

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

LEONARDO DE FARIA BRANDÃO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO, CONTROLE E
DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DEPRESSÃO DE USUÁRIOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA CONTAGEM 1 DO
MUNICÍPIO DECONTAGEM- MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2019

LEONARDO DE FARIA BRANDÃO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO, CONTROLE E
DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DEPRESSÃO DE USUÁRIOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA CONTAGEM 1 DO
MUNICÍPIO DECONTAGEM- MINAS GERAIS**

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

Orientadora: profa. Ms. Zilda Cristina dos Santos

CONTAGEM - MINAS GERAIS

2019

LEONARDO DE FARIA BRANDÃO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO, CONTROLE E
DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DEPRESSÃO DE USUÁRIOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA CONTAGEM 1 DO
MUNICÍPIO DECONTAGEM- MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Ms. Zilda Cristina dos Santos - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 24/10/2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à comunidade do Nova Contagem 1, que tanta confia em mim me recebeu de forma maravilhosa.

À Unidade Básica de Saúde Nova Contagem 1, que me demonstra todos os dias o que é trabalhar com zelo e amor.

Aos meus familiares e colegas que torcem por mim

A minha amada mãe, minha maior incentivadora.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus clientes pela confiança e possibilitar a longitudinalidade do cuidado.

À minha equipe, por todos os ensinamentos.

Aos meus familiares e colegas de profissão, pela torcida.

RESUMO

A Unidade Básica de Saúde Nova Contagem 1 apresenta a Depressão Maior como sua mais importante doença a ser tratada atualmente. Observa-se há dois pontos de prevalência na comunidade um na adolescência até início da idade adulta e o outro ponto de corte é em idosos. Não obstante, sua ocorrência mais agressiva ocorre neste primeiro grupo, com maior ocorrência de automutilações, tentativa de autoextermínio e planejamento de morte. O objetivo geral deste trabalho é propor um projeto de intervenção que tenha como foco o controle, prevenção e diagnóstico precoce da Depressão Maior nos usuários da Unidade Básica de Saúde Nova Contagem 1, em Contagem-Minas Gerais. Utilizou-se a estimativa rápida para definir os problemas da população, elencando cinco principais a Depressão Maior, hipertensão, diabetes, lombalgia e dispepsia. Desses cinco, a Depressão Maior foi retratada como maior problema não pela sua maior incidência, mas pelos custos, impactos sociais, familiares e psicológicos individuais que ela sugere. Este tema é um dos principais da psiquiatria, configurando o mais prevalente transtorno de humor, sendo o mais facilmente encontrado na literatura. Assim, utilizou-se as seguintes bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Espera-se com este projeto um novo recomeço para a comunidade, equipe e sociedade de Contagem na abordagem da depressão maior, bem como ampliar ações de promoção e educação em saúde voltadas para os portadores de depressão maior.

Palavras Chave: Depressão Reativa. Afeto. Diagnóstico Comunitário. Terapia Combinada

ABSTRACT

The New Count Basic Health Unit presents Major Depression as its most important disease to be treated today. There are two prevalence points in the community, one in adolescence until early adulthood and the other cutoff point is in the elderly. However, its most aggressive occurrence occurs in this first group, with higher occurrence of self-mutilation, attempted self-extermination and death planning. The general objective of this paper is to propose an intervention project that focuses on the control, prevention and early diagnosis of Major Depression in users of the Nova Contagem 1 Basic Health Unit, in Contagem-Minas Gerais. The quick estimate was used to define the population's problems, listing five major ones: Major Depression, hypertension, diabetes, low back pain and dyspepsia. Of these five, Major Depression was portrayed as a major problem not because of its higher incidence, but because of the costs, individual social, family, and psychological impacts that it suggests. This theme is one of the main of psychiatry, configuring the most prevalent mood disorder, being the most easily found in the literature. Thus, the following bases were used: Latin American and Caribbean Science Literature (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). With this project, a new beginning for the community, team and society of Counting in the approach of major depression is expected, as well as to expand health promotion and education actions aimed at people with major depression.

