

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

YADIRA PLACENCIA PUPO

**ALTA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO ADSCRITA
DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA INTEGRAÇÃO DO MUNICÍPIO
DE LAGOA DOURADA, MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS

2016

YADIRA PLACENCIA PUPO

**ALTA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO ADSCRITA
DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA INTEGRAÇÃO DO MUNICÍPIO
DE LAGOA DOURADA, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Viviane Helena de França.

JUIZ DE FORA/ MINAS GERAIS

2016

YADIRA PLACENCIA PUPO

**ALTA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO ADSCRITA DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA INTEGRAÇÃO DO MUNICÍPIO DE
LAGOA DOURADA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora Dra. Viviane Helena de França – Orientadora (Colaborador externo)

Professora Dra. Maria Edna Bezerra da Silva- UFAL.

Aprovado em Belo Horizonte, 08 de julho de 2016.

DEDICATÓRIA

À equipe e população assistida pela Estratégia Saúde da Família (ESF) Integração, pessoas essas que há mais de um ano fazem parte da minha vida.

A minha família, meu filho, pelo incentivo e apoio em todos os momentos da minha formação.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus pelo dom da vida e pelo ato de curar.
Agradeço à minha família e amigos pelo incentivo, compreensão e apoio em todos os momentos de que precisei.

A compaixão transforma o mundo:

"Melhorar o mundo é melhorar os seres humanos. A compaixão é a compreensão da igualdade de todos os seres, é o que nos dá força interior. Se só pensarmos em nós mesmos, nossa mente fica restrita. Podemos nos tornar mais felizes e, da mesma forma, comunidades, países, um mundo melhor. A medicina já constatou que quem é mais feliz tem menos problemas de saúde. Quando cultivamos a compaixão temos mais saúde."

Dalai Lama

RESUMO

Os sintomas depressivos são altamente prevalentes, principalmente em serviços de cuidados primários de saúde, caracterizados por sentimentos de tristeza ou vazios como episódios patológicos no quais existem perdas de interesse ou prazer, distúrbios do sono e apetite, retardo motor, sensação de fadiga ou perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado, sentimentos de inutilidade ou culpa, e distúrbios cognitivos provocando sérios prejuízos nos sujeitos, os quais não são submetidos ao tratamento. Com vistas a alcançar uma adequada adesão ao tratamento medicamentoso pelos usuários com depressão maior, atendidos pela Unidade Básica de Saúde "Integração" do município de Lagoa Dourada- Minas Gerais, foi elaborado um projeto de intervenção. Para identificar os fatores que interferem no comportamento da não adesão das pessoas com depressão ao regime terapêutico dessa área de abrangência, foi realizado um diagnóstico situacional, o qual permitiu definir o problema prioritário a ser trabalhado nessa proposta de intervenção. Assim para a construção do Plano de Intervenção foram utilizados o método do Planejamento Estratégico Situacional e uma revisão da literatura científica sobre essa temática por meio da busca de referências bibliográficas junto à Biblioteca Virtual em Saúde. Primeiro foram identificados os nós críticos do problema e, posteriormente, elaboradas as estratégias de intervenção correspondentes. Espera-se possibilitar o desenvolvimento de novas competências profissionais, definindo o fluxo adequado de cuidado e das ações preventivas pelos serviços de saúde, bem como aumentar a qualidade de vida das pessoas com transtornos depressivos

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Depressão.

ABSTRACT

Depressive symptoms are highly prevalent, especially in primary health care services, featured by feelings of sadness or emptiness as pathological episode in which there is loss of interest or pleasure, sleep and appetite disturbances, motor retardation feeling fatigue or loss of energy, characterized by complaints of fatigue, self-injuries of worthlessness or guilt cognitive disorders, causing serious losses in subjects who are not undergoing treatment. With a view to achieve proper adherence to drug treatment by users with major depression, in the Unidade de Saúde Básica "Integração" the municipality of Lagoa Dourada-Minas Gerais was elaborated a project of intervention. to identify the factors involved in the behavior of the non-adherence of people with depression to the treatment regimen of area covered, it was conducted a situational analysis that defines the priority problem to be developed in this proposed intervention. for the construction of the intervention plan they were used the method of situational planning and a revision of narrative literature held in databases of Virtual Library in pay up. First they were identified non critical the problem and subsequently made proposals corresponding intervention. It is expected to enable development of new professional competence setting the proper flow of care and preventive actions by health service, in addition to increasing the quality of life of people with depressive disorders.

Keywords: Depression, Mental disorders, Primary health care, Therapeutic Adhesion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde.

APS - Atenção Primária à saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

PA - Pronto Atendimento

PES - Projeto de estimativa simplificada

SIAB - Sistema de informação de atenção básica

TMC - Transtorno Mental Comum

TMM - Transtorno Mental Maior

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

OMS- Organização Mundial da Saúde.

SUMÁRIO

1	Introdução.....	11
2	Justificativa.....	17
3	Objetivos.....	19
4	Metodologia.....	20
5	Revisão da literatura.....	22
6	Proposta de intervenção.....	29
7	Considerações finais.....	37
	Referências.....	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Histórico, localização e características do município de Lagoa Dourada

Lagoa Dourada é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Cidade histórica do Campo das Vertentes, é cortada pela Estrada Real em seu perímetro urbano. Na zona rural são preservados os marcos de seu passado.

Sua população estimada em 2015 era de 12.938 habitantes. A sede do município de Lagoa Dourada é cortada pela BR-383, sendo localizada entre os municípios de Entre Rios de Minas e São João Del Rei. Lagoa Dourada possui uma diversidade ecológica grandiosa, com uma biodiversidade representativa de alguns ecossistemas importantes do bioma Mata Atlântica e Cerrado. No seu relevo, formado pelas serras do complexo da Mantiqueira, observa-se uma vegetação de cerrado, com a presença de campos limpos nas partes mais altas (IBGE 2015).

Lagoa Dourada foi um dos primeiro núcleos mineradores de ouro, nos primórdios da colonização de Minas Gerais, no início do século XVIII. Um erro cometido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) desde o ano de 1959 tem desvirtuado a verdadeira história da fundação do município de Lagoa Dourada). Na Revista “Brasileira dos Municípios Brasileiros”, volume XXV, página 419, o IBGE faz a citação de que um bandeirante chamado Oliveira Leitão teria descoberto Lagoa Dourada.

O bandeirante Antônio de Oliveira Leitão, filho de importantes famílias de São Paulo, foi a figura proeminente na política de Minas Gerais, tendo ocupado cargos de coronel de cavalaria e juiz da comarca de São João Del Rei, merecendo mesmo um artigo publicado pelo eminente historiador Theophilo Feu de Carvalho nos Anais do Museu Paulista – tomo 4 em 1931.

A cidade de Lagoa Dourada se encontra localizada a 150 Km de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais; a 250 Km de Juiz de Fora, cidade polo e referência regional no estado, na qual se encontra também a Gerência Regional de Saúde (GRS), e a 35 Km das cidades históricas de São João Del Rei e Tiradentes.

