

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Sílvia dos Santos Brangioni

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DOS NÍVEIS DE DEPRESSÃO
E ANSIEDADE DOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GEROLIVA
DIAS DUARTE DO MUNICÍPIO DE BARÃO DE COCAIS - MINAS GERAIS**

Belo Horizonte - Minas Gerais

2020

Sílvia dos Santos Brangioni

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DOS NÍVEIS DE DEPRESSÃO
E ANSIEDADE DOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GEROLIVA
DIAS DUARTE DO MUNICÍPIO DE BARÃO DE COCAIS - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Eluana de Araújo
Gomes.

Belo Horizonte - Minas Gerais

2021

Sílvia dos Santos Brangioni

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DOS NÍVEIS DE DEPRESSÃO
E ANSIEDADE DOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GEROLIVA
DIAS DUARTE DO MUNICÍPIO DE BARÃO DE COCAIS - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Eluana de Araújo Gomes.

Banca examinadora

Profa. Dra. Eluana de Araújo Gomes - Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em:04/03/2021

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus.

Á Equipe de Saúde da Família Geroliva Dias Duarte pela ajuda e dedicação do seu escasso tempo ao meu projeto de pesquisa.

A minha orientadora Eluana de Araújo Gomes pelas valiosas contribuições dadas durante todo o processo.

A todos os meus amigos do curso de pós-graduação que compartilharam dos inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo.

RESUMO

Existem diversos transtornos mentais e os mesmos são caracterizados por uma combinação de emoções, pensamentos e comportamentos atípicos, que podem também atrapalhar no relacionamento com outras pessoas, entre eles estão a depressão e a ansiedade. Esses transtornos mentais interferem diretamente na qualidade de vida das pessoas. Barão de Cocais é um município mineiro localizado nas proximidades da Serra do Caraça a aproximadamente 90 km da capital mineira. Após reuniões com a Equipe de Saúde da Família estabeleceu a ordem de prioridade e definiu-se como problema principal o alto nível de pessoas com ansiedade e depressão. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para melhorar dos níveis de depressão e ansiedade dos usuários da comunidade pertencente a Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte, em Barão de Cocais. Foi realizada a revisão de literatura sobre o tema utilizando bases de dados online em bases de dados em saúde pública como *SciELO*, *PubMed*, *LILACS* e Google Acadêmico, bem como a Biblioteca Virtual do Nescon. Foram também verificadas informações em documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.). Para a realização do projeto de intervenção foi utilizado os passos do Planejamento Estratégico Situacional. As causas do problema selecionadas como “nós críticos”, foram os hábitos e estilo de vida inadequados dos usuários com depressão e ansiedade e processo de trabalho da equipe de saúde ineficiente para enfrentar alto número de usuários com diagnóstico de depressão e ansiedade. As operações propostas para o enfrentamento dos “nós críticos” foram criar grupos operativos sobre alimentação saudável, atividade física para os usuários com ansiedade e depressão e aumentar o nível de informação da equipe sobre os fatores de risco e como identificar e combater a depressão e ansiedade na comunidade. Com a implantação do plano de intervenção espera-se diminuir o número de pacientes portadores de sofrimentos mentais, ansiedade e depressão nessa comunidade.

Palavras-chave: Depressão. Ansiedade. Qualidade de vida. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

There are several mental disorders and they are characterized by a combination of emotions, thoughts and atypical behavior, which can also hinder the relationship with other people, among them are depression and anxiety. These mental disorders directly interfere with people's quality of life. Barão de Cocais is a mining town located near Serra do Caraça, approximately 90 km from the capital of Minas Gerais. Meetings with the Family Health Team in order of priority and define if the main problem is the high level of people with anxiety and depression. The objective of this work was to elaborate an intervention project to improve the levels of depression and anxiety of users of the community belonging to the Basic Health Unit Geroliva Dias Duarte, in Barão de Cocais. A literature review on the topic was carried out using online databases in public health databases such as SciELO, PubMed, LILACS and Google Scholar, as well as the Nescon Virtual Library. Information was also verified in documents from public agencies (ministries, secretariats, etc.). To carry out the intervention project, the steps of Situational Strategic Planning were used. The causes of the problem selected as "we obliged", were the inadequate habits and lifestyle of users with depression and anxiety and the work process of the inefficient health team to cope with a high number of users diagnosed with depression and anxiety. The proposed operations to cope with "obligated knots" were to create operative groups on healthy eating, physical activity for users with anxiety and depression and to increase the team's level of information on risk factors and how to identify and combat depression and anxiety. In the community. With the implementation of the intervention plan, it is expected to decrease the number of patients with mental suffering, anxiety and depression in this community.

Keywords: Depression. Anxiety. Quality of life. Family health strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** - Aspectos demográficos da comunidade da UBS Geroliva Dias Duarte. 14
- Quadro 2** - Aspectos epidemiológicos da comunidade da UBS Geroliva Dias Duarte. 15
- Quadro 3** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família PSF Garcia, Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte, município de Barão de Cocais, estado de Minas Gerais. 18
- Quadro 4** - Número de usuários de acordo com diagnóstico situacional do problema selecionado. 29
- Quadro 5** - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alto número de usuários com diagnóstico de depressão e ansiedade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Geroliva Dias Duarte, do município Barão de Cocais, estado de Minas Gerais. 31
- Quadro 6** - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alto número de usuários com diagnóstico de depressão e ansiedade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Geroliva Dias Duarte, do município Barão de Cocais, estado de Minas Gerais. 32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 Aspectos da comunidade	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Geroliva Dias Duarte	16
1.7 O dia a dia da equipe Geroliva Dias Duarte	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	17
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1 Saúde mental na Atenção Primária	22
5.2 Depressão e ansiedade	24
5.3 Estilo de vida saudável na depressão e ansiedade	26
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	29
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	29
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	30
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (sexto passo)	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a cidade de Barão de Cocais é conhecida nacionalmente como Portal do Caraça, que pertence ao estado de Minas Gerais, com 315 anos, possui uma população estimada para 32.866 pessoas em 2020 e seu gentílico é cocaienses (IBGE, 2020). Com a divisão regional vigente desde 2017, instituída pelo IBGE, o município pertence às Regiões Geográficas Intermediária de Belo Horizonte, que está localizada a 93 km, a 57 km de João Monlevade e comemora seu aniversário no dia 24 de junho.