Keywords: Reactive Depression. Affect Community Diagnosis. Combination Therapy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DM	Depressão Maior
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Dia a dia da Equipe Nova Contagem 1.....	13
Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Nova Contagem 1, município de Contagem, estado de Minas Gerais.....	14
Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de conscientização do paciente em aceitar o diagnóstico de DM” na da comunidade adscrita à equipe de Saúde Nova Contagem 1, município de Contagem, estado de Minas Gerais.....	23
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de preparo da equipe em lidar com a DM”, na da comunidade adscrita à equipe de Saúde Nova Contagem 1, município de Contagem, estado de Minas Gerais.....	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 Aspectos da comunidade	11
1.3 O sistema municipal de saúde	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Nova Contagem 1	12
1.5 A Equipe de Saúde Nova Contagem 1	13
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Nova Contagem 1	13
1.7 O dia a dia da equipe Nova Contagem 1	13
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	14
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	14
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVO	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
5.1 Estratégia Saúde da Família	18
5.2 Atenção Primária à Saúde	18
5.3 Depressão Maior	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	22
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	22
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	22
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	23
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) estima que Contagem possua 659.000 habitantes. Sobre sua densidade demográfica esta corresponde a 3090 habitantes por Km². A escolarização dos seis aos 14 anos de idade chega a 97,4%. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), nos anos iniciais, foi de 6,2 e dos anos finais, 4,3.

O departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS, 2019) refere que o saneamento básico foi disponível para 76% da população em 2000. O abastecimento de água da propriedade foi de 98,8% em 2000. A proporção de moradores com coleta de lixo foi de 97% também em 2000.

Sobre as receitas, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), em 2017, o salário médio mensal era de 2.5 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 31.8%.

Conforme a Prefeitura Municipal de Contagem (CONTAGEM, 2019) o município se destaca como um polo comercial na Região Metropolitana de Belo Horizonte, consoante à sua massiva e crescente população, destacando pela grande variedade de segmentos comerciais, com destaque para os eletrodomésticos, calçados, vestuário e alimentação.

Sobre a saúde, ainda de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 9,99 para 1.000 nascidos vivos.

1.2 Aspecto da Comunidade

A Comunidade Nova Contagem 1 é constituída por 3025 habitantes cadastrados. A característica da comunidade é de ser constituída por uma população carente, com

maus hábitos alimentares, baixa escolaridade, baixo índice econômico, havendo famílias que são acompanhadas por assistentes sociais, para receberem cestas básicas, roupas, produtos de higiene. A Depressão Maior pode ser consequência de tantas dificuldades que essa população sofre. Ela ocorre mais em jovens de 14 a 25 anos e nos idosos havendo um comprometimento diferente em cada faixa etária. É este o perfil de público atendidos na Unidade de Saúde Nova Contagem 1, os quais apresentam demanda a partir do atendimento médico para a saúde mental.

1.3 O Sistema Municipal de Saúde

Em Contagem há 118 Unidades Básicas de Saúde, uma Central de Regulação de Serviços de Saúde, dois Centros de Atenção Psicossocial, 66 Clínicas Especializadas, 347 Consultórios Isolados, 15 Farmácias Médicas Excepcionais e Programa Farmácia popular, um Hospital Dia, quatro Hospitais Geral. Há também duas Policlínicas, uma Secretaria de Saúde, 41 Unidades de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia e duas Unidades Móveis Pré Hospitalares - Urgência e Emergência (DATASUS 2019).

