

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

FILIPPE DA SILVA ALVES

**TRANSTORNO DE HUMOR NOS USUÁRIOS DA EQUIPE SAÚDE
PARAGUAI NO DISTRITO MELO VIANA EM ESMERALDAS – MINAS
GERAIS**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2016

FILIFE DA SILVA ALVES

**TRANSTORNO DE HUMOR NOS USUÁRIOS DA EQUIPE SAÚDE
PARAGUAI NO DISTRITO MELO VIANA EM ESMERALDAS – MINAS
GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2016

FILIFE DA SILVA ALVES

**TRANSTORNO DE HUMOR NOS USUÁRIOS DA EQUIPE SAÚDE
PARAGUAI NO DISTRITO MELO VIANA EM ESMERALDAS – MINAS
GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 10/01/2017

DEDICO

Primeiro lugar a Deus pelo dom da vida, autor de toda sabedoria e conhecimento.

A Minha esposa e filha pelo apoio incondicional em cada etapa deste trabalho.

À comunidade que me recepcionou.

À equipe de saúde que desenvolveu comigo este trabalho.

“Não tenha medo da dor, não se deixe subjugar pela solidão. Não há crise que não passe, não há tormenta emocional que não se dissipe. Não há dificuldades que não possam ser transpostas”.

(Augusto Cury)

RESUMO

A depressão é uma condição comum, de curso crônico e recorrente, que causa prejuízo ao bem estar emocional e físico das pessoas acometidas, além do comprometimento funcional. Este trabalho tem como Para subsidiar a elaboração do plano de intervenção foi feita uma revisão da literatura, a fim levantar as evidências já existentes sobre o tema atendendo a relevância e a aplicabilidade das mesmas. A busca das publicações foi feita nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Foram também utilizadas as informações secundárias existentes nos prontuários, as observações realizadas durante as visitas domiciliares e também das reuniões com a equipe de saúde. Espera-se com a execução deste projeto de intervenção a redução em aproximadamente uns 30% dos casos prevalentes de transtorno de humor nos usuários da equipe saúde Paraguai no Distrito Melo Viana em Esmeraldas- Minas Gerais.

Palavras- Chave: Transtornos depressivos. Ansiedade. Depressão.

ABSTRACT

Depression is a common condition, chronic and recurrent, which causes damage to the emotional and physical well-being of people affected, as well as functional impairment. This study aims to elaborate a project of intervention in the community living in the territory of the team of Paraguay in the Melo Viana District in Esmeralda - Minas Gerais aiming at the promotion of healthy mental health practices for the prevention of mood disorders. In order to subsidize the preparation of the intervention plan, a review of the literature was carried out in order to raise the existing evidence on the subject, taking into account their relevance and applicability. The search of the publications was done in the databases of the Virtual Health Library The secondary information in the medical records, the observations made during the home visits and also the meetings with the health team were also used. The execution of this intervention project is expected to reduce approximately 30% of the prevalent cases of mood disorder in users of the Paraguay health team in the Melo Viana District in Esmeraldas, Minas Gerais.

Keywords: Depressive disorder. Anxiety. Adjustment disorders

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVO	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

Esmeraldas é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, com uma população de 67.208 conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística de 2015 (IBGE), localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte a uma distancia de 59 km, seus limítrofes são: Betim, Contagem, Ribeirão das Neves, Pará de Minas, Sete Lagoas, Pedro Leopoldo, Matozinhos, Juatuba, Florestal, Capim Branco, Cachoeira da Prata e Fortuna de Minas (IBGE, 2015),

1.2 Histórico de Esmeraldas

No final do século XVII, três rapazes vindos de São Paulo, transitavam pela estrada que ligava Pitangui a Sabará quando foram atraídos pela beleza da região e pelo clima ameno. Por isto, resolveram permanecer na região e dedicar-se à agricultura. Destaca-se dentre os primeiros moradores do povoado, o alferes Miguel da Silva Fernandes, a este se atribuem os serviços mais relevantes que foram dedicados aos habitantes do novo povoado (IBGE, 2015).