A economia da cidade tem a sua principal fonte de renda a extração de metais que é baseada na empresa Gerdau S.A., a maior empresa brasileira produtora de aço. Ainda há pequenas mineradoras, além de vários habitantes trabalharem na empresa VALE S.A., localizada em cidades vizinhas, havendo então uma população flutuante de trabalhadores dessas grandes empresas multinacionais. Além disso, a cidade ainda possui uma fábrica de batata palha, MABS, e vários pontos de comércio diversos. De acordo com IBGE (2020) em 2017, o salário médio mensal era de 2,3 salários mínimos e proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 16,2%. Já na educação, em 2018, a cidade possui 17 escolas de ensino fundamental e seis escolas de ensino médio (IBGE, 2020).

O turismo e a cultura são pontos fortes na cidade. Barão de Cocais é uma cidade histórica, com muitos acessos turísticos (cachoeira da Cambota, cachoeira de Cocais, Santuário de São João Batista, Sítio Arqueológico da Pedra Pintada). Localizada próximo ao Caraça (antigo colégio de padres erguido na Serra do Caraça), ponto turístico de exuberante beleza natural. Conforme pesquisa rápida com vários moradores de diversos bairros, as festas tradicionais são o carnaval de rua, Festa dos Pés de Pomba e festa de São João (padroeiro da cidade) com bastante comida típica e quadrilha.

1.2 O sistema municipal de saúde

De acordo com entrevista com a assessora da saúde da secretaria municipal de saúde, o município possui um hospital e nove unidades básicas de saúde, sendo 10 equipes de Saúde da Família no perímetro urbano e duas unidades na zona rural. A referência para consultas e exames de média complexidade é em Itabira, cidade que fica a 63 km de distância. Alguns casos de atendimento de urgência e emergência, e cuidado hospitalar são encaminhados para os hospitais de referência em Belo Horizonte.

Segundo a secretaria municipal de saúde, o sistema de saúde da cidade pode ser dividido nos seguintes pontos:

- Atenção Primária à Saúde: são nove Unidades Básicas de Saúde com 10 Equipes de Saúde da Família
- Pontos de Atenção à Saúde Secundária: Clínicas de Especialidades como pediatria, otorrinolaringologista, entre outras.
- Pontos de Atenção à Saúde Terciária: Hospital Municipal Waldemar das Dores e de acordo com a demanda, urgência e emergência, o paciente é encaminhado para hospitais de Belo Horizonte ou Itabira.
- Sistemas de Apoio: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Farmácia Básica.
- Sistemas Logísticos: Transporte em Saúde é realizado pela Prefeitura de Barão de Cocais. O município ainda não possui prontuário eletrônico, mas tem o Cartão de Identificação dos Usuários do Sistema Único de Saúde.

A referência e contrarreferência são feitas por meio de um formulário específico, sendo com maior efetividade nas áreas de pediatria e ginecologia, sendo ineficiente em outras áreas.

No que se refere ao Modelo de Atenção à Saúde predominante no município, o modelo do sistema de saúde é o centrado na Saúde da Família, onde associa ações de prevenção e tratamento de doenças e promoção de saúde, colocando a família, grupos e comunidades a no foco da atenção à saúde e ainda conta com o trabalho de

uma equipe multiprofissional atuando no contexto interdisciplinar (FERTONANI *et al.*, 2015).

1.3 Aspectos da comunidade

De acordo com entrevista feita com a gerente da Unidade Básica de Saúde (UBS) Geroliva Dias Duarte, a comunidade tem cerca de três mil habitantes, tendo em torno de 813 famílias cadastradas. A área de abrangência dessa Equipe de Saúde da Família (eSF) está localizada na periferia da cidade e é composta pelos bairros Garcia, Dois Irmãos, Varginha I e Varginha II e metade do bairro São José. A maior parte dessa população recebe do auxílio Bolsa Família do Governo Federal. Os habitantes vivem do trabalho em comércios e oficinas mecânicas de automóveis e caminhões, entre outros. Há empresas de aluguel de máquinas pesadas também.

Ainda segundo a gerente da unidade, a área de abrangência que compõe a UBS, possui uma escola municipal, uma igreja católica, algumas igrejas evangélicas e vários bares. No que diz respeito a estrutura de saneamento básico na comunidade, ainda existe casas com fossa sanitária e a coleta de lixo acontece algumas vezes na semana, sendo a do lixo reciclável apenas uma vez na semana. Existe a Associação Estrela Guia, uma entidade gerida por um grupo de líderes comunitários. É uma região pouco arborizada, há algumas ruas com calçamento em bloco, outras com asfalto e algumas de terra.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte

A UBS Geroliva Dias Duarte é também conhecida como “PSF do Garcia” e de acordo com informações obtidas através de entrevista com a enfermeira da unidade, a mesma foi construída para ser uma escolinha infantil, sendo doada posteriormente a prefeitura e foi inaugurada em 26 de junho de 2007. Em 2017 passou então por uma reforma na pintura e está bem conservada para atender a população. Logo na entrada está a recepção, salas das técnicas de enfermagem para vacinas, curativos e triagem e o consultório odontológico. Já dentro da Unidade a primeira sala é enfermeira, depois a das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), o consultório médico, uma cozinha pequena, dois banheiros sendo um utilizado para guardar diversos materiais, que misturam material de limpeza, cadeiras plásticas, materiais para grupos operativos e

outros. Por último há uma pequena sala com armários para as funcionárias que também é utilizada para atendimentos individuais da equipe multidisciplinar, como psicóloga, farmacêutica, profissional de educação física, nutricionista e agente de endemias. As reuniões de equipe e grupos operativos são realizadas numa área externa coberta, ampla e bem arejada que também funciona como garagem para os funcionários. Ainda há uma grande área sem cobertura utilizada como estacionamento.

A comunidade presente na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte é constituída de 1320 homens e 1416 mulheres, dados de 2019. Segue abaixo os aspectos demográficos da área de abrangência da comunidade da Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte em Barão de Cocais.

