

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FREDERICO HAIKEL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA DEPRESSÃO
E SUAS COMORBIDADES NOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA MARIA TEREZA DE FREITAS, UBERABA, MINAS
GERAIS**

UBERABA - MINAS GERAIS

2019

FREDERICO HAIKEL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA DEPRESSÃO
E SUAS COMORBIDADES NOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA MARIA TEREZA DE FREITAS, UBERABA, MINAS
GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa

UBERABA -- MINAS GERAIS

2019

FREDERICO HAIKEL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA DEPRESSÃO
E SUAS COMORBIDADES NOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA MARIA TEREZA DE FREITAS, UBERABA, MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – orientadora (UFMG)

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: __/__/2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos profissionais da área da saúde para que possamos ter um olhar mais aguçado e preventivo à depressão, enquanto doença que tem ganhado força nos tempos atuais.

Aos meus pacientes da Unidade de Lurdes de Uberaba/MG, por me despertar para o estudo sobre depressão e suas comorbidades desencadeadoras, pelos quais, busco conhecimento para o tratamento e bem-estar de todos.

À equipe da Unidade Matricial de Saúde Maria Tereza, Bairro de Lurdes, pelo trabalho coletivo na perspectiva do atendimento humanizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus sempre por todas as bênçãos de minhas conquistas.

Agradeço aos meus pais, Luiz Fernando Haikel (*in memoriam*) e Cizinha Maset Haikel por sempre acreditarem em mim e me proporcionarem a formação em medicina.

À minha esposa Lesliane Caputi por estar sempre ao meu lado me apoiando e minha filha Helena pela alegria diária.

Ao meu tutor Bruno Leonardo de Castro Sena pelas orientações, Obrigado!

À orientadora deste trabalho, profa. Eliana Aparecida Villa, meu muito obrigado pelas importantes considerações.

RESUMO

A depressão é uma doença crônica que provoca tristeza profunda e forte sentimento de desesperança. É considerada uma doença de elevado crescimento na população e está associada a uma gama de outros problemas, como sociais, econômicos e até mesmo políticos, além da relação intrínseca com outras doenças e desencadeamento de outras. A depressão tem sua causa combinada de origens biológicas, psicológicas e sociais, cujos fatores podem causar mudanças na função cerebral, incluindo alteração na atividade de determinados circuitos neuronais no cérebro. Para tanto, este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para melhorar o acompanhamento e controle dos pacientes portadores de depressão e suas comorbidades na UMS Maria Tereza de Freitas, em Uberaba, Minas Gerais. O controle da depressão e de suas comorbidades configura nosso objeto de intervenção. O município de Uberaba está organizado por níveis de atenção, os quais constituem a rede de atenção à saúde da população. Os procedimentos metodológicos deste estudo incluíram: o diagnóstico do problema, descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional e a construção do plano de intervenção. O levantamento dos problemas foi realizado mediante a observação participante durante o trabalho diário da equipe na Estratégia de Saúde da Família, no bairro de Lourdes. Também foi realizada uma revisão da literatura acerca do tema, de modo a contribuir para a elaboração do plano de ação. Com a implantação deste projeto espera-se diminuir a incidência de fatores de risco que levam a complicações da doença e melhorar a adesão dos usuários ao tratamento.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Depressão.

ABSTRACT

The depression is a chronic disease that cause deep sadness and a strong feeling of lack of hope. It is considered current a disease with a high growth in the population and it is associated with several other problems, as social, economic and even political in addition to the intrinsic relationship with other diseases, can potentialize or trigger other diseases. The depression has its combined cause of biological, psychological and social origins, whose factors can cause changes in brain function, including alteration in the activity of certain neural circuits in the brain. The control of depression and its comorbidities are the object of intervention. The project proposes to the Family Health Strategy Unit Maria Tereza de Freitas, in the neighborhood of Lourdes, in the city of Uberaba, Minas Gerais, where the team has observed significant number of people with the disease. The municipality is organized by attention levels, which constitute the health care network for the population. The methodological procedures included: the diagnosis of the problem, description, explanation and selection of its critical knots, according to the methodology according to the methodology of Situational Strategic Planning and construction of the intervention plan. The survey of the problems was performed through participant observation, during the daily work of the team in the Family Health strategy in the neighborhood of Lourdes. A review of the literature on the theme was also carried out, in order to contribute to the elaboration of the action plan. The implementation of this project is expected to reduce the incidence of risk factors that lead to complications of the disease and improve user's adherence to treatment.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Strategy, Depression.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do município	10
1.2 Aspectos da comunidade	10
1.3 O sistema municipal de saúde	11
1.4 A Unidade Básica de Saúde Maria Tereza de Freitas	12
1.5 A Equipe de Saúde da Família do Bairro de Lourdes	14
1.6 O Funcionamento da Unidade da Saúde da Família	14
1.7 O dia a dia da ESF do Bairro de Lourdes	14
1.8 Problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9 Priorização dos problemas (segundo passo)	16
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA	22
5.1 Estratégia Saúde da Família	22
5.2 Atenção Primária à Saúde	23
5.3 Depressão	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Descrição do Problema Selecionado (terceiro passo)	29
6.2 Explicação do Problema Selecionado (quarto passo)	29
6.3 Seleção dos Nós Críticos (quinto passo)	30

6.4 Desenho das Operações (sexto passo)	30
6.4.1 Identificação dos Recursos Críticos	32
6.4.2 Análise da Viabilidade do Plano	33
6.4.3 Elaboração do Plano Operativo	34
6.4.4. Avaliação	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

Trazemos aqui uma breve contextualização da política pública de saúde no município de Uberaba/MG, no qual desenvolvemos nossa atuação profissional na Unidade Matricial de Saúde (UMS) Maria Tereza de Freitas: Equipe de Saúde da Família (ESF) Bairro de Lourdes e observamos o problema que aqui discutimos: depressão e suas comorbidades desencadeadoras.

Apesar de centrarmos a discussão na realidade vivenciada em Uberaba/MG e observada na Unidade Básica de Saúde (UBS), em discussão permanente com a ESF, entendemos que o assunto é atual em toda sociedade contemporânea. É notório, para além dos estudos, mas na lógica empírica, o alto índice de pessoas com a doença depressão e suas comorbidades.

1.1 Aspectos gerais do município

Uberaba é um município do Estado de Minas Gerais, localizado na região do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, pertence à Meso e Microrregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. Sua população estimada no Censo (BRASIL, 2010) foi de 295.988, sendo a 8ª cidade mais populosa do Estado de Minas Gerais, tendo densidade demográfica de 65,43 (hab/km²).

Pertencente à microrregião de saúde do triângulo Sul. Uberaba é considerada polo macrorregional da microrregião pertencente, atendendo em média 27 municípios que estão organizados em três microrregiões de saúde, atendendo em média uma população estimada de 667.081 pessoas em seus hospitais (BRASIL, 2018).

De acordo com dados do IBGE “a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 10,26 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0,3 para cada 1.000 habitantes”. Apresenta 97,2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 31,5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (BRASIL, 2018).

1.2 Aspectos da comunidade

Atuamos no bairro de Lourdes, uma comunidade de 2.500 habitantes aproximadamente. Trata-se de bairro periférico, cuja população massiva é pobre e também com expressivas famílias abaixo da linha de pobreza. O bairro é estruturado com comércio, via rede pública

tem uma creche, uma escola primária, uma casa de idoso e casa de atenção à pacientes em reabilitação de drogas e HIV positivo. Todo bairro tem serviço de coleta de lixo, água e esgoto.

