

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

**Leone César Milagres**

**EXPRESSIVO NÚMERO DE PESSOAS COM ANSIEDADE E  
DEPRESSÃO NA COMUNIDADE DA COLÔNIA DO MARÇAL / MINAS  
GERAIS**

**Juiz de Fora/ Minas Gerais**

**2020**

**Leone César Milagres**

**EXPRESSIVO NÚMERO DE PESSOAS COM ANSIEDADE E  
DEPRESSÃO NA COMUNIDADE DA COLÔNIA DO MARÇAL / MINAS  
GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**Juiz de Fora/ Minas Gerais**

**2020**

**Leone César Milagres**

**EXPRESSIVO NÚMERO DE PESSOAS COM ANSIEDADE E  
DEPRESSÃO NA COMUNIDADE DA COLÔNIA DO MARÇAL /  
MINAS GERAIS**

**Banca examinadora**

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora - UFMG

Profa Dra Selme Silqueira de Matos-UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 29 de Julho de 2020

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço o apoio da orientadora, a cooperação da equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família Colônia de Marçal e a colaboração dos usuários da unidade.

## RESUMO

O bairro da Colônia do Marçal, localizado no município de São João del Rei, em Minas Gerais, possui cerca de 9900 habitantes. Em estimativa feita pela equipe 902 da Estratégia Saúde da Família Colônia do Marçal, responsável pela comunidade residente no bairro, conferiu-se que aproximadamente 50% dos usuários da unidade possuem algum transtorno/queixa relacionado à ansiedade e depressão. Os transtornos de ansiedade são frutos do estilo de vida moderno, cuja cobrança e o nível de estresse são exagerados. Tal sofrimento gera sintomas psíquicos e físicos como o medo, preocupação, taquicardia, tremores, que podem comprometer a saúde, a vida social e o trabalho do acometido. A Depressão, por sua vez, é uma doença caracterizada por uma tristeza profunda, associada a sentimentos de dor, amargura, desencanto, desesperança, baixa autoestima e culpa, assim como a distúrbios do sono e do apetite. Assim como as síndromes ansiosas, pode acarretar em problemas sociais e para a saúde do doente, se não for tratada. Neste contexto, este trabalho objetivou elaborar um plano de intervenção para promover melhorias que impactem na redução do número de casos de ansiedade e depressão na comunidade Colônia do Marçal, em São João Del Rei, Minas Gerais. Foi utilizado como método o Planejamento Estratégico Situacional e para dar suporte teórico, realizou-se uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde, no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico, além de documentos governamentais bem como nos manuais do Ministério da Saúde. Espera-se atingir, com a execução do plano, uma redução no número de pacientes acometidos por transtornos depressivos e de ansiedade além de propiciar atividades para o autocuidado e prevenção dessas doenças.

Palavras-chave: Ansiedade. Atenção Primária à Saúde. Depressão. Saúde mental.

## **ABSTRACT**

The Colônia do Marçal neighborhood, located in the municipality of São João del Rei, in Minas Gerais, has about 9900 inhabitants. In an estimate made by team 902 of the Family Health Strategy Colônia do Marçal, responsible for the community living in the neighborhood, it was found that approximately 50% of the users of the unit have some disorder / complaint related to anxiety and depression. Anxiety disorders are the result of a modern lifestyle, whose demands and stress levels are exaggerated. Such suffering generates psychological and physical symptoms such as fear, worry, tachycardia, tremors, which can compromise the health, social life and work of the affected person. Depression, in turn, is a disease characterized by profound sadness, associated with feelings of pain, bitterness, disenchantment, hopelessness, low self-esteem and guilt, as well as sleep and appetite disorders. Like anxiety syndromes, it can lead to social problems and the health of the patient, if left untreated. In this context, this work aimed to develop an intervention plan to promote improvements that impact the reduction of the number of cases of anxiety and depression in the Colônia do Marçal community, in São João Del Rei, Minas Gerais. Situational Strategic Planning was used as a method and to provide theoretical support, a search was made in the Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Google Scholar, in addition to government documents as well as in the Ministério da Saúde manuals. It is expected to achieve, with the execution of the plan, a reduction in the number of patients affected by depressive and anxiety disorders in addition to providing activities for self-care and prevention of these diseases.

Keywords: Anxiety. Depression. Primary Health Care. Mental Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde da Colônia do Marçal, município de São João Del Rei, estado de Minas Gerais 14
- Quadro 2**– Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Ansiedade e Depressão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 902 da Colônia do Marçal, do município de São João del Rei, estado de Minas Gerais. 29
- Quadro 3**– Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Ansiedade e Depressão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 902 da Colônia do Marçal, do município de São João del Rei, estado de Minas Gerais. 30
- Quadro 4** – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Ansiedade e Depressão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 902 da Colônia do Marçal, do município de São João del Rei, estado de Minas Gerais. 31
- Quadro 5**– Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Ansiedade e Depressão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 902 da Colônia do Marçal, do município de São João del Rei, estado de Minas Gerais. 32

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centros de atenção psicossocial
CAPSi	CAPS Infantil
CAPSad	CAPS Álcool e Drogas
DM	Diabetes melito ( <i>Diabetes mellitus</i> )
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleos de assistência psicossocial
PSF	Programa Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SAMU	Serviço de atendimento Móvel de urgência
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
TAG	Transtorno de ansiedade generalizada
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UFSJ	Universidade Federal de São João Del Rei
UNIPTAN	Centro Universitário Presidente Tancredo Neves

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
1.1 Aspectos gerais do município	10
1.2 O sistema municipal de saúde	11
1.3 Aspectos da comunidade	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde da Colônia do Marçal	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família 902 da Colônia do Marçal	13
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 902	13
1.7 O dia a dia da equipe 902	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
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	16
<b>3 OBJETIVO</b>	17
<b>4 METODOLOGIA</b>	18
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	19
5.1 Assistência em saúde mental no Brasil	19
5.2 A Atenção Primária à Saúde	21
5.2 Transtornos de ansiedade	23
5.3 Síndromes depressivas	25
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	28
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	28
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	29
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	29
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	34
<b>REFERÊNCIAS</b>	35

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Aspectos gerais do município

A história do município de São João del Rei revela que, em busca de esmeraldas, bandeirantes, em 1674, foram forçados a passar a estação chuvosa na Serra Negra, onde foi fundado o primitivo arraial das Minas Gerais – Ibituruna, distante 12 léguas da atual cidade de São João Del Rei, a cujo município pertenceu até 1922 (SÃO JOÃO DEL REI, 2019).