1.4 A Unidade Básica de Saúde Nova Contagem 1

A UBS Nova Contagem 1 foi implantada há cinco anos. Ela se localiza na periferia da cidade e conta com diversos profissionais. Nela, encontra-se três equipes saúde da família (Nova Contagem 1, Fortaleza e Margarida II). Há um médico responsável por cada equipe. A UBS é uma construção nova, bem edificada e estruturada. Tudo é novo na unidade. Contém nove salas. Cada unidade tem três salas. Dessas três salas, há um consultório para o dentista, um para o médico e o outro para a enfermeira que também auxilia nas consultas das gestantes e puericultura. Há também três banheiros, três salas de curativos e uma farmácia na unidade, além de uma sala para reuniões e grupos operativos.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Nova Contagem 1

A ESF Nova Contagem 1 há 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde e os profissionais de apoio (atendente de portaria e auxiliar de serviços gerais). Não há Núcleo Apoio Saúde da Família (NASF).

1.6.O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Nova Contagem 1

A unidade abre diariamente das 08:00h às 12:00h, retornando das 13h30h as 17h30h.

A equipe organiza a agenda quinzenalmente de acordo com as demandas da população e a necessidade de atender pacientes agudos e crônicos. Utiliza-se o Protocolo Manchester para atender a demanda espontânea que classifica os doentes por cores, após uma triagem baseada em sintomas, de forma a representar a gravidade do quadro e o tempo de espera para cada paciente. Os grupos operativos são feitas duas vezes na semana. Há um para Diabetes *Melitus* e Hipertensão e outro para gestantes.

1.7 O dia a dia da equipe Nova Contagem 1

O dia a dia da ESF Nova Contagem 1 funciona da seguinte forma:

Quadro 1- Dia a dia da Equipe Nova Contagem 1

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
Manhã	Atendimento da demanda programada de adultos e crianças.	Atendimento da demanda programada de adultos e crianças.	Atendimento da demanda programada de adultos e crianças.	Atendimento da demanda programada de adultos e crianças.	Atendimento da demanda programada de adultos e crianças.
Tarde	Visitas domiciliares -Atendimento do HIPERDIA	Atendimento Saúde Mental	Consultas de Pré-natal Saúde do homem, Coleta de exame preventivo.	Atendimento da demanda programada de adultos e crianças.	Visitas domiciliares de enfermagem às puérperas Consultas com a nutricionista. Teste rápido de HIV e

					Sífilis.
--	--	--	--	--	----------

Fonte: Próprio Autor, 2019.

1.8. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Definiu-se os principais problemas da população na seguinte ordem de prioridade:

- Depressão Maior
- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Diabetes Mellitus
- Lombalgia

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

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Nova Contagem 1, município de Contagem, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Depressão Maior	10	Alta	Parcial	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	9	Alta	Parcial	2
Diabetes Mellitus	8	Alta	Parcial	3
Lombalgia	8	Alta	Parcial	4

Fonte: Própria Autor, (2019)

*Alta, média ou baixa

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30.

***Total, parcial ou fora.

2 JUSTIFICATIVA

Esse projeto se faz de extrema urgência na comunidade de Nova Contagem 1. É inadmissível perder pacientes por autoextermínio. Isso choca a equipe, dificulta nossos trabalhos. Sabemos que o paciente com DM precisa de um maior apoio, de uma maior base familiar. Ele é um paciente que nem sempre consegue estabelecer uma causa para sua tristeza, anedonia e irritabilidade. Isso é fundamental que a equipe compreenda isso. Em hipótese alguma ele pode ser julgado e ter suas expectativas minimizadas.

Ademais, esse problema vem ocorrendo muito na população jovem. Observa-se que os jovens da atualidade não estão sabendo lidar com as frustrações. A DM reduz a capacidade do indivíduo de trabalhar e estudar o que representa um importante dilema acerca da capacidade intelectual, laboral e de relacionamentos.