1.3 O Sistema Municipal de Saúde

Atenção Básica de Saúde; Atenção à Saúde Bucal; Construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O município conta com cerca de 10 hospitais: Hospital Escola (HC-UFTM), Hospital Universitário (HU-UNIUBE), Hospital Regional José de Alencar, Hospital do Pênfigo (Fogo Selvagem), Hospital São Marcos (Instituto Uberabense de Cardiologia), Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital da Criança, Hospital São Paulo, Hospital Santa Lúcia e Hospital São Domingos. O Hospital Escola (HC-UFTM) oferece atendimento de alta complexidade, possui além de leitos ativos, a UTI infantil, adultos e coronariano, além de salas de cirurgia, bem como o Pronto Socorro com leitos, anexos e consultórios. Atende toda a microrregião. O Hospital Universitário Mário Palmério, contando com diversas especialidades médicas, leitos e pronto-atendimento de 24h nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, ortopedia e ginecologia e obstetrícia (UBERABA, 2014-2017).

A Atenção primária de Uberaba é composta por 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 51 Estratégias de Saúde da Família e, dessas, nove são Unidade Matricial de Saúde (UMS).

Na Atenção Especializada, contamos com: Unidade Especializada em Reabilitação (UER); Unidade Regional Boa Vista; Unidade Regional São Cristovão; Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (CAISM); Centro Especializado em Odontologia (CEO); Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS); Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA).

No que tange Atenção de Urgência e Emergência Uberaba/MG está estruturada em: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); UPA São Benedito; UPA Parque do Mirante.

No campo de Apoio Diagnóstico tem os hospitais das Universidades: de Uberaba (UNIUBE) e Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM); além do Hospital Doutor Hélio Angoti; Hospital Mário Palmério. Conta com o Centro de Apoio Especializado (Hanseníase e Tuberculose): Centro de Saúde Professor Eurico Vilella.

No âmbito da Assistência Farmacêutica tem a Farmácia de Acolhimento e também de Distribuição para a Rede. Conta ainda com a Unidade Matricial Abadia; a Unidade Alfredo Freire; a Unidade Eurico Vilela; e Unidade Regional de Saúde São Cristovão Tem a Vigilância de Saúde organizada em Sanitária; Epidemiológica; e Vigilância em Saúde do

Trabalhador. O município conta ainda com os Pontos de Apoio de Atenção: Centro Juninho (ESF Planalto); USF Dona Naná (Peirópolis); USF Eduardo Veloso (Calcário); USF José Pedro de Oliveira (Baixa); Serrinha; São Basílio; Santa Fé (UBERABA, 2014-2017).

Vale especificar acerca da atenção à Saúde Mental em Uberaba, considerando o objeto de estudo deste projeto de intervenção. Na atenção primária, as equipes de PSF acolhem e tratam os casos mais simples, servindo como porta de entrada. Já na Atenção Especializada, são atendidos os casos crônicos e graves nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No nível terciário, são atendidas e estabilizadas as crises no Pronto Atendimento de UPA e hospitais (UBERABA, 2014-2017).

O Pronto Atendimento de Saúde Mental, anexado à UPA São Benedito, funciona 24 horas, com atendimento voltado para transtornos mentais relacionados a substâncias químicas, como crack, álcool e outras drogas. O objetivo é atender o paciente em crise e estabilizá-lo. Em seguida, ele vai passar por uma triagem no próprio Pronto Atendimento e será encaminhado ao serviço da rede mais adequado ao seu perfil.

O município conta também com o conhecido e tradicional sanatório espírita, denominado como Serviço Integrado de Saúde Dona Maria Modesto Cravo, que funciona como hospital macrorregional, referência para tratamentos psiquiátricos.

1.4 A Unidade Matricial de Saúde (UMS) Maria Tereza de Freitas.

A Unidade de Saúde Maria Tereza de Freitas abriga três Equipes de Saúde da Família (ESF): ESF Manhattam, ESF Maringá e ESF Bairro de Lourdes, sobre a qual nos debruçamos neste trabalho.

A Unidade Matricial conta com três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF): ESF bairro de Lourdes, ESF Maringá, e ESF Jardim Manhattan. Cada uma das equipes é composta de um médico, um dentista, um auxiliar de saúde bucal (ASB), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Durante o ano recebemos acadêmicos de enfermagem, nutrição e medicina vindos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e da Universidade de Uberaba (UNIUBE).

A UMS presta serviços de atenção básica, cujo objetivo principal é prevenir, promover e reabilitar a Saúde. E como objetivos específicos abarca:

- Atender a toda população pelos profissionais médicos da Rede;
- Atender a toda população das áreas de cobertura das estratégias de saúde da família aqui vinculadas;

- Atuar na prevenção, promoção e reabilitação em saúde com ênfase no fortalecimento do vínculo da população adstrita a esta unidade de saúde;
- Atuar na prevenção e promoção de saúde, buscando assim evitar que o processo de saúde doença chegue na atenção secundária e/ou terciária evitando sofrimento para o cliente, sua família e altos custos.

A UMS foi inaugurada há cerca de 20 anos. Estrutura-se em imóvel próprio para fins da prestação de serviço em questão, no entanto, sua área é insuficiente para a demanda atendida e para abarcar suas três ESF, bem como tem uma estrutura inadequada nos aspectos de ventilação, consultórios médicos e salas de espera, entre outros.

Os consultórios médicos, odontológicos e de enfermagem são considerados pequenos, menores do que se necessitaria para atendimento aos usuários, bem como a área de recepção e acolhimento aos usuários. Atenção especial deve ser dispensada aos consultórios Médicos sem ambiente climatizado, lembrando que Uberaba é uma cidade de clima quente e seco. Os consultórios odontológicos, que são localizados nos fundos da Unidade de Saúde, não possuem sala de espera. Dessa forma, cadeiras são colocadas em um pequeno quintal sem cobertura para os usuários aguardarem atendimento, ou seja, no sol ou na chuva – sendo um espaço físico contrário ao que se orienta acerca de cuidados com a saúde.

Os grupos educativos com a comunidade são realizados no saguão da unidade, em um espaço improvisado.

O trabalho dos integrantes das equipes de saúde da família é dificultado pela insuficiente quantidade de computadores, em comparação a quantidade de funcionários que precisam fazer uso destes. Dificuldade essa ressaltada pelos profissionais da equipe de saúde bucal, já que no consultório odontológico não tem computador e os profissionais precisam aguardar o término das consultas médicas para usar os computadores dos consultórios médicos, pois em todos os consultórios médicos tem um computador. A demanda de digitações dos cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal é muito grande para ser feita em pequenos intervalos de tempo, onde há computadores disponíveis, realidade esta que atarefa os profissionais e ocasiona fila de espera, um tempo em que se poderia atender mais pessoas.

Nesta lógica estrutural, observa-se que o investimento na estrutura se vincula também à qualidade dos serviços prestados e à quantidade de pessoas atendidas, pois uma estrutura de qualidade agiliza também a prestação de serviços e pode aumentar o número de atendidos.

Os profissionais da UMS como um todo buscam oferecer atendimento humanizado à população, conforme preconiza o programa Humaniza SUS, apesar das insuficiências por

parte do poder público no investimento a estrutura, insumos, exames, medicamentos, tecnologia, entre outros recursos básicos para atenção da saúde.

1.5 A Equipe de Saúde da Família do Bairro de Lourdes

A Equipe de Saúde da Família do Bairro de Lourdes compõe a Unidade Matricial Maria Tereza de Freitas. Enquanto ESF, busca promover a qualidade de vida da população e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

A proximidade da equipe de saúde com o usuário permite que se conheça a pessoa, a família e a vizinhança. Isso garante uma maior adesão do usuário aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe de saúde. O resultado é mais problemas de saúde resolvidos na Atenção Básica, sem a necessidade de intervenção de média e alta complexidade em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) - 24h ou hospital.

