

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

THUNAY VENZI BOTREL

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO
ENTRE OS MORADORES DO MUNICÍPIO DE BELMIRO BRAGA-MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

THUNAY VENZI BOTREL

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO
ENTRE OS MORADORES DO MUNICÍPIO DE BELMIRO BRAGA-MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Daniela Coelho Zazá

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

THUNAY VENZI BOTREL

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO
ENTRE OS MORADORES DO MUNICÍPIO DE BELMIRO BRAGA-MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Prof. Daniela Coelho Zazá - orientadora

Prof. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: 26/10/2015

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que sempre me apoiaram no que se trata aos meus estudos. Sem a minha base nunca concluiria nada a que me propusesse. E ao meu irmão pela parceria. Ao Manin que sempre me dá força, parceria e compreensão. Aos meus amigos que sempre estiveram e vão estar do meu lado.

À minha inserção na atenção básica à saúde, que de certa forma, me fez evoluir enquanto ser humano, tanto pela prática profissional quanto pelo apreço que tomo pela Educação Física na Saúde.

Ao NASF de Belmiro Braga, que contribuiu de forma efetiva para a concretização dessa especialização.

À Daniela Zazá, minha orientadora nesse estudo, pela contribuição, compreensão e paciência para a realização do trabalho de conclusão de curso dessa especialização em Estratégia Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Ao Nescon pela oferta de formação continuada aos profissionais de Educação Física na saúde a fim de contribuir com a atuação desse profissional que se vê diante de um novo e promissor campo de atuação profissional da área.

À Giselle Saporetti, que desde os primeiros contatos no início do curso, se mostrou sempre solícita e disposta a ajudar.

À UFMG, pela oferta do curso e ainda pela razão de ser um curso de especialização lato senso de qualidade e gratuito.

RESUMO

Depressão é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade, comprometendo a saúde da população e constituindo elevado ônus para a saúde pública. Baseado no diagnóstico situacional da área de abrangência do município de Belmiro Braga observou-se alta prevalência de depressão. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para diminuir da prevalência de depressão entre os moradores do município de Belmiro Braga-MG. A metodologia foi executada em três etapas: diagnóstico situacional; revisão de literatura e plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: ociosidade; poucas possibilidades de lazer e alcoolismo. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “novo estilo de vida” para conscientizar a população sobre a importância de mudar os estilos de vida evitando a ociosidade; “mais lazer” para aumentar a oferta de atividades de lazer e “não ao álcool” para implementar ações para o combate ao alcoolismo. Espera-se com esse plano de ação reduzir a prevalência de depressão entre os moradores do município de Belmiro Braga-MG.

Palavras chave: Depressão, Atividade Física, Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

Depression is one of the major problems faced in the present time, compromising the health of the population and constituting an expressive burden on public health. Based on the situational diagnosis of the coverage area of the municipality of Belmiro Braga there was high prevalence of depression. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan to reduce the prevalence of depression among residents of the municipality of Belmiro Braga-MG. The methodology is carried out in three stages: situational diagnosis; literature review and action plan. In this study we selected the following critical node: idleness; few possibilities of leisure and; alcoholism. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: creation of projects "new lifestyle" to educate the population about the importance of changing lifestyles in order to avoid idleness; "more leisure" to increase the supply of leisure activities and; "no to alcohol" in order to implement actions to combat alcoholism. The expected outcome of this action plan is a decline of the prevalence of depression among residents of the municipality of Belmiro Braga-MG.

Keywords: Depression, Physical Activity, Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Priorização dos problemas identificados na área de abrangência do município de Belmiro Braga-MG	18
Quadro 2	Descritores do problema depressão no município de Belmiro Braga-MG	19
Quadro 3	Desenho de operações para os “nós” críticos do problema depressão	22
Quadro 4	Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema depressão	23
Quadro 5	Propostas de ações para motivação dos atores	25
Quadro 6	Plano operativo	27
Quadro 7	Planilha de acompanhamento do projeto: Novo estilo de vida	28
Quadro 8	Planilha de acompanhamento do projeto: Mais lazer	28
Quadro 9	Planilha de acompanhamento do projeto: Não ao álcool	29