Na fazenda Dona Izabel surgiram **as** primeiras construções onde também se ergueu, sob invocação de Santa Quitéria, uma igreja. A imagem da santa e o altar vieram de Portugal, trazidos pelos irmãos Coelho, e ainda hoje se encontram na Matriz de Esmeraldas (IBGE, 2015).

1.2 Sistema Municipal de saúde de Esmeraldas

O município de Esmeraldas possui uma ampla rede de serviços de saúde oferecendo ações assistenciais diversificadas. Na tabela 1 apresentam-se os estabelecimentos existentes no município e na tabela 2 os recursos humanos envolvidos na assistência á saúde no município

Tabela 1 - Redes físicas de saúde prestadora de serviço ao SUS. Esmeraldas, 2016

Tipo de estabelecimento	N
Unidade Básica de Saúde	4
Centro de geral de odontologia.	1
Clínica centro de Especialidade	1
Consultório isolado	1
Farmácia	1
Hospital	1
Unidade Básica de Saúde com Programa Saúde da Família	22
CAPS	1
Unidade de apoio diagnóstico e terapêutico	2
Total	34

Fonte: Secretaria de Saúde do Município de Esmeraldas, 2016.

Tabela 2 - Recursos humanos por categoria existentes no município de Esmeraldas. 2016

Especialidade	Número	%
Médicos	81	36,6
Enfermeiros	33	14,9
Técnica de laboratório	7	3,1
Técnica de medicamentos	10	4,5
Administrativos	8	3,6
Técnico de manutenção	5	2,2
Técnico de enfermagem	15	6,7
Outros	62	28,0
Total	221	100,0

Fonte: Secretaria de Saúde do Município de Esmeraldas, 2016.

1.3 A Unidade Básica de Saúde Paraguai do Distrito de Melo Viana

Na comunidade do Distrito de Melo Viana encontram-se recursos sociais e de saúde importantes, representados por um laboratório clínico, três escolas, duas Igrejas católicas e oito Igrejas evangélicas. A comunidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) Paraguai localiza-se no distrito Melo Viana, no bairro Paraguai, cujo acesso é realizado através da BR 0-40. A UBS funciona de 07: 00 as 16:00 horas e sua equipe é composta por um médico, um enfermeiro, uma técnica em enfermagem, seis Agentes Comunitário de saúde(ACS) que residem no distrito de Melo Viana e fazem o acompanhamento domiciliar, (realizando prevenção e promoção a saúde do idoso, adulto HAS, DM, gestante e crianças menores 2 anos)

No PSF Paraguai, estamos compartilhando aérea física em geral, como: o consultório médico, consultório de enfermagem e local para recepção, triagem e pré-consulta, sala de curativo, para vacina e local para demais atividades dos profissionais.

O fluxo de funcionamento é da seguinte maneira: primeiramente o usuário se dirige à recepção, no momento este trabalho está sendo realizado por uma ACS, logo depois o usuário é levado à técnica de enfermagem onde realiza um atendimento de aferição dos dados vitais e logo a seguir o usuário é encaminhado para ser acolhido pelo enfermeiro onde o mesmo realiza a consulta de enfermagem e triagem e direcionando para o médico daqueles que necessitam de atendimento médico imediato.

Segundo Mari e Kieling (2013), a depressão é uma condição comum, de curso crônico e recorrente, que causa prejuízo ao bem estar emocional e físico das pessoas acometidas, além do comprometimento funcional, sendo associada com diversas doenças como enfisema, enxaqueca, esclerose múltipla, problemas da coluna, câncer, acidente vascular cerebral, doença tireoidiana, cardiopatia.

Grau de risco para o desenvolvimento de transtorno depressivo sendo como: História pessoal ou familiar de depressão, presença de estressor psicossocial, uso exagerado dos serviços de saúde, doenças crônica, outros transtornos psiquiátricos,

mudanças hormonais, dor crônica, fadiga, insônia e ansiedade e, abuso de substâncias.