Quem primeiro habitou São João del Rei foram os paulistas. Entretanto, na guerra entre os paulistas e emboabas, ainda no início do século XVIII, foi o arraial fortemente abalado com a morte e o afastamento dos paulistas, aos quais foram usurpadas as minas. Apesar dessas lutas e disputas, a povoação continuou a prosperar. Em 8 de julho de 1713, foi criada a vila, que recebeu, em homenagem a D. João V e Tomé Portes Del Rei, o nome de São João del Rei (SÃO JOÃO DEL REI, 2019).

A população do município, no censo de 2010 era de 84.469 habitantes e a estimativa para 2019 de 90.082 habitantes, o que coloca São João del Rei entre os 40 municípios mais populosos do estado de Minas Gerais. Do número total apresentado, 79.790 habitantes situam-se em território urbano e 4.614 na zona rural, com predomínio da população feminina. Apresenta uma densidade populacional de 57,67 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2019).

Os três maiores bairros de São João del Rei, em número de habitantes, são: Matosinhos (20.153), Tijuco (15.699) e Colônia do Marçal (9.986) (IBGE, 2019).

Atualmente, São João del Rei apresenta um território e ambiente com 85.8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 35.5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 20.8% destes em vias públicas com urbanização adequada, ou seja, com bueiros, calçadas, pavimentação e meio-fio. Quando

comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 128 de 853,683 de 853 e 431 de 853, respectivamente (IBGE, 2019).

Em relação aos aspectos socioeconômicos, São João del Rei apresentava, em 2017, um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de \$ 22.530,37, o que situa o município como o 179º maior no estado de Minas Gerais. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) é de 0,758 (2010), caracterizando-o na faixa de desenvolvimento humano alto (IDHM entre 0,700 e 0,799) (IBGE, 2019).

Na economia temos destaques para as atividades de agricultura, indústria e comércio. São João del Rei se destaca em termos de produção agrícola, tendo em vista a enorme área do município. Para dar suporte ao produtor rural, foi fundada, em 2003, no campus Ctan da Universidade Federal de São João del Rei, a Fazenda Experimental Risoleta Neves da Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais. A cidade possui importantes empresas nas áreas de têxteis, metalurgia, alimentícia, entre outras, sendo então um dos principais polos industriais do Campo das Vertentes. Estão localizadas na cidade multinacionais como a Bozel Brasil S/A (adquirida pela Japonesa, Japan Metals e Chemicals Co. Ltd - JMC|Japan Metals e Chemicals e a LSM Brasil S/A (Antiga Fluminense) ( SÃO JOÃO dEL REI, 2019).

O comércio é um dos grandes geradores de emprego e renda, pois se consolidou como um dos atrativos que fazem de São João del Rei uma cidade-polo. A cidade possui grande variedade de lojas de vários setores. Apresenta uma boa infraestrutura, com oferecimento de serviços de tratamento de esgoto e água, correios, bancos, telefonia, internet e luz para toda população, inclusive para a área rural.

## 1.2 O sistema municipal de saúde

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de São João del Rei, o município conta com cinco Unidades básicas de Saúde (UBS), 18 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), duas farmácias, um Núcleo Materno Infantil, Projeto Mulher, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital Nossa Senhora das Mercês e Santa Casa de Misericórdia. Totalizam-se 27 estabelecimentos de Atenção Primária, um Centro de Atendimento de Urgência e dois hospitais. Quanto aos locais de atendimento de

especialidades, o município conta com: Núcleo de Ortopedia, Núcleo de fisioterapia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Del Rei, Núcleo de Saúde Mental, CAPS AD, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13.35 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.8 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 350 de 853 e 265 de 853, respectivamente (IBGE, 2019).

### 1.3 Aspectos da comunidade

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano 2000, o bairro da Colônia do Marçal tinha 2.723 domicílios e 7.002 habitantes; já no ano 2007 apresentou 3.576 domicílios e 9900 habitantes, representando um aumento, tanto de domicílios quanto de habitantes, muito significativo, ilustrando claramente que o bairro vem passando por fortes transformações com um acréscimo de imóveis e habitantes muito expressivos (IBGE, 2019).

As principais consequências da expansão urbana de São João del Rei nos últimos anos identificadas especialmente a partir do bairro Colônia do Marçal, foram: a forte especulação imobiliária, com a abertura de diversos empreendimentos imobiliários como loteamentos e condomínios, assim como uma elevada valorização dos imóveis. O condomínio Village Paraíso da Serra, por exemplo, é um projeto de construção de um condomínio de 16 prédios de três andares cada, com área de lazer e estacionamento, financiado pela Caixa Econômica Federal em parceria com o programa federal de habitação, “Minha Casa Minha Vida”, que apesar de ter quase todos os seus apartamentos vendidos em planta, ainda continua no “papel”.

Um ponto importante a se ressaltar a respeito da população do bairro Colônia do Marçal, assim como o resto do município, é que há sérios problemas com o enfrentamento de problemas sociais, principalmente envolvendo o uso de drogas e a violência. Destaca-se o uso de drogas por parte dos jovens, principalmente a cocaína, o crack e a maconha. Outro agravo de saúde importante no bairro é a alta incidência de pacientes hipertensos, diabéticos e obesos.

#### 1.4 A Unidade Básica de Saúde da Colônia do Marçal

A Unidade de Saúde que atende o bairro da Colônia do Marçal é composta por duas equipes de ESF, para o atendimento de 9.986 habitantes. A unidade em si é bem estruturada. Trata-se de uma unidade recentemente reformada, com acesso à internet, boa estrutura, com sala de espera, enfermagem, recepção, sala de reunião, banheiros para os usuários, sala de vacina, pesagem, curativos, lavanderia, cozinha, arquivo morto e almoxarifado. Tem cinco consultórios médicos, um consultório odontológico. Há atendimento odontológico, ginecológico e pediátrico duas vezes por semana.

Os atendimentos especializados são mediados pelas faculdades de medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo Neves (UNIPTAN) e Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ).

#### 1.5 A Equipe de Saúde da Família 902 da Colônia do Marçal

A Equipe 902, na qual atuo profissionalmente, é formada pelos profissionais apresentados a seguir: cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), uma auxiliar de enfermagem, um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e uma recepcionista.