O município apresenta altitudes compreendidas entre 920 e 1.247 metros acima do nível do mar, sendo a altitude média de 1.080 metros. O clima típico é o tropical com precipitações pluviométricas em torno de 1.250 mm anuais e

temperaturas médias de 20° C com variações entre 13° e 26° graus no intervalo e verão, respectivamente. A sua localização geográfica é de 20 graus, 54 minutos e 49 segundos de latitude oeste (IBGE, 2010).

A estação chuvosa se concentra nos meses de novembro a abril e a estação seca entre os meses de maio a setembro. A umidade relativa do ar permanece acima de 80% nos meses de verão e cai abaixo dos 70% nos meses de inverno, nos meses de agosto a setembro a umidade relativa se torna a mais baixa do ano.

A área total do município é de 476.874 km², com uma concentração populacional de 25.71km² por habitante. O número aproximado de domicílios são 2.084, sendo 10.557 famílias.

As principais atividades econômicas são a agropecuária e a indústria. A região possui uma boa rede hidrográfica, com inúmeros cursos de água perenes, sendo os principais cursos de água o Rio Carandaí, o Rio Brumado, Ribeirão, Curralinho, Ribeirão Cantagalo Ponte Nova, tributários das bacias dos rios Paraná, ao sul, e do Rio São Francisco, ao norte.

1.2 Serviços de saúde de Lagoa Dourada

O Município conta no total com cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo a UBS Vereador Jesus Rosa de Melo, e a UBS Dr. Ludgero Ferreira Lopes, a qual abriga uma Estratégia Saúde da Família (ESF) no Bairro Bom Jesus. Além dessas, o município conta também com as duas UBS Rurais devidamente adequadas e equipadas, situadas nos Distritos de Arame e Laranjeiras. Estas unidades de saúde são os locais nos quais o usuário recebe o primeiro atendimento; esses serviços são responsáveis pela prevenção e tratamento das doenças. Para isso, existem programas direcionados à Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e Gestantes, Crianças, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental e Saúde Bucal. Por meio desses programas, com a atuação da equipe médica, farmacêutica, de enfermagem, assistência social e dos agentes comunitários de saúde (ACSs) são desenvolvidas as ações de promoção e recuperação da saúde.

Conta ainda com uma Base do SAMU com uma USB – Unidade de Suporte Básico, e uma Farmácia da Rede Farmácia de Minas.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) está incluída na atenção básica e se encontra presente em 30% das unidades. A primeira unidade de saúde de Lagoa Dourada foi implantada em 2004, no bairro Bom Jesus. Cada equipe de saúde da família fica responsável por atender uma população de 4.000 usuários, em um território definido espacialmente no município, tendo por dever diagnosticar os principais problemas de saúde das comunidades e traçar estratégias específicas para todas as regiões. A abordagem do usuário é realizada dentro do núcleo da família e da comunidade por uma equipe interdisciplinar.

A magnitude dos problemas de saúde da população faz com que a Estratégia Saúde da Família procure implantar e implementar redes de assistência integrada e intersetorial que contemplem as necessidades de cada área adscrita. É visando melhorar as condições de vida e promoção geral da saúde, que podemos citar como exemplo o apoio da Equipe de Saúde da Família ao prestar cuidados junto aos pacientes portadores de depressão (BRASIL, 2004).

Além da estigmatização desta clientela podemos observar dificuldades no acesso ao serviço de saúde e na estruturação, em especial da saúde mental, para que a população tenha o apoio que necessita.

Estes grupos são excluídos do atendimento, ao serem afastados dos serviços de saúde, pois algumas vezes não se tem profissional treinado para prestar os cuidados básicos ao paciente e o seu encaminhamento para o tratamento específico.

Os serviços de média e alta complexidade são encaminhados conforme a cobertura e acesso via Pactuações da PPI (Programação Pactuada Integrada) vigente e através do consórcio de municípios Cisver.

Os municípios programados na PPI para atendimento à média e alta complexidades são: Belo Horizonte, Barbacena, Barroso, Nazareno, Resende Costa e São João del Rei. Atendendo a Deliberação CIB/SUSMG de Maio/2010 foram aprovadas, para reprogramação dos serviços de média complexidade 04 clínicas com atendimento especializado em clínica médica, cirúrgica, pediátrica e obstétrica. Já o fluxo dos encaminhamentos para os serviços de alta Complexidade é realizado por uma comissão gestora da PPI, a qual faz o controle das cotas de vagas para atendimento de acordo com as demandas por cada microrregião.

Sobre os programas de saúde relacionados aos serviços da Atenção Básica, o município conta com 4 Unidades Básicas de Saúde, um médico pediatra, um

ginecologista e obstetra, um fisioterapeuta, um psicólogo, três dentistas, um farmacêutico e 53 profissionais de suporte (técnicos de enfermagem, recepcionistas, auxiliares de serviços gerais, motoristas, etc).

Lagoa conta com o serviço de tele-saúde essa tecnologia permite através de um software específico, a realização e o envio de eletrocardiogramas dos pacientes com suspeita de doenças cardio vasculares em tempo real para um dos polos instalados nas universidades onde estão os cardiologistas de plantão. O Sistema permite ainda teleconsultorias enviadas pelo ESF.

O NASF é entendido como uma potente estratégia para ampliar a diversidade das ações das ESF (Equipes de Saúde da Família), bem como sua resolutividade, uma vez que promove a criação de espaços para a produção de novos saberes e ampliação da clínica. Tem como “modus operandi” o apoio matricial para atuarem em parceria com os profissionais das ESFs, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESFs, no qual o NASF está cadastrado.

Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema de saúde local para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família.

Tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende por meio das ações da ESF.

Hoje o município conta com 3 profissionais do NASF:

- Psicólogo
- Fisioterapeuta
- Nutricionista

O Município integrou a Rede Nacional de Promoção, Prevenção de Agravos Não Transmissíveis (DANT) em 2009, de acordo com a Portaria nº 2.981 de 09 de dezembro de 2008, para estimular a realização da prática corporal e atividades físicas pela população.

Apesar do encerramento desse Projeto pelo Ministério da Saúde, o projeto “Agita” que foi implantado em Lagoa Dourada, devido aos estímulos dessa rede nacional, permanece ainda no município a realização de atividades junto às equipes da ESF que buscam promover melhorias nas condições de saúde dos pacientes atendidos nesses serviços. O Projeto DANT promove atividades físicas direcionadas aos grupos de hipertensos e diabéticos, visando alcançar melhoria da qualidade de vida dos participantes, redução dos índices de acometimento nos atedimentos de

prevenção secundária, melhoria na participação da população local em atividades físicas e de saúde mental, e redução dos índices de morbimortalidade no município, a longo prazo.

