 2016).

Os profissionais da atenção básica estabelecem uma relação longitudinal, de proximidade e empatia com o doente e a sua família, tendo em conta o seu contexto psicossocial. Nesta perspectiva, por meio de uma abordagem sistematizada, a medicina de família é capaz de obter o diagnóstico correto e de iniciar a terapêutica mais adequada ao seu doente, numa abordagem centrada na pessoa e na decisão partilhada. Para isso, é necessário capacitar o doente face ao seu problema e informá-lo sobre as estruturas de saúde e sociais de apoio na sua comunidade, que o poderão auxiliar (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Por experiência própria, não existe uma fórmula matemática para a abordagem dos pacientes com transtornos ansiosos. A intervenção medicamentosa se faz válida quando a causa do transtorno não tem origem em um problema social,

esses por outro lado possuem uma melhor resposta a grupos de convivência, como os de caminhada e ocupacionais.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “excessivo número de pacientes com ansiedade generalizada”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A realidade dos grandes centros urbanos consiste numa rotina de fatores estressores como trânsito, trabalho, violência e problemas financeiros. E quanto maior a conglomeração humana maior a intensidade desses fatores. Segundo os dados estimados da OMS em 2017, o Brasil possuía 11 548 577 milhões de casos de depressão e 18 657 943 milhões de casos de ansiedade sendo que correspondia a cerca de 9,3% da população brasileira na época (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2018).

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

As características essenciais do transtorno de ansiedade generalizada são ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) acerca de diversos eventos ou atividades, e há uma tendência da população a buscar sempre uma solução medicamentosa sem questionar ou conhecer os riscos que tais medicações podem causar a longo prazo (AMARAL, 2012).

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

- 1) Alto número de pacientes com transtornos ansiosos, na impossibilidade de terapia individual que fazem uso muitas vezes desnecessário de psicofármacos;
- 2) Equipe profissional não qualificada para grupos terapêuticos que utilizem abordagens similares a terapia cognitivo comportamental.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema de ansiedade generalizada na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Nova Era, no município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais, estão ser detalhados em quadros a seguir:

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao alto número de pacientes ansiosos e a avaliação periódica deles, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de nova era, do município Juiz de fora, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Alto número de pacientes ansiosos
Operação (operações)	Grupos terapêuticos com intervenção similar a terapia cognitivo comportamental
Projeto	Promoção da saúde mental
Resultados esperados	Melhora efetiva nos quadros de ansiedade moderada com sintomas depressivos, e em casos refratários de ansiedade.
Produtos esperados	Melhora da qualidade de vida dos pacientes qualitativamente mensurados por questionários periódicos.
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais qualificados Cognitivo: Adesão aos grupos operativos Financeiro: material para a aplicação os testes Político: Mobilização social
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais qualificados Cognitivo: Adesão aos grupos operativos Financeiro: material para a aplicação os testes Político: Mobilização social
Recursos críticos	Estrutural: Profissionais qualificados Cognitivo: Adesão a mudança de hábitos Político: Adesão do gestor local Financeiro: financiamento de propagandas
Controle dos recursos críticos	Gestor da UBS
Ações estratégicas	Grupos operacionais que permitam tratar mais pacientes no mesmo intervalo de tempo em que se trataria apenas uma

	<p>pessoa e poupar recursos financeiros do sistema de saúde. Os pilares a serem trabalhados pelos profissionais uma vez capacitados, deveriam ser a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, a exposição e o treinamento em habilidades sociais, além das tarefas de casa, como estratégias essenciais da TCC assim como muito bem explicado por Jürgen Margraf (MARGRAF; SCHNEIDER, 2009). Os métodos de intervenção cognitivos deveriam ser sempre revistos e adaptados a cada realidade de cada grupo, já adaptação de protocolos individuais existentes à terapia grupal muitas vezes não leva em consideração a natureza dinâmica e interativa em contínua evolução ocorrida em um grupo (ALMEIDA; MARTINS; ALARCON, 2015).</p>
Prazo	Bimestralmente
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Profissionais Médicos e enfermeiros da UBS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Padrão ascendente em um gráfico de qualidade de vida x tempo baseado no questionário realizado.

Fonte: Elaboração autoral

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema de despreparo da equipe de saúde da família para a realização dos grupos operacionais, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Nova Era, do município Juiz de Fora, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Educação continuada dos profissionais
Operação (operações)	Estabelecer a presença de grupos que utilizem técnicas de terapia cognitivo comportamental descentralizados
Projeto	Treinamento dos profissionais da eSF por Psiquiatras e terapeutas qualificados em diferentes modalidades de TCC.
Resultados esperados	Profissionais bem capacitados com ferramentas cognitivas para moderar um grupo terapêutico.
Produtos esperados	Terapias em grupo coordenadas por médicos capacitados previamente por psicólogos cognitivo comportamentais e psiquiatras.