A Equipe de Saúde da Família está ligada à Unidade Básica de Saúde (UBS) local. Esse nível de atenção resolve 80% dos problemas de saúde da população. Entretanto, se a pessoa precisar de um cuidado mais avançado é realizado o encaminhamento a outro serviço.

1.6 O Funcionamento da Unidade Saúde da Família (USF)

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 horas às 17:00 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários de saúde, que se revezam durante a semana em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo.

Os funcionários da unidade de saúde não se sentem em segurança durante o horário de trabalho, bem como, na entrada e na saída da unidade, uma vez que, a criminalidade no bairro é alta e alguns funcionários já foram vítimas de assaltos e furtos dentro, na porta e arredores da Unidade. Não há funcionários de segurança treinados para esse tipo de situação e os portões permanecem abertos durante todo o período de funcionamento, assim o acesso é livre, sem nenhum controle de entrada e saída de pessoas.

1.7 O dia a dia da ESF Bairro de Lourdes

A equipe de ESF Bairro de Lourdes realiza várias atividades na unidade de saúde, como: acolhimento as segundas e quintas feiras das 7 às 9 horas, grupo de Hiperdia as terças e quintas feiras das 7 às 11 horas, educação continuada as terças feiras das 13 às 17 horas, visitas domiciliares as quartas feiras das 7 às 11 horas, atividades do Programa Saúde na Escola (PSE), na escola municipal do bairro, com aproximadamente 500 alunos e nos dois Centros Municipais de Educação e Saúde (CEMEI), com aproximadamente 450 crianças com atividades: antropometria, saúde bucal, acuidade visual e triagem de cartão de vacina e vacinação e são feitas visitas em campanhas de vacinação nacional e 2 duas vezes ao ano para prevenção. Essas atividades são feitas por ACS, técnico de enfermagem, estagiárias de enfermagem, enfermeira e cirurgião dentista.

A enfermeira realiza teste do pezinho, consultas de pré-natal e puerpério, consultas de saúde do adulto: diabético, hipertenso, tuberculose, hanseníase; puericultura, atendimento a Casa do caminho (casa geriátrica), visitas domiciliares, curativo, vacinação exames citopatológicos, grupos de gestantes, grupo de HIPERDIA, palestras em sala de espera e atividades administrativas da equipe.

O atendimento médico é feito de terça-feira a sexta-feira, as terças e quintas feiras no período de manhã é feito o grupo Hiperdia, quarta feira é feito as Visitas Domiciliares, na terça no período da tarde é feito a Educação Continuada, e os demais dias são realizadas as consultas médicas agendadas. De segunda a sexta feira é feita visita domiciliar pelas Agentes Comunitárias de Saúde.

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 às 17 horas. Neste sentido, a recepção e arquivo conta com quatro funcionários que se revezam entre si. Duas técnicas de enfermagem 30 horas para os dois turnos de funcionamento da sala de vacina, uma técnica de enfermagem 30 horas, que atende na sala de enfermagem no período matutino. No período vespertino, o atendimento da sala de enfermagem é realizado com revezamento entre as técnicas de enfermagem da ESF lotada na unidade.

Há dois psicólogos contrato de 30 horas, atendendo no período matutino e vespertino. Estes fazem atendimentos à crianças, adolescentes e adultos, grupo de tabagismo uma vez por semana. A unidade também possui profissionais das clinicas básicas com dois ginecologistas, que atendem gestantes e puerpério, dois pediatras que atendem à demanda de crianças e um clinico geral que atende a comunidade da área de abrangência da unidade nos períodos matutino e vespertino.

A unidade possui no quadro de profissionais um fisioterapeuta, nutricionista e assistente social que compõem o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que atendem toda a comunidade duas vezes por semana, no período matutino e vespertino.

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

Aqui apresentamos, a partir de nosso cotidiano na ESF os principais problemas de saúde do território e da comunidade, os quais foram levantados a partir dos atendimentos individuais, do grupo Hiperdia, das Visitas Domiciliares e do diálogo permanente com toda a Equipe de Saúde do Bairro de Lourdes. Observamos que temos problemas de saúde e socioeconômicos, e que estes são, de certa forma, associados:

- Aumento dos Riscos Cardiovasculares (DM 2, HAS, Dislipidemias)
- Violência (roubos, violência doméstica)
- Fome (baixo nível socioeconômico)
- Desemprego (baixo nível socioeconômico)
- Aumento de pacientes da Saúde Mental, portadores de Depressão
- Falta de adesão e acompanhamento do tratamento
- Drogas lícitas e ilícitas

Considerando nosso objeto de análise (depressão e suas comorbidades e a intenção para o controle destas), temos que estes problemas elencados podem desencadear ou estarem associados com a depressão.

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

Após a realização da estimativa rápida, os problemas foram analisados pela equipe de saúde, utilizando-se uma matriz de avaliação de risco (Quadro 1), em que constavam os parâmetros: “Importância”, “Urgência” e “Capacidade de Enfrentamento”.

A partir de tal análise, foi priorizado para intervenção o problema: “Elevado número de usuários da Saúde Mental, em especial os portadores da depressão na comunidade”.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade no Bairro de Lourdes.

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de Enfrentamento***	Seleção****
Aumento dos Riscos Cardiovasculares	Alta	8	Parcial	2
Violência (roubos, violência doméstica)	Alta	8	Fora	3
Fome (baixo nível socioeconômico)	Alta	8	Fora	2
Desemprego (baixo nível socioeconômico)	Alta	7	Fora	3
Aumento do número de pacientes portadores de Depressão	Alta	8	Parcial	1
Falta de Adesão e acompanhamento aos Tratamentos	Alta	7	Parcial	2
Uso de Drogas lícitas e ilícitas	Alta	7	Fora	3

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2019.

Dentre os problemas levantados, centramos nosso estudo e proposta interventiva na saúde mental, no que tange a depressão. O aumento do número de pacientes de Saúde Mental, em especial aqueles com Depressão é um assunto complexo, atual e acirrado na sociedade moderna. São poucos os estudos que nos apresentam o aumento destas doenças que nos últimos anos vem ganhando espaço no meio da saúde pública. O aumento significativo de pacientes em busca de medicamentos antidepressivos levantou um alerta sobre esse problema.

Ainda não temos em nossa UMS um levantamento preciso do número de pacientes, mas sabemos que vem aumentando e muito, observando nossos atendimentos diários. Podemos afirmar que cerca de 20% dos pacientes atendidos usam algum tipo de antidepressivos, como veremos adiante.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando as reflexões apontadas diante dos problemas prioritários identificados pela equipe, entendemos que a saúde mental tem sido um problema alarmante e expressa correlata a outros problemas ou patologias. Temos identificado como característica de transversalidade a tais problemas. Assim, este é o tema escolhido para o desenvolvimento de nosso trabalho, inclusive por entender a necessidade de mais estudos neste âmbito e por se tratar de doença da atualidade, ou seja, das chamadas doenças da sociedade moderna contemporânea.

Na ESF em questão tal realidade não é diferente, temos observado o aumento significativo de paciente portador de sofrimento mental; de forma alarmante sendo a Depressão a mais frequente. Assim, o estudo se centrará nos portadores de depressão e suas comorbidades desencadeadoras.

Observando nossos atendimentos diários junto da ESF bairro de Lourdes identificamos que cerca de 180 pacientes têm diagnóstico de depressão e fazem tratamento medicamentoso.