#### 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 902

A UBS Colônia do Marçal funciona das 7h às 16h, com 1h para almoço, sendo necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, sempre que o auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro está presente na Unidade. Não há recursos necessários para os atendimentos de urgência, que é mediado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e pela Unidade de Pronto Atendimento(UPA) local.

#### 1.7 O dia a dia da equipe 902

A unidade da Colônia do Marçal atua com agendamento de consultas para a semana toda. Existe um fluxo de atendimento em que toda segunda-feira os pacientes enfrentam filas enormes que começam a ser formadas na madrugada de domingo para segunda e agendam suas consultas de acordo com a disponibilidade de atendimento médico para a semana. Existe atendimento de médicos de apoio, devido ao grande número de habitantes para apenas duas equipes de ESF. Por vezes ocorre algum transtorno entre os pacientes devido à impossibilidade de marcação de consultas. O problema já foi discutido e houve tentativa de agendamento de outra forma, mas não houve sucesso.

Um grande problema enfrentado pela unidade é a demanda espontânea. Para cada médico abrem-se três vagas por turno para atendimento de demanda espontânea, que por muitas vezes não é respeitado, já que a demanda é muito alta.

Diversas pessoas apresentam pouca adesão às mudanças devido ao fato de os usuários renovarem suas receitas sem o comparecimento na unidade, através dos ACS. Problema esse que já vem melhorando nos últimos tempos após reunião em equipe.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) tem orientado algumas melhorias em relação ao planejamento de trabalho, mas ainda há muito o que ser resolvido, como a implantação de prontuário eletrônico e documentação das atividades.

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

O diagnóstico situacional feito na área de abrangência da ESF 902, de acordo com Faria, Campos e Santos (2018) apresentou os seguintes problemas de saúde mais relevantes, no momento: alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS), de Diabetes Mellitus(DM), de pessoas com ansiedade e depressão, alcoolismo e falta de insumos básicos.

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

Os problemas enfrentados pela equipe 902 Colônia do Marçal estão apresentados no Quadro 1 com suas respectivas importâncias, grau de necessidade de resolução (urgência, numerada de 0-10) e nossa capacidade para enfrentá-los:

**Quadro 1** Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde da Colônia do Marçal, município de São João Del Rei, estado de Minas Gerais

<b>Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção/ Priorização****</b>
Alta incidência Hipertensão arterial	Alta	8	Parcial	2
Diabetes Mellitus	Alta	8	Parcial	3
Ansiedade e depressão	Alta	5	Parcial	1
Alcoolismo	Alta	5	Parcial	4
Falta de insumos básicos	Alta	4	Fora	5

\*Alta, média ou baixa

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

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 2 JUSTIFICATIVA

No levantamento do diagnóstico situacional, verificamos o grande número de portadores de algum transtorno mental, especialmente de ansiedade e depressão. Essas condições são incorretamente abordadas e não possuem o peso e importância que deveriam ter. São doenças tratáveis e preveníveis, por isso a grande importância da abordagem das mesmas. Até porque se tratam de enfermidades que limitam a produtividade, o contato social e a qualidade de vida do paciente.

Santos-Veloso *et al.* (2019, p.808) afirmam que:

Transtornos de ansiedade e depressão (TAD) são os distúrbios psiquiátricos mais comuns no mundo. Dentre a população adulta atendida na atenção básica, estima-se que a depressão afete cerca de 14,3% desses indivíduos mundialmente, podendo este valor ir de 21,4% a 31% no Brasil. A ansiedade afeta até 33,7% da população durante sua vida.

Os dizeres de Santos-Veloso *et al.* (2019) fazem sentido quando se pensa na situação dos usuários atendidos pela equipe da Unidade Básica de Saúde(UBS) Colônia do Marçal, uma vez que após análise dos vários problemas de saúde que acometem a população entendeu-se que o expressivo número de ansiosos e depressivos é uma situação que merece intervenção imediata. A abordagem da ansiedade e depressão foi então selecionada como prioridade porque advém, dentre outras, de condições de grande prevalência na nossa área e trata-se de condições passíveis de intervenção com boa perspectiva de melhoria.

Com o trabalho pretendo conseguir reduzir os níveis de ansiedade e depressão na comunidade da Colônia do Marçal e propor uma melhor qualidade de vida aos usuários.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção para promover melhorias que impactem na redução do número de casos de ansiedade e depressão na comunidade Colônia do Marçal, em São João Del Rei, Minas Gerais.

#### 4 METODOLOGIA

O plano de intervenção se baseou, inicialmente, no método de estimativa rápida, seguindo os passos propostos pelo Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018) a fim de identificar e priorizar os problemas de saúde mais frequentes na comunidade da Colônia do Marçal, em São João Del Rei, MG.

Posteriormente, foi realizada a pesquisa para o suporte teórico na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Google Acadêmico, com os descritores: ansiedade, atenção primária à saúde, depressão e saúde mental. Ademais, também foram pesquisados os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde(MS). O levantamento dos artigos científicos vai priorizar trabalhos publicados entre 2000 e 2019.

Por fim, elaborou-se a proposta de intervenção contendo o plano operativo e as ações a ser realizadas além dos possíveis resultados esperados com o desenvolvimento das mesmas.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 Assistência em saúde mental no Brasil

O manejo dos pacientes acometidos por algum tipo de transtorno psíquico no Brasil é fruto de um debate constante de vários setores da sociedade. Diversos marcos históricos da denominada Reforma Psiquiátrica Brasileira contribuíram para a crítica do modelo hospitalocêntrico, hegemônico até meados do século XX, e a criação de um sistema capaz de assistir à população com algum distúrbio mental sem privá-la de gozar de todos os direitos e sua independência (BARROSO; SILVA, 2011; BRASIL, 2015).

A reforma iniciou-se em meados da década de 1970, concomitantemente à Reforma Sanitária. Dentre as principais reivindicações estavam “a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico” (BRASIL, 2005 p. 7). Anos mais tarde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciou-se o processo de substituição das entidades psiquiátricas privadas por uma rede de atenção integral à saúde mental (COSTA MELO, 2012; BRASIL, 2013).

Já no início do século XXI, a lei de nº 10.216 estabeleceu os direitos dos cidadãos acometidos por algum transtorno mental, responsabilizando o estado pela criação e organização dos serviços de atendimento a esses indivíduos. Além disso, o documento dispõe de regras para a internação de pessoas, que só será executada após comprovado a não eficácia dos tratamentos extra hospitalares (BRASIL, 2001).