Quadro 1 - Aspectos demográficos da comunidade da UBS Geroliva Dias Duarte

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	22	17	39
1-4	93	91	184
5-14	239	267	506
15-19	156	159	315
20-29	212	218	430
30-39	209	226	435
40-49	165	181	346
50-59	131	140	271
60-69	59	76	135
70-79	31	28	59
≥ 80	3	13	16
TOTAL	1320	1416	2736

Fonte: Dados obtidos da Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte (2019)

Dados epidemiológicos da área de abrangência auxiliam nas análises de situação de saúde, bem como ações de prevenção e controle de doenças, agravos à saúde e serviços de promoção de saúde. No quadro 2 apresenta-se o cenário epidemiológico da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte.

Quadro 2 - Aspectos epidemiológicos da comunidade da UBS Geroliva Dias Duarte

CONDIÇÃO DE SAÚDE	N
Gestantes	11
Hipertensos	355
Diabéticos	129
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	28
Pessoas que tiveram AVC (nos últimos dois anos)	2
Pessoas que tiveram infarto (nos últimos dois anos)	3
Pessoas com doença cardíaca	29
Pessoas com doença renal (hemodiálise)	3
Pessoas com hanseníase	---
Pessoas com tuberculose (um com a doença confirmada e quatro são latentes)	5
Pessoas com câncer	8
Pessoas com sofrimento mental	263
Acamados (não restritos em casa ou com dificuldade de andar)	6
Fumantes	206
Pessoas que fazem uso de álcool (alcoólatras)	5
Usuários de drogas (que se assumem usuários)	79

Fonte: Dados obtidos da Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte, 2019

Pelas informações existentes na unidade, verificou-se que as principais causas de óbitos em 2019 na área de abrangência são um por homicídio, dois por suicídios, um por afogamento, um por pneumonia, dois por complicações causadas pela diabetes, um por cirrose, um por complicações causadas pelo alcoolismo, um por infarto, um natimorto por sífilis. A mesma profissional ainda informou que, no mesmo ano, as causas de internação foram bronquiolite, pneumonia e complicações causadas pela diabetes, já as principais doenças de notificação na área de abrangência foram a dengue, a tuberculose, a sífilis.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte

Dados coletados através de entrevista com funcionárias mostram que a eSF da UBS Geroliva Dias Duarte é composta por uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais, além de cinco agentes comunitárias de saúde e uma agente de endemias. Há também duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira e uma médica. Na Equipe de Saúde Bucal há uma cirurgiã dentista e uma auxiliar de saúde bucal.

Ainda segundo as funcionárias, as atividades das equipes e baseiam em reuniões semanais ou quinzenais para planejamento e avaliação, de acordo com relatos e

informações colhidas pelas ACS em seu território e também pela equipe durante o período de trabalho para que juntos consigam desenvolver um trabalho com qualidade para população relacionada.

Sobre as ferramentas e estruturas físicas para que o trabalho se realize ainda há o que melhorar. A enfermeira, gerente da unidade, expõe que algumas máquinas e equipamentos já podem ser trocados pelo tempo de uso. As edificações também necessitam de uma reforma e uma nova pintura.

1.6 O funcionamento da UBS Geroliva Dias Duarte

A Unidade de Saúde funciona de 07 às 17 horas de segunda a sexta feira e raramente acontece atendimento em horário estendido. São feitas reuniões de equipe semanalmente ou quinzenalmente e diagnóstico local de saúde e reuniões interdisciplinares.

A equipe é bem organizada, onde a enfermeira tem planilhas completas sobre cada microárea, divididas também por condições de saúde. Desta forma, quando se precisa de algo específico, fica fácil a sua utilização e resolução do problema. Nessas reuniões são discutidos quais grupos para educação em saúde serão feitos no mês corrente e educação permanente, caso necessário.

O acolhimento é feito na sala de espera onde a recepcionista escuta o paciente e, caso necessário, encaminha para a triagem com as técnicas de enfermagem ou para outro serviço de saúde. As visitas domiciliares podem ser feitas pela médica, pela enfermeira ou pelas técnicas de enfermagem de acordo com a demanda. A demanda das visitas domiciliares é acertada pelas ACS. Todos os funcionários têm um bom relacionamento uns com os outros.

1.7 O dia a dia da eSF Geroliva Dias Duarte

O dia nessa equipe já começa com atendimento de urgências para a equipe de saúde bucal, todos os dias às 7 horas é destinado a casos de demanda de urgências e emergências. Já na recepção, o dia começa com acolhimento aos usuários de quem consulta programada e também como aos atendimentos de demanda espontânea. As atividades de educação em saúde também são feitas também pela psicóloga, pela farmacêutica e pela profissional de educação física.

Os principais grupos operativos são: exercício físico, redução de danos, diabéticos tipos I e II, hipertensos, arte terapia, grupo para gestantes e de obesidade. As visitas domiciliares em geral são realizadas pelas ACS, mas há casos em que a enfermeira e a médica também fazem e equipe multiprofissional que acontecem sempre que necessário e quando discutido os casos de estudo terapêutico em reuniões com toda a equipe.

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

Após organizar e discutir todas as informações coletadas da área de abrangência da UBS Geroliva Dias Duarte através da estimativa rápida com os profissionais da equipe de saúde da família e com análise de dados dos arquivos identificou-se os principais problemas de saúde encontrados com maior incidência no ano de 2019, que foram os seguintes: a presença de usuários com hipertensão (355 pessoas), pessoas com ansiedade e depressão (263 pessoas), diabetes tipo II (129 pessoas), pessoas que se assumem usuárias de drogas (79 pessoas) e pessoas com alguma doença cardíaca (29 pessoas).

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

Por meio do diagnóstico situacional realizado no ano de 2019, a equipe de saúde identificou vários problemas de saúde que foram selecionados com base em critérios de: 1) importância/urgência; 2) capacidade de enfrentamento; 3) seleção/priorização. Para melhor compreensão optou-se por fazer uma classificação da seguinte forma: alta; média; e baixa. Os seguintes dados estão presentes no Quadro 3:

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família PSF Garcia, Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte, município de Barão de Cocais, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Pessoas com ansiedade e depressão	Alta	9	Parcial	1
Gravidez na Adolescência	Alta	6	Parcial	2
Usuários de drogas lícitas e ilícitas	Alta	6	Parcial	3
Obesidade	Alta	3	Parcial	4
Diabetes	Alta	3	Parcial	5
Hipertensão	Alta	3	Parcial	6

Fonte: Dados obtidos da Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte (2019)

*Alta, média ou baixa.