Na cidade de Uberaba, existem quatro CAPS (CAPSI; CAPSAD; CAPS Inácio Ferreira; CAPS Maria Boneca), onde são acompanhados 2.400 pacientes e existem 3.000 na fila de espera para atendimento psiquiátrico. Nestes números não estão inclusos pacientes que estão fazendo acompanhamento em hospitais, UBS ou clínicas particulares (UBERABA, 2014-2017).

De acordo com dados dos CAPS/2018, são cerca de 5400 pacientes em tratamento e acompanhamento de saúde mental, mas sabemos que esse número não expressa a totalidade, pois se refere àqueles que estão cadastrados na Rede de Atenção à Saúde Mental e diagnosticados como tal. Não abrange aqueles que fazem tratamento do campo mental, mas a queixa principal se refere a outras doenças.

Observamos também, o quanto o uso aleatórios e de automedicação tem sido recorrente pelos pacientes, que inclusive têm a saúde mental como secundária nos seus problemas de saúde, ou ainda, lidam com a doença tida como normal/natural dado o cotidiano de estresse, de

violência, de desemprego, de fome, de desesperança, entre outros. Observa-se, também na sociedade, uma negação/banalização de doenças do campo mental.

A realidade descrita, muito nos tem preocupado e chamado atenção. Tanto que, identificamos neste campo, a necessidade de ampliar estudos e quantificar/qualificar a realidade na UMS.

Como apontado não se deve analisar a depressão de forma isolada, porque suas causas estão unidas a diversos fatores, como os biológicos, genéticos, neuroquímicos, ambientais, entre outros.

Dentre os problemas identificados pela equipe da UMS como prioridades, todos podem acabar por desencadear a depressão. Tanto que os pacientes com diferentes doenças têm chegado a UMS com depressão associada. Verifica-se que poderíamos intervir na questão da Depressão concomitante com outros tipos de doença, fazer uma escuta qualificada para identificar onde está o problema/causa que está desencadeando a depressão e, assim, propor um plano terapêutico adequado, sem abuso de medicamentos.

Nos dias de hoje, com a correria e estresse de nosso cotidiano, a procura incessante de emprego, um trauma pós violência, corroboram no desencadeamento de depressão. Um mundo competitivo onde impera o capitalismo e dependemos do dinheiro para tudo em nossa volta. Isso acaba afetando totalmente a saúde mental das pessoas.

O tratamento da depressão envolve uma gama de intervenções, desde a criação de espaços para diálogos, lazer, convivência comunitária, como o psicoterápico e por medicamentos antidepressivos, usados com o intuito de controlar ou reverter parcialmente às alterações bioquímicas presentes no cérebro. No tratamento antidepressivo é necessário entender o ser humano como um todo.

Por tal realidade afetar, sobremaneira, a população que atendemos na UMS, entendemos ser ímpar a realização deste estudo e, a partir deste, podermos criar mais possibilidades de atendimentos específicos, pensarmos a prevenção e debater mais com a população acerca desta doença que aflige preocupantemente toda a sociedade. Entendemos, assim, que a depressão pode ser classificada como um grande problema de saúde pública.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o acompanhamento e controle dos pacientes portadores de depressão e suas comorbidades na UMS Maria Tereza de Freitas, em Uberaba, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Identificar o número real de pacientes com depressão junto com ACS área de abrangência da UMS.

Propor mecanismos de monitoramento e assim fazer um plano terapêutico adequado sem abuso de medicamentos;

Disseminar informações sobre Depressão e suas comorbidades a fim de construir tratamentos alternativos e prevenção;

Fazer uma escuta qualificada para identificar onde está o problema/causa que está desencadeando a depressão dos pacientes;

Realizar planos de ação junto da equipe para o tratamento e acompanhamento desses pacientes com depressão.

4 METODOLOGIA

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) por meio da estimativa rápida para levantar os problemas e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com Faria, Campos e Santos (2018).

Assim, foi desenvolvido, através de pesquisa exploratória a partir de observações clínicas, levantamento de pacientes que usam antidepressivos ou psicotrópicos, após buscarem atendimento médico na UMS com intuito de renovar suas receitas desses medicamentos já em uso, e do levantamento de pacientes que fazem tratamento para a depressão na Unidade de Saúde.

Na primeira etapa foram utilizados dados levantados pela equipe de Saúde da Família, realizado o Diagnóstico Situacional da UMS Maria Tereza de Freitas, bem como recorreu-se a dados colhidos do IBGE e DATASUS para tratar acerca da estrutura da saúde pública em Uberaba.

Foi realizada também uma revisão bibliográfica por meio de consulta à Biblioteca Virtual em Saúde, à Biblioteca Virtual do NESCON e documentos de órgãos públicos (Ministérios e Secretaria de Saúde) e outras fontes de busca, para dar fundamentação teórica ao plano de ação. Utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde para a definição das palavras-chave: Atenção Primária em Saúde Estratégia Saúde da Família e Depressão.

Seguindo a proposta de Faria, Campos e Santos (2018) foram levantados, pela equipe de saúde, os nós críticos relativos ao problema priorizado; realizada a avaliação da viabilidade e dos recursos cognitivos, organizacionais, poder e financeiros, necessários para montagem da estratégia, com ajuda de profissionais multidisciplinar da equipe do NASF. O plano foi elaborado a partir do PES, pautado na revisão literária de artigos relacionados com o tema.

Para a redação do texto final, foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações da disciplina Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso de Corrêa, Vasconcelos e Souza (2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A ESF, de acordo com as literaturas estudadas, pesquisas na Política Nacional de Atenção Básica, a destacar BRASIL (2010), teve início em 1994 após ter observado o sucesso da introdução do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) em 1991. Tem como uma estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência, antes baseado unicamente no modelo tradicional de UBS, e atendimento emergencial. A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece a inserção da Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. A ESF tem como proposta de atenção na Atenção à Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Controle de Diabetes e Hipertensão (Grupo Hiperdia), Controle de Tuberculose e Hanseníase e Saúde Bucal.

Suas Diretrizes Operacionais:

Hierarquização e Integralidade: Está inserida como 1º nível da atenção básica (porta de entrada) e estar vinculada à rede de serviços, para que possa atender os pacientes e familiares de maneira completa com referência e contra referência, para níveis de saúde 2º, ou 3º, juntamente com a equipe do NASF e CAPS.

Territorialização: definir seu território de abrangência pelo qual será responsável, fazendo os diagnósticos das características sociais, demográficas e epidemiológicas.

Com base na portaria, temos sobre equipe multidisciplinar da ESF tem que ser composta por 1 Médico(a), 1 Enfermeira(o), 1 técnico de enfermagem, 1 ACS para cada 400 pessoas (máximo 750 pessoas), sendo então, a população adscrita por equipe de Atenção Básica (EAB) e de Saúde da Família (ESF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

A importância de Equipe de Saúde da Família, é muito grande, desde o acolhimento dos pacientes, evitar gastos desnecessário com a saúde pública, e os aumentos de atendimentos com especialistas, assim deixando como porta de entrada e atendimento e seguimento de pacientes que estão controlados com sua doença ou iniciar e acompanhar um tratamento que não necessita de um especialista para iniciar esse acompanhamento.

Sabemos que a Saúde Pública, por falta de investimentos por parte do poder público e gestão de qualidade, vive tempos desastrosos, com a falta de equipamentos, insumos e equipe de saúde para atender a todos, e por isso as Unidades Básicas de saúde é um pilar muito importante para o atendimento e seguimento de muitos pacientes que necessitam de atendimento e acompanhamento sem que tenha que esperar meses ou até anos para serem atendidos em uma unidade de maior complexidade. E também para o atendimento na perspectiva preventiva e para qualificar o SUS.