Como consequência da mudança do paradigma de assistência à saúde mental, nos anos 2000, ocorreu a expansão dos serviços de atendimento à saúde mental providos pelo estado brasileiro. Alas psiquiátricas em hospitais, núcleos de assistência psicossocial (NAPS) e centros de atenção psicossocial (CAPS) tiveram unidades criadas em todo território nacional. Também foram incorporados à rede serviços residenciais terapêuticos, os centros de convivência e cultura e o programa De volta Para Casa. Em 2017, mais de 20 anos após a criação do primeiro CAPS, o número de unidades criadas chegou a 2.462 (CAVALCANTI, 2019). Ademais, os leitos psiquiátricos, que na década de 1990 eram aproximadamente 86 mil, saltaram

para mais de 35.400 ao final da primeira década do século XXI (BARROSO; SILVA, 2011).

A ampliação dos CAPS pelo Brasil foi e continua sendo uma das principais estratégias do modelo de assistência em saúde mental no país. Tal modelo de atenção se configuram como:

[...] serviço que se diferencia das estruturas tradicionais e que se orienta pela ampliação do espaço de participação social do sujeito que sofre, pela democratização das ações, pela não segregação do adoecimento psíquico e pela valorização da subjetividade, com base das ações multiprofissionais (TAVARES; SOUSA, 2009, p.254).

Ademais, assim como preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência é prestada de forma regionalizada, sem afastar o indivíduo acometido de sua comunidade. O tratamento também é realizado de forma singular, integrando o núcleo familiar do paciente às práticas que visam não somente tratar o acometido como também promover a sua reinserção social. Atualmente, devido à pluralidade da demanda, os CAPS atuam divididos em modalidades, a saber: CAPS I, CAPS II e CAPS III, organizados de acordo com a estrutura e capacidade, além dos CAPS Infantil (CAPSi) e os CAPS Álcool e Drogas (CAPSad) (LEAL; ANTONI, 2013).

A atenção básica (AB), um dos principais componentes de atenção à saúde do SUS, também está incluída na lógica de assistência à saúde mental. A proximidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo preconizado na AB, com os núcleos familiares permite a criação de ações voltadas para a saúde mental que englobam desde a identificação do problema até o tratamento do transtorno e seus componentes físicos e subjetivos (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Outrossim, é a realização do acolhimento desses pacientes de forma assertiva, permitindo a criação de um vínculo que propicie uma melhor adesão às medidas terapêuticas (SOUZA; RIVERA, 2010).

Ademais, equipes de saúde da família bem capacitadas podem criar um fluxo de atendimento em sua rotina que englobe ações que fogem do contexto clínico e alcancem o cuidado integral do paciente com transtornos mentais, como visitas domiciliares e grupos de apoio (BRASIL, 2013). A ESF também conta com o apoio matricial para organizar ações em saúde mental além do auxílio do setor

especializado e demais serviços vinculados à rede, como o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Ainda em relação aos atendimentos prestados pela atenção básica em saúde mental, é necessário que a equipe de saúde realize o acolhimento e a assistência de forma ampliada, levando em consideração possíveis fatores de risco ou agravantes que estão presentes no contexto social do paciente. Características como o sexo, gênero, cor da pele, escolaridade e profissão podem ter relação íntima com a condição clínica apresentada pelo paciente e devem ser levados em conta pelos profissionais da unidade (BRASIL, 2013).

Transtornos mentais também devem ser pesquisados pela equipe de saúde mesmo quando o paciente não possui queixas relacionadas à temática. Crianças e adolescentes podem apresentar sinais de sofrimento psíquico e não se queixarem dos mesmos devido a fatores externos. Dessa forma, é de suma importância que a UBS colete informações além de sua estrutura, como dados escolares, hábitos de vida e contexto familiar (BRASIL, 2013).

Por fim, apesar da mudança positiva nos serviços prestados para o atendimento de pessoas com algum tipo de transtorno mental, é válido ressaltar que a rede ainda apresenta dificuldades para atender toda a demanda. Assim como todo o SUS, há dificuldades organizacionais e financeiras na rede de atenção à saúde mental. A falta de recursos acarreta no sucateamento das unidades e na falta de profissionais capacitados para exercer o cuidado. Tal fato culmina na sobrecarga de trabalho dos profissionais, baixa resolutividade das ações prestadas além de limitar o acesso da demanda aos serviços (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

## 5.2 A Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos pilares do SUS e tem como objetivo atender grande parte da demanda em saúde por meio de instrumentos e técnicas acessíveis a toda a população. O modelo serve de porta de entrada para o sistema de saúde público e, segundo levantamento do Ministério da Saúde em 2019, está presente em aproximadamente 74% do território brasileiro (BRASIL, 2019).

É de responsabilidade da APS, segundo a Política Nacional de Atenção Básica - (PNAB) publicada em 2017 — prestar assistências em saúde “individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde [...]”. (BRASIL, 2017).

No que tange a organização das ações, a AB atua seguindo as mesmas diretrizes e princípios do SUS, incorporando também a regionalização e a territorialização. Tais conceitos são de suma importância para a prestação de serviços pela APS, uma vez que há no Brasil diferenças no âmbito financeiro, social e cultural em cada região. Logo, cada unidade de saúde deve organizar-se de forma a contornar os desafios e solucionar os problemas endêmicos de sua região adstrita (CARVALHO *et al.*, 2018).

Desde sua concepção e implementação no final do século passado, a APS gerou importantes mudanças no contexto de saúde pública brasileira. As mais de 40 mil equipes de saúde atuantes no país fizeram com que indicadores de mortalidade precoce, mortalidade infantil e desnutrição sofressem reduções em seus níveis. Ao mesmo tempo a cobertura vacinal, a realização de exames preventivos para câncer de colo de útero e de mama aumentou relativamente em relação ao período anterior à APS (FACCHINI; TOMASI; DILELIO, 2018).

Outros avanços importantes trazidos pela APS, especialmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), preconizada atualmente na AB, são o acolhimento e a ação dos agentes comunitários em saúde (ACS). Tais ferramentas auxiliam na captação das demandas em saúde locais e também permitem uma maior resolutividade das mesmas, posto que a criação de um vínculo com a população em conjunto com o conhecimento de suas inter-relações, facilitam a criação de soluções e a adesão dos pacientes às medidas propostas (SAMUDIO *et al.*, 2017; BERNARDES; PELLICCIOLI; MARQUES, 2013).