A depressão é a alteração afetiva mais estudada e falada na atualidade. Classificada como um transtorno de humor, ela vem reger as atitudes dos sujeitos modificando a percepção de si mesmos, passando a enxergar suas problemáticas como grandes catástrofes. A percepção da realidade hoje tem por base as primeiras relações objetais, as quais funcionam como protótipo, ou modelo para todas as relações posteriores. Tratada como a doença da sociedade moderna, a depressão tem características que podem traduzir uma patologia grave ou ser apenas mais um sintoma do sujeito diante de uma situação real de vida, ou seja, suas características podem determinar uma melancolia em si ou ser apenas um sintoma constituinte de uma outra patologia. A depressão é conhecida pelos sintomas descritos como apatia, irritabilidade, perda de interesse, tristeza, atraso motor ou agitação, ideias agressivas, desolação e múltiplas queixas somáticas (insônia, fadiga, anorexia). Seu diagnóstico é facilitado pela presença dos sintomas e por um bom conhecimento teórico. Porém, sua dinâmica, suas origens, suas relações objetais e suas concepções ainda podem levantar questionamentos e levar a interpretações equivocadas prejudicando um possível tratamento. (ESTEVEZ; GALVAN, p. 127, 2006).

Assim, por termos uma equipe ainda não especializada no assunto e por definirmos este problema como prioritário em nossa população, estabelecemos que este projeto possibilitará um melhor manejo da DM na comunidade Nova Contagem 1, reduzindo os subdiagnósticos e possibilitando uma maior intervenção neste aspecto.

3 OBJETIVO

Propor um projeto de intervenção que tenha como foco o controle, prevenção e diagnóstico precoce da Depressão Maior na Unidade Básica de Saúde Nova Contagem 1, em Contagem, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Foi realizado o diagnóstico situacional a partir da estimativa rápida. Um método seguro, barato e de rápida aplicação. Esse método foi aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), chegando-se ao problema de maior relevância, a Depressão Maior (DM). A partir do levantamento orientado por Campos, Faria e Santos (2010) foi possível organizar o projeto de intervenção. Assim, descreveu-se o problema, explicou-o, selecionou-se os nós críticos. Ademais, fez-se duas operações, uma relacionada à comunidade e outra relacionada à equipe de saúde. Em cada uma, estabeleceu-se os resultados e produtos esperados, os autores responsáveis, recursos, prazos e monitoramento das ações (FARIA; CAMPOS E SANTOS, 2018).

Para subsidiar a elaboração do plano de intervenção foi feita uma revisão de literatura nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bem como nos manuais do Ministério da Saúde.

Optou-se por utilizar como material, artigos científicos em língua portuguesa, espanhola e inglesa produzidos entre 2000 e 2018 e livros científicos. Para a busca das publicações foram utilizados os seguintes descritores: Depressão Reativa. Afeto. Diagnóstico Comunitário. Terapia Combinada

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia de Saúde da Família

Em relação à ESF, Moreira, Gomes e Santos (2010) relatam que desvendar a realidade local possibilita e aperfeiçoa a busca por ações factíveis, reforçando as relações na micropolítica do trabalho, com promoção da saúde e prevenção de agravos, contribuindo para a qualificação da assistência em um contexto singular e conseqüentemente à integralidade do cuidado.

Paiva, Bersusa e Escuder (2006) conferem que frente à crise vivida no setor saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças. Assim sendo, o PSF pretende promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente.

Monnerat *et al.* (2007) referem que a ESF é essencial na organização da saúde. Ela colabora para reorientar o modelo assistencial, acompanha ações de cura, reabilitação, prevenção e promoção da saúde. A ESF tem em seus fundamentos o estabelecimento de vínculos e o desenvolvimento de um trabalho individual e social a partir da associação das características sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas do território.

5.2 Atenção Primária à saúde

Além disso, para Monnerat *et al.* (2007) a APS contribui para a reorganização e reestruturação do sistema público de saúde, organizando-se ao formar sistemas locais de saúde. A APS estimula a participação social o que possibilita uma maior inserção do cliente na gerência da unidade e possibilitando o direito de exercer a autonomia, beneficência e justiça na comunidade.