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	JUSTIFICATIVA.....	10
3	OBJETIVOS	11
3.1	Objetivo geral	11
3.2	Objetivos específicos	11
4	METODOLOGIA.....	12
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
5.1	Depressão	13
5.2	Diagnóstico e tratamento da depressão	14
6	PLANO DE AÇÃO.....	17
6.1	Definição dos problemas	17
6.2	Priorização dos problemas	17
6.3	Descrição do problema selecionado	18
6.4	Explicação do problema	19
6.5	Seleção dos nós críticos	20
6.6	Desenho das operações	21
6.7	Identificação dos Recursos Críticos	23
6.8	Análise da Viabilidade do Plano	23
6.9	Elaboração do Plano Operativo	26
6.10	Gestão do Plano	28
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
	REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Belmiro Braga é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localiza-se na Mesorregião da Zona da Mata e dista por rodovia 295 km da capital Belo Horizonte e 42 km de Juiz de Fora. O município possui uma área de 393,130 Km² e em 2014 contava com uma população estimada de 3.500 habitantes. O número aproximado de domicílios e famílias é de 1058 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

A cidade é constituída por três distritos: Belmiro Braga, Porto das Flores e Três Ilhas e o bioma da cidade é definido como Mata Atlântica (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Belmiro Braga era de 0,660 em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699) (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2015). A renda *per capita* média de Belmiro Braga passou de R\$ 245,49, em 1991, para R\$ 293,93, em 2000, e para R\$ 464,50, em 2010 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2015).

Belmiro Braga apresenta oito estabelecimentos de saúde. O sistema de referência e contrarreferência se dá com o apoio do município polo regional Juiz de Fora-MG, que oferece serviços de saúde de média e alta complexidade, pois Belmiro Braga não atende tais serviços.

O Programa Saúde da Família foi implantado em Belmiro Braga em primeiro de agosto de 2001 com o nome de PSF Mãos que cuidam e conta atualmente com uma equipe de saúde da família. Já o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi implantado em sete de fevereiro de 2014 como modalidade NASF 3.

Estou inserido no NASF desde a sua implantação. A equipe do NASF é composta por um Profissional de Educação Física, uma Fonoaudióloga, um Fisioterapeuta e uma Nutricionista e a jornada semanal de trabalho é de 20 horas.

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo: saneamento básico insuficiente; alta incidência de pobreza; elevada prevalência de doenças crônicas como obesidade, diabetes e hipertensão; alta prevalência de depressão; uso exacerbado de medicamentos e incidência do alcoolismo.

Dentre esses problemas priorizamos a alta prevalência de depressão, pois a depressão é um problema de saúde pública e a rede básica de saúde constitui-se na principal porta de entrada dos indivíduos na busca da atenção à sua saúde, incluindo aqueles em sofrimento psíquico ou portadores de transtorno mental (SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003). Além disso, pesquisas direcionadas à qualidade de vida têm evidenciado cada vez mais a importância da atividade física e do exercício físico na saúde mental (WEINBERG; GOULD, 2001).

2 JUSTIFICATIVA

O adoecimento psíquico, como por exemplo, a depressão, é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade, comprometendo a saúde da população e constituindo elevado ônus para a saúde pública (ROCHA *et al.*, 2012).

Os benefícios da prática de atividade física para a saúde e qualidade de vida de pessoas de todas as idades estão bem documentados na literatura científica (FREITAS *et al.*, 2010). Além disso, encontra-se também na literatura informações sobre uma baixa frequência de sintomas depressivos entre pessoas fisicamente ativas (DE MOOR *et al.*, 2006).

De acordo com Vasconcelos-Raposo *et al.* (2009) a depressão e a atividade física apresentam uma relação inversa, pois quando uma delas aumenta, a outra tende a diminuir significativamente.

Desta forma, pretende-se desenvolver um plano de ação para contribuir na redução dos casos de depressão no município de Belmiro Braga, principalmente através da inclusão de atividades físicas na rotina da população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para a diminuição da prevalência de depressão entre os moradores do município de Belmiro Braga-MG.

3.2 Objetivos específicos

Identificar os fatores determinantes do agravo no município em questão.

Oferecer diferentes possibilidades à população para inclusão da atividade física no seu dia a dia.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional pela equipe NASF na área de abrangência do município de Belmiro Braga-MG através do método de estimativa rápida. Este método constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A equipe realizou a observação ativa e entrevistas com informantes-chaves (médicos, agentes comunitários). Após realização do diagnóstico situacional a equipe priorizou a alta prevalência de depressão como o problema principal.