É importante mencionar o apoio matricial, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e também dos outros níveis de atenção do sistema de saúde que a APS recebe. Através dessas assistências, a APS consegue proporcionar a integralidade e a longitudinalidade dos cuidados em saúde para os pacientes (BRASIL, 2017a).

Por fim, é válido ressaltar, porém, que apesar das conquistas realizadas pela implementação da APS bem como a expansão da ESF, avanços ainda são necessários. Problemas relacionados à estrutura das UBS, escassez de recursos e falta de corpo profissional ocorrem em todo o país. Ademais, ainda há falta de capacitação das equipes de saúde atuantes na AB bem como uma alta rotatividade dos profissionais que as compõe. Como consequência, há uma redução da demanda assistida pelos serviços prestados bem como na resolutividade dos mesmos (CARVALHO *et al.*, 2018; SOUZA; CALVO, 2016).

### 5.3 Transtornos de ansiedade

A ansiedade pode ser compreendida como uma sensação que ocorre quando o indivíduo é confrontado por alguma situação que o faz se sentir ameaçado ou despreparado para com a mesma. Trata-se então de uma ocorrência fisiológica cujas manifestações psíquicas mais comuns são o medo, preocupação, apreensão, insegurança e o desespero. Ademais, de acordo com o grau de ansiedade, a pessoa pode apresentar também sintomas somáticos como sudorese, taquicardia, tremores, atividade gastrointestinal entre outros (FORLENZA; MIGUEL, 2012).

As principais circunstâncias que evocam a ansiedade no cotidiano são aquelas em que o indivíduo não está habituado com o que irá ocorrer, como mudanças na rotina, trabalho ou em relacionamentos pessoais. Contudo, geralmente, após a passagem do evento, a ansiedade tende a cessar e ser menos recorrente à medida que a pessoa vivencia episódios semelhantes. No entanto, o sentimento de ansiedade pode ser considerado prejudicial quando é vivenciado sem que há uma prerrogativa ou quando esta não é compatível com nível de ansiedade apresentado (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Dados epidemiológicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre os transtornos de ansiedade apontam que a doença está presente em cerca de 3,6% da população mundial. Já no Brasil, país com maior índice de acometidos por transtornos ansiosos, aproximadamente 9,3% da população é afetada. Além dos males que estes transtornos trazem para a saúde do acometido, a ansiedade

também é responsável por gerar afastamentos laborais que acarretam em impactos negativos previdenciários e econômicos (FERNANDES *et al.*, 2017).

Os principais transtornos de ansiedade podem ser classificados como constantes, cujos sinais e sintomas ocorrem de forma perene, ou episódicos, que ocorrem em forma de crises agudas (DALGALARRONDO, 2008). Dentre os constantes está o transtorno de ansiedade generalizada (TAG). A pessoa acometida por essa síndrome normalmente refere que “se sente irritada e tem sintomas físicos, como inquietação, fadiga fácil e tensão muscular” (SANTA CATARINA, 2015a, p 1). Além disso, o paciente com TAG comumente relata dificuldades para se concentrar consoante à uma preocupação com seu bem-estar físico (SANTA CATARINA, 2015a).

O diagnóstico de TAG é clínico e deve ser feito mediante a uma avaliação minuciosa do médico se os sinais e sintomas que o paciente refere são compatíveis com o transtorno e excluem outras possíveis causas, como hipersensibilidade à fármacos ou uso de drogas psicoativas. Já o tratamento deve ser realizado com diferentes abordagens, a saber: psicoterapia e farmacoterapia. Ademais, a orientação de forma didática e o acompanhamento do profissional médico ou da equipe de saúde são indispensáveis para uma melhor adesão e eficácia das medidas terapêuticas (SANTA CATARINA, 2015a).

Dentre os transtornos mais prevalentes e que se apresentam de forma episódica, há a síndrome do pânico. Trata-se da ocorrência frequente de episódios agudizados de ansiedade com curto período de duração e sintomas somáticos intensos. Dentre as principais causas do transtorno estão experiências traumáticas vivenciadas pelo paciente, fatores socioeconômicos e ambientais (CARVALHO, 2011).

O paciente acometido comumente relata que, durante os episódios de pânico, apresenta uma sensação de agonia, falta de ar, taquicardia e vertigem que são justificadas pelo medo de ter uma parada cardiorrespiratória ou até mesmo uma síncope. Esses episódios podem ser ou não antecedidos por eventos que fazem o indivíduo ter a sensação de não possuir o controle da situação, como dirigir, permanecer em ambientes fechados ou em aglomerações (CARVALHO, 2011).

O tratamento da síndrome do pânico, assim como para a TAG, consiste em medidas terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas. É importante o diálogo com o paciente a fim de instruí-lo de que os sintomas apresentados durante a crise são causados pela própria ansiedade e não por demais causas que possam acarretar em danos físicos. Essa ilustração é importante uma vez que muitos acometidos pelo transtorno se isolam do convívio social por temer que os sintomas apareçam (CARVALHO, 2011).

É válido ressaltar também outras síndromes ansiosas comuns durante a prática clínica, como a mista de ansiedade e depressão e a ansiedade de origem orgânica. A síndrome mista de ansiedade e depressão trata-se de uma condição cujo paciente apresenta sintomas tanto ansiosos quanto depressivos. Contudo, não há elementos suficientes para que o mesmo seja diagnosticado somente com dos transtornos. Já a ansiedade de gênese orgânica é aquela em que o paciente apresenta um quadro ansioso secundário à outra doença. Neste último caso, além dos sintomas ansiosos, é comum que o indivíduo tenha flutuação de humor e irritabilidade (DALGALARRONDO, 2008).

Por fim, no que diz respeito à APS, é importante salientar que os transtornos ansiosos estão entre as principais doenças que causam os chamados sofrimentos mentais comuns. No entanto, é possível que o paciente esteja acometido não somente de um transtorno ansioso, mas sim de uma síndrome clínica mista. Dessa forma é necessário que o médico faça o diagnóstico diferencial para que o tratamento correto seja executado (BRASIL, 2013).