** Total dos pontos distribuídos em “Urgência” deve totalizar 30 pontos

***Total, parcial ou fora

****Ordenar os problemas considerando os critérios avaliados

2 JUSTIFICATIVA

Diversos estudos apontam que há milhões de pessoas no mundo sofrendo algum tipo de doença mental, entre eles transtornos depressivos, de ansiedade, estados fóbicos e a dependência ao álcool (MARAGNO *et al.* 2006 *apud* MENEZES; MELLO *et al.* 2007). Autores afirmam que os transtornos mentais estão associados a consequências negativas que afetam a sociedade como um todo, quem pode ser observado em “termos de perdas de capital humano, redução da mão de obra qualificada e educada, enfraquecimento da saúde e desenvolvimento global de crianças, perda de força de trabalho, violência, criminalidade, pessoas sem casa e pobreza, morte prematura, saúde vulnerável, desemprego e despesas para os membros da família” (MATEUS *et al.*, 2008 *apud* SILVA; SANTANA, 2012, p. 177).

A UBS Geroliva Dias Duarte está compreendida numa área de baixa escolaridade, más condições de moradia, baixa renda e com taxas de violência e criminalidade. De acordo com Gomes (2012) *apud* Dimenstein (2017), as determinações da saúde mental envolvem componentes que tanto ocasionam sofrimento psíquico quanto são consequências desses problemas: as experiências individuais, a esfera das estruturas e dos recursos sociais, os valores culturais e o nível das interações sociais, pois, dependendo do grau de intensidade e organização da urbanização, de coesão e capital social, de estruturação dos sistemas de saúde, do direcionamento do planejamento urbano, das variadas formas de governança e distribuição dos recursos, os habitantes das cidades podem vivenciar maior ou menor situação de vulnerabilidade aos problemas de ordem emocional.

Devido aumento nos casos de ansiedade e depressão na área de abrangência da UBS Geroliva Dias Duarte conforme dados já citados por meio de diagnóstico situacional, torna-se urgente essa proposta de intervenção para tentar diminuir o sofrimento deste grupo populacional e, conseqüentemente, melhorar qualidade de vida, e não há, no momento um trabalho voltado para este grupo populacional.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar dos níveis de ansiedade e depressão dos usuários da comunidade pertencente a Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte, em Barão de Cocais, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Propor grupos com ações que melhorem os hábitos e mudança no estilo de vida dos usuários com depressão e ansiedade da Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte, em Barão de Cocais, Minas Gerais.

Propor uma melhora no processo de trabalho da equipe e aprofundar o conhecimento sobre depressão e ansiedade, para uma melhor abordagem a estes usuários.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho foi utilizado o diagnóstico situacional para reconhecimento e descrição do município de Barão de Cocais/Minas Gerais e uma estimativa rápida dos problemas para reconhecimento, observação e definição do problema prioritário na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte.

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

As informações foram coletadas através de registros em planilhas feitos pela gerente da UBS, observação na rotina de trabalho entrevista com os usuários e equipe de saúde. Foi também realizado levantamento bibliográfico em bases de dados em saúde pública como *SciELO*, *PubMed*, *LILACS* e *Google Acadêmico*, bem como a Biblioteca Virtual do Nescon. Foram também verificadas informações em documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.). Para a definição das palavras-chave e *keywords* utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2017). As palavras-chave usadas para buscar os textos relacionados ao tema foram depressão, ansiedade, exercício físico, alimentação saudável.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Saúde mental na Atenção Primária

“A saúde é entendida como um meio, um recurso para a vida das pessoas e deve-se identificar saúde como vitalidade psíquico-fisiológica, isto é, como capacidade psicofisiológica para exercício ativo de cada indivíduo para a sua realização na vida” (FARIA *et al.* 2019).

No que se refere a saúde mental, esta “além de estar diretamente vinculada à questão do normal e do patológico envolve a complexa discussão a respeito da loucura e todos os estigmas ligados a ela” (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014). Os mesmos autores ainda afirmam que a as pessoas são passíveis de erros, desafios, fracassos, diversas opções de vida, desejos, angústias existenciais, entre outros, que reforçam o conceito de saúde demandaria ser repensado encaixando até a própria possibilidade de adoecimento.

Estudos brasileiros apontaram que as queixas psíquicas estão entre as causas mais frequentes na procura por atendimento na Atenção Primária (RIBEIRO *et al.*, 2009 *apud* CAMPOS *et al.*, 2011). Os mesmos autores ainda afirmam que esta situação enfatiza o papel fundamental da Atenção Primária no auxílio do diagnóstico e tratamento das pessoas com transtornos mentais.

Durante muito tempo o tratamento para os pacientes com transtornos mentais era abandoná-los em “asilos” e manicômios e o foco de atenção não era a pessoa, mas a doença e com isso, utilizavam recursos que iam desde a internação, técnicas de hidroterapia, administração excessiva de medicamentos, até aplicação de estímulos elétricos ou o uso de procedimentos cirúrgicos (GUIMARÃES *et al.*, 2013). Nesses últimos 30 anos, a participação de profissionais de saúde no movimento pela Reforma de Assistência Psiquiátrica Brasileira foi fundamental pois assim as políticas de saúde mental começaram a ser conduzidas à busca de igualdade social do portador de transtorno mental e do resgate da autonomia (PEREIRA; VIANNA, 2009).