Em um segundo momento foi feita uma revisão de literatura através de artigos indexados nas bases de dados Scielo, Medline e Lilacs, utilizando os seguintes descritores:

Depressão.

Atividade física.

Atenção Básica à Saúde.

Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi apresentada a proposta de um plano de ação através do método “Planejamento Estratégico Situacional (PES)”.

O plano de ação é composto por dez passos, sendo eles: definição dos problemas; priorização de problemas; descrição do problema selecionado; explicação do problema; seleção dos “nós críticos”; desenho das operações; identificação dos recursos críticos; análise da viabilidade e plano operativo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Depressão

A depressão vem se tornando cada vez mais frequente, entretanto, as razões para esse aumento ainda não estão totalmente esclarecidas. A depressão pode ser entendida como um transtorno do humor grave frequente, e que pode ocorrer em todas as faixas etárias (LAFER *et al.*, 2000). Ela se caracteriza por tristeza, perda de interesse em atividades e diminuição da energia. Além disso, outros sintomas são característicos, como por exemplo, a perda de confiança e autoestima, o sentimento injustificado de culpa, ideias de morte e suicídio, diminuição da concentração e também perturbações do sono e do apetite (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

O indivíduo depara-se, desde a sua origem, com sentimentos de desesperança, apatia, indiferença, ausência de perspectiva e prazer; aspectos estes que podem estruturar uma depressão. A tentativa de compreensão da depressão data da antiguidade, onde ela podia ser entendida como um elemento da própria natureza humana, mas também como resultado de um desequilíbrio do organismo, que deveria ser tratado (PARANHOS; WERLANG, 2009). “E com o passar dos anos, muitas outras teorias vieram, sinais e sintomas foram agrupados, e a depressão deixou de ser um simples sintoma tornando-se uma entidade nosológica” (PARANHOS; WERLANG, 2009, p.20).

A depressão está codificada no CID 10 entre os agrupamentos de transtornos do humor (transtornos afetivos), que compreende os códigos F30-F39: episódio maníaco, transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos, transtorno depressivo recorrente, transtornos de humor (afetivos) persistentes, outros transtornos do humor, transtorno do humor não especificado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992).

A depressão tem apresentado índices alarmantes nos últimos tempos e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), até o ano de 2020, ela deve ocupar o 2º lugar entre as causas de ônus gerados por doenças degenerativas e mortes prematuras (TEODORO, 2010).

Em 2011, 340 milhões de pessoas sofriam de depressão em todo o mundo. E no Brasil este valor era de 10 milhões de pessoas (GONÇALVES, 2011). Até o ano 2020, a depressão deve pular do quarto lugar entre as doenças que mais afetam a humanidade para o segundo lugar, atrás apenas dos males cardíacos (GONÇALVES, 2011).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014) foi estimado que 7,6% das pessoas com 18 anos ou mais de idade tinham depressão. O que representava 11,2 milhões de pessoas. Verificou-se que havia uma maior prevalência desta doença sobre as mulheres, 10,9%, contra 3,9% dos homens. A faixa etária com maior proporção foi entre 60 e 64 anos de idade (11,1%), enquanto o menor percentual foi obtido na faixa etária de 18 a 29 anos de idade (3,9%). Observou-se, também, maior prevalência em pessoas com ensino superior completo (8,7%) e pessoas sem instrução e com fundamental incompleto (8,6%).

Ainda de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014) em Minas Gerais 11% das pessoas acima de 18 anos sofrem de depressão. Em Minas Gerais a doença acomete mais as mulheres (15,1%) em comparação aos homens (6,6%).

5.2 Diagnóstico e tratamento da depressão

Os critérios mais utilizados para o diagnóstico e classificação dos estados depressivos se encontram no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e na Classificação Internacional de Doenças (DUAILIBI, 2013).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993 *apud* PARANHOS; WERLANG, 2009) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2002 *apud* PARANHOS; WERLANG, 2009) os principais sintomas da depressão são: humor deprimido na maior parte do tempo e perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. Esses sintomas devem estar

presentes quase todos os dias, por um período maior que duas semanas, e o indivíduo deve apresentar também sintomas adicionais, como: perda ou ganho de peso acentuado; insônia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga e perda de energia; sentimentos de culpa; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se; pensamentos de morte recorrentes.

O tratamento da depressão deve ser sempre individualizado e objetivar a retomada dos níveis de funcionamento pré-mórbido do paciente (DUAILIBI, 2013).