Recursos necessários	Estrutural: Psicólogos, Psiquiatras e profissionais Médicos da UBS Cognitivo: Atualização periódica na capacitação dos profissionais Financeiro: verba para os cursos de imersão, assim como para subsidiar os profissionais especializados Político: Plano logístico sistemático
Recursos críticos	Estrutural: Profissionais qualificados Político: Adesão da secretaria de saúde Financeiro: Verba para financiamento dos profissionais
Controle dos recursos críticos	Secretaria municipal de Saúde
Ações estratégicas	<ol style="list-style-type: none"> 1) Capacitação dos profissionais da UBS em palestras e workshops por psicólogos cognitivos comportamentais e psiquiatras 2) Implementação das habilidades adquiridas em psicoterapias promovidas na UBS e na comunidade
Prazo	Capacitação básica dos profissionais com habilidades para promover os grupos deveria contabilizar 8 palestras/workshops – uma por semana sendo de início e posterior atualização mensal deles.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Toda logística da capacitação dos profissionais, assim como os cursos de atualização devem ficar sobre responsabilidade da secretaria de saúde. Entretanto toda evolução do grupo adscrito deve ficar sobre responsabilidade de um ou alguns profissionais médicos das UBS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	A verificação da qualidade da educação permanente deve ser feita através de testes elaborados pelos especialistas (Psiquiatras e psicólogos) e aplicadas aos profissionais

Fonte: Elaboração autoral

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante questionar o quanto vale o início do papel da formulação dos procedimentos normalmente adotados, principalmente quando se diz respeito da atenção primária onde um somatório de forças está envolvido e nem sempre na mesma direção. Uma boa gestão, tal como profissionais interessados no projeto, uma boa relação profissional-paciente, uma boa didática para com o público e o grau de instrução dos mesmos são todos fatores que afetaram em maior ou menor intensidade o modelo de intervenção proposto.

Outro fato que fez surgir a proposta é a ausência no modelo vigente de modelos de psicoterapias fundamentados em bases teóricas no SUS que é praticamente inexistente, exceto em hospitais universitários. Assim esse trabalho oferece uma proposta pouco ortodoxa para a implementação da psicoterapia na unidade básica de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.; MARTINS, E.M.; ALARCON, R.G. Aplicação da Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo na Ansiedade. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 32-41, jun. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872015000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 jan. 2020.

AMARAL, B.D.A. **Benzodiazepínicos: uso crônico e dependência**. 2012. 30 f. Monografia (Especialização) – Curso de Farmácia, Farmacologia, Centro Universitário Filadélfia, Londrina, 2012. Disponível em: <<https://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000007/000007A8.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM 5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

CRASKE, M. G.; STEIN, M. B. Anxiety. **The Lancet**, v. 388, n. 10063, p. 3048-3059, dec. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27349358>>. Acesso em: 02 jan. 2020.

DESOUSA, D. A.; *et al.* Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 12, n. 3, p. 397-410, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000300015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 maio 2020.

KACZKURKIN, A.; FOA, E. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. **Dialogues In Clinical Neuroscience**, [s.l.], v. 3, n. 17, p.337-346, set. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610618/>>. Acesso em: 31 dez. 2019.

KNAPP, P.; BECK, A.T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. s54-s64, oct. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mai. 2020.

LOPES, A. C. **Tratado de Clínica Médica**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009. v. 2.

MARGRAF, J.; SCHNEIDER, S. **Lehrbuch der Verhaltenstherapie**. 2. ed. Basel: Vollständig Bearbeitete Und Erweiterte Auflage, 2009. v. 80.

MORENO, A. L.; CARVALHO, R. G. N. Terapia cognitivo-comportamental breve para sintomas de ansiedade e depressão. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 70-75, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 jan. 2020.

MULULO, S. C. C. *et al.* Eficácia do tratamento cognitivo e/ou comportamental para o transtorno de ansiedade social. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 177-186, dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mai. 2020.

NARDI, A. E. Some notes on a historical perspective of panic disorder. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 154-160, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jan. 2020.

NORDON, D. G.; HÜBNER, C. V. K. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. **Diagnóstico e tratamento**, v. 14, n. 2, p. 66-9, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0004.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas**. Washington: Paho, 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275120286_eng.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2020.

RAPS SANTA CATARINA. **Transtorno de ansiedade generalizada: protocolo clínico**. 2015. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9217-ansiedade-generalizada/file>>. Acesso em 31 dez. 2019.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SILVA, C.; TEIXEIRA, D.; MARTINS, S. Abordagem da perturbação de ansiedade generalizada nos cuidados de saúde primários. **Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação**, v. 20 e 24, n. 1-2, 2016. Disponível em: <<http://revista.psiquiatria-cl.org/index.php/rpcl/article/view/8>> Acesso em: 02 fev. 2020.