Com a reforma da saúde mental, a assistência ao doente mental passou a ter novos objetivos, ainda que esses pacientes se recuperassem. Nesse caso, foi implantado o CAPS como um local de assistência à saúde mental, que visa diminuir a intensidade

da dor mental, alcançar a reabilitação psicossocial pessoal e proporcionar a essas pessoas um maior grau de socialização (LIANDRO, 2018). A proposta dos CAPS são oferecer recursos terapêuticos diários a pessoas com transtornos mentais, que fazem uso do uso de álcool e outras drogas, em situações graves ou de crise, bem como reabilitação, reintegrando os pacientes na comunidade em que vivem e fortalecimento dos laços familiares (BRASIL, 2005)

O Ministério da Saúde (MS) vem desconstruindo a ideia de que pessoas com transtornos mentais necessitam ficar isoladas da sociedade, apenas com atendimento em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). No sentido de adicionar ainda mais ao serviço prestado, em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS, que tem como base um modelo de atenção em saúde mental baseada na convivência dessas pessoas na sociedade que mostram resultados efetivos na promoção dos direitos dessas pessoas. A rede ainda tem como objetivo articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, integrando a Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização, Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2005).

Além disso, Barbosa *et al.* (2016) acrescentam que o novo sentido do modelo brasileiro de atenção em saúde mental proporcionou avanços significativos na organização e idealização dos serviços. Nos últimos anos, o MS, através de suas “políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica, vem estimulando ações de dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental da população neste nível de atenção” (CORREIA, BARROS, COLVERO, 2011, p.1502). Na Atenção Básica, qualquer pessoa que precise de cuidados tanto para distúrbios mentais e/ou uso abusivo de álcool, a utiliza como porta de entrada do centro comunicador das Redes de Atenção a Saúde e podem receber cuidados tanto nas UBS, como nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Consultórios na Rua, permitindo o acesso ao sistema de saúde antes do encaminhamento para outros serviços que compõe a Rede de Atenção (BRASIL, 2014).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), tomada enquanto diretriz para reorganização da Atenção Básica no contexto do SUS, tornou-se a base da atenção das pessoas com transtornos mentais e de suas famílias, com base no trabalho organizado de acordo com o modelo de atenção básica e por meio de ações comunitárias que facilitam sua integração social nas áreas em que vivem e trabalham (CORREIA, BARROS, COLVERO, 2011). O desenvolvimento da saúde mental na atenção básica permite melhor organização no atendimento, tratando os pacientes com transtornos mentais na sua própria realidade, encaminhando ao CAPS apenas os casos urgentes e graves, reduzindo a sobrecarga desse serviço e proporcionando melhores assistências (OLIVEIRA *et. al.*, 2009).

Compete à eSF apontar que o núcleo familiar também precisa de ajuda, a vista disso, a ESF tem o papel fundamental para o bom desenvolvimento do cuidado ao usuário. A ESF sempre se mostrou uma ferramenta no processo de transformação da atenção à saúde mental, pois, em suma, possibilita uma relação mais próxima entre usuários, familiares e profissionais, e toda a comunidade. O apoio social é o suporte tanto prático quanto emocional que pode ser dado pela família e/ou amigos em diversas formas, tais como “afeto, companhia, assistência e informação, tudo que faz o indivíduo sentir-se estimado, valorizado e seguro (COSTA, 2005; CORREIA, BARROS, COLVERO, 2011).

Com isso, surgem diferentes propostas para o trabalho junto a estes usuários. Souza (1999), nos diz que o tratamento para esses pacientes precisar integrar além da terapia farmacológica e da psicoterapia, incluir mudanças no estilo de vida. O tratamento psicoterápico pode ter vários formatos, como “psicoterapia de apoio, psicodinâmica breve, terapia interpessoal, comportamental, cognitiva comportamental, de grupo, de casais e de família” (Souza 1999, p.18).

5.2 Depressão e ansiedade

De acordo com dados em relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), os transtornos mentais correspondem a 12% em doenças no mundo e gastos orçamentários à saúde mental chegam a menos de 1% do total com a saúde em geral em vários países. A OMS (2001, p.30) ainda relata que “mais de 40% dos países têm falta de políticas de saúde mental e mais de 30% não têm programas nessa esfera”.

Definem como transtorno mental a ansiedade exagerada, identificada por um nível de ansiedade elevado, crônico e incessante, os chamados medos irracionais; esse nível demasiado de ansiedade pode originar a síndrome do pânico, caracterizada principalmente pelo medo de estar sozinho em lugares públicos ou originar a fobia social, com o receio de passar por circunstâncias humilhantes ou, ainda, os transtornos obsessivo-compulsivos, caracterizados por ideias e pensamentos repetitivos. (OMS, 1993 *apud* DEL'OLMO; CERVI, 2017, p. 201).

Para Crespo (2015), conforme citado por Holmes (2011) as doenças psiquiátricas mais comuns na população são a depressão e os transtornos de ansiedade. Os transtornos de ansiedade e transtornos de depressivos têm diversas causas e fatores que muitas vezes podem estar relacionadas às tendências familiares, às experiências da vida e outras causas como desequilíbrios hormonais e outras doenças. Os fatores sociais como a vulnerabilidade das classes sociais baixas, as relações interpessoais pobres, desemprego, uma perda familiar importante ou um acontecimento traumático podem também estar na sua origem (ARAUJO, 2007 *apud* CRESPO, 2015).

De acordo com Arantes (2007), muitas pessoas com depressão, não seguem tratamento, o que podem ocasionar diversas consequências graves, sociais, pessoais e até econômicas. “O transtorno depressivo é responsável por riscos significativos de morte e incapacidade e pelo menos 66% de todos os suicídios são precedidos de depressão” (ARANTES, 2007, p.263). O mesmo autor ainda afirma que a porta de entrada para o tratamento de pacientes com depressão é a Atenção Primária, onde os mesmos buscam estratégias, informações de autocuidado, formas de adesão aos recursos terapêuticos e medicamentosos. Porém o tratamento pode ser prejudicado por deficiência de diagnóstico e seguimento no tratamento por parte dos usuários, pelas limitações de eficácia, aceitabilidade e pouca disponibilidade de tratamentos existentes.

Já os transtornos de ansiedade são quadros clínicos em que os sintomas “são não são derivados de outras condições psiquiátricas (depressões, psicoses, transtornos do desenvolvimento, transtorno hipercinético, etc.)” (CASTILLO et al., 2000, p.20). O mesmo autor ainda difere a ansiedade patológica da normal pela sua duração, como também pela associação ao estímulo daquele momento ou não.