Os critérios de diagnóstico de episódios depressivos se iniciam com sintomas fundamentais como humor deprimido, perda de interesse, fadigabilidade, e outros sintomas associados como concentração e atenção reduzidas, autoestima e autoconfiança reduzidas, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladoras e pessimistas do futuro, idéias de atos auto lesivos ou suicídio, sono perturbado, apetite diminuído (DALGALARRONDO, 2008).

Assim, é importante que o médico saiba qual o papel que ele exerce no tratamento o que se denomina psicoeducação, uma vez que ao fornecer suporte, explicar o que é a depressão, sugerir medidas comportamentais, dar esperança e monitorar os efeitos colaterais terapêuticos, estará criando um clima de confiança na relação e será um agente terapêutico decisivo na adesão ao tratamento (DUNCAN *et al.*, 2013).

Também o exercício físico tem sido utilizado como adjuvante no tratamento agudo como na prevenção de recaídas. Observa-se melhora moderada nos sintomas depressivos (MARI; KIELING, 2013).

Após a realização do diagnóstico situacional do território da ESF Paraguay, destacamos esses problemas:

- As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com destaque para a hipertensão arterial sistêmica, Diabetes, entre outras.
- A violência
- Transtorno do humor.

Sendo discutido com a equipe sobre a priorização dos problemas, foi de comum acordo que priorizássemos o problema de transtorno de humor como tema para este plano de intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a escolha do tema deste trabalho, pelo número significativo de usuários que vem sendo diagnosticados com transtornos depressivos pela equipe de saúde da Unidade Básica de saúde Paraguai em Esmeraldas/MG.

Ao realizar a observação ativa da área de abrangência da equipe, percebeu-se que os pacientes buscam a UBS para solicitar medicamentos para resolver problemas relacionados à ansiedade e depressão. Além disso, percebeu-se o uso irregular dos medicamentos, além do sedentarismo, tabagismo e consumo de álcool como recurso para resolver problemas associados a fatores emocionais, sociais, de renda ou genéticos.

Esta situação, associada à falta de regularidade no tratamento, abandono e uso irracional dos medicamentos, motivou a proposta de ações educativas capazes de melhorar de maneira significativa a qualidade de vida dos usuários depressivos, pelo fortalecimento das relações desta população com o serviço prestado pela equipe de saúde da unidade básica de saúde.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção na comunidade residente no território de atuação da equipe Paraguai no Distrito Melo Viana em Esmeralda – Minas Gerais com vistas à promoção de práticas de saúde mental saudáveis para a prevenção dos transtornos de humor.

4 METODOLOGIA

A proposta deste trabalho é um plano de intervenção proposto para os usuários residentes no território da equipe Paraguai em Esmeraldas/MG. O método escolhido foi o do Planejamento Estratégico Situacional (PES) estudado no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram também utilizadas as informações secundárias existentes nos prontuários, as observações realizadas durante as visitas domiciliares e também das reuniões com a equipe de saúde.

Para subsidiar a elaboração do plano de intervenção foi feita uma revisão da literatura, a fim levantar as evidências já existentes sobre o tema atendendo a relevância e a aplicabilidade dos mesmos.

A busca pelas publicações foi feita nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, por meio dos seguintes descritores:

Ansiedade.

Transtornos depressivos.

Depressão.

5 REVISÃO DE LITERATURA

No entendimento de Teng *et al.*(2009), a depressão é uma expressão genérica onde se ramifica os diversos transtornos de humor com ênfases na tristeza, melancolia.

A depressão é uma doença que acomete cerca de 30 % dos pacientes que procuram ajuda médica. As queixas físicas são a razão mais comum para o paciente deprimido procurar ajuda médica, e ao mesmo tempo, são excelentes disfarces para camuflar os componentes psíquicos da depressão, contribuindo em muito para as dificuldades em se dar um diagnóstico precoce da mesma. Segundo alguns pesquisadores, os principais sintomas somáticos encontrados nas depressões são a cefaléia, a fadiga, os distúrbios do sono e do apetite, e as perturbações gastrointestinais. A imensa maioria dos deprimidos apresenta alguns destes sintomas. É importante ressaltar que estes sintomas podem vir ou não acompanhados de outros sintomas emocionais. Ou seja, o sintoma físico pode fazer parte da constelação dos sintomas depressivos ou ser ele a própria depressão (COSTA; VILELA, 2001, p. 49-50).