Para Stahl (1998) o tratamento da depressão deve levar em consideração o ser humano como um todo, ou seja, deve abranger as dimensões biológica, psicológica e social. Entretanto, Souza (1999) reforça que o tratamento além de abranger essas dimensões deve também utilizar a psicoterapia, mudanças no estilo de vida e a terapia farmacológica.

Segundo Segal, Vincent e Levitt (2002 *apud* BAPTISTA *et al.*, 2007) todas as abordagens psicoterápicas (cognitiva; interpessoal; psicanalítica e; comportamental) parecem ser eficazes na redução, remissão, prevenção dos sintomas depressivos e na aderência de outras terapêuticas. Souza (1999) afirma que as mudanças no estilo de vida devem ser discutidas com o paciente, com objetivo de melhorar a qualidade de vida. Além disso, Stella *et al.* (2002) citam ainda que, quando os sintomas da depressão colocam em risco a condição clínica do paciente e também quando o sofrimento psíquico é significativo, torna-se necessário incluir a terapia farmacológica. Esses autores afirmam ainda que a associação da terapia farmacológica com a psicoterapia tem demonstrado bons resultados.

Tendo em vista a dor e o sofrimento provocados pela depressão e também o impacto negativo na qualidade de vida das pessoas e os altos custos gerados pelos cuidados com a saúde mental da população, é extremamente importante entender os efeitos da atividade física no tratamento da depressão (HORTENCIO *et al.*, 2006).

De acordo com o American College of Sports Medicine (2009) a atividade física é entendida como qualquer movimento corporal que é produzido pela contração da musculatura esquelética e que aumenta o gasto de energia. Segundo Stella *et al.*

(2002) a atividade física regular deve ser considerada como uma alternativa não farmacológica do tratamento da depressão, pois apresenta em relação ao tratamento medicamentoso, a vantagem de não apresentar efeitos colaterais indesejáveis, além de sua prática demandar um maior comprometimento ativo por parte do paciente que pode resultar na melhoria da autoestima e autoconfiança.

Gama e Campos (2009) citam que a partir de 2001 observa-se uma maior preocupação do Ministério da Saúde para enfrentar a questão da Saúde Mental na Atenção Básica.

Dentre as ações realizadas pelos profissionais da equipe de saúde da família na atenção à saúde mental pode-se citar: visita domiciliar ao doente mental e seus familiares; vínculo e acolhimento; encaminhamento e; oficinas terapêuticas (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Mielke e Olschowsky (2011) afirmam que as ações como o acolhimento, a escuta, o vínculo, a visita domiciliar, a discussão de casos, a consulta médica e o grupo terapêutico têm possibilitado a construção de uma nova prática em saúde mental, pois demonstra que a diferença que afasta essas pessoas da sociedade é passível de convivência.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Definição dos problemas

Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional pela equipe NASF na área de abrangência do município de Belmiro Braga-MG através do método de estimativa rápida. “A estimativa rápida constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.38).

Após realização do diagnóstico situacional foi possível identificar os seguintes problemas:

- Saneamento básico insuficiente;
- Alta incidência de pobreza;
- Elevada prevalência de doenças crônicas como obesidade, diabetes e hipertensão;
- Alta prevalência de depressão;
- Uso exacerbado de medicamentos e;
- Incidência do alcoolismo.

6.2 Priorização dos problemas

Após a identificação dos principais problemas da área de abrangência do município de Belmiro Braga-MG torna-se necessária a priorização daqueles que serão enfrentados, pois dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc.) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A equipe NASF considerou na priorização dos problemas a importância dos mesmos, a urgência e a própria capacidade para enfrentá-los. O quadro 1 apresenta a priorização dos problemas identificados.

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados na área de abrangência do município de Belmiro Braga-MG.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de depressão	Alta	8	Parcial	1
Elevada prevalência de doenças crônicas	Alta	7	Parcial	2
Uso exacerbado de medicamentos	Alta	6	Parcial	3
Alta incidência de pobreza	Alta	5	Fora	4
Incidência do alcoolismo	Alta	5	Parcial	5
Saneamento básico insuficiente	Alta	5	Fora	6

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.3 Descrição do problema selecionado

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) somente a identificação e priorização dos problemas não são suficientes para definir como solucioná-los. De acordo com os autores é preciso avançar mais no sentido de caracterizar e descrever melhor o problema.