#### 5.4 Síndromes depressivas

Os transtornos depressivos tratam-se de condições que possuem como característica comum a alteração de humor do acometido. A mudança dessa função psíquica, uma das responsáveis pela experiência subjetiva, acarreta em modificações de comportamento, expressão de emoções e raciocínio (RUFINO et al., 2018). Além do rebaixamento do nível de humor, pacientes depressivos também podem apresentar “alterações do apetite, do sono, da atividade motora, cansaço, especialmente matutino, baixo conceito de si mesmo, baixa autoestima, sentimento

de culpa, dificuldades para pensar ou se concentrar, indecisão, ideias de morte e/ou de suicídio e tentativas de suicídio” (RUFINO *et al.*, 2018, p. 839).

A etiologia das síndromes depressivas possui diversos fatores como estímulos ambientais — traumas físicos ou psicológicos —, condições socioeconômicas ou até mesmo mudanças comportamentais (ESPÍRITO SANTO, 2018). A fisiopatologia da doença, por sua vez, parece estar intimamente ligada com alterações nos níveis de monoaminas, fatores neurotróficos ou endócrinos no organismo do acometido. Estes sítios de modificação, comumente são os alvos dos fármacos utilizados para o tratamento dos transtornos depressivos (KATZUNG; MASTERS; TREVOR, 2014).

Em relação à prevalência das síndromes depressivas, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) mais de 300 milhões de pessoas ao redor do planeta são acometidas pela doença (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018). Ademais, ainda segundo a OPAS, a condição é a principal responsável por incapacitação no mundo. No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional em Saúde, realizada em 2013, aproximadamente 9,7% dos brasileiros em idade adulta apresentam depressão (BARROS *et al.*, 2017).

No que diz respeito aos tipos de transtornos depressivos, a classificação é variada e leva em consideração aspectos como o tempo de duração do episódio, intensidade e as características apresentadas pelo acometido. Dentre os tipos mais comuns estão o transtorno depressivo maior, depressão bipolar, depressão psicótica, e depressão secundária (ESPÍRITO SANTO, 2018; SANTA CATARINA, 2015b).

O transtorno depressivo maior pode ser definido como aquele cujo episódio ocorre de forma primária e sem a presença de um componente maníaco, podendo ser classificado como leve, moderado ou grave. Já a depressão bipolar é aquela em que há a presença do componente maníaco, cujo paciente pode apresentar labilidade emocional e catatonia (QUEVEDO; NARDI; DA SILVA, 2019). A depressão psicótica, por sua vez, trata-se do transtorno em que há a ocorrência de sintomas psicóticos recorrentes. Por fim, a depressão secundária, também chamada de orgânica, é aquela em que o transtorno é causado devido à outra condição clínica, como disfunção hormonal, quadros anêmicos, lesões no sistema nervoso entre outras (ESPÍRITO SANTO, 2018).

O diagnóstico de depressão é clínico e deve ser realizado mediante à avaliação dos sintomas que o paciente apresenta, a cronologia dos mesmos e também verificando se há possibilidade de que sejam secundários à outra condição. Além disso, é importante que o médico leve em conta aspectos como a idade, sexo e condições especiais — como gravidez ou doença física — posto que os sintomas apresentados podem ser diferentes de acordo com cada grupo (RUFINO *et al.*, 2018; SANTA CATARINA, 2015b).

O tratamento varia de acordo com o nível de depressão apresentado pelo paciente e, de forma geral, é realizado com a administração de fármacos, principalmente antidepressivos. Vale ressaltar que a prescrição medicamentosa deve ser cuidadosa e acompanhada pelo médico a fim de evitar seu uso indiscriminado pelo paciente. A psicoterapia também pode ser utilizada como medida terapêutica principalmente em casos mais leves ou com a apresentação de sintomas subliminares (RUFINO *et al.*, 2018; SANTA CATARINA, 2015b).

A demanda de pacientes com suspeitas de transtornos depressivos, de acordo com a lógica do SUS, pode ser recebida em unidades básicas de saúde (UBS), centros ambulatoriais, hospitais da rede, CAPS e unidades de pronto atendimento (UPA). No entanto, preconiza-se que o atendimento seja realizado preferencialmente pelos pontos pertencentes à atenção primária, devido à sua lógica de funcionamento que permite um acolhimento mais assertivo bem como o acompanhamento do paciente, facilitando assim o processo terapêutico (SANTA CATARINA, 2015b).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Após obtenção dos resultados do diagnóstico situacional na nossa área de abrangência e reunião em equipe, dos cinco problemas mais prevalentes em nosso meio, deu-se destaque para os problemas enfrentados no âmbito de saúde mental. Os dados dos últimos dois meses registrados na UBS mostraram que cerca de 50% dos atendimentos são relacionados à saúde mental. E um ponto alto em relação aos problemas de saúde mental é que eles afetam a totalidade da população: mulheres, homens, ricos, pobres, jovens, idosos, crianças e adolescentes.

Assim, verificamos, ainda, que o grande número de portadores de doença mental, apresentam sintomas de ansiedade e depressão.

### 6.2 Explicação do problema (quarto passo)

Em estimativa feita pela equipe nos últimos dois meses, vimos que aproximadamente 50% dos pacientes em consultas médicas na unidade, possuem algum transtorno/queixa relacionado à ansiedade e depressão. Dessa forma, a abordagem da ansiedade e depressão foi então selecionada como prioridade porque advém, dentre outras, de condições de grande prevalência na nossa área e tratam-se de condições passíveis de intervenção com boa perspectiva de melhoria. Com o trabalho pretendo conseguir reduzir os níveis de ansiedade e depressão na comunidade da Colônia do Marçal e propor uma melhor qualidade de vida aos usuários.

Os transtornos de ansiedade generalizada são frutos, principalmente, do estilo de vida moderno, onde a cobrança é exagerada e o nível de estresse é alimentado dia após dia. Quanto maior a variação das circunstâncias de vida sobre as quais a pessoa se preocupa (p. ex., finanças, segurança dos filhos, desempenho no trabalho), quanto maior a incapacidade da pessoa de relaxar, mais provavelmente seus sintomas satisfazem os critérios para transtorno de ansiedade generalizada. Quando levamos tudo isso ao extremo, somamos sintomas físicos (fadiga, distúrbios do sono, irritabilidade) e prejuízo relacionado ao funcionamento social, profissional ou

em outras áreas importantes de vida temos a bola de neve criada pela ansiedade generalizada, que acaba por comprometer significativamente a qualidade de vida do portador da doença. Trata-se de um problema decorrente de um somatório de outros problemas.