A ESF e com ela as demais estruturas e serviços que compõem o SUS é ímpar, a destacar pelo caráter público, universal e dever do Estado, haja vista seu financiamento pela população via impostos. A ESF, assim, na medida que constitui o SUS, compõe também a seguridade social e tão logo, a lógica de proteção social do país.

5.2 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção à saúde, é a porta de entrada ao sistema de saúde, onde são identificadas e resolvidas as necessidades em saúde e onde é coordenada as respostas a essas necessidades e os seus princípios foram baseados na Declaração de Alma-Ata e podem ser resumidos em quatro atributos essenciais: Acesso – Integralidade – longitudinalidade – Coordenação do cuidado (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1986).

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978) a APS ou atenção básica à saúde (ABS) é a “atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possa

suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação”. Tal declaração definiu a saúde como um direito do cidadão, e por tanto, foram necessárias políticas públicas para garantir um maior nível de acesso a saúde até o ano de 2000 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1986).

Após a Constituição de 1988, a APS se tornou o principal modelo de saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde Nacional, porém só foi explicitada em 2006, por meio da portaria 648/GM, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que veio sendo aprimorada em seu conteúdo acerca das propostas de atenção à saúde da população, tendo sua última edição em 2017 (BRASIL, 2006; 2017).

Assim, o Ministério da Saúde define a APS como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2017, p.s/n).

5.3 Depressão

A depressão é uma das doenças de saúde mental. Caracteriza-se pelas alterações no comportamento, nos estados de humor, e pode afetar o físico e o psicológico, provocando alteração do pensamento, influenciando no modo como a pessoa compreende o mundo e as relações, pode comprometer também na disposição e no prazer com a vida.

De acordo com Oliveira, Fernandes e Guerra (2017, p. 69), “doença atinge 15% a depressão altera a maneira como o indivíduo vê o mundo e sente a realidade, além de afetar a memória, o raciocínio, a criatividade, a vontade, o amor, o sexo e a parte física”.

Os pacientes depressivos distorcem, consistentemente, suas interpretações dos acontecimentos, de modo que eles mantêm visões negativas de si próprias, do ambiente e do futuro.

A doença provoca perturbações nas funções psíquicas em seu conjunto e acarreta sintomas como: tristeza, angústia, perda de energia; dormir mais ou menos do que se está acostumado; ansiedade; concentração reduzida; indecisão; inquietação; sentimentos de inutilidade, culpa ou desesperança; a inibição da psicomotricidade e pensamentos sobre autolesão ou até mesmo suicídio. De acordo com a literatura e a experiência empírica, essa desordem pode impor limitações cotidianas ao ser humano, e ser tão incapacitante quanto muitas doenças até crônicas, pois pode reduzir a produtividade diária, ocasionando ausências no trabalho, falta de

vontade de viver, alterações no apetite, sentimento de cansaço e de inferioridade, e dificuldade em tomar decisões e ter vida social (OLIVEIRA; FERNANDES; GUERRA, 2017).

O número de casos da doença, estimado em 2015, representa um aumento de 18% desde 2005. Segundo o organismo das Nações Unidas, a patologia já é considerada a principal causa de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Ainda a mesma reportagem, chama atenção para a necessidade de mais investimentos no combate à depressão, pois em média, “apenas 3% dos orçamentos de saúde dos governos são investidos em saúde mental, variando de menos de 1% em países de baixa renda a 5% em nações desenvolvidas”, dado preocupante considerando o aumento significativo da doença hodierno. Nas Américas, “cerca de 50 milhões de pessoas viviam com depressão em 2015 — o equivalente a quase 5% da população. Quase sete em cada dez habitantes da região que têm a doença não recebem o tratamento de que precisam” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), estudo epidemiológico mostram que a “prevalência de depressão ao longo da vida no Brasil está em torno de 15,5%”. E que segundo a OMS, “a prevalência de depressão na rede de atenção primária de saúde é 10,4%, isoladamente ou associada a um transtorno físico”.

A OMS alerta ainda que a doença que atinge cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo, a depressão “será até 2020 a principal causa de afastamento do trabalho. A busca por tratamento para os transtornos psiquiátricos como a depressão encontra obstáculo no preconceito, o que é uma realidade para assuntos relacionados a saúde mental” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Vale dizer que a Associação Brasileira de Psiquiatria possui diversos artigos e matérias postadas em seu *site* que exploram diferentes aspectos a respeito da depressão, pelos quais, entendemos, tal como Oliveira, Fernandes e Guerra (2017) tratar-se de uma doença com determinações de âmbito gerais, aqueles relacionados à reprodução do modo de vida em sociedade, à dimensão das mudanças do mundo trabalho, violência, entre outros, e também, às determinações que podemos chamar de mais imediatas, e que, na qualidade de profissional da saúde, especificamente médico, poderemos atuar. Estas determinações podem relacionar-se ao modo de vida e interferências econômicas, à fome, drogas, solidão, falta de informação, automedicação, dentre tantos outros fatores. Tais autores aludem ainda que a depressão pode

se classificar em relação aos níveis de gravidade, em leve, moderada e grave, e que tais níveis podem ser grave sem sintomas psicóticos e grave com sintomas psicóticos.

Concorde autores acima, na depressão leve o paciente apresenta sintomas como humor deprimido, anedonia, falta de energia, porém ele não para suas funções completamente. Na depressão moderada, os pacientes exibem os mesmos sintomas, porém já apresentam dificuldades em executar sua rotina. Na depressão grave (OLIVEIRA, 2017), aparecem os sintomas: humor deprimido, anedonia, falta de energia, considerável inquietação e agitação, ou retardo psicomotor, podendo cursar com sintomas psicóticos, como delírios e alucinações, etc.

Segundo Oliveira (2017) o grave, sem sintomas psicóticos, está associado a perda da autoestima e ideias desvalia ou culpa. As ideias suicidas são presentes e pode haver sintomas físicos. Já a depressão grave com sintomas psicóticos é acompanhada de alucinações delírios, lentidão psicomotora entre outras associadas ao risco de morrer por suicídio, desidratação ou desnutrição.

Importa dizer que os sintomas de natureza física aparecem em qualquer órgão ou sistema do corpo. Oliveira (2017) afirma que o que acontece com mais frequência são os sintomas físicos ao mesmo tempo que os psíquicos, ou seja, “a pessoa além da ansiedade, da fobia ou do pânico (sintomas psíquicos), apresenta, ainda, palpitação, sudorese, formigamentos, tontura, hipertensão e taquicardia (sintomas físicos) etc.”

Para Oliveira (2017, p. 71)

O diagnóstico é feito com a presença de sintomas intensos, em que devem estar presentes anedonia e/ou humor polarizado para depressão e 4 ou mais dos seguintes critérios, por, no mínimo, 2 meses: hiperfagia ou perda de apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, pensamentos de morte recorrentes/ideação suicida/tentativa de suicídio.

Entendemos que a depressão é assim, uma doença do organismo inteiro, que compromete o todo e por isso pode acarretar a desenvoltura de outras comorbidades, além de poder ser desenvolvida pela vivência de outros problemas. Seus sintomas são muito variados, como já assinalado em linhas anteriores, desde a sensações de tristeza, passando pelos pensamentos negativos, até as alterações da sensação corpórea, como dores e enjoos.

Neste sentido, temos que a depressão pode ser desenvolvida por diversos fatores: seja por que questão econômica, a falta de dinheiro por exemplo, a perda da casa por falta de pagamentos de impostos, entre outros; seja por descobrir uma doença. Tal como, pode ser o inverso, pela depressão a pessoa passa a não desenvolver suas atividades rotineiras e com isso pode passar

a ter problemas econômicos. Também pela falta de apetite e sono pode desenvolver outras doenças (OLIVEIRA, 2017).