A depressão é um constructo diagnóstico complexo aplicado a indivíduos com um conjunto particular de sintomas, sendo o humor deprimido e a perda de interesse os principais (DALGALARRONDO, 2008).

Candido e Pedrão (2005) mencionam que o profissional de saúde depara com diversos casos de paciente com transtorno de humor no cotidiano, sendo a depressão o tipo mais comum. Onde na visita domiciliar ao portador desse transtorno refere que não faz uso adequado da medicação e menciona que já teve mais de cinco recaídas, sendo de grande importância o acompanhamento aos portadores com ajuda profissional capacitado.

Lopes *et al.* (2015), como resultado da investigação realizada, destacam sobre a associação da depressão com diversos fatores como o de gênero, sociodemográficas e hábitos de vida, obesidade e qualidade do sono. concluíram-se que as mulheres estão mais associadas à depressão e que no nordeste há uma alta prevalência na população idosa. O Ato de incentivar ações que melhorem a

qualidade de vida, na mudança de hábitos de vida e do sono, são fatores que podem reduzir a depressão em idosos.

Campos, Campos e Sanches (2010) mencionam que os conceitos dos termos de transtorno de humor e de personalidades sofreram evoluções ao longo dos anos. Atualmente verifica-se uma tendência na fusão destes dois termos no âmbito etimológico, pois desde o tempos da antiguidade estes dois termos eram tratados como entidades nosológicas deferentes a sua aproximação atual nos levariam à uma difícil caracterização no diagnóstico diferencial.

Silva *et al.* (2007) relatam que, para a compreensão do ciclo da drogadição, observou-se entre os estudantes uma relação 23% de depressão e aqueles que são fármacos dependentes uma frequência de 32% para este mesmo transtorno, uma grande dificuldade é a distinção entre a dependência química em si e a comorbidade de transtorno de humor inseridos no sistema familiar como um membro dependente químico.

Entretanto, elas caracterizam por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à auto-valorização, à vontade e à psicomotricidade. Também podem estar presentes, em formas graves de depressão, sintomas psicóticos (delírios e/ou alucinações), marcante alteração psicomotora (geralmente lentificação ou estupor) e fenômeno biológico (neuronal ou neuroendócrino) associados. As síndromes depressivas são atualmente reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública. Segundo levantamento da OMS, a depressão maior unipolar é considerada a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde (incapacidade definida como uma variável composta por duração do transtorno, e uma série de 22 indicadores de disfunção e sofrimento) (MURRAY; LOPEZ, 1996 *apud* DALGALARRONDO, 2008, p. 307).

Chellappa (2009) diz que a maioria dos pacientes com transtornos depressivos apresenta quadro de irregularidade no processo fisiológico do sono, como a sonolência excessiva diurna (SED), na qual o transtorno depressivo altera o componente circadiano e a sincronização de sono e vigília, levando o aumento da (SED). Como consequência do sono não reparador a insônia leva o indivíduo ao cansaço, fadiga, baixa motivação, atenção e concentração reduzidas ou pouca energia para as tarefas diurnas.

Realizando um paralelo do trabalho citado anteriormente com os projetos mencionados neste trabalho; (Prazer em viver, Grupo de socialização, Higiene Mental), serão atividades que auxiliarão os indivíduos com sintomas mencionados acima como anedonia e pouca energias diurnas, que poderão ser beneficiadas por meio de atividades lúdicas e recreativas e palestras de conscientização, melhorando assim a estima desses pacientes e seu quadro clínico.