O modelo de atendimento ao portador de transtorno mental que inclui a família e sociedade busca a integração destes indivíduos na comunidade que se está inserido

(ALMEIDA, FELIPES, POZZO, 2011). Os mesmos autores ainda indicam a compreensão e aceitação do transtorno mental pela família tornou-se um fator extremamente importante na reabilitação de pacientes com doenças mentais, com a alteração dos costumes e hábitos exigidos para a devida atenção ao doente. Nesse sentido, cada membro da família passa a cumprir seu papel e significado para gerenciar o novo cotidiano familiar, com possível sobrecarga que pode ser econômica, cotidiana familiar, doença física ou emocional e alterações nas atividades de lazer e nas relações sociais (ALMEIDA, FELIPES, POZZO, 2011).

5.3 Estilo de vida saudável na depressão e ansiedade

Mudanças no estilo de vida podem ajudar no tratamento de pacientes com transtornos mentais, diminuindo os sintomas e melhorando a qualidade de vida. De tal modo, Barbosa (2020, p.100618) afirma que existem “meios de tratamento comprovadamente eficazes no controle de sintomas, além dos medicamentos e acompanhamento psicológico, inclui-se também a terapia nutricional.” A mesma autora ainda acrescenta que um indivíduo que ingere a quantidade adequada de nutrientes, tem menos chance de manifestação da doença, ou até de ter o agravamento dos sintomas (BARBOSA, 2020).

Além de uma alimentação saudável, Veigas, Gonçalves (2009) ressaltam que um estilo de vida ativo e a prática regular de atividades físicas apresentam-se como métodos eficazes na redução dos riscos de doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, bem como na obtenção de benefícios psicológicos.

Por algum tempo, o entendimento da ansiedade, na área da Educação Física e dos Esportes, esteve muito relacionado aos sintomas, a partir da classificação da ansiedade em: Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado.

A ansiedade-estado, referente a um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão que podem variar em intensidade ao longo do tempo, e a ansiedade-traço, a qual se refere a uma disposição pessoal, relativamente estável, a responder com ansiedade a situações estressantes e uma tendência a perceber um maior número de situações como ameaçadoras. (SPIELBERGER *et. al.*, 1970 *apud* GAMA *et. al.*, 2008, p. 20).

Diversos estudos apontam a ligação dos benefícios psicológicos causados entre prática regular de atividades físicas e os transtornos de humor. Uma das hipóteses

mais aceitas da ação dos exercícios sobre a ansiedade e depressão, é a hipótese das endorfinas, onde a atividade física desencadeia a secreção de endorfinas capaz de aliviar os sintomas da depressão (COSTA *et. al.*, 2007). Porém essa hipótese ainda não tem concordância entre os pesquisadores. Os mesmos autores acreditam que o exercício físico regularia a neurotransmissão da noradrenalina e da serotonina, igualmente aliviando os sintomas da depressão. Outra hipótese, segundo Costa *et al.* (2007), é da fundamentação psicológica da melhoria da autoestima mediante a prática do exercício de longa duração ou os exercícios intensos que melhorariam a autoimagem e, conseqüentemente, a autoestima.

No que diz respeito ao sono, este é considerado um elemento básico da reabilitação física e mental humana. Constitui as necessidades físicas originais de uma vida saudável, podendo restaurar a saúde do corpo e proteger as pessoas do desgaste natural de ficar acordado por várias horas (STORES, 2001 *apud* SERRÃO; KLEIN; GONÇALVES, 2007). Há vários tipos de distúrbios do sono relacionado aos transtornos mentais, como as psicoses, transtornos de humor e transtornos da ansiedade (MÜLLER; GUIMARÃES, 2007).

Os pacientes com depressão se queixam de insônia e despertam horas antes do necessário, outros apresentam dificuldade para iniciar o sono, relatam acordar várias vezes durante a noite, sono não restaurador, sonhos perturbadores e queixas de sonolência excessiva (LUCCHESI *et al.*, 2005). Já os pacientes ansiosos também relatam dificuldade de iniciar o sono, não conseguem relaxar ou parar de se preocupar com seus problemas quando estão indo dormir e dificuldade na manutenção do sono. (LUCCHESI *et al.* 2005).

A prevalência do uso de tabaco também vem sendo estudado em relação dos transtornos mentais. A depressão é a doença que está mais associada ao tabagismo. A relação entre depressão e tabagismo tem importância significativa no tratamento da dependência da nicotina, entretanto existe a probabilidade de que a depressão predetermine as reincidências e ao ato de parar de fumar (CALHEIROS, OLIVEIRA, ANDRETTA, 2006). Por outro lado, em jovens adultos, o alto consumo de nicotina está associado a um maior risco de agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo compulsivo transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de pânico (CALHEIROS, OLIVEIRA, ANDRETTA, 2006).

Outra forma de tratamento contínuo de pacientes depressivos e com transtornos de ansiedade é a terapêutica medicamentosa. Para Ferreira *et al.*, (2017) os psicofármacos agem no sistema nervoso central minimizando os sintomas físicos e comportamentais, melhorando o estado de saúde, o tratamento, o processo de reabilitação e conseqüentemente a reinserção social. O autor ainda descreve que ainda assim existe uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso que caracteriza como um dos principais desafios no tratamento em saúde mental.

Para Ferreira *et al.* (2017), as causas do abandono ao tratamento com medicação variam de acordo com as singularidades dos pacientes, mas geralmente ocorrem pelos efeitos colaterais ou a não aceitação do uso diário destes fármacos, por um período prolongado ou quando há necessidade do uso de várias medicações simultaneamente.

De acordo com Ferreira *et al.*, (2017), a utilização irregular dos medicamentos reflete no alto risco de recaída e na piora do quadro do paciente. “O uso de psicofármacos não deve ser visto como a única forma de tratamento, mas deve estar aliado a outras estratégias, como grupos terapêuticos, atenção multiprofissional, grupo de familiares, religiosidade, entre outros” (XAVIER *et al.*, 2014, p. 135).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “alto números de usuários com depressão e ansiedade na UBS Geroliva Dias Duarte”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos.