Descrever um problema é “caracterizá-lo para ter-se a ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta numa determinada realidade” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.61), inclusive pela sua quantificação.

A equipe priorizou a alta prevalência de depressão como o problema principal.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) a Organização Mundial de Saúde estima que até 2030 a depressão seja a doença mais comum do mundo, afetando mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde.

A depressão é a alteração afetiva mais estudada e falada na atualidade. Segundo Esteves e Galvan (2006) como ela é classificada como um transtorno de humor, ela vem reger as atitudes dos sujeitos modificando a percepção de si mesmos. Dessa forma, eles passam a enxergar suas problemáticas como grandes catástrofes.

O quadro 2 apresenta a descrição do problema priorizado.

Quadro 2 – Descritores do problema depressão no município de Belmiro Braga-MG.

Descritores	Valores	Fontes
Mulheres diagnosticadas com depressão	269	Registro ESF
Homens diagnosticados com depressão	94	Registro ESF
Número de pessoas acompanhadas em uso de antidepressivos por mês	363	Registro ESF
Usuários diagnosticados por demanda espontânea pelo NASF	30	Registro NASF

6.4 Explicação do problema

O quarto passo objetiva “entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.63), ou seja, é importante compreender o modo como esse problema foi produzido, identificando suas causas e a relação entre elas.

De acordo com a equipe NASF as possíveis causas para a alta prevalência de depressão na população da área de abrangência do município de Belmiro Braga-MG podem ser:

- O ócio → O ócio pode ter conotações negativas e positivas (XIMENES *et al.*, 2012). Acreditamos que as conotações negativas do ócio, como por exemplo, inutilidade e improdutividade têm contribuído para a prevalência de depressão na população da área de abrangência do município de Belmiro Braga-MG.
- O alcoolismo → É muito comum observar que pessoas que abusam do álcool apresentam sintomas de depressão, ansiedade e irritabilidade (LARANJEIRA, 1998). A quantidade de pessoas que abusam do álcool no município de Belmiro Braga-MG é significativa.
- A pobreza → Segundo Lovisi (2000) a maior frequência de distúrbios mentais, como a depressão, em populações pobres já é bem conhecida. Desta forma,

acreditamos que a pobreza no município tem contribuído também para os casos de depressão.

- As poucas possibilidades de lazer → Para Vargas e Dias (2011) a privação do lazer e do convívio social, necessários à sua saúde mental, pode estar relacionada à depressão. Sendo assim, acreditamos que as poucas possibilidades de lazer na área de abrangência do município de Belmiro Braga-MG também podem estar contribuindo para a elevada prevalência de depressão.

6.5 Seleção dos nós críticos

Esse passo serve para fazer a identificação das causas do problema priorizado. Através do conhecimento das causas é possível ter mais clareza sobre onde atuar (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Para realizar essa análise, utilizamos o conceito de “nó crítico” que é “um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.65).

A Equipe do NASF de Belmiro Braga selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com a depressão sobre as quais a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido. Desta forma, os “nós críticos” selecionados pela equipe foram: ociosidade; pobreza; inexistência do lazer; alcoolismo; abandono dos idosos por parte das famílias; situações traumáticas e; eventos estressantes.

Após essa seleção dos nós críticos foi necessário fazer uma nova análise para identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema. Sendo assim, foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados à alta prevalência de depressão entre os moradores do município de Belmiro Braga-MG:

- Ociosidade;
- Poucas possibilidades de lazer;
- Alcoolismo.

6.6 Desenho das operações

“Com o problema bem explicado e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.66).

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar as causas do problema selecionado e as operações são as ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Torna-se importante destacar que essas operações consomem diferentes tipos de recursos, como econômicos; organizacionais; cognitivos; etc. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A Equipe do NASF de Belmiro Braga-MG propôs, a partir dos “nós críticos” identificados, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução.

O quadro 3 apresenta o desenho das operações para os “nós” críticos do problema depressão.

Quadro 3 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema depressão.