1.3 Principais problemas de saúde da população de Lagoa Dourada

Os pacientes de Lagoa Dourada que apresentam sofrimento mental, quando precisam de hospitalização ou de acompanhamento diferenciado por situações especiais, são encaminhados para o município de São João del Rei. Esse município pólo oferece atendimento a tais pacientes junto ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS devem prestar atendimento individual, medicamentoso, psicoterápico, grupal, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e socioterápicas, associadas às visitas domiciliares e os atendimento à família, enfatizando na terapêutica a integração do paciente junto ao seu meio social (BRASIL, 2001).

Além disso, existe na região de Lagoa Dourada uma grande procura dos pacientes pelos serviços de saúde na tentativa de realizarem a troca de suas receitas médicas, as quais foram prescritas por outros especialistas, que, na maioria das vezes, não são psiquiatras, mas clínicos, cardiologistas ou outros especialistas. Esse fato favorece, na maioria das vezes, o abandono precoce do tratamento por tais pacientes.

Segundo a propostas aprovadas na “7ª Conferencia Municipal de Saúde”, existe a demanda local para contratação de mais um psicólogo junto aos serviços de saúde mental, com objetivo de melhorar o atendimento ofertado em Lagoa Dourada, e aumentar a adesão da população de participar dos grupos de saúde mental.

1.4 Diagnóstico Situacional no âmbito da Saúde Mental pela ESF Integração

Com a realização do diagnóstico situacional junto ao território de atuação da Equipe de Saúde da Família Integração foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados nessa área de abrangência. Nessa análise situacional, foram identificados os dados do Ministério da Saúde e da própria prefeitura de Lagoa Dourada referentes aos atendimentos no âmbito da Saúde Mental.

Quadro 1- Registros dos atendimentos de saúde mental prestados pela ESF Integração do Município de Lagoa Dourada, Minas Gerais- 2015

Indicadores	Atendimentos
Depressão	421
Ansiedade	122
Esquizofrenia	98
Transtornos de sono	262
Transtorno bipolar	89

O problema de maior relevância observado pela Equipe de Saúde Integração foi, portanto, o número considerável de pessoas com depressão sem apresentarem a devida adesão terapêutica ou abandono precoce do tratamento já que muitos desses pacientes se esquecem das recomendações sugeridas pelos profissionais e não aderem ao uso da medicação antidepressiva, consistindo tal situação em um fator de risco grave, o qual contribui para a recidiva da doença; e ainda pode resultar em aumentos dos sinais e sintomas depressivos desnecessariamente, o que poderia ser evitado. A descompensação dessa doença é um grave problema de saúde pública, pois poderá incluir consequências diversas, dentre as quais se inclui até mesmo a possibilidade de óbito do paciente devido a tentativas de suicídio.

2. JUSTIFICATIVA

Os transtornos de saúde mental são um dos problemas prioritários diagnosticados na área de abrangência da ESF Integração, pois apresenta uma prevalência de 9%, a qual é muito próxima da média de casos apresentada no país (10%). Dentre os transtornos de saúde mental, a depressão corresponde a 6,1% das ocorrências, que acometem principalmente mulheres, sendo o restante desses transtornos somatoformes (4%) ou devido ao uso nocivo e a dependência de álcool. As mulheres apresentam maior fator de risco para qualquer tipo de transtorno mental que não seja psicótico (CUNHA; GANDINI, 2009).

A maioria dos pacientes com transtornos mentais, particularmente aqueles com transtornos de depressão e ansiedade, assistidos pela equipe de medicina da família, apresentam dificuldades para dormir, e geralmente são consumidores de algum tipo de droga para o sono, principalmente os denominados benzodiazepínicos (AUCHEWSKI, 2004).

A ESF Integração participou da análise dos problemas identificados nessa área de abrangência de Lagoa Dourada, e assim considerou que em nível local os recursos humanos e materiais disponíveis no serviço de saúde são suficientes para realizar um Projeto de Intervenção direcionado ao enfrentamento deste problema, se adequando ao presente trabalho enquanto uma proposta de intervenção viável e coerente para esse contexto.

Para Barros (2011) a depressão é a principal causa de incapacidades, e a segunda causa da perda de anos de vida saudáveis dentre as 107 mais relevantes doenças e problemas de saúde no mundo.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que, nos próximos 20 anos, a depressão deve se tornar a doença mais frequente no mundo, e afetar a maior parte das pessoas acometidas por outro qualquer problema de saúde, concomitantemente. A depressão é a doença que irá gerar os mais altos custos econômicos e sociais para os governos, devido aos gastos dispensados para o tratamento da população acometida e às perdas em termos de sua produção e inclusão social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012) O transtorno depressivo apresenta uma elevada morbidade e mortalidade.

Todavia, no Brasil, a porta de entrada para se acessar o atendimento à depressão, pelos pacientes psiquiátricos que utilizam o Sistema Único de Saúde, são os serviços de atenção primária (KATON, 2003).

Desse modo, justifica-se a escolha do tema da depressão como fenômeno em estudo deste trabalho devido ao elevado número de pacientes apresentando transtorno psiquiátrico na área de abrangência da ESF Integração, sem que esses mantenham a adesão a terapêutica prescrita.

Não existem dados estatísticos que mostrem a prevalência desse problema de não adesão ao tratamento da depressão nessa área de abrangência, mas pela elevada procura da população por tais atendimentos e de acordo com a realidade observada pode-se diagnosticar a relevância de tal doença na região.

A adesão ao regime terapêutico é um problema multifatorial e complexo, cujos preditores da adesão ou não adesão são graves fatores para o sucesso, destacando-se desde os fatores de risco individuais aos ambientais presentes nesse contexto.

Os estudos existentes sobre a problemática da adesão terapêutica, no caso da depressão, evidenciam que um dos principais problemas com os quais o Sistema Nacional de Saúde se depara é o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, culminando em conseqüências que se refletem tanto na mobilidade quanto nas taxas de morbidade e mortalidade desses pacientes (AUCHEWSKI, 2004).

A ESF Integração participou da análise dos principais problemas de saúde identificados nessa área de abrangência, e considerou que, em nível local, é de fundamental importância implementar ações na tentativa de promover e garantir um atendimento e acompanhamento adequados aos portadores de transtornos depressivos. Contudo, considera-se essa proposta de intervenção viável e coerente, a qual se presta à criação de um protocolo de atendimento, visando garantir um melhor atendimento e adesão terapêutica aos pacientes com depressão, evitando-se dessa forma, outras complicações em sua qualidade de vida.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção com vistas a melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso pelos usuários com depressão maior, visando promover melhorias na sua qualidade de vida, a partir de ações desenvolvidas junto à Unidade Básica de Saúde “Integração”, no município Lagoa Dourada/ MG.

3.2 Objetivos específicos

-Identificar os fatores que interferem no comportamento da não adesão dos doentes com depressão ao regime terapêutico.

-Conhecer as estratégias usadas pelos profissionais de saúde no comportamento de adesão ao tratamento pelos pacientes.