Segundo Gelder, Mayou e Cowen (2006, p. 245), a atividade física deveria ser indicada a todos os pacientes, pois a depressão faz com que haja um isolamento em suas atividades recreativas e físicas alterando ainda mais seu estado patológico. É de suma importância orientar os familiares a cerca de não criticar o paciente por seu estado de sedentarismo, pois este estado de critica só aumentaria o quando depressivo.

Arantes (2007) diz que a depressão é difundida entre a comunidade como um estado de tristeza, sendo ela uma resposta frente às situações de perda e desilusões no cotidiano, as situações de perda e de luto manifesta-se em resposta fisiológica a estas situações de difícil ajustamento social, quando esta síndrome depressiva mantém-se por longo data com sintomas associados à manifestações cognitivas, psíquicas e neurovegetativas (Sono, apetite), sendo então diagnosticada como transtorno depressivo. Entre a comunidade científica temos a classificação: Transtorno depressivo maior, melancolia, distimia depressão integrante do transtorno bipolar tipo 1 e 2, depressão como parte da ciclotimia. Os transtornos de humor são manifestações comuns na atualidade, sendo que 15% a 30% dos adultos apresentaram depressão em alguma etapa de sua vida, em diversos pacientes depois de diagnosticados é comum a não adesão correta ao tratamento proposto, sendo uma importante causa de recaídas e o aumento considerável de complicação como o suicídio.

Abrahamian (2012) avaliou um grupo de saúde mental na Unidade Básica de Saúde Cruz das Almas, da Prefeitura de São Paulo, desde janeiro de 2007, tendo como base psicoterapia análise transicional associada à terapia cognitivo-comportamental com a finalidade de melhoria na qualidade de vida e na assistência desta população adstrita. Nesta avaliação os participantes discutiam temas de seus interesses e

aprendiam técnicas de psicoterapia para lidarem com eventos do cotidiano e manejarem suas emoções e comportamentos. Tendo como resultado que a psicoterapia de grupo nesta unidade nos permite concluir que seria uma ferramenta útil no auxílio de tratamento da ansiedade e da depressão.

Silva-Rocha, Oliveira e Shuhama (2016) fizeram um estudo que buscou verificar a possível relação da associação dos sintomas depressivos em mulheres, com as características sociodemográficas, clínicas e de configuração familiar. Por meio de coleta de dados no estudo observacional de corte transversal com uma amostra de conveniência composta por 55 mulheres de 20 a 39 anos regularmente cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no interior do Estado de São Paulo, os resultados evidenciaram que 25,5% da amostra; apresentou correlação negativa entre as dimensões de apoio social e depressão, bem como evidências de associação da percepção de apoio social em relação às características sociodemográficas (renda) e de configuração familiar (estado civil e número de filhos). Na literatura nacional e internacional resultados semelhantes do estudo com mulheres foram evidenciado resultados semelhantes. Sinalizando um ponto de alerta aos profissionais da atenção primária para uma melhor análise e cuidado sobre a percepção do apoio social às mulheres jovens independentemente de sua sintomatologia depressiva e grupo social.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Ao analisar a situação da equipe Estratégia Saúde da Família do Paraguai foram identificados os problemas que afetam a população local, levando ao adoecimento do indivíduo e conseqüentemente a coletividade.

Foi observado no território de abrangência que a incidência de depressão é maior entre as mulheres.

Em relação aos aspectos familiares, é interessante ressaltar que a solidão é supostamente um fator de risco, dado que o percentual de homens e mulheres que moravam sozinhos é significativamente maior entre indivíduos que tinham depressão (SANTOS; KASSOUF, 2008, p. 19).

Deste modo iremos promover ações voltadas para fins de implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde com foco na proteção do meio ambiente e conservação dos recursos naturais, implantação de serviços de saúde com foco na saúde e não na doença, desenvolvimento de ações de saúde com a participação da comunidade de forma a promover o empoderamento comunitário por meio de suporte pessoal e social, e fortalecimento das habilidades pessoais com uso de estratégias que promovam o aprendizado de novas competências que ajudem o indivíduo a lidar com as afecções físicas e pressões mentais durante todo o ciclo da vida.