A OMS identificou relações entre a depressão e outras doenças e transtornos não transmissíveis. O transtorno mental aumenta o risco de uso abusivo de substâncias e de outros distúrbios do organismo, como diabetes e problemas cardíacos. O inverso também é verdadeiro: indivíduos com essas outras complicações têm maior risco de depressão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Vale ressaltar que, a gravidade da doença não tratada devidamente e com todos recursos necessários pode, segundo Oliveira (2017, p.70), levar o sujeito ao suicídio: “Um dos resultados particularmente trágicos desse distúrbio é o suicídio, que continua a ser um dos frequentes (cerca de 15 a 20% dos pacientes depressivos o cometem) e evitáveis da depressão”.

O tratamento psicoterápico, de acordo com Oliveira (2017), é uma das intervenções do campo de Saúde Mental, feito em parceria com o próprio paciente, na qual se busca observar, analisar e tentar ajudar na melhora da qualidade de vida dos sujeitos acometidos pela depressão. Tem-se como objetivo acolher e ajudar uma vida que muitas vezes está paralisada e não é mais capaz de encontrar saída, ou a encontra através do suicídio.

Existem evidências de que a atividade física associada aos tratamentos farmacológicos e psicoterápicos representa um recurso importante para reverter o quadro de depressão.

O tempo em que uma pessoa leva para encontrar o medicamento correto e que traga bons resultados, é um dos problemas no processo de tratamento. Como a depressão é uma doença recorrente nos dias atuais, há muitos antidepressivos em circulação no mercado e encontrar o que seja melhor absorvido pelo corpo do paciente, tendo em vista que cada corpo reage de uma forma, faz com que o paciente passe por um longo processo até apresentar estabilidade e melhora. Nem todas as pessoas tratadas por depressão melhoram com antidepressivos de uso inicial (OLIVEIRA, 2017).

Atualmente, existem também testes genéticos para determinar quais antidepressivos funcionam melhor no corpo da pessoa em tratamento. Este teste reúne informações a partir do gene da pessoa diagnosticada com depressão para determinar como o organismo irá reagir aos medicamentos mais utilizados para o Sistema Nervoso Central – não só antidepressivos, mas também ansiolíticos, antipsicóticos, analgésicos, opioides, psicoestimulantes, estabilizantes de humor e anticonvulsivantes (OLIVEIRA, 2017).

Além de nos preocuparmos pelas comorbidades que podem desencadear a Depressão, tem-se estudos que já relacionam um maior risco para desenvolver comorbidades a partir da doença

mental, como a redução da expectativa de vida, aumento do índice de mortalidade e desenvolvimento da síndrome metabólica que aumenta os riscos para doenças cardiovasculares. E como isso temos que nos preocupar para os tratamentos da saúde mental e suas comorbidades assim trazendo uma melhora de vida e um aumento das expectativa de vida desses pacientes, não só com tratamentos farmacológicos mas também com tratamentos adjuvantes como exercícios aeróbicos e psicoterapias (OLIVEIRA, 2017).

Indivíduos com doenças mentais mais graves, por exemplo, apresentam redução da expectativa de vida e aumento dos índices de mortalidade se comparados a população geral, com frequente desenvolvimento de síndrome metabólica. Esta se caracteriza por uma série de alterações metabólicas que contribuem para o desenvolvimento de doença cardiovascular ou diabetes tipo 2 e costuma ser encontrada em pacientes psiquiátricos. Neste sentido, os autores Castelo, Neto e Carvalho (2015, p 17) colocam que

[...] a correlação entre a doença mental e distúrbios metabólicos foi reconhecida a mais de um século, e estima-se que, entre os pacientes bipolares, isso ocorra em 30 a 35% dos casos, levando-se a uma expectativa de vida 20 anos inferior para homens e 15 anos inferior para as mulheres com doença mental.

A depressão resistente ao tratamento é definida como a não resposta ao tratamento adequado com, pelo menos, dois antidepressivos de classes distintas (SOUERY *et al.*, 1999). Quanto aos fatores associados à resistência ao tratamento antidepressivos, estes incluem, história familiar de transtornos de humor, idade precoce dos inícios dos sintomas, aspectos farmacogenéticos, presença de estressores psicossociais, prejuízo cognitivo primário ou secundário, comorbidades psiquiátricas ou clínicas não tratadas, presença de sintomatologia psicótica incongruente com o humor (SOUERY *et al.*, 2007).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado no diagnóstico da comunidade descrita à equipe de Saúde Maria Tereza de Freitas, Unidade Matricial de Saúde Bairro de Lourdes, município de Uberaba estado de Minas Gerais: “Aumento de pacientes de Saúde Mental com depressão”. Trazemos aqui uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Aumento exorbitante do número de pacientes de Saúde Mental com Depressão, automedicação e a busca do controle da depressão e suas comorbidades na UMS de Lourdes. O estudo se centra-se no aumento de paciente de saúde mental (depressão), cujo objeto será a depressão e suas comorbidades desencadeadoras.

Em nossa UMS foi realizado um levantamento em todas as microrregiões devido crescimento explosivo de uso de medicações psíquicas, ansiolíticas, antidepressivas e até sedativas para pacientes com Depressão. Constatou-se que tem sido feitas medicações sem um fundamento científico para o tratamento da doença e sem a devida investigação da causa e acompanhamento da mesma.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

No cotidiano do atendimento e nas reuniões periódicas com ACS e toda ESF Lourdes, temos identificado que a maioria dos pacientes, uma estimativa de 80%, tomam alguma medicação antidepressivas. É comum o uso daqueles medicamentos disponíveis na rede, como o clonazepam, fluoxetina e amitriptilina. Preocupante o uso indiscriminado destes e sem relação com a causa real do problema, bem como muitas vezes, sem o devido acompanhamento médico.

Observamos ainda, nos atendimentos diários que o aumento de pacientes de Saúde Mental está relacionado com os câmbios da vida moderna e intimamente ligado ao aumento significativo do desemprego, a violência, a fome, e doenças crônicas prevalentes como DM e HAS. Estes têm sido grandes gatilhos para desencadear a depressão, as quais estão muito presentes nos nossos pacientes da ESF de Lourdes.

Observamos também, que o tratamento é feito somente com o foco na depressão, sem saber o real motivo que desencadeou essa doença. São prescritos os antidepressivos e dado alta ao paciente, que volta somente para renovação da mesma, sem acompanhamento adequado.

Como dito anteriormente, essa é uma doença que não se desenvolve sozinha, sempre tem algum motivo seja por alguma doença de base ou algum problema social, econômico, religioso e etc. De tal modo, esquecendo de tratar o mais importante que é o fator desencadeante, deixa-se que o paciente tome a medicação por anos e, muitas vezes, sem necessidade de um tratamento tão longo. Sem contar com os problemas futuros que essas medicações podem trazer ao paciente, como por exemplo, observamos nos atendimentos diários na ESF Lourdes, o uso abusivo e indiscriminado de clonazepam, que é uma das causas de pacientes com uso contínuo de longa data, desencadear esquecimento, falta de concentração, dependência e poder chegar a desenvolver uma demência.

Sabe-se que, com uma anamnese mais completa junto ao paciente, pode-se até começar o tratamento com clonazepam, mas em um tempo curto, seguido de uma substituição por outro antidepressivo mais adequado ou sua suspensão.