-Planejar intervenções que promovam e garantam uma maior adesão terapêutica dos pacientes com depressão maior.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho compreende um projeto de intervenção cujo tema é a adesão terapêutica dos pacientes com Transtorno Depressivo Maior junto aos serviços de saúde de Atenção Básica. Esse trabalho foi realizado no ano de 2015 no município de Lagoa Dourada, Minas, e direcionado à população adscrita na Unidade Básica de Saúde (UBS) Integração, localizada no bairro Bom Jesus. A realização do diagnóstico situacional possibilitou conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados por essa UBS.

Para a construção dessa proposta foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema a partir dos trabalhos científicos disponíveis nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como as publicações de livros e outros documentos médicos foram selecionados conforme sua relevância sobre o tema. Outros dados importantes também foram utilizados, como as informações e documentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Dourada, dados do Ministério da Saúde e arquivos da equipe de saúde Integração.

Foram utilizados os seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde, Transtorno Depressivo Maior, Adesão terapêutica, Sistema Único de Saúde, Depressão, Transtornos Mentais e Psicotrópicos. O trabalho foi realizado contando também com a participação dos profissionais de saúde e a população adscrita na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Integração. Nesta perspectiva, buscou-se compreender os fatores que interferem no comportamento da não adesão ao regime terapêutico pelos doentes com depressão atendidos no âmbito dos serviços de Atenção Básica, visando promover mudanças relacionadas ao seu estilos de vida. Assim, as ações realizadas contaram com o auxílio da fisioterapia, e o trabalho foi realizado também com o apoio da equipe multidisciplinar de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e agentes comunitários de saúde, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e a equipe do Programa Bem Viver.

Para delinear essa proposta foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), que é um processo de planejamento compreendendo um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo,

as quais podem ser aplicadas junto a qualquer tipo de organização social ao se colocar como meta um objetivo associado à uma mudança situacional no problema identificado para o futuro enfrentamento (CAMPOS; FARIAS; SANTOS; 2010).

O PES foi utilizado, nessa proposta, para determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações a serem desenvolvidas, as quais foram descritas na presente Proposta de Intervenção.

A principal fonte de dados utilizada para elaborar essas estratégias de intervenção foram os registros da ESF e os prontuários médicos da UBS Integração. Esses dados, uma vez obtidos, foram revisados e catalogados de acordo com os problemas de saúde prioritários identificados junto a essa população como os mais prevalentes e urgentes. Foram analisados também os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre os problemas de saúde identificados pela equipe Integração como sendo os mais urgentes para o enfrentamento no município de Lagoa Dourada, MG.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2003) pesquisas realizadas no Brasil demonstram que uma a cada três pessoas terá pelo menos um episódio de transtorno mental no decorrer da vida dentro a população. Esses dados apontam que 3% da população brasileira sofrem de transtorno mental severo e persistente, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental.

Saúde, portanto, não quer dizer somente a ausência de doença, mas a presença de vida e de formas para melhor se viver (BRASIL 2004). Dentre os transtornos de saúde, que podem afetar os sentimentos, pensamentos e comportamentos, está o transtorno mental. Este pode ser entendido como uma variação mórbida do “normal”, a qual é capaz de produzir prejuízos no desempenho global da pessoa (social, ocupacional, familiar) e/ou das pessoas com quem se convive. Dentre as hipóteses existentes sobre os fatores de risco para os transtornos mentais, esses compreendem: fatores biológicos (disfunções anatômicas e fisiológicas), de aprendizado (modelos de comportamento inadaptados aprendidos), cognitivos (inexatidão ou déficits no conhecimento ou consciência), psicodinâmicos (conflitos intrapsíquicos e déficits de desenvolvimento), ambientais (estressores e respostas ambientais adversas) (OMS, 2012).

A OMS, no relatório da Primeira Conferência Internacional de Promoção à Saúde, na Carta de Ottawa, em 1986, estabeleceu que saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Ainda, para atingir um completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou um grupo deverá ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades, transformar ou lidar com os diversos tipos de ambientes. A Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, e não o objetivo da vida a ser alcançado. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Promover a saúde a partir de tal conceito implica adotar critérios de valores para lidar com a saúde enquanto uma ideia de bem-estar ou mal-estar (OMS, 2012).

No campo da saúde, o interesse pelo conceito de qualidade de vida é relativamente recente, assim a melhora da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos de promoção e da prevenção de doenças.(S 2005).

Segundo BARROS (2011) a depressão é o quarto maior agente incapacitante das funções sociais e outras atividades da vida cotidiana, sendo responsável por 850 mil mortes a cada ano. Mundialmente o transtorno depressivo afeta aproximadamente; 121 milhões de pessoas por ano.

A depressão configura-se como um estado de alterações do humor envolvendo irritabilidade, tristeza profunda, perda da capacidade de sentir prazer e ainda alterações cognitivas, motoras e somáticas, e tais sintomas interferem no funcionamento social do indivíduo, bem como em outras áreas de sua vida como; trabalho, relacionamento amoroso ou amizade. (BARROS 2011).

Segundo projeções realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), a depressão já era prevista naquele período como a segunda maior causa de incapacitação no mundo até 2020.

O episódio depressivo maior é uma preocupação significativa para a saúde pública em todas as regiões do mundo. Esse é um distúrbio sério e recorrente, ligado às morbidades médicas, à mortalidade e à diminuição da qualidade de vida (PEREIRA; PEREIRA JUNIOR 2003, p.92).

Segundo Rodrigues (2006), o indivíduo com diagnóstico de episódio depressivo maior, experimenta pelo menos quatro sintomas de uma lista que inclui: mudanças no apetite e no peso, alterações no sono e no nível de atividade, falta de energia, sentimentos de culpa, dificuldades para pensar e tomar decisões, pensamentos recorrentes de morte e suicídio. Apesar desta alta prevalência da depressão, a doença ainda é sub diagnosticada ou quando diagnosticada corretamente, muitas vezes, culmina sendo tratada de forma inadequada utilizando-se sub doses de medicamentos e gerando a manutenção dos sintomas residuais, o que compromete a evolução clínica dos pacientes. Somente 35% dos doentes são diagnosticados e tratados de forma adequada.

Uma situação frequentemente associada com a dificuldade no desenvolvimento da aliança terapêutica entre médico e paciente, é o abandono precoce do tratamento. Neste sentido, já se observa o interesse de alguns trabalhos científicos em apontar possíveis estratégias para reduzir o abandono terapêutico em instituições públicas, ao alinharem a terapêutica os objetivos de humanização e integralidade no atendimento à saúde. Estudo de Pinheiro (2001) sugere a inclusão

da família no processo de reabilitação psicossocial realizado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ao estabelecer estratégias de intervenção abrangentes e assim reduzir o abandono terapêutico.

Outro aspecto de extrema relevância quanto a dimensão institucional da prática clínica, refere-se à necessidade de reconhecer as demandas específicas relacionadas ao atendimento psicoterápico de cada sujeito em associação aos espaços assistenciais dos ambulatórios, serviços comunitários e hospitais, quando se deve buscar integrar a singularidade à assistência prestada para cada caso clínico (PINHEIRO, 2001; 2006).