Para elaborar a ordem dos problemas se utilizou como método a matriz de priorização, muito utilizada para fazer análise da situação de saúde, alcançando consenso e priorizando os problema.

No quadro temos a priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional do território da equipa do PSF Paraguai.

Quadro1 - principais problemas identificados no território do PSF Paraguai.

Equipe PSF Paraguai Priorização dos Problemas				
Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
(Transtorno de humor). (Moderados e graves e algumas oportunidades acompanhados com sintomas psicóticos.)	Alta	7	Parcial	1
Causas externas (Violência, abuso de substâncias psicoativas)	Alta	7	Parcial	2
Enfermidades Neurológicas	Alta	5	Parcial	2
Doenças endocrinológicas e metabólicas	Alta	5	Parcial	2
Doenças Infectocontagiosas	Alta	5	Parcial	3
Neoplasias e Tumores	Alta	4	Parcial	3
Enfermidades da Gestação e Puerpério	Alta	3	Parcial	3
Aparelho Cardiovascular	Alta	2	Parcial	4
Enfermidades Reumatológicas Imunológicas	Alta	2	Fora	4

A respeito do tema prioritário escolhido pela equipe do (PSF – Paraguai) quero descrever alguns pontos que nos indicam de que maneira alguns fatores de risco influenciam na qualidade da saúde mental, levando a aceleração do processo da Gênese dos transtornos mentais.

- Fatores Genéticos Familiares.
- Perdas, luto, situações de estresse.
- Indivíduo Personalidade introvertida, tímida e insegura.
- Experiências de fracasso.
- Sexo Feminino questões relacionadas aos hormônios.

- Situações de convívio com vulnerabilidade.
- Senilidade.
- Doenças endocrinológicas como Doenças na Tireóide.
- AVC.
- Síndromes degenerativas.
- Distúrbios do Sono.
- Uso de substâncias psicoativas.
- Condição socioeconômica.

Nós críticos e suas justificativas

- **Perdas, luto, situações de estresse:** com a elaboração do método pautado nos grupos de convívio com troca de experiências em situações de estresse, com isso alcançando apoio nas experiências compartilhadas.
- **Indivíduo Personalidade introvertida, tímida e insegura:** Terapias comportamentais levam ao ajustamento da personalidade, trabalhando na segurança e na estabilização do humor.
- **Situações de convívio com vulnerabilidade:** a conscientização da população de risco sobre os relacionamentos de risco que os levam as influências negativas exacerbando a depressão.
- **Distúrbios do Sono:** hábitos comuns na atualidade são as atividades laborais noturnas, com tais atividades há um aumento na probabilidade de depressão. Conselhos sobre alimentações saudáveis noturnas e horários de descanso são maneiras de prevenção.
- **Uso de substâncias psicoativas:** Palestra sobre conscientização dos malefícios e prevenção de drogas psicoativas, orientações sobre praticas esportivas e atividades culturais para fins de prevenção de tais praticas ilícitas que levam a dependência química.

- **Condição socioeconômica:** Aconselhamento sobre oportunidades de emprego, capacitações sobre temas estratégicos laborais e empreendedorismo, objetivando novas oportunidades de emprego.

Quadro 2 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” “Transtorno de humor, associado ao estresse mental e a ausência de lazer e o escasso conhecimento sobre medidas de prevenção”.	
Operação/Projeto	Recursos críticos
“Prazer em viver”	<p>Político → Em parceria com os profissionais da área da saúde, elaborar convênios com demais profissionais em outras áreas de atuação.</p> <p>Financeiro → Recurso para cobrir despesas com funcionários para a realização das atividades.</p>
“Grupo de socialização”	<p>Cognitivo: Conhecimento sobre o tema</p> <p>Político → Mobilização da sociedade, convocando aos grupos.</p> <p>Organizacionais: Escolha do local onde irá realizar os grupos, educadores na área da saúde mental, panfletos convocando os pacientes e anuncio carro de som.</p>
“Higiene Mental”	<p>Cognitivo: Elaboração e seleção de temas a serem discutidos.</p> <p>Político → Articular políticas que visam o bem estar psíquico, e garantir direitos aos pacientes que padecem tais afecções.</p> <p>Financeiro → Recurso disponível para materiais onde possam ser factíveis as palestras e ensinamentos sobre a temática.</p>