O grande problema hoje com alguns médicos é que, aprendemos a tratar a doença propriamente dita e esquecemos de tratar o paciente. Como consequência disso, temos uma gama de pacientes tomando muitos medicamentos, quando na verdade eles precisariam de um acolhimento correto e de um tratamento e acompanhamento de sua integralidade - do paciente como um todo - e não somente da doença. Essa é uma realidade que diariamente encontramos na ESF Lourdes.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Para o problema da Depressão em nossa UMS, foram selecionados os seguintes nós críticos:

- Falta de Informação da comunidade acerca da depressão
- Baixo nível de informação da equipe (educação permanente)
- Falta de capacitação da Equipe da Saúde da Família para enfrentar esse problema
- Priorização de outros tipos de demandas/falta de medicação adequada
- Fatores envolvidos com a depressão, como aspectos socioeconômico, patologias concomitantes

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 2 - Operações sobre os “nós críticos” relacionados ao problema “Aumento do número de pacientes de Saúde Mental com Depressão”, na população sob responsabilidade da ESF Bairro de Lourdes, do município de Uberaba, estado de Minas Gerais.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de Informação da comunidade	Saúde + Aumentar o nível de informação da população sobre a doença, seus agravantes e atitudes preventivas.	Diminuir o número de pessoas que possam a vir a desenvolver a doença.	Aumentar o nível de conhecimento da população e Melhorar os bons hábitos e estilos de vida	Organizacional, salas para o atendimento com nutricionistas; Cognitivos, informação através de palestras sobre o tema; Político verbas direcionadas para implantação de projetos voltados reeducação alimentar; Financeiros para aquisição de recursos que possam ser empregados no tratamento, construção de local para atividades recreativas, etc.
Baixo Nível de informação da equipe (educação permanente)	Saber + Aumentar o nível de informação da equipe sobre os riscos e gravidade das doenças	Equipe mais informada sobre os riscos e gravidade das doenças mentais.	Avaliação do nível de informação da equipe sobre esses tipos de pacientes; Capacitação dos profissionais da saúde básica e de	Cognitivos, conhecimento sobre o tema; Organizacionais, organização da agenda; Políticos, articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.

	mentais.		familiares.	Financeiros, verbas destinadas a cursos e treinamentos.
Falta de capacitação da Equipe da Saúde da Família para enfrentar esse problema	Capacitação + Capacitação da equipe com cursos e treinamentos voltados para pacientes que apresentam problemas de saúde mental.	Equipe mais treinadas para atenderem e conduzirem os casos existentes nas áreas de atuação.	Equipe capacitada para atenderem a demanda dos pacientes que buscam ajuda médica, e poderem identificar pacientes que apresentam transtornos para que possa conduzir o caso.	Cognitivos, conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de ação; Organizacionais, local para treinamentos, recursos humanos e equipamentos. Políticos, articulação equipe multidisciplinar (parceria com psiquiatra, psicólogos, assistente social e outros) e mobilização social. Financeiros, verbas para os custos.
Priorização de outros tipos de demandas/ Falta de medicação adequada	Reserva de Agenda Agenda reservada para acompanhamento mensal de pacientes que apresentam transtornos depressivos; Aumento na variedade de medicamentos nas redes públicas.	Acompanhamento e tratamento adequado de pacientes com transtornos depressivos.	Paciente com acompanhamento, tratamento medicamentoso atualizados, diagnósticos preciso de cada enfermidade apresentada.	Políticos, decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros, aumento da oferta de exames, consultas e de medicamentos; Cognitivos, elaboração do projeto de adequação. Organizacional, estrutura física adequada; profissionais qualificados; equipamentos e insumos.
Fatores Envolvidos com a depressão	Diminuição de impactos Detectar os fatores que estão intimamente relacionados com a Depressão	Minimizar os impactos que causam no desenvolvimento da depressão com rastreamento precoce	Maior qualidade de vida; Acompanhamento dos tratamentos das doenças concomitantes e dos problemas sociais.	Cognitivos, elaboração de projeto para ampliar a cobertura de atendimentos; Políticos, articulação entre os setores da saúde e de adesão dos profissionais; Organizacionais, adequação de fluxos (referência e contra-referência).

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2019.

6.4.1 Identificação dos recursos críticos (sétimo passo)

Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos relacionados ao problema “Aumento do número de pacientes de Saúde Mental com Depressão”, na população sob responsabilidade da ESF Bairro de Lourdes, do município de Uberaba, estado de Minas Gerais.

Operação / Projeto	Recursos Críticos
Saúde + Modificar hábitos e estilos de vida.	Organizacionais – conseguir profissionais que se disponibilize para atendimento; salas para atendimento. Político – conseguir recurso para investimentos;
Saber + Aumentar o nível de informação da equipe sobre os riscos e gravidade das doenças mentais.	Organizacional - mobilização nas unidades em aumentar o nível de informações; Políticos - articulação intersetorial e aprovação dos projetos; Financeiros - financiamento dos projetos.
Capacitação + Capacitação da equipe com cursos e treinamentos voltados para a atenção a pacientes com problemas de saúde mental.	Organizacional – montagem de programas de capacitação com cursos periódicos; Políticos - articulação intersetorial e aprovação dos projetos; Financeiros - financiamento dos projetos.
Reserva de Agenda e medicação Agenda reservada para acompanhamento mensal de pacientes que apresentam transtornos depressivos; Aumento na variedade de medicamentos nas redes públicas.	Políticos - decisão de ampliar atendimento agendado dos pacientes; aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros - recursos necessários para a estruturação do serviço e compra de novos medicamentos.
Diminuição de impactos Detectar os fatores que estão intimamente relacionados com a Depressão	Cognitivos, elaboração de projeto para ampliar a cobertura de atendimentos; Políticos, articulação entre os setores da saúde e outros setores; adesão dos profissionais; Organizacionais, adequação de fluxos (referência e contra referência)

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2019.

6.4.2 Análise de viabilidade do plano

Quadro 4 - Análise de viabilidade do plano relacionada ao problema “Aumento do número de pacientes de Saúde Mental com Depressão”, na população sob responsabilidade da ESF Bairro de Lourdes, do município de Uberaba, estado de Minas Gerais.

Operações / Projetos	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
+Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Organizacionais – conseguir profissionais que se disponibilize para atendimento; salas para	Setor de recursos humanos e financeiro - Secretaria de Saúde; Setor de comunicação social Setor financeiro da	Favorável Favorável	Não é necessário.

	atendimento. Político – conseguir recurso para investimentos;	Secretaria de saúde.		
Saber + Aumentar o nível de informação da equipe sobre os riscos e gravidade das doenças mentais.	Organizacional - mobilização nas unidades em aumentar o nível de informações; Políticos - articulação intersectorial e aprovação dos projetos; Financeiros - financiamento dos projetos.	Secretária Municipal de Saúde, Planejamento, Ação Social, Educação, Cultura e Lazer, ONGs, Ministério da Ação Social, Organizações Não-Governamentais.	Indiferentes	Apresentar o projeto as secretarias que possam participar.
Capacitação da equipe com cursos e treinamentos voltados para pacientes que apresentam problemas de saúde mental.	Organizacional – montagem de programas de capacitação com cursos periódicos; Políticos - articulação intersectorial e aprovação dos projetos; Financeiros - financiamento dos projetos.	Secretaria de Educação; Secretaria de Saúde; Secretário Municipal de Saúde.	Indiferentes	Apresentar o projeto as secretarias que possam participar.
Agenda reservada para acompanhamento mensal de pacientes que apresentam transtornos depressivos; Aumento na variedade de medicamentos nas redes públicas.	Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros - recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).	Prefeito Municipal; Secretário de Saúde; Secretário Municipal de Saúde; Fundo Nacional de Saúde.	Indiferente Indiferente Indiferente	Apresentar projeto de adequação da agenda, disponibilização de exames e ampliação dos medicamentos oferecidos na rede pública.
Detectar os fatores que estão intimamente relacionados com a Depressão	Cognitivos, elaboração de projeto para ampliar a cobertura de atendimentos; Políticos, articulação entre os setores da saúde e de adesão dos profissionais;	Ministério da saúde; secretaria municipal de saúde; Secretário Municipal de Saúde; Ministério dos planejamentos; Fundo Nacional de Saúde.	Indiferentes Indiferentes Indiferentes Indiferentes	Apresentar o projeto para secretarias para ampliar cobertura de atendimento

	Organizacionais, adequação de fluxos (referência e contra referência)			
--	---	--	--	--

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2019.