Outras interferências terapêuticas que se encontram associadas ao frequente abandono e interrupção do tratamento por parte dos pacientes, refere-se a dificuldade de retornarem para o atendimento, uma vez abandonado. Todavia, quando há vários atendimentos consecutivos, em geral, esse costuma ser realizado por profissionais distintos. Desse modo, propõe-se que estes atendimentos façam parte do campo transferencial, garantindo-se a manutenção dos vínculos estabelecidos com a instituição, tanto por parte do paciente quanto do analista, permitindo assim a continuidade no processo de reflexão sobre os diferentes elementos que compõem a clínica institucional. Esses elementos integrados que compõe a clínica institucional culminam afetando não somente o paciente, mas todos os envolvidos direta e indiretamente nesses atendimentos, bem como para seu sucesso. (PINHEIRO, 2006)

A depressão maior, a esquizofrenia, o transtorno bipolar, a dependência do álcool e o transtorno obsessivo compulsivo representam cinco das dez principais causas de incapacidades no mundo (OMS, 2012). Em 2009, a OMS divulgou dados indicando que a depressão deveria se tornar a patologia mais comum no mundo, gerando elevados custos econômicos e sociais para os governos, devido aos gastos com tratamento e perda da produção pelos sujeitos.

Os fatores demográficos que têm sido associados à depressão, em pesquisas populacionais, são relativos a sexo, idade e raça. Os dois primeiros têm sido replicados em diferentes contextos, enquanto que os achados relativos à raça são variados e podem ser determinados por fatores de confusão, tais como renda e escolaridade (OMS, 2012).

Com relação ao sexo, as pesquisas indicam que as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais depressão do que homens. No entanto, o sexo feminino parece não ser um fator de risco `per se', mas, sim o tipo de ambiente e suporte social experimentado pela maioria das mulheres em diferentes culturas. O fato dos homens relatarem menos sintomas depressivos do que as mulheres também colabora para esses achados KESSLER (2005).

Segundo Barros (2011) a idade mais provável para o começo dos transtornos depressivos situa-se entre os 20 anos e 40 anos, apesar da depressão também ocorrer na idade da infância. Como no caso do sexo, também não há porque se pensar que a idade seja um fator de risco isolado para a depressão. Todavia, os fatores sociais tanto podem colocar as pessoas mais jovens em maior risco de desenvolverem a doença, quanto a predisposição biológica dos sujeitos em associação ao aumento da idade favorecem o surgimento da depressão maior. Estudos brasileiros conduzidos em comunidades sugerem que os transtornos mentais mais comuns, como ansiedade, depressão e transtornos somatoformes, aumentam a incidência dessas doenças nas idades entre 11 anos e 12 anos.

Vários estudos populacionais sugerem que pessoas com baixa escolaridade e renda também apresentam maiores prevalências relacionadas aos transtornos mentais. A associação da depressão com um poder aquisitivo de baixa renda também se demonstrou fraca. No estudo americano sobre co-morbidades, as pessoas com menor renda apresentaram maiores prevalências de transtornos afetivos. No estudo OPCS, as pessoas com depressão maior apresentaram menor escolaridade e maior propensão a uma situação econômica inativa enfrentamento (CAMPOS; FARIAS ;SANTOS; 2010).

As pessoas que moram sozinhas parecem estar em maior risco para depressão: quanto maior o número de pessoas que moram no domicílio, menos a chance de apresentar depressão. A existência de suporte social e ausência de conflitos graves parecem ser agentes altamente protetores para depressão enfrentamento (CAMPOS; FARIAS ; SANTOS; 2010).

Mudanças identificáveis no padrão de vida que representam uma ruptura do comportamento usual e afetam o bem-estar do indivíduo se encontram associadas à depressão maior, ou seja, eventos como; separação conjugal, perda por morte de entre queridos, perda de emprego, acidentes por lesão corporal, assaltos, migração

e presença de familiar com doenças crônicas no domicílio (et al 2005; WEISSMAN et al 2006).

Segundo Costello (2005) considera-se que as condições adversas experimentadas a longo prazo, trazendo dificuldade financeiras e nas relações interpessoais, que significam uma ameaça permanente à segurança do indivíduo, como fatores de baixa escolaridade, podem causar estress, e favorecer a depressão, principalmente dentre os sujeitos analfabetos.

Segundo Costellos (2005) pacientes com depressão maior ou distímia, e com sintomas de depressão menor apresentam cinco vezes mais risco para desenvolverem incapacidades que indivíduos assintomáticos sem tais doenças. Essas consequências repercutem negativamente em todas as esferas da vida do paciente, seja psíquica, biológica ou social.

As medicações antidepressivas (AD) exercem diversos efeitos, além da desejada melhora da depressão. Alguns antidepressivos podem tratar a depressão, mas aumentar o risco cardiovascular por possuírem propriedades cardio tóxicas, mesmo quando utilizados em níveis terapêuticos secundários. Cuidados quanto a avaliação do risco custo-benefício é imprescindível na decisão terapêutica. As aminas secundárias (nortriptilina e desipramina, esta última não disponível no Brasil) provocam menos efeitos anticolinérgicos e menos hipotensão ortostática que os AD tricíclicos tradicionais (aminas terciárias como imipramina, clomipramina, amitriptilina). Os efeitos anticolinérgicos também podem provocar pioras cognitivas e graves problemas de obstipação intestinal, por isso a importância em adotar uma correta avaliação psicológica e conduta (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION-APA, 2002).

Estudos enfatizam que é necessário se promover nos espaços de atendimento primário em saúde, a disponibilidade de ações assistenciais e cuidados que sejam dotados de uma abordagem especial e atenta, direcionada à saúde mental (MARAGNO *et al.*, 2006).

A implantação da Estratégia Saúde da Família tem possibilitado ampliar no território de atendimento da comunidade condutas relacionadas com a implementação de ações direcionadas às demandas locais, adotando-se programas e estratégias singularizadas para cada caso, ou seja, promover uma atenção específica às necessidades da comunidade, incluindo as demandas dos pacientes com transtorno mental (SOUZA, 2007).

A organização do serviço de saúde mental no Brasil conta, atualmente, com o chamado “apoio matricial”, que, segundo Maragno(2006), “constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico, em áreas específicas, junto às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde ou seja as Equipes de Saúde da Família (ESF). Esse apoio é geralmente realizado por profissionais da saúde mental, os quais podem estar ligados aos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

A organização da assistência em saúde mental no Brasil, atualmente, é oferecida por um conjunto de dispositivos, em especial os CAPS, que apoiam as ESF, sendo responsáveis pelo acompanhamento de toda uma comunidade referente ao território de atuação, inclusive os doentes mentais destas áreas de abrangência. Sendo assim, a Atenção Primária à Saúde (APS) e a ESF formam uma rede assistencial potencializada com recursos afetivos (como relacionamentos pessoais, familiares e de amizade), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte, etc.), econômicos (apoio financeiro, previdência, etc.), culturais, religiosos e de lazer, os quais em conjunto são responsáveis pela reabilitação psicossocial dos pacientes .