Nó Crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Ociosidade	Novo estilo de vida Conscientizar a população sobre a importância de mudar os estilos de vida evitando a ociosidade	População mais consciente sobre a importância de mudar os estilos de vida Maior oferta de atividades para a população	Maior adesão ao grupo operativo: TAI CHI CHUAN Implementar evento mensal: Mente sã-corpo são (Gincana entre os grupos operativos do NASF) Criação do grupo operativo: Arte é Saúde	Cognitivo: elaboração de projeto Político: mobilização social. Financeiro: para aquisição de recursos. Organizacional: possibilitar infraestrutura necessária para a efetivação das atividades
Poucas possibilidades de lazer	Mais lazer Aumentar a oferta de atividades de lazer	Aumento do lazer no município Ampliação das possibilidades de lazer que incluam também a prática de atividade física	Implementar grupos de atividades de lazer: 1) Esporte é saúde 2) Oficina lúdica 3) Oficina de leitura 4) Cine Belmiro	Cognitivo: elaboração e gestão de projetos de lazer; Político: mobilização social Financeiro: financiamento dos projetos. Organizacional: possibilitar infraestrutura necessária para a efetivação das atividades;
Alcoolismo	Não ao álcool Implementar ações para o combate ao alcoolismo	Reduzir a quantidade de alcoolistas no município	Implementar grupo operativo sobre alcoolismo	Cognitivo: informação sobre o tema. Político: mobilização social e intersetorial com apoio da gestão. Financeiro: para aquisição de recursos. Organizacional: possibilitar espaço físico para os encontros;

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.7 Identificação dos recursos críticos

Chega-se ao sétimo passo do plano de ação com a percepção de que o processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. “Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.69).

Os recursos críticos são indispensáveis para a execução de uma operação, entretanto não estão disponíveis. Desta forma, a equipe deve ter clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los. No quadro 4 estão apresentados os recursos críticos para a execução das operações.

Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema depressão.

Operação/Projeto	Recursos críticos
<p>Novo estilo de vida</p> <p>Conscientizar a população sobre a importância de mudar os estilos de vida evitando a ociosidade</p>	<p>Cognitivo: elaboração de projeto Financeiro: para aquisição de recursos. Organizacional: possibilitar infraestrutura necessária para a efetivação das atividades</p>
<p>Mais lazer</p> <p>Aumentar a oferta de atividades de lazer</p>	<p>Cognitivo: elaboração e gestão de projetos de lazer; Financeiro: financiamento dos projetos. Organizacional: possibilitar infraestrutura necessária para a efetivação das atividades;</p>
<p>Não ao álcool</p> <p>Implementar ações para o combate ao alcoolismo</p>	<p>Financeiro: para aquisição de recursos. Organizacional: possibilitar espaço físico para os encontros;</p>

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.8 Análise de viabilidade do plano

Na viabilidade do plano é preciso identificar os atores que controlam os recursos críticos, pois o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Desta forma, torna-se necessário analisar o provável posicionamento dos atores em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

“No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.71). Para analisar a viabilidade de um plano são necessárias três variáveis (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010):

- Quais são os atores que controlam os recursos críticos;
- Quais recursos cada um desses atores controla;
- Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

A motivação de um ator pode ser classificada como favorável (o ator coloca o recurso à disposição); indiferente (o apoio do ator ainda não está garantido) e; contrária (oposição ativa à utilização do recurso) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A Equipe NASF de Belmiro Braga-MG identificou os atores que controlam os recursos críticos e a motivação dos mesmos em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados, como sintetizado no quadro 5.

Quadro 5 - Propostas de ações para motivação dos atores.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p>Novo estilo de vida</p> <p>Conscientizar a população sobre a importância de mudar os estilos de vida evitando a ociosidade</p>	<p>Cognitivo: elaboração de projeto</p> <p>Financeiro: para aquisição de recursos.</p> <p>Organizacional: possibilitar infraestrutura necessária para a efetivação das atividades</p>	<p>Equipe NASF</p> <p>Secretaria de Saúde</p>	Favorável	Não é necessária
<p>Mais lazer</p> <p>Aumentar a oferta de atividades de lazer</p>	<p>Cognitivo: elaboração e gestão de projetos de lazer;</p> <p>Financeiro: financiamento dos projetos.</p> <p>Organizacional: possibilitar infraestrutura necessária para a efetivação das atividades;</p>	<p>Equipe NASF</p> <p>Secretaria de Saúde</p>	Favorável	Apresentar o projeto aos atores que controlam os referentes recursos críticos
<p>Não ao álcool</p> <p>Implementar ações para o combate ao alcoolismo</p>	<p>Financeiro: para aquisição de recursos.</p> <p>Organizacional: possibilitar espaço físico para os encontros;</p>	<p>Secretaria de Saúde</p>	Favorável	Não é necessária

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.9 Elaboração do plano operativo

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O NASF, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme o quadro 6.