A Depressão produz alteração do humor caracterizada por uma tristeza profunda, associada a sentimentos de dor, amargura, desencanto, desesperança, baixa autoestima e culpa, assim como a distúrbios do sono e do apetite. As condições de vida, trabalho, estilo de vida, alimentação, acesso à espaços de lazer, acesso à informação, o ambiente familiar e habitacional e as relações humanas são variáveis que podem desencadear o surgimento de problemas de saúde mental.

### 6.3 Identificação dos nós críticos (quinto passo)

Diante da descrição e explicação do problema e analisando com a equipe essa situação, vemos que os nós críticos dos distúrbios mentais em nossa área são:

- Nível de informação deficitário
- Hábitos e estilos de vida inadequados
- Incapacidade de relaxar
- Pressão social

### 6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Por fim chegamos ao ponto de pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação com a finalidade de enfrentar e impactar os nós críticos previamente descritos.

**Quadro 2-** Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Ansiedade e Depressão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 902 da Colônia do Marçal, do município de São João Del Rei, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico 1</b>	Nível de informação deficitário
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Realizar palestras e informativos à população, de forma específica e objetiva, com intuito de motivar e orientar todos os possíveis fatores de risco na gênese da ansiedade e depressão e os desfechos das doenças.
<b>6º passo: projeto</b>	<b>Informe-se</b>
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Comunidade instruída para o entendimento e enfrentamento dos transtornos mentais mais comuns.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Campanhas educativas em rádios, escolas e na ESF. Palestras com especialistas convidados de forma sistemática
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Organizacionais: Organizar a agenda da equipe;  Políticos: Educação e mobilização social em parceria para andamento do projeto;  Financeiros: Recursos para panfletagem, folhetos informativos e pôsteres.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Financeiros: recursos para panfletagem, folhetos informativos e pôsteres.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	O controle dos recursos será feito pela secretaria de saúde do município. Será apresentado o projeto à cúpula do poder executivo da saúde local.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	O acompanhamento do plano será feito pela equipe de saúde 902 e o prazo para a implantação do projeto é de 2 meses após a aprovação do mesmo.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	A avaliação das ações será feita de forma bimestral pela eSF 902 da Colônia do Marçal através de questionários para acompanhar a eficácia das ações.

**Quadro 3**– Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Ansiedade e Depressão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 902 da Colônia do Marçal, do município de São João Del Rei, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico 2</b>	Hábitos e estilo de vida inadequados
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Aumentar a capacidade da população de entender a importância de bons hábitos para a saúde física e mental.
<b>6º passo: projeto</b>	<b><i>Colhemos o que plantamos</i></b>
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Cidadãos conscientes da importância da prática de bons hábitos de vida para evitar e tratar transtornos de ansiedade e/ou depressão.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Mostrar na prática os exemplos de pacientes locais que conseguiram mudar suas vidas a partir da prática de bons hábitos. Campanhas educativas, programas de atividades físicas e boa alimentação.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Organizacionais: Organizar a agenda da equipe; Utilização de estruturas físicas para a prática de atividades; Cognitivo: Conhecimento acerca do tema abordado; Financeiro: Melhoria dos espaços e equipamentos para execução das atividades.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Financeiros: recursos para melhoria dos locais de atividade e aquisição de equipamentos para a execução das atividades.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	O controle dos recursos será realizado pela Secretaria Municipal de esporte e lazer de São João del Rei.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Os responsáveis pela implementação do plano serão os profissionais da equipe de saúde da UBS 902 da Colônia do Marçal juntamente com educador físico. O prazo de início é de 2 mês.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	A avaliação do desempenho das ações será realizada através das consultas com os pacientes e reuniões com o educador físico.

**Quadro 4** – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Ansiedade e Depressão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 902 da Colônia do Marçal, do município de São João Del Rei, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico 3</b>	Incapacidade de relaxar
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Melhorar a capacidade de alívio das tensões, relaxamento e autoconhecimento da população.
<b>6º passo: projeto</b>	<b><i>Tire um tempo para você.</i></b>
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Instruir a população sobre como combater os principais gatilhos da ansiedade generalizada e depressão.  População aderindo ao relaxamento orientado
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Oficinas de mindfulness; Programa de criação de espaços de lazer;  Programa de atividades recreativas.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Organizacionais: Utilização das estruturas físicas disponíveis, recursos humanos para organizar atividades de lazer;  Financeiros: Contratação de profissionais capacitados para o desenvolvimento das atividades;  Políticos: Engajamento conjunto com o setor da saúde e liberação de verbas para atender às necessidades.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Político: maior engajamento com o setor de saúde para a promoção das atividades;  Financeiro: contratação de profissionais para a coordenação das atividades.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	A coordenação e controle dos recursos ficará a cargo da Secretaria de esporte e lazer do município de São João del Rei.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	O acompanhamento do plano fica a cargo dos profissionais que ministrarão as atividades. O prazo para implantação é de 4 meses.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	A avaliação das ações será feita através de avaliações durante e ao final do curso pelos ministradores bem como por questionário de qualidade aplicado aos pacientes.

**Quadro 5**– Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ Ansiedade e Depressão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 902 da Colônia do Marçal, do município de São João Del Rei, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico 4</b>	Pressão social
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Promover melhoria na oferta de emprego e idealizar atividades produtoras de renda. Diminuir o grau de estresse gerado pelas cobranças.
<b>6º passo: projeto</b>	<i>Viva bem.</i>
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Promoção de uma maior abrangência e incentivo às atividades autônomas; Melhorar a aceitação e capacitar a população para lidar com os problemas cotidianos.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Palestras motivacionais; Programas de geração de emprego e renda; Oficinas de atividades produtoras de renda e capacitações.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Político: Maior envolvimento e entendimento da situação atual;  Organizacional: Selecionar profissionais capacitados para as palestras;  Elaboração de projetos resolutivos acerca do problema;  Financeiros: Financiamento dos projetos.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Político: decisão de ampliar os movimentos em melhoria da oferta de emprego; Financeiro: financiamento dos projetos.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	A coordenação e controle dos recursos ficará a cargo da Prefeitura Municipal de São João del Rei.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	O acompanhamento das ações ficará a cargo da Prefeitura Municipal de São João del Rei. O prazo para início das atividades é de 12 meses.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	A avaliação das ações será feita através de reuniões das equipes de saúde do município com o poder executivo local para averiguar o desempenho das atividades e possíveis ajustes.