Rabetti e Freitas (2011) destacam que o Sistema Único de Saúde (SUS) avançou ao implantar a Atenção Primária em Saúde. Esta é uma atenção que permite o primeiro acesso do indivíduo ao Sistema Único de Saúde, sendo considerada a porta entrada preferencial, visto as ações de prevenção e promoção à saúde que pode ser trabalhada já neste nível. APS tem ainda, o potencial para solucionar a maioria dos problemas da comunidade com baixa tecnologia e baixo custo, considerando neste sentido as características regionais de cada comunidade.

A APS representa o principal meio de intervir nos problemas de saúde da população. O problema atual da comunidade Nova Contagem 1 é de aumentar os diagnósticos de DM em sua população, reduzindo as complicações associadas a essa doença. Ademais, é necessário programar abordagens construtivas e dinâmicas. A comunicação e escuta qualificada devem ser os principais atributos da APS nesse sentido.

5.3 Depressão Maior

Kaplan e Sadock (2014) confirmam que a DM é o transtorno de humor mais comum com prevalência de 15 a 25% em mulheres. Na população geral a incidência também é alta, chegando a 10%. A prevalência de DM é de 15% nos pacientes hospitalizados.

Hales, Yudofsky e Gabbard (2012) consideram que a idade média de início é aos 40 anos. No entanto, 50% desenvolvem o quadro entre 20 a 50 anos, estando muito relacionada, na faixa dos 20 anos, ao uso de álcool e drogas. Ocorre com mais frequência em pessoas sem relacionamentos interpessoais íntimos ou que são divorciadas ou separadas. Não foi encontrada correlação com o estado socioeconômico. Além de ser mais comum em áreas rurais.

Kaplan e Sadock (2014) definem que a base causal para os transtornos do humor é desconhecida, mas os fatores causais podem ser divididos em biológicos, genéticos e psicossociais -interagirem entre si. Os fatores genéticos são mais fortes para a transmissão do transtorno bipolar do que para a do transtorno depressivo.

Hales, Yudofsky e Gabbard (2012) refletem que os fatores biológicos se relacionam com noradrenalina e a serotonina, neurotransmissores mais envolvidos na fisiopatologia dos transtornos de humor. A serotonina tornou-se o neurotransmissor mais associado à depressão. Depleção da serotonina pode precipitar a depressão. Alterações dos hormônios tireoidianos se correlacionam em 5 a 10% pessoas com DM. Desse modo, preconiza-se a investigação da função tireoidiana em todos com transtorno do humor, mesmo que não apresentem queixas típicas de acometimento da glândula.

Kaplan e Sadock (2014) refletem que sobre os fatores psicossociais, os acontecimentos vitais estressantes precedem mais frequentemente os primeiros episódios de humor, tanto depressivos quanto maníacos, do que subsequentes. A presença de agentes estressores permanentes precipita e influencia o curso dos transtornos de humor, interfere na sintomatologia e na recuperação, independente das estratégias terapêuticas adotadas.

Hales, Yudofsky e Gabbard (2012) discutem que os episódios depressivos podem ocorrer tanto no DM quanto em transtornos bipolares e somente a história do paciente, a história familiar e a evolução futura podem auxiliar na diferenciação das duas condições. Os sintomas principalmente o humor deprimido e a anedonia. O paciente descreve seus sintomas como agoniantes e queixam de serem incapazes de chorar, sintoma que resolve quando ele melhora. Muitos pacientes descrevem seus sintomas como diurnos, com aumento da gravidade pela manhã e melhora à noite.

Kaplan e Sadock (2014) retratam que dois terços dos pacientes cogitam suicídio e 10 a 15% o cometem. Alguns pacientes não parecem conscientes de sua depressão e não se queixam de uma perturbação do humor, ainda que possam exibir reclusão da família, amigos e atividades que antes eram prazerosas. Podem apresentar dificuldade em terminar tarefas (perda da energia), mau desempenho na escola e trabalho e 80% têm dificuldades com o sono, como o despertar precoce e despertares múltiplos.