6.4.3 Elaboração do plano operativo

Quadro 5 - Elaboração do plano operativo relacionado ao problema “Aumento do número de pacientes de Saúde Mental com Depressão”, na população sob responsabilidade da ESF Bairro de Lourdes, do município de Uberaba, estado de Minas Gerais.

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
+ Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir o número de enfermidades relacionadas aos hábitos e estilos de vida.	Diminuir o número de pessoas que possam a vir a desenvolver determinadas doenças.	Não é necessário.	Equipe de Saúde da Família Bairro de Lourdes.	3 meses para reformulação das estratégias já existentes na unidade.
Saber + Aumentar o nível de informação da equipe sobre os riscos e gravidade das doenças mentais.	Equipe mais informada sobre os riscos e gravidade das doenças mentais.	Avaliação do nível de informação da equipe sobre esses tipos de pacientes; Capacitação dos profissionais da saúde básica e de familiares, profissionais da saúde básica e de familiares.	Apresentar o projeto as secretarias que possam participar.	Equipe de Saúde da Família Cidade Nova.	Apresentar o projeto. Início das atividades 4 meses.
Capacitação da equipe com cursos e treinamentos voltados para pacientes que apresentam problemas de saúde mental.	Equipe mais treinadas para atenderem e conduzirem os casos existentes nas áreas de atuação.	Equipe capacitada para atenderem a demanda dos pacientes que buscam ajuda medica, e poderem identificar pacientes que	Apresentar o projeto as secretarias que possam participar.	Equipe de Saúde do Bairro de Lourdes.	Início em 3 meses com termino em 12 meses.

		apresentam transtornos para que possa conduzir o caso.			
Agenda reservada para acompanhamento mensal de pacientes que apresentam transtornos depressivos; Aumento na variedade de medicamentos nas redes públicas.	Acompanhamento e tratamento adequado de pacientes com transtornos depressivos	Paciente com acompanhamento, tratamento medicamentos atualizados, diagnósticos preciso de cada enfermidade apresentada	Apresentar projeto de adequação da agenda, disponibilização de exames e ampliação dos medicamentos oferecidos na rede pública.	Equipe de Saúde da Família Bairro de Lourdes.	3 meses para apresentação do projeto, 4 meses para modificar agenda de atendimento, 6 meses para aquisição de medicamentos.
Detectar os fatores que estão intimamente relacionados com a Depressão	Minimizar os impactos que causam no desenvolvimento da depressão com rastreamentos precoce	Maior qualidade de vida; Acompanhamento dos tratamentos das doenças concomitantes e dos problemas sociais.	Apresentar o projeto para secretarias para ampliar cobertura de atendimento	Equipe de Saúde da Família Bairro de Lourdes.	Início em 4 meses.

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2019.

6.4.4 Avaliação

A avaliação da proposta será permanente, por meio de monitoramento do uso ou suspensão de medicamentos dos pacientes e por adoção de tratamentos alternativos e preventivos; observação permanente da demanda com queixas que levem ao diagnóstico de depressão e diálogo permanente com a ESF, bem como com pacientes. Conforme avaliação e desenvoltura das ações, serão observadas as necessidades de novas propostas, correções, recursos, etc.

Busca ativa durante os atendimentos do diagnóstico, causa que levou a desenvoltura da doença depressão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que, o presente Plano de Intervenção possa trazer benefícios no tratamento e acompanhamento dessa comunidade que cada dia mais comparece a UMS para busca de medicamentos para depressão.

Consideramos que com a execução desse plano, possamos fazer o levantamento das reais causas que desencadeiam essa doença, além de melhorar a condução dos casos, com acompanhamento individual.

Desejamos assim, combater a real causa que acomete a depressão, tratando a causa de base, para que no futuro tenham uma qualidade de vida melhor e mais saudável, sem a necessidade de uso de medicamentos para seu bem-estar.

A implementação de terapias em grupos para os usuários que não têm qualquer tipo de acompanhamento, também pode permitir o menor uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos e uma melhor qualidade de vida.

Importante sinalizar que, a preocupação com o aumento de pacientes de saúde mental com depressão, nos convoca a um repensar da saúde como um todo. Temos a pretensão com este projeto de reduzir em 50% o número de pessoas com depressão; reduzir 30% o número de pessoas que fazem uso de medicamentos antidepressivos e a médio prazo, implantar grupo multidisciplinar de estratégias de desenvolvimento de autoestima. Entendemos ser importante tratar a Saúde Mental a partir de uma rede de serviços que contemple todas as necessidades do processo de saúde e doença do paciente, de forma integral, e não só em Saúde Mental.

Vale concluir afirmando que a depressão não é um sinal de fraqueza e pode afetar qualquer pessoa. Não discrimina por idade, raça ou história pessoal. Isso pode prejudicar os relacionamentos, interferir na capacidade das pessoas de ganhar a vida e diminuir seu senso de autoestima. Seu tratamento numa perspectiva multidisciplinar e de visão de totalidade é fundamental.

REFERENCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Panorama cidade Uberaba/MG, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberaba/panorama> Acesso em: 18 de julho de 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p. : il. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria Nº 2.436. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica..pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>. Acesos em 07 de outubro de 2019.

CASTELO, M.S.; NETO, P.R.N.; CARVALHO, A.F. Depressão Resistente ao Tratamento. *In*: CARVALHO, A.F NARDI, A.E. QUEVEDO, J. (Orgs.) **Transtornos Psiquiátricos Resistentes ao Tratamento**: Diagnóstico e Manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015. (p. 19-33).

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia**: Trabalho de Conclusão de Curso. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>). Acesso em: 01/06/2019.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em 15 de abril de 2019.

OLIVEIRA, L.M de. **Transtorno do humor**. In: OLIVEIRA, L.M. de; FERNANDES, T, GUERRA, C.A. Principais temas em Psiquiatria e Geriatria. 1.ed. São Paulo: Medcel, 2017, (p. 69-76).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2015). “**Mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão**”. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/depressao-afeta-mais-de-300-milhoes-de-pessoas-e-e-doenca-que-mais-incapacita-pacientes-diz-oms/> acesso em 07 de outubro de 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde** Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em 30 julho de 2019.

SOUERY D.; OSWALD P.; MASSAT, I.; BAILER U.; BOLLEN J.; DEMYTTENAERE K.; Clinical Factors Associated With Treatment Resitence. *In: Major Depressive Disorder: results from a European multicenter study*. J Clin Psychiatry. 2007.

SOUERY, D.; AMSTERDAM, J.; MONTIGNV ,C.; LECRUBIER Y, ;MONTGOMERY S.; LIPP O,. **Treatment resistant depression**: methodological overview and operational criteria. Eur Neuropsychopharmacol. 1999.

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de saúde, 2014-2017.

Disponível em:

http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf

Acesso em 20 de maio de 2019.