Fonte: Próprio Autor, 2020.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se então, a partir do estudo realizado, que a implantação de ações de prevenção, cuidados e instrução sobre os transtornos de ansiedade e depressão para a comunidade, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 902 da Colônia do Marçal, pode acarretar em benefícios diretos para a saúde mental e física da população. Os projetos podem contribuir para aperfeiçoar o autocuidado em saúde mental realizado pela comunidade bem como incentivar a participação da mesma a aderir às medidas de prevenção e tratamento para as síndromes ansiosas e depressivas.

Além disso, a implementação das medidas propostas no plano pode gerar melhorias na assistência em saúde mental realizada na UBS da Colônia do Marçal, uma vez que ocorrerá a capacitação e organização do atendimento visando efetivar os projetos aqui idealizados. Outrossim, é o aumento da resolutividade dos casos de depressão e ansiedade que a demanda comunitária apresenta, visto que os projetos atingem pontos importantes para o tratamento dessas condições.

Outro resultado esperado com a realização das operações propostas no plano é a melhoria da comunicação entre os diferentes pontos da rede primária e matricial presentes no município. Tal fato seria resultado da colaboração entre os setores de saúde para a elaboração das medidas de cada projeto. Ademais, estas medidas vão de encontro com o princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde.

Por fim, outra contribuição que implementar as ações pode acarretar é o incentivo à novos projetos para a assistência em saúde mental nos demais pontos de atenção primária do município de São João Del Rei e região.

## REFERÊNCIAS

BARROS, M.B.A. *et al.* Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. **Rev. Saúde Pública** São Paulo, v. 51, supl. 1, 8s. 2017 Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rsp/2017.v51suppl1/8s/pt>>. Acesso em: 11 jul. 2020

BERNARDES, A. G.; PELLICCIOLI, E. C.; MARQUES, C. F. Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2339-2346, ago. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000800018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 maio 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800018>.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 06 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **e-Gestor AB**: informação e gestão da atenção básica, 2019. Cobertura da atenção básica. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=YXw76KDO0rh7j07opB1mOdhA>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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). **Diário Oficial da União**. 183, ed. Seção: 1, p.6 Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 26 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf) > Acesso em: 07 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)> Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de

06 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <<http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, OPAS. Brasília, nov. 2005. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 06 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Saúde Mental. **Cadernos HumanizaSUS**, volume 5, saúde mental, Brasília, Ministério da Saúde. 2015. ISBN 978-85-334-2223-0. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_volume\\_5.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf)>. Acesso em: 07 jul. 2020.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; 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: 13 de junho 2019.

CARVALHO, F. L. **Síndrome do pânico: uma psicopatologia contemporânea**. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Estácio de Sá, Recife, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/sindrome-do-panico-uma-psicopatologia-contemporanea-\[104-071011-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/sindrome-do-panico-uma-psicopatologia-contemporanea-[104-071011-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2020.

CAVALCANTI, M. T. Perspectivas para a política de saúde mental no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00184619, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001300201&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300201&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 jul. 2020. Epub Oct 31, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00184619>.

CARVALHO, B. R. *et al.* Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 462-469, Dec. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2018000400462&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000400462&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 maio 2020. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800040471>

COSTA, P. H. A.; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3243-3253, Oct. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001003243&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003243&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>

COSTA MELO, A.M. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil/Notes about the psychiatric reform in Brazil. **Cad Bras Saúde Mental**. Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012. Disponível em: <

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68692/0>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde. Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde. 2018. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental**. Vitória, 2018. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2020.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILELIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 208-223, Sept. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 maio 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>.

FERNANDES, M.A. *et al.* Prevalence of anxiety disorders as a cause of workers' absence. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 5, p. 2213-2220. Acesso em: 10 jul. 2020.

FORLENZA, O. V., MIGUEL, E. C.(ed.) **Compêndio de Clínica Psiquiátrica** São Paulo: Manole, 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@são-joão-del-rei**. Brasília, [online], 2019 Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-joao-del-rei/historico/>>. Acesso em: 4 maio 2020

KATZUNG, B.G.; MASTERS, S.B.; TREVOR, A.J. **Farmacologia Básica e Clínica**. 12 ed. Rio de Janeiro. McGraw-Hill,2014. 1228 p.

LEAL, B. M.; ANTONI, Clarissa De. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersectorialidade. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 87-101, abr. 2013.. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?03942013000100008&lng=pt&nrm=iso>>. Acessos em 07 jul. 2020.

MOREIRA, J.K.P. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J. bras psiquiatr**. Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 221-226, 2011

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Depressão: Folha informativa - Depressão. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE

(Brasil). **Depressão**. [S. l.], 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5635:fo-lha-informativa-depressao&Itemid=1095](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:fo-lha-informativa-depressao&Itemid=1095). Acesso em: 9 jul. 2020.

QUEVEDO J.; NARDI, A.E.; DA SILVA A.G. **Depressão: teoria e clínica**. 2 ed., Porto Alegre: Artmed, 2019.

RUFINO, S. *et al.* **Revista Saúde em Foco**, [s. l.], ed. 10, p. 837-843, 2018. Disponível em: <http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2020.

SÃO JOÃO DEL REI. Prefeitura Municipal de São João del Rei. **Panorama**. ,2019. Disponível em: <[www.saojoaodelrei.mg.gov.br](http://www.saojoaodelrei.mg.gov.br)>. Acesso em: mar. 2020.

SAMUDIO, J. L. P. *et al.* AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: MULTIPLICIDADE DE ATIVIDADES E FRAGILIZAÇÃO DA FORMAÇÃO. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 745-769, Dec. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462017000300745&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000300745&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 maio 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o acolhimento e o tratamento de transtornos de ansiedade generalizada**. 2015a. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9217-ansiedade-generalizada/file>>. Acesso em: 09 jul. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para a abordagem e o tratamento de transtornos depressivos**. 2015b. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9191-transtornos-depressivos-clinico/file>>. Acesso em: 09 jul. 2020.

SANTOS-VELOSO, M. A. O. *et al.* Prevalence of depression and anxiety and their association with cardiovascular risk factors in Northeast Brazil primary care patients. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 65, n. 6, p. 801-809, jun. 2019.

SOUZA, T. T.; CALVO, M. C. M. Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 976-987, Dec. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000400976&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000400976&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 maio 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016163089>.

SOUZA, Â. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.** v.4, n.1, p. 105-14, 2010. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2020.

TAVARES, R. C.; SOUSA, S. M. GOs Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 33, n.82, p. 252-263, 2009. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341771008.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, Dec. 2015. Acesso em: 8 jul. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>>. Epub 21 Ago 2015. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>.