Conforme Stahl (2014) as alterações alimentares e de sono podem piorar doenças pré-existentes, como Diabetes e Hipertensão. Há anormalidades menstruais e diminuição do interesse/desempenho sexual. Sintomas somáticos como constipação e cefaleia podem estar presentes. Crianças com DM demonstram apego excessivo aos pais, fobia escolar, promiscuidade, abuso de drogas, fuga de casa e comportamento antissocial.

Conforme o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013), para o diagnóstico de DM é necessário apresentar cinco dos seguintes sintomas, sendo que, obrigatoriamente, o sintoma primeiro ou o segundo sintoma deve(m) estar presente(s). Ademais, os sintomas devem persistir por um período maior ou igual a duas semanas. Os sintomas são humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; interesse ou prazer marcadamente diminuídos em relação a todas ou quase todas as atividades, quase todos os dias; perda ou ganho de peso significativo; insônia ou sono excessivo quase todos os dias; agitação ou lentidão psicomotora quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentir-se sem valor ou com culpa excessiva, quase todos os dias; habilidade reduzida de pensar ou se concentrar, quase todos os dias; pensamentos recorrentes sobre morte, pensamentos suicidas sem um plano, tentativa de suicídio ou plano para cometer suicídio. Os sintomas precisam causar impacto significativo no convívio social, no trabalho ou outras áreas.

Kaplan e Sadock (2014) consideram que os antidepressivos quase dobram a chance de o paciente se recuperar em um mês. Os efeitos demoram em torno de 3 a 4 semanas para serem percebidos. Os primeiros sintomas a melhorar geralmente são os distúrbios do sono e apetite. É importante informar o paciente sobre o tempo de ação, efeitos colaterais (passam com o tempo de uso), que se não houver melhora ou adaptação, pode-se substituir por outro. É importante considerar o risco de suicídio, alguns antidepressivos são letais em grande quantidade.

A DM é um problema que demanda sensibilidade, afeto, escuta atenta e um atendimento holístico. É necessário entender esta doença de forma integrada, sabendo que o trabalho em equipe é fundamental. As medicações ajudam a

recuperar o humor em 70%. A psicoterapia auxilia em 30%. Por isso, é necessário entender que as ações intermediadas são conjuntas.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção é uma medida importante para os portadores de DM na UBS Nova Contagem 1. É de extrema valia o preparo dos profissionais para lidar com esta questão tão delicada e urgente na comunidade que tem trazido tantas repercussões negativas para equipe, comunidade, familiares e, sobretudo, pacientes.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A DM é um problema relativamente comum na unidade. Ela ocorre com mais frequência nos pacientes acima de 60 anos e entre 14 a 25 anos. Essas duas incidências refletem os desabores que essas faixas etárias perpassam. Na menor idade, relaciona-se a dificuldades financeiras e conjugais principalmente. Nos mais idosos, ocorre pelos gigantes geriátricos, sobretudo, a insuficiência familiar. A DM nem sempre é um diagnóstico aceito pelos pacientes, sobretudo, os idosos. Ela é muito relacionada à espiritualidade e quando buscam ajuda já se está em uma fase de difícil controle.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