Quadro 6 - Plano operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Profissionais Envolvidos	Prazo
<p>Novo estilo de vida</p> <p>Conscientizar a população sobre a importância de mudar os estilos de vida evitando a ociosidade</p>	<p>População mais consciente sobre a importância de mudar os estilos de vida</p> <p>Maior oferta de atividades para a população</p>	<p>Maior adesão ao grupo operativo: TAI CHI CHUAN</p> <p>Implementar Evento mensal: Mente sã-corpo são (Gincana entre os grupos operativos do NASF)</p> <p>Criação do grupo operativo: Arte é Saúde</p>	<p>Não é necessária</p>	<p>Profissionais do NASF</p>	<p>Três meses para o início das atividades</p>
<p>Mais lazer</p> <p>Aumentar a oferta de atividades de lazer</p>	<p>Aumento do lazer no município</p> <p>Ampliação das possibilidades de lazer que incluam também a prática de atividade física</p>	<p>Implementar grupos de atividades de lazer: 1) Esporte é saúde 2) Oficina lúdica 3) Oficina de leitura 4) Cine Belmiro</p>	<p>Apresentar o projeto aos atores que controlam os recursos críticos</p>	<p>Profissionais do NASF</p>	<p>Quatro meses após apresentação do projeto</p>
<p>Não ao álcool</p> <p>Implementar ações para o combate ao alcoolismo</p>	<p>Reduzir a quantidade de alcoolistas no município</p>	<p>Implementar grupo operativo sobre alcoolismo</p>	<p>Não é necessária</p>	<p>Profissionais do NASF</p>	<p>Três meses para o início das atividades</p>

Fonte: Aatoria Própria (2015)

6.10 Gestão do plano

A gestão do plano de ação depende do desenvolvimento e estruturação de um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os quadros 7 a 9 apresentam a situação atual das operações e os campos a serem preenchidos durante o acompanhamento das mesmas.

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento do projeto: **Novo estilo de vida**

Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Maior adesão ao grupo operativo: TAI CHI CHUAN Implementar Evento mensal: Mente sã-corpo são (Gincana entre os grupos operativos do NASF) Criação do grupo operativo: Arte é Saúde	Profissional de Educação Física na saúde	Três meses para o início das atividades.	Aguardando implantação		

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do projeto: **Mais lazer**

Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Implementar grupos de atividades de lazer: 1) Esporte é saúde 2) Oficina lúdica 3) Oficina de leitura 4) Cine Belmiro	Profissional de Educação Física na saúde	Quatro meses após apresentação do projeto.	Projeto ainda não foi apresentado - atrasado		

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 9 - Planilha de acompanhamento do projeto: **Não ao álcool**

Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Implementar grupo operativo sobre alcoolismo	Fonoaudióloga	Três meses para o início das atividades.	Aguardando implantação		

Fonte: Autoria Própria (2015)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi elaborado um plano de ação para a diminuição da prevalência de depressão no município de Belmiro Braga-MG.

Os projetos aqui apresentados têm como objetivos conscientizar a população sobre a importância de mudar os estilos de vida evitando a ociosidade, aumentar a oferta de atividades de lazer e implantar ações para o combate ao alcoolismo.

Acreditamos que os projetos poderão contribuir para reduzir a prevalência de depressão entre os moradores do município de Belmiro Braga-MG.

O Plano de ação proposto é exequível de ser operacionalizado. Sendo assim, com a implantação do plano, torna-se importante a avaliação do mesmo, pois esse instrumento nos possibilita reconhecer os erros e diante desses, apontar direcionamentos necessários à execução do que está sendo colocado em prática.

Enxergar a atenção básica à saúde pelo olhar da Educação Física aumenta ainda mais nossa responsabilidade como agentes no processo de construção dessa área que vem se tornando amplamente reconhecida.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (Position Stand). Exercise and physical activity for older adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 47, n. 7, p.1510-1530, 2009.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Perfil Municipal – Belmiro Braga/MG**. Disponível em http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/belmiro-braga_mg. Acesso em 10/08/15.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Depressão será doença mais comum no mundo em 2030, afirma a OMS**, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sus/pdf/setembro/depressao_doenca_comum_mundo_2030_0309.pdf. Acesso em: 10/09/15.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. 31d. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010.