O Abandono precoce do tratamento para depressão e os outros transtornos mentais contribuem para vários prejuízos na qualidade de vida e saúde dos pacientes, dentre as quais em suas atividades laborais, devido as consequências na sua baixa produtividade, e o desperdício da medicação adotada como terapêutica no âmbito das instituições, uma vez que essas fornecem tais fármacos gratuitamente para os pacientes ao longo do tempo (SILVA, 2012).

Assim, a adesão ao tratamento farmacológico é uma medida indispensável para se garantir a segurança do paciente. Esse é um importante desafio da prática assistencial, pois com a falta da adesão ao tratamento farmacológico pelo paciente o seu quadro clínico poderá se exacerbar aumentando e piorando os sintomas, o prognóstico, e conduzindo a necessidade de reiteradas internações. Tudo isso culmina gerando altos custos para a família e os serviços de saúde, bem como a necessidade de realizar novos ajustes na prescrição medicamentosa de forma desnecessária, favorecendo à refratariedade farmacológica desse tipo de fármaco (SILVA, 2012).

Desse modo, torna-se muito importante investigar o conhecimento do paciente e as dificuldades que ele apresenta com relação ao seguimento da

terapêutica medicamentosa, para que seja viável elaborar e programar ações que aperfeiçoem sua adesão ao tratamento, e contribuam para prevenção dos agravos decorrentes do uso inadequado de tais medicamentos.

É fundamental promover uma rede assistencial de saúde bem estruturada, com investimentos em políticas públicas e, principalmente, engajamento nas ações desenvolvidas pelos setores responsáveis pelas diferentes formas de atendimento prestadas ao doente mental (Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Mental).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Com o presente trabalho espera-se reduzir o número de pacientes com transtornos depressivos que estão sem acompanhamento médico adequado e favorecer a adequada adesão ao tratamento medicamentoso, ao definir um fluxo de atendimento específico aos pacientes com diagnóstico de depressão maior que procuram a UBS.

Para a criação do presente plano de ação foi necessário primeiro conhecer a população adscrita na área de abrangência da UBS, para a qual as ações foram desenvolvidas, e posteriormente priorizar os problemas encontrados, de acordo com sua urgência e grau de importância em termos de seu enfrentamento (CAMPOS; FARIAS; SANTOS; 2010).

Ao realizar o diagnóstico situacional do território foi possível conhecer as condições e as formas de vida da comunidade, buscando esses dados por meio dos registros dos atendimentos prestados e entrevistas individuais, que puderam facilitar o estudo e análise sobre os principais problemas de saúde.

Assim, o principal problema de saúde observado mediante as consultas, grupos de trabalho com a comunidade e na área rural, foi o elevado índice de tentativa de suicídio e seu impacto entre mulheres e jovens adultos, sem que existisse uma abordagem coerente para lidar com esse grupo de pacientes na UBS, aumentando-se o fluxo quanto ao número de casos sob tratamento incorreto.

Observou-se que a maior parte dos pacientes com diagnóstico de depressão maior procuravam a unidade de saúde somente para renovarem suas receitas, por longos períodos de tempo, mantendo-se uma conduta invariável quanto ao diagnóstico de depressão maior, e ocasionando como consequência importantes prejuízos na qualidade de vida desses pacientes, incluindo um maior risco de cometerem suicídio. Desse modo, é preciso que esses pacientes recebam cuidados assistenciais em saúde de qualidade e cada vez melhores (ARANTES 2007).

No município de Lagoa Dourada a ESF conta com o apoio do NASF, especialistas em psicologia e psiquiatra, e os fluxos de encaminhamentos por parte das Unidades Básicas de saúde.

Lagoa Dourada conta com um centro de referência na cidade de São João del Rei. Nesses casos, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) referencia os pacientes em situação de saúde mais complexa para esse fluxo de

encaminhamentos, também de forma inadequada. Portanto, o problema de maior relevância observado pela equipe da ESF foi o número considerável de pessoas com depressão, e sem apresentarem uma adesão terapêutica, pois muitos deles se esquecem das recomendações sugeridas pelos profissionais e não fazem uso da medicação antidepressiva prescrita, consistindo esse cenário em um fator de risco ainda maior, o qual contribui para a recidiva da doença e pode resultar em ajustes desnecessários na dosagem dos antidepressivos, com seu aumento, e gerar descompensação no paciente quanto a doença, incluindo prejuízos que podem favorecer a morte do paciente por suicídio.

Como este presente plano de ação, ao adotar como principal problema de saúde observado dentre a população de Lagoa Dourada a depressão, pretende-se utilizar de várias abordagens (como, por exemplo: abrir uma agenda específica para atendimento aos pacientes psiquiátricos, criar um grupo exclusivo para a saúde mental com enfoque nos pacientes com depressão; incluir esses pacientes em grupos operativos de saúde mental; realizar a psicoeducação, explicando, por exemplo, a forma de uso correto das medicações e abordando as principais síndromes psiquiátricas. Desse modo, poderão ser alcançadas melhorias na qualidade de vida dos pacientes ao aumentar o seu nível de informação sobre os transtornos depressivos e em relação a sua doença. Outra ação também necessária nesse sentido, consiste em favorecer a modificação do estilo de vida desses pacientes, incluindo a prática de atividades físicas, uma boa alimentação. Para isso é preciso fomentar a criação de parcerias entre educadores físicos, fisioterapeutas, e nutricionistas, com a finalidade de acolher a maioria dos pacientes. É necessário também ser valorizada e fomentada uma parceria entre ESF, UBS,, secretaria de saúde e educação, prefeitura municipal, visando manter o contato direto e os atendimentos prestados pelos centros de referencia em saúde mental, para se alcançar bons resultados.

6.1 Definições dos principais problemas de saúde

Após a coleta de informação pela equipe, os foram identificados como principais problemas de saúde:

- Elevada incidência de transtornos mentais como Depressão.
- Alto índice de consumo de álcool e drogas.
- Elevado número de pacientes hipertensos e diabéticos descompensados, com complicações.

6.2 Priorização dos principais problemas de saúde detectados pela ESF

Integração

Após a definição dos principais problemas, a equipe procedeu à priorização da necessidade de atendimento dos mesmos, orientando e direcionando os custos e esforços a serem empregados para a sua resolução. Como sugerido por Campos, Farias e Santos (2010) os critérios considerados para priorizar o enfrentamento de tais problemas foram: a importância atribuída ao mesmo (como valor baixo, médio ou alto), a urgência (com a distribuição de 50 pontos), a capacidade de enfrentamento desses problemas (se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente, incluída na capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde).

Os principais problemas de saúde observados nessa área de abrangência foram enumerados, a seguir, por ordem de prioridade, considerando os resultados e a aplicação dos critérios adotados para sua seleção, conforme é demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1: Principais problemas diagnosticados na ESF Integração por meio do diagnóstico situacional no município Lagoa Dourada.