Observa-se na unidade que a equipe de saúde não se encontra apta para lidar com problemas psiquiátrico, sobretudo, a DM. O agente comunitário de saúde tem dificuldade de estabelecer os fatores de risco para o problema. Ademais, eles sempre tentam buscar uma causa para o problema. Não entendem que a DM não precisa ter uma causa, nem uma “cara”. Há pacientes que se demonstram organizados, felizes, mas o humor revela outra coisa, sendo o afeto incongruente com o humor. Outrossim, há ainda um paciente de mais difícil controle. Aquele que não aceita o diagnóstico e associa a DM com suas crenças, forças do mal. Esse é um paciente difícil, por que, indiretamente, ele só aceita a psicoterapia. De modo algum, aceita ser medicado. Ele não entende a DM como uma doença. Ademais, ainda existem os pacientes que não tem zelo nenhum por si. Eles gostam de se

maltratar, sentem-se tão culpados, seres humanos tão indignos que para eles, estão vivendo as consequências do que fizeram. Para esses pacientes, o amor e zelo da equipe é imprescindível. É preciso dar dignidade e valor aos pacientes. Demonstrar a eles que o cuidado de suas vidas é essencial e que ela é valiosa. Eles sentem tanta raiva de si que se automutilam, auto agridem-se, dificultando o processo de tratamento.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

- Falta de conscientização do paciente em aceitar o diagnóstico de DM.
- Falta de preparo da equipe em lidar com a DM.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de conscientização do paciente em aceitar o diagnóstico de DM” na da comunidade adscrita à equipe de Saúde Nova Contagem 1, município de Contagem, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de conscientização do paciente em aceitar o diagnóstico de DM.
Operação	DEPRESSÃO NÃO É O FIM
Projeto	Realizar grupos operativos, palestras e, nos atendimentos, ensinar os pacientes que a DM é como qualquer outra doença crônica que é preciso tratar a causa. Ademais, esta não é uma doença do espírito, mas do Sistema Nervoso Central. O não tratamento só resulta em dor, perda do prazer, dificuldades em sono e vigília.
Resultados esperados	Maior adesão ao tratamento, maior vínculo com a unidade, maior número de diagnósticos, menor incidência de autoextermínio.
Produtos esperados	Controle dos sintomas como anedonia, tristeza e insônia, menor dificuldade em relacionamentos e atividades laborais.
Recursos necessários	Organizacional: Equipe de saúde Cognitivo: Conforme escolaridade e grau de entendimento do paciente e família. Político: Secretaria Municipal de Saúde. Financeiros: papel, cartilhas informativas, caneta.
Recursos críticos	Cognitivo: Conforme escolaridade e grau de entendimento do paciente e família. Político: Secretaria Municipal de Saúde. Financeiros: papel, cartilhas informativas, caneta.
Controle dos recursos críticos	Secretaria de saúde
Ações estratégicas	Apresentar o projeto e expor os motivos da necessidade de sua aprovação, convencendo a Secretaria de Saúde
Prazo	14 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médico e enfermeiro

Processo de monitoramento e avaliação das operações	O monitoramento será mensal. O acompanhamento será feito pelos prontuários dos pacientes e pelos relatórios feitos através de reuniões, grupos operativos, palestras e reuniões.
--	--

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 4- Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de preparo da equipe em lidar com a DM”, na da comunidade adscrita à equipe de Saúde Nova Contagem 1, município de Contagem, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Falta de preparo da equipe em lidar com a DM
Operação	DEPRESSÃO EM AÇÃO
Projeto	Os membros da equipe de saúde participarão de aulas dadas pelos próprios membros da equipe, médico e enfermeiro, em que será abordado a clínica, diagnóstico e fatores de risco para DM. Além disso, se ensinará como deve ser feita a abordagem ao paciente com DM, respeitando sua individualidade, suas crenças, lembrando sempre do respeito e da necessidade de sempre manter um bom vínculo com a comunidade.
Resultados esperados	Planejamento de grupos de autoajuda e trocas de experiências a fim de que a DM seja desmistificada, maior adesão ao tratamento, maior vínculo com a unidade, maior número de diagnósticos, menor incidência de autoextermínio.
Produtos esperados	Redução da incidência de DM grave, viradas de quadros maníacos. Maior conhecimento da equipe sobre a DM.
Recursos necessários	Organizacional: Equipe de saúde Cognitivo: Conforme escolaridade e grau de entendimento do paciente e família. Político: Secretaria Municipal de Saúde. Financeiros: papel, cartilhas informativas, caneta.
Recursos críticos	Financeiros: papel, cartilhas informativas, caneta. Cognitivo: Conforme escolaridade e grau de entendimento do paciente e família. Político: Secretaria Municipal de Saúde.
Controle dos recursos críticos	Secretaria de saúde
Ações estratégicas	Apresentar o projeto e expor os motivos da necessidade de sua aprovação, convencendo a Secretaria de Saúde
Prazo	14 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médico e enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O monitoramento será mensal. O acompanhamento será feito pelos prontuários dos pacientes e pelos relatórios feitos através de reuniões, grupos operativos, palestras e reuniões.