Quadro 3 - Análise de viabilidade do plano

– Análise e viabilidade do plano				
Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	

<p>“Prazer em viver”</p> <p>Aumentar a autoestima das pessoas exposta ao risco da depressão.</p>	<p>Político → Recrutar apoio no centro de saúde.</p> <p>Financeiro → para Aquisição de recursos para contratação de educador físico com objetivo de promover atividades físicas ao ar livre.</p>	<p>Equipe de saúde</p> <p>Secretário de Saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Não é necessário</p>
<p>“Grupo de socialização”</p> <p>Com o objetivo de compartilhar experiência e o aprendizado social.</p>	<p>Cognitivo Conhecimento sobre o tema</p> <p>Político → parceria e mobilização da população exposta.</p> <p>Organizacionais: auxiliar a equipe nos grupos de socialização mantendo assim a ordem e a dinâmica do grupo.</p>	<p>Secretaria de Saúde e Equipe de saúde.</p>	<p>Favorável</p>	<p>Não é necessário</p>
<p>“Higiene Mental”</p> <p>Tem como finalidade a educação em saúde mental, por meio de palestras em temas específico no tocante a Síndromes depressivas.</p>	<p>Político → Na divulgação para a comunidade, tendo apoio de autoridades e representantes civis para uma melhor divulgação.</p> <p>Financeiros → recursos necessários para os equipamentos envolvidos na palestra, local, e alimentação entre as palestras promovendo ainda mais a interação entre os participantes.</p>	<p>Secretário de Saúde</p> <p>Equipe de saúde.</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentação do projeto aos inscritos.</p>

Quadro 4 - Elaboração do plano operativo

– Plano Operativo “Transtorno de humor, associado ao estresse mental e a ausência de lazer e o escasso conhecimento sobre medidas de prevenção.”					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>“Prazer em viver”</p> <p>Aumentar a autoestima das pessoas exposta ao risco da depressão.</p>	<p>Contratar educadores físicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, para a realização de atividade física ao ar livre.</p>	<p>População saudável com baixos níveis de estresse, prevenindo o ócio.</p>	<p>Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de saúde.</p>	<p>Secretário de saúde e coordenar saúde mental do município.</p>	<p>Dos meses para o início das atividades</p>
<p>“Grupo de socialização”</p> <p>Com o objetivo de compartilhar experiência e o aprendizado social.</p>	<p>Comunidade em risco de adoecer por depressão integrada no projeto de socialização</p>	<p>Garantir a socialização diminuindo a individualidade e a solidão que leva à depressão.</p>	<p>Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de saúde.</p>	<p>Coordenador da Atenção Primária, Médico.</p>	<p>Início em três meses .</p>
<p>“Higiene Mental”</p> <p>Tem como finalidade a educação em saúde mental, por meio de palestras em temas específicos no tocante a Síndromes depressivas.</p>	<p>Melhor compreensão dos aspectos fisiopatológicos da patologia descrita, resultando em maior conhecimento para tomadas de medidas preventivas.</p>	<p>Garantia do entendimento sobre fatores de risco e formas de prevenção.</p>	<p>Apresentar Projeto como uma palestra didática onde disponibilizaremos recursos áudio visuais.</p>	<p>Coordenador de Atenção primária.</p>	<p>um mês para Implantar o conteúdo programático das palestras.</p>