Problema	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento
Elevado incidência de transtornos mentais como depressão	Alta	9	Parcial
Alto índice do consumo de álcool e drogas	Alta	8	Parcial
Elevado número de pacientes hipertensos e diabéticos com complicações.	Alta	8	Parcial

Fonte: UFMG/Curso de Especialização em Estratégia de saúde da Família, autorizado.

6.3 Descrição do problema selecionado pela equipe de saúde ESF Integração

Na área de abrangência da equipe integração de 4000 habitantes, 11 zonas rurais e 4 urbanas, 421 pacientes estão com diagnóstico de depressão, 89,32% são mulheres. Embora a características, mas típica dos estados depressivos seja a prominência dos sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos relatam a sensação subjetiva de tristeza. Muitos referem, sobretudo, a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades, em geral, e a redução do interesse pelo ambiente. Frequentemente esses sintomas se encontram associados a sensação de fadiga ou perda de energia, pela queixa de cansaço exagerado (BARROS, 2011).

Durante o estudo observou-se que a maior parte dos pacientes diagnosticados com depressão julga-se um peso para os familiares e amigos, muitas vezes invocando a morte para aliviar os que o assistem na doença.

Segundo BAPTISTA (2010) o estresse contínuo de pacientes com ausência de suporte familiar estão mais predisposto a apresentarem depressão maior.

Elevado índice de desconhecimento tanto dos pacientes quanto as familiares respeito a sua doença, além das dificuldades financeiras e a baixa adesão ou abandono precoce do tratamento, conduz a maior recaída e recorrência da doença.

Observou-se, ainda, por meio da análise dos registros escritos da ESF da área urbana de Lagoa Dourada que quase 45% da população adscrita nesses serviços utiliza ou já utilizou algum antidepressivo para tratamento de transtorno da depressão e transtorno de ansiedade, em diferentes graus de severidade. Esses pacientes são acompanhados pelo médico ou pela enfermeira da ESF Integração.

6.4 Seleções dos Nós Críticos relacionados ao problema de saúde da Depressão

Foram identificados como nós críticos para o enfrentamento do problema de depressão pelos serviços de saúde da atenção básica relacionados a ESF Integração:

1. Falta de conhecimento que esses pacientes e os familiares têm em relação a sua doença.
2. Pressão Social: Pobreza, desemprego, violência
3. Não adesão ao tratamento medicamentoso.

6.5 Desenho das Operações para o enfrentamento dos Nós Críticos identificados.

Para a solução dos objetivos desse plano de ação em resolver os problemas de saúde relacionados a elevada incidência da Depressão na ESF Integração, no quadro 2, são apresentadas as operações e os resultados esperados com a presente proposta de intervenção.

Quadro 2: Desenho das Operações relacionadas aos Nós Críticos identificados quanto ao problema de saúde da Depressão na área de abrangência da ESF Integração

Nó crítico	Operação Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários	Responsáveis
I) Falta de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a depressão	Saber mais: Aumentar o nível de informação da população com depressão maior. Integrar a família no processo de tratamento	Pacientes com depressão maior e familiares mais Informados sobre a doença Participação e ajuda dos familiares na terapêutica	Avaliação do nível de Informação dos pacientes com depressão sobre a adesão terapêutica. Campanhas educativas por parte dos grupos operativos	Cognitivo: Informação sobre o tema; estratégias de comunicação e pedagógicas; Político: Articulação Intersetorial com a educação e mobilização social.	Equipe dos grupos operativos
II) Pressão social pobreza, desemprego, violência	Viver melhor: Ofertar informações sobre opções de trabalho e estimular oportunidades de trabalho manual.	Valorização e estímulo a incluso produtiva e social Valorização e apoio social para as famílias	Programas estimulando a incluso social e produtiva. Programas: Cultura da paz, Ocupação do tempo livre dos pacientes; incluso social e produtiva.	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema. Financeiro: Financiamento do projeto. Político: Aprovação do projeto.	Equipe ESF; Sec. de Saúde; Prefeitura.
III) Não adesão ao tratamento medicamentoso.	Eu me cuido: Estimular a adesão ao tratamento para depressão.	Garantia de consultas para o atendimento dos pacientes e promoção de sua adesão terapêutica.	Capacitação profissional Compra de medicamentos, materiais e insumos; Consultas especializadas.	Políticos: Estruturação do serviço Financeiros: Exames e Consultas suficientes; Cognitivo: Projeto de adequação	Dra. Yadira P. Pupo Aux. Enfermagem: Martha Luisa Andrade ACS. Daniela

6.6 Identificações dos recursos críticos, análise da viabilidade para o desenvolvimento das ações, elaboração do plano operativo e gestor da proposta de intervenção

Outra etapa importante compreende a identificação dos recursos críticos utilizados para elaboração, o desenvolvimento das ações necessárias para a solução dos problemas de saúde identificados, conforme os recursos críticos, e organização das ações estratégicas, conduzindo-se todo processo exigido para isto com a devida responsabilidade pelos profissionais envolvidos, conforme o quadro 3.

Este mesmo quadro apresenta os responsáveis, o prazo para execução, e a situação atual quanto a vigência da presente proposta de intervenção, bem como o plano operativo contendo a previsão para execução de cada operação proposta e o seu acompanhamento ou avaliação incluindo a justificativa, se necessária para estabelecer novos prazos de execução mediante a reformulação das estratégias.

Quadro 3: Propostas de ação com recursos críticos, atores para controlar as operações, motivação, ações estratégicas, prazo, situação atual e forma de avaliação do projeto para enfrentamento do problema de saúde da Depressão pela ESF Integração de Lagoa Dourada

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos (Ator)	Motivação	Ações Estratégicas	Prazo	Situação atual	Justificativa e novo prazo	Avaliação
<p>I)</p> <p>Saber mais:</p> <p>-Aumentar o nível de informação da população com depressão maior.</p> <p>-Integrar a família no processo de tratamento</p>	<p>Político: Articulação Intersetorial, mobilização dos pacientes e familiares.</p> <p>Financeiro: Compra de folhetos e recursos audiovisuais</p>	Secretaria de saúde	Favorável	<p>Palestras, programas educativos na radio, folhetos.</p> <p>Grupos operativos elaborados pela equipe multidisciplinar</p>	6 meses	Implantado	Não se aplica	Após 6 meses do início do projeto
<p>II)</p> <p>Viver Melhor:</p> <p>-Ofertar informações sobre opções de trabalho e estimular oportunidades de trabalho manual</p>	<p>Organizacional: Mobilização social para trabalhar o desemprego e violência local</p> <p>Financeiros: Financiamento dos projetos</p> <p>Políticos: Aprovação do projeto</p>	<p>Associações de Bairros,</p> <p>Assistência Social, Polícia Militar,</p> <p>Secretaria de Saúde</p>	Favorável	<p>Projetos de apoio às associações e Departamentos de Ação Social.</p> <p>Mobilizações e campanhas sociais</p>	3 meses	Parceiros identificados	Não se aplica	Após 3 meses do início do projeto.
<p>III)</p> <p>Eu me cuido:</p> <p>-Estimular a adesão ao tratamento para depressão.</p>	<p>Políticos: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço</p> <p>Financeiros: Aumento da oferta de exames e consultas especializadas e transporte para atendimento fora do município</p>	Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal	Favorável	Comprovação junto à Prefeitura Municipal sobre a necessidade de investimentos em saúde mental.	6 meses	Falta aprovação	Falta de recursos, mais 6 meses.	Após 2 meses do início do projeto.