CORREIA, V.R.; BARROS, S.; COLVERO, L.A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**. v.45, n.6, p.1501-1506, 2011.

DE MOOR, M. H. *et al.* Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. **Preventive Medicine**. v.42, n.4, p.273-279, 2006.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Depressão - vol. 21 - maio 1999.

DUAILIBI, K. Como diagnosticar e tratar depressão. **RBM**. v.70, n.12, p.6-13, 2013.

ESTEVES, F.C.; GALVAN, A.L. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, n.24, p.127-135, jul./dez. 2006.

FREITAS, R.W.J.F. *et al.* Prática de atividade física por adolescentes de Fortaleza, CE, Brasil. **Rev Bras Enferm**. v.63, n.3, p.410-415, 2010.

GAMA, C.A.P.; CAMPOS, R.O. Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. v.1, n.2, p.112-131, 2009.

GONÇALVES, M. Depressão em patologias orgânicas - o melhor é prevenir. **Psychiatry on line Brasil**, v.16, n.12, 2011.

HORTENCIO, R.F.H. *et al.* **Exercícios físicos no combate à depressão**: percepção dos profissionais de psicologia, 2006. Disponível em: <http://congressos.cbce.org.br/index.php/conece/3conece/paper/viewFile/2475/969>. Acesso em: 07/09/15.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - cidades. **Belmiro Braga, Minas Gerais**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310610&search=minas-gerais|belmiro-braga|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em 10/08/15.

LAFER, B; *et al.* **Depressão no ciclo da vida**. ARTMED, Porto Alegre, 2000.

LARANJEIRA, R. **Depressão & Abuso e Dependência do Álcool (ADA)**, 1998. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/texto/Depessao%20e%20abuso%20e%20dependencia%20do%20alcool.pdf>. Acesso em: 10/09/15.

LOVISI, G.M. **Avaliação de distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói**. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. xiv,167 p.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. 4.ed. rev. Porto Alegre: Artmed,2002 *apud* PARANHOS, M.E.; WERLANG, B.G. Diagnóstico e intensidade da depressão. **Barbarói**, n. 31, ago./dez. 2009.

MIELKE, F.B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Esc Anna Nery**. v.15, n.4, p.762-768, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001:** Saúde mental: nova concepção, nova esperança, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Genebra; 1993 *apud* PARANHOS, M.E.; WERLANG, B.G. Diagnóstico e intensidade da depressão. **Barbarói**, n. 31, ago./dez. 2009.

PARANHOS, M.E.; WERLANG, B.G. Diagnóstico e intensidade da depressão. **Barbarói**, n. 31, ago./dez. 2009.

ROCHA, S.V. *et al.* Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Epidemiol.** v.15, n.4, p.871-883, 2012.

SEGAL, Z; VINCENT, P.; LEVITT, A. Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. *J Psychiatry Neurosci*, v.27, n.40, p.281-290, 2002. *apud* BAPTISTA, M.N. *et al.* Eficácia de intervenções psicoterápicas no tratamento de depressão. **PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v.8, n.1, p.77-88, 2007.

SILVA, M.C.F.; FUREGATO, A.R.F.; COSTA JÚNIOR, M.L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem.** v.11, n.1, p.7-13, 2003.

SOUZA, F.G.M. Tratamento da depressão. **Rev Bras Psiquiatr. – Depressão.** v.21, p.SI 18-SI23, 1999.

STAHL, S.M. **Psicofarmacologia:** Bases neurocientíficas e aplicações clínicas. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 1998.

STELLA, F. *et al.* Depressão no Idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz**, v.8, n.3, p.91-98, 2002.

TEODORO, W.L.G. **Depressão:** corpo, mente e alma. Uberlândia/MG: 2010.

VARGAS, D.; DIAS, A.P.V. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.19, n.5, p.1-9, 2011.

VASCONCELOS-RAPOSO, J; FERNANDES, H,M.; MANO, M.; MARTINS,E. Relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal. **Motricidade**. v.5, n.1, p.21-32, 2009.

WEINBERG, R.S.; GOULD, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. **Clinical descriptions and diagnostic guidelines**. Geneva: World Health Organization; 1992.

XIMENES, M.A. *et al.* Reflexão sobre o trabalho, ócio, lazer e o tempo livre de idosos na contemporaneidade. **Revista Kairós Gerontologia**,v.15, n.8, p.67-81, 2012.