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a(s) operação(ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos) conforme a metodologia do PES (FARIA;CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A partir do Diagnóstico Situacional de Saúde da comunidade da UBS Geroliva Dias Duarte, realizado em 2019, foi possível identificar 263 pacientes (10,4%) com depressão e ansiedade. Além desses casos, a gravidez na adolescência e o uso de álcool e outras drogas também têm grande relevância na comunidade.

Quadro 4 - Número de usuários de acordo com diagnóstico situacional do problema selecionado

Descritores	Valores	Fontes
Pessoas com depressão e ansiedade	263	Registro da equipe
Suicídio	02	Registro da equipe
Tentativa de autoextermínio e pensamento suicida	04	Observação da equipe

Fonte: Dados obtidos da Unidade Básica de Saúde Geroliva Dias Duarte, 2019

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A eSF acredita que existem várias razões para o alto número de usuários com depressão e ansiedade na área. A Unidade de Saúde Geroliva Dias Duarte se localiza em um bairro de periferia da cidade, onde a maioria da população é de renda baixa. A região apresenta problemas de qualidade dos serviços básicos, como saneamento e iluminação, além de haver altas taxas de analfabetismo. Grande parte dessa população apresenta jornadas de trabalhos inadequadas, dormem pouco, se alimentam mal, o que pode ser por pouca informação sobre cuidados com a saúde ou pela dificuldade financeira.

Nesta região é também comum o alto grau de violência, o uso e venda de drogas ilícitas e alto consumo de álcool. Eventos estes que são estressantes para a população que reside nesta área. Estes fatores podem aumentar a vulnerabilidade emocional da comunidade, o que pode causar o aparecimento de transtornos mentais como a ansiedade e depressão.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Após a realização do diagnóstico situacional e a classificação dos principais problemas identificados na comunidade, a próxima etapa é considerar quais intervenções que a eSF precisará realizar. Para a equipe de saúde, os principais problemas encontrados dentro dessa população com depressão e ansiedade, são as dificuldades nos relacionamentos interpessoais, dificuldades em manter as tarefas do dia a dia e o abuso ou interrupção dos medicamentos. Para isso é necessário analisar e identificar as causas, a origem do problema, que precisam ser enfrentadas. Portanto, o conceito de “nó crítico” proposto pelo PES

É um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, está dentro do meu espaço de governabilidade, ou então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (FARIA *et al.* 2018, p. 60).

A eSF da UBS Geroliva Dias Duarte selecionou os seguintes “nós críticos” como os problemas principais em relação as situações enfrentadas com os usuários da comunidade diagnosticados depressão e ansiedade:

- Hábitos e estilo de vida inadequados dos usuários com depressão e ansiedade.
- Falta de conhecimento sobre os transtornos mentais e sobre abordagens eficazes a estes usuários pela equipe de saúde.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão (sexto passo)

Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alto número de usuários com diagnóstico de depressão e ansiedade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Geroliva Dias Duarte, do município Barão de Cocais, estado de Minas Gerais.

	Hábitos e estilo de vida inadequados dos usuários com depressão e ansiedade
Operação	Grupos operativos sobre alimentação saudável e atividade física para os usuários com depressão e ansiedade.
Projeto	Viva bem
Resultados esperados	Reduzir o sedentarismo e melhorar os hábitos alimentares dos usuários
Produtos esperados	Grupos operativos com palestras para promover discussões entre os usuários sobre mudança no estilo de vida relacionada com uma alimentação mais saudável e grupo para prática de atividade física.
Recursos necessários	Estrutural: local para realização das reuniões Cognitivo: profissionais de saúde com conhecimentos sobre o tema Financeiro: verba para aquisição de materiais (panfletos, cartazes, material para uso no grupo de atividade física) Político: mobilização da equipe e da população
Viabilidade do plano - recursos críticos	Político: mobilização da equipe para convidar os usuários. Financeiro: verba para aquisição de materiais: panfletos e cartazes para divulgação do grupo. Compra de arcos, bastões, cordas e colchonetes para os usuários.
Controle dos recursos críticos- ações estratégicas	Ator que controla: Equipe de Saúde da Família – Profissional de Educação Física, Nutricionista. Motivação: Favorável.
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Psicóloga, Profissional de Educação Física, Nutricionista, Enfermeira da Equipe de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde. Prazo: 3 meses para início
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Grupo atividade física: aos três meses: programa implantado. Mensalmente: avaliação física e anamnese com a profissional de Educação Física. Grupo alimentação saudável: aos três meses: programa implantado. Mensalmente: reuniões com a nutricionista e aplicação de questionário sobre alimentação elaborado pela mesma.

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 6 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alto número de usuários com diagnóstico de depressão e ansiedade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Geroliva Dias Duarte, do município Barão de Cocais, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Falta de conhecimento sobre depressão e ansiedade e sobre abordagens eficazes a estes usuários pela equipe de saúde.
Operação	Melhorar o conhecimento da equipe sobre transtorno mental e para ter uma abordagem eficaz e mais acolhedora a estes usuários com depressão e ansiedade.
Projeto	Juntos somos mais fortes.
Resultados esperados	Equipe mais consciente sobre depressão e ansiedade e mais capaz de abordar o usuário com este transtorno para o tratamento.
Produtos esperados	Educação permanente entre a psicóloga e a equipe para obter mais conhecimento sobre depressão e ansiedade. Reuniões sobre organização de serviço, formas de acolhimento e fortalecimento de vínculo da equipe com os usuários e seus familiares.
Recursos necessários	Estrutural: local para realização das reuniões Cognitivo: eSF com conhecimentos sobre depressão e ansiedade para lidar melhor com os usuários Político: mobilização da equipe para participar da capacitação.
Viabilidade do plano - recursos críticos	Político: mobilização da equipe para participar da capacitação.
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Ator que controla: Psicóloga Motivação: Favorável Apresentar o projeto a Equipe de Saúde da Família.
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Profissional de Educação Física, Psicóloga, Assistente Social. Prazo: 2 meses para início e término em 6 meses.
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões mensais para capacitação e aumento no nível de informação da equipe sobre depressão e ansiedade: em 6 meses a partir do início. Aplicação de questionário ao final de cada sessão de capacitação.