Fonte: UFMG/Curso de especialização em Estratégia de saúde da Família.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se com esse plano de intervenção que os fatores que influenciam o comportamento de adesão dos doentes ao regime terapêutico, na ESF Integração no município Lagoa Dourada /MG, sejam identificados.

Além de isso, espera-se que seja fomentado o desenvolvimento de competências para que os profissionais de saúde que atuam na ESF Integração, possam ajudar os doentes a recriarem as suas próprias estratégias para lidarem com a doença da depressão, de maneira que consigam manter com maior rigor o regime terapêutico que lhes for apropriado, aumentando as taxas de adesão ao tratamento e reduzindo o número de usuários que se encontram sendo acompanhados pelo médico generalista ou outro médico com uma especialidade indevida.

Espera-se também que com a definição do fluxo adequado de cuidados e ações preventivas a serem realizadas no serviço de saúde, possam ser garantidos a prestação de um atendimento de qualidade aos pacientes, e assim esses conquistem melhorias em sua qualidade de vida.

Para a realização dessa proposta de intervenção destaca-se que é preciso serem articuladas as parcerias entre a ESF, o Programa Bem Viver, a UBS e a Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Dourada, em parceria com a prefeitura municipal conforme descrito. Outro ponto importante é serem garantidos no atendimento aos pacientes uma criteriosa avaliação de suas queixas e sintomas para precificação médica, e associado a isso serem asseguradas a distribuição dos medicamentos necessários para o tratamento da depressão e outras doenças psiquiátricas, como forma de promover e ser alcançada a adesão terapêutica pelos pacientes.

Diante dessa realidade, é imprescindível a implantação de um dia na agenda de atendimentos da UBS, em especial, que seja reservado para prestação de atendimento aos pacientes com transtornos mentais, permitindo enfatizar a atenção aos pacientes com transtornos depressivos, o que é indispensável e citado no plano operativo da presente proposta de intervenção. Faz-se ainda necessário manter o contato direto com o Programa Bem Viver para que sejam alcançados bons

resultados com essa proposta. Para elevar a cobertura dos atendimentos prestados deve-se valorizar a adequação da agenda do médico e da enfermeira da ESF Integração de Lagoa Dourada em favor dessa proposta. É preciso ter condições mínimas para acolher grande parte dos pacientes com transtornos mentais; sendo para isso imprescindível a articulação com a Prefeitura Municipal.

Além de isso espera-se possibilitar o desenvolvimento de competências para que nós, enquanto profissionais de saúde possamos ajudar os doentes a criarem as suas próprias estratégias de maneira a cumprirem com mais rigor um determinado regime terapêutico, aumentar a taxa de adesão e reduzir o número de usuários que estão com acompanhamento médico errado, definindo fluxo adequado de cuidado e de ações preventivas e por fim garantir atendimentos de qualidade além de aumentar a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALCOBIA, Armando – **Qual o impacto farmacoeconómico da adesão terapêutica?** RevistaMundo Farmacêutico, Lisboa Ano 8, nº48 (Setembro/Outubro 2010,) p.14.

ALMEIDA, Helcia Oliveira [et al.] - **Adesão a tratamentos entre idosos.** Revista Comunicação em Ciências da Saúde. 18 (1). Brasília (Janeiro/Março 2007) - p. 57-67.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM-IV-TR: **Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais.** 4.^a ed. revisão de texto. Lisboa: Climepsi, 2002.p. 325-336- ISBN 972-796-020-0.

ARANTES,D,V. **Depressão na atenção primária de saúde,** rev bras, med, e com. Rio de Janeiro, v.2, n.8, março 2007.

AUCHEWISKI, et al. **Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais dos benzodiazepínicos.** rev brasileira de Psiquiatria. Sao paulo v.26, n.1, p 24-31, março 2004.

BARROS, Ana Isa veiga – **Estudo da prevalência de perturbações depressivas nos doentes da consulta externa** do H.A.N. 2011.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. p. 213.

_____. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final da III Conferência de Saúde Mental:** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2011. Brasília: MS, CNS; 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde mental e a atenção básica:** o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. (2008). **“O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004”.** Cad. Saúde Pública. 24 (2): 456-468.

CAMPOS, F. C. C.; Farias H. P.; Santos. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CERQUEIRA, L. *Psiquiatria Social – Problemas Brasileiros de Saúde Mental*. São Paulo: Atheneu, 1984.

COSTELLO EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: **the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders**: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:972-86.

CUNHA, M. F. & Gandini, R. de C. (2009). **Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 409- 418.

IBGE, Censo Demográfico 2010. **Características da População e dos Domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. *Cidades@*. Minas Gerais. Lagoa Dourada. 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=313740> Acesso em: 04/07/2016.

KATON, W, J. Clinical and health service; **depressive symptoms and general medical illness**. *Biol Psychiatry*, v.54, p.216-26.

KESSLER RC, Berglund P, , et al.. **Lifetime prevalence and age-of-onset distributions** of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-02.

MARAGNO; T,et, al. **Prevalência de transtornos mentais comuns**. São Paulo, Brasil, *cad. saúde pública*, v.22, n.8, p.1639-48.2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de saúde mental**. Porto Alegre: Ministério da Saúde; 2001. Nota Técnica do Ministério da Saúde. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Saúde mental do SUS**: Os centros de atenção psicossociais. Brasília. DF. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Reagindo aos Problemas das Drogas e do Alcool na Comunidade**, São Paulo, 2012.

PEREIRA, M.A.O. PEREIRA Junior **Transtorno mental; dificuldade enfrentadas pela família** .*rev ecs enferm usp* v.37, n.4, p.92-100, 2003.

PINHEIRO, S.D. **Visibilidade, transitoriedade e complexidade**: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. *Reverso*, v. 28, n. 53, p. 33-42, 2006.

_____. **Vínculo e abandono em psicoterapia psicanalítica**. 2002. 153f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Curso de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 2002.

RANG, H. P.; DALE, M. M. RITTER, J.M. **Farmacologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA DOURADA. **Plano municipal de saúde** .www.lagoadourada.mg.gov.br.

RODRIGUES MAP; Lima ms. **Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil.** Rev. Saúde Pública 2006; 40 (1): p.113.

SILVA, T. F. C. **Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura.** Jornal brasileiro de. psiquiatria 2012; 61(4):242-251.

SOUZA,A.J.F,G,N; Parente , **saúde mental no programa de saúde da familia.**rev bras. enferm v.60, p 391,2007.

WEISSMAN, MM, Pilowsky DJ, et al. **Remissions in maternal depression and child psychopatology: A STAR*D-child report.** JAMA. 2006; 295:1389-98.