Fonte: Autoria própria (2019)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DM ainda é o problema negligenciado no Brasil. Muitos ainda não a consideram como doença, inclusive, os próprios pacientes. É sabido que o diagnóstico precoce e a terapêutica adequada que seria feita a partir de um antidepressivo mais a psicoterapia é capaz de aliviar os sintomas do paciente, tornando-o funcional. Sem esse tratamento adequado, é possível que o paciente evolua para quadro grave de DM, cursando, até mesmo, com outras demandas, como mania, hipomania, transtornos de personalidade. Ademais, a chance de autoextermínio também é maior quando o paciente recusa, não procura ou não faz de modo adequado o tratamento. Quando isso ocorre, é uma tragédia familiar. A família, amigos e parceiros se sentem fracassados e eles passam a representar um risco para DM e autoextermínio também.

Ademais, uma equipe preparada para atender e receber este paciente é fundamental.

É preciso que as pessoas compreendam que DM nem sempre precisa ter uma causa. Que esta doença precisa ser tratada em seus estágios iniciais. Que o acompanhamento desse paciente precisa ser longitudinal e integral. É um paciente difícil de lidar porque ele, na maioria das vezes, não tem amor e zelo por sua vida. Ele, por algum motivo, é cheio de culpas, gosta de se maltratar, acha que não merece viver e não merece nada de bom que a vida possa proporcionar. É preciso ter paciência, cuidado e exercer o afeto. Desse modo, o que espera desse projeto de intervenção é que possa ser estabelecido na comunidade e gerar uma maior qualidade de vida para os pacientes com DM, realizando um diagnóstico precoce e uma remissão efetiva a partir da equipe, medicamentos e apoio da psicologia.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **APA Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **DATASUS Cidades@**. Brasília, [online], 2016b. Disponível em: > <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>>. Acesso em 14 de agosto de 2019.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA; H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Nescon/UFMG, 2018.

CONTAGEM. **Prefeitura Municipal de Contagem**. 2019. Disponível em: <http://www.contagem.mg.gov.br/novoportal/> . Acesso em 14 de agosto de 2019.

ESTEVES, F.; C.; GALVAN, A. L. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, Canoas, n. 24, p. 127-135, dez. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 out. 2019.

HALES, R. C.; YUDOLFSKY, S. C.; GABBARD, G.O. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 5 ed., Porto Alegre, Artmed, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **IBGE @cidades**,2019. Disponível em > <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/contagem/panorama>> acesso em 22 de maio de 2019.

KAPLAN, B. A.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria**. 11 ed. Artmed. 2014.

MONNERAT, G. L. *et al.* Entre a formulação e a implementação: uma análise do Programa Saúde da Família. In: BRAVO, M. I. S.; *et al.* (Org). Saúde e Serviço social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: **UERJ**. p. 97-116, 2007.

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS). v.31, n.4. p. 662-9, 2010.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 22, n.2 p. 377-385, 2006.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em Hipertensão Arterial Sistêmica na atenção básica. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 258-68, 2011.

STAHL, S. M. Psicofarmacologia. **Base Neurocientífica e Aplicações Práticas**. 4. ed. Guanabara Koogan, de janeiro, 2014.