Quadro 5 - Gestão do plano

Planilha de acompanhamento das operações/projeto "Transtorno de humor, associado ao estresse mental e a ausência de lazer e o escasso conhecimento sobre medidas de prevenção."					
Operação "Prazer em viver"					
Coordenação: Atenção Primária.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
População saudável com baixos níveis de estresse, prevenindo o ócio.	Coordenador da Atenção Primária.	2 meses.	Projeto ainda em discussão com a Secretaria de saúde.		
Operação "Grupo de socialização"					
Coordenação: Atenção Primária.					
Garantir a socialização diminuindo a individualidade e a solidão que leva à depressão.	Coordenador da Atenção Primária,	Início: três meses.	Projeto ainda em discussão com a secretaria de saúde.		
Operação "Higiene Mental"					
Coordenação: Atenção Primária.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Garantia do entendimento sobre fatores de risco e formas de prevenção.	Secretaria de saúde.	12 meses	Projeto ainda em discussão com a secretaria de saúde.		

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a maioria dos transtornos mentais é de evolução lenta e complexa, priorizamos intervir nos transtornos de humor, problema identificado de grande relevância no território de abrangência da equipe saúde Paraguai no Distrito Melo Viana em Esmeraldas/MG.

A partir do contato com os pacientes, intervindo no fenômeno e detectando as dificuldades, propôs-se mudanças nos hábitos de vida como fatores preponderantes no processo de prevenção.

Deste modo, espera-se com a execução deste projeto de intervenção a redução em aproximadamente uns 30% dos casos prevalentes de transtorno de humor nos usuários da equipe saúde Paraguai no Distrito Melo Viana em Esmeraldas/MG.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAMIAN, R. Uma experiência de psicoterapia de grupo dentro da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 6, n. 21, p. 271-274, jan. 2012.
- ARANTES, D. V. Depressão na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 2, n. 8, p. 261-270, nov. 2007.
- DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em evidências**. 4.ed. Porto Alegre- RS: ARTMED, 2013
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.112 p.
- CAMPOS, R. N.; CAMPOS, J. A. O.; SANCHES, M. A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial. **Rev. psiquiatr. clín.** v. 37, n. 4, p. 162-166, São Paulo, 2010 .
- CANDIDO, M. C.F. S.; PEDRAO, L. J. Visita domiciliar ao portador de transtorno de humor: relato de experiência. **Paidéia (Ribeirão Preto)**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 141-145, abr. 2005.
- CHELLAPPA, S. L. Sonolência excessiva diurna e depressão: causas, implicações clínicas e manejo terapêutico. **Rev. psiquiatr.** Rio Gde. Sul. v. 31, n. 3, supl. 0, Porto Alegre, 2009.
- COSTA, D. A.; VILELA, J. E. M. **Desfazendo os mitos sobre as doenças mentais**. Belo Horizonte: Floglio, 2001.330 p.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed., Porto Alegre: Artmed, 2008, 440p.
- GELDER, M. I.; MAYOU, R.; COWEN, P. **Tratado de psiquiatria**. 4 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, 813p.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2015. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=EN&codmun=312410&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>> Acesso em: 23 de ago. de 2016
- LOPES, J. M. *et al.* Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v. 18, n.3, p. 521-531, Rio de Janeiro, 2015.

MARI, J. J.; KIELING, C. **Psiquiatria na prática clínica**. Barueri, SP: Manole, 2013, 624 p.

SANTOS, M. J., & KASSOUF, A. L. Uma estimativa econométrica do retorno da educação para a saúde mental dos brasileiros: escolaridade versus depressão [On line]. **Retrieved.** 18th p.1-25 Mai, 2008. Disponível em: from http://www.cepea.esalq.usp.br/pdf/educacao_depressao.

SILVA, J. L. *et al.* Um estudo das relações interpessoais em famílias com farmacodependentes. **Psicol. estud.**, v. 12, n. 1, p. 61-70, Maringá, 2007.

SILVA-ROCHA, V. V.; OLIVEIRA, C. M.; SHUHAMA, R. A percepção de apoio social e a sintomatologia depressiva em mulheres jovens atendidas em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 11, n. 38, p. 1-10, dez. 2016.

TENG, C. T. *et al.* **Depressão e cognição**, São Paulo: Atheneu, 2009, 122 p.