Fonte: autoria própria (2019)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme a elaboração deste trabalho percebe-se que identificar e diagnosticar bem um problema é muito importante. E para haver solução deste problema, as ações devem ser bem planejadas e as estratégias devem ser definidas. Só assim será possível chegar o momento de executar o plano, de intervir para alcançar a mudança desejada na população selecionada com sucesso.

Para que o projeto de intervenção aconteça e tenha sucesso é necessário o empenho de toda equipe por meio da participação e motivação. Toda a equipe deve estar comprometida e estimulada para que a população também tenha vontade de participar e assim a intervenção sugerida seja eficaz.

Com a implantação desse plano de intervenção espera-se diminuir o número de usuários com ansiedade e depressão na comunidade que abrange a Unidade Básica Geroliva Dias Duarte, em Barão de Cocais.

Espera-se, também, que a equipe consiga entender os diferentes cuidados e atenção aos pacientes com depressão e ansiedade para que os mesmos se sintam acolhidos pela UBS no processo de enfrentamento de dificuldades e assim que haja uma melhora na qualidade de vida dessa população.

REFERENCIAS

- ALMEIDA, A. C. M. C. H.; FELIPES, L.; POZZO, V. C. D. O impacto causado pela doença mental na família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. n.6. Porto, dez. 2011
- ARANTES, V. D., Depressão na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.** Rio de Janeiro, v.2, nº 8, p. 261-270. Jan / mar 2007.
- BARBOSA, P. B.; Terapia nutricional na depressão – como nutrir a saúde mental: uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Development**., Curitiba, v.6, n.12, p.100617-100632, dez.2020
- BARBOSA, V. F. B.; *et al.* C. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde debate** [online], v.40, n.108, p.178-189. Rio de Janeiro, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**. Brasília, [online] 2017. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>> Acesso em 10 outubro de 2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Brasília, 2014. 116 p.: il.
- BRASIL. Saúde Brasil. **O que significa ter saúde?** Brasília, 07 ago 2020. Disponível em: <<https://saudebrasil.saude.gov.br/eu-quero-me-exercitar-mais/o-que-significa-ter-saude>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2021.
- CALHEIROS, P. R. V.; OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. **Aletheia**. n.23, p.65-74, jan./jun. 2006.
- CAMPOS, R. O.; *et al* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p. 4643-4652. Rio de Janeiro, dec. 2011.
- CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], v.45, n.6, p.1501-1506, São Paulo, mar. 2011.
- CASTILLO, A. R. G. L.; *et al.*, Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.22 s.2 p. 20-23. São Paulo Dec. 2000.
- COSTA, A. G.; LUDEMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v.21, n.1, p.73-79. Rio de Janeiro, jan. 2005.

COSTA, R. A.; SOARES, H. L. R.; TEIXEIRA, J. A. C. Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, v. 19 - n. 1, p. 269-276, Niterói, jun. 2007.

CRESPO, L. M. **Pacientes portadores de transtornos de ansiedade generalizada e transtornos depressivos no município de Presidente Kubitschek, Minas Gerais: projeto de intervenção**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Diamantina, 2015. 42f.

DEL'OLMO, F. S.; CERVI, T. M. D. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Sequência** (Florianópolis) [online]. 2017, n.77, pp.197-220.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. V.69, n.2, p. 72-87, 2017.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 98p.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2019. 92p.

FERREIRA, A. C. Z. *et al.* A vivência do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos na perspectiva do pensamento complexo. **Texto Contexto Enfermagem**. V.26, n. 3, p. 1-10, 2017.

FERTONANI H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n.6, p.1869-1878, 2015.

GAMA, M. M. A. *et al.* Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracaju (SE). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. vol.30 no.1 Porto Alegre Jan./Abr. 2008.

GAMA, I. P.; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. **Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, 17(1), 69-84, mar. 2014.

GUIMARÃES, A. N. *et al.* Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**. v.22, n.2, p. 361-369, Florianópolis. Abril/Jun.2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Barão de Cocais**. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/barao-de-cocais.html>> Acesso em: 06 de abril de 2020

LIANDRO, B. A evolução da saúde mental no Brasil: reinserção social. **Revista Científica Semana Acadêmica**. Fortaleza, ano MMXVIII, Nº. 000126, jul.18. Disponível em:<<https://semanaacademica.org.br/artigo/evolucao-da-saude-mental-no-brasil-reinsercao-social>>Acesso em: 06 agosto 2020.

LUCCHESI, L. M. *et al.* O sono em transtornos psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** V.27, p.27-32. São Paulo. Maio/2005.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CESAR, C. L. D.; Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública.** v. 22, n. 8, p. 1639-1648, Rio de Janeiro, ago, 2006.

MELLO, M.F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed; 2007. 207 pp.

MÜLLER, M. R.; GUIMARÃES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estudos de Psicologia.** v..24, n..4, p. 519-528. Campinas. Out./Dez. 2007.

OLIVEIRA, F. B.; *et al.* Saúde mental e estratégia de saúde da família: uma articulação necessária. **Psychiatry online Brasil.** Setembro de 2009. Vol.14 - Nº 9. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano09/art0909.php>>. Acesso em 06 de abril de 2020.

PEREIRA, A. A.; VIANNA, P. C. M. **Saúde Mental.** NESCON/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 110p.

SERRÃO, F.; KLEIN J. M.; GONÇALVES, A. Qualidade do sono e depressão: que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. **Psico-USF,** v. 12, n. 2, p. 257-268, jul./dez. 2007.

SILVA, D. F.; SANTANA, P. R. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva,** v. 6, n. 4. p. 175-185, 2012.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** v. 59, n. 3, p. 238-246. Rio de Janeiro, 2010.

SOUZA, F. G. M. Tratamento da depressão. **Rev. Bras. Psiquiatria,** v. 21, s.1, p. 18-23, São Paulo, maio. 1999.

VEIGAS, J.; GONÇALVES, M. **A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress.** Psicologia.pt, jul. 2009.

XAVIER, M. S.; *et al.* A utilização de psicofármacos em indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. **Revista Eletrônica Enfermeria Global.** .v. 18, n. 36, p. 126-136. Out. 2014.