

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ABORDAGEM AO USO DE ANTIDEPRESSIVOS POR MULHERES NA  
UNIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CAIC II**

**Fernando Edson Cerqueira Filho**

Governador Valadares  
2014

**Fernando Edson Cerqueira Filho**

**ABORDAGEM AO USO DE ANTIDEPRESSIVOS POR MULHERES NA  
UNIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CAIC II**

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

Orientador: Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira

**Fernando Edson Cerqueira Filho**

**ABORDAGEM AO USO DE ANTIDEPRESSIVOS POR MULHERES NA UNIDADE  
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CAIC II**

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

Banca Examinadora

Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira – Orientador

Prof. \_\_\_\_\_ - Examinador

*Dedico este trabalho:*

*Aos meus familiares que contribuíram em todos os  
momentos para a minha formação.*

*À Andrea, pela paciência e ajuda técnica.*

*Aos meus colegas de trabalho, pois sem a equipe  
de saúde nenhum trabalho pode ser realizado.*

*À comunidade atendida pela unidade CAIC II, pela  
confiança depositada.*

## RESUMO

O presente trabalho – Abordagem ao uso de antidepressivos por mulheres na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) CAIC II, Governador Valadares, Minas Gerais – tem como objetivo elaborar um plano de intervenção sobre um problema priorizado pela equipe de saúde. Foram selecionados indicadores quantitativos, relacionados ao uso de antidepressivos. Para realização do processo de descrição do problema, a equipe de saúde utilizou dois descritores: mulheres cadastradas, maiores de 20 anos e mulheres em uso de antidepressivos na área de abrangência, de um total de 791 mulheres cadastradas, maiores de 20 anos, 27,1% das mulheres (n = 216) fazem uso de antidepressivos. Para a elaboração do trabalho, utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional, criado na década de 1960, no Chile, composto de quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Espera-se, com este trabalho, criar um plano de cuidado específico visando adequar o uso dos medicamentos pelas pacientes atendidas na unidade, aperfeiçoar o processo de trabalho buscando prestar a atenção adequada, conscientizar a população visando modificar o hábito e estilo de vida das mulheres da comunidade e elevar o nível de informação sobre o tema entre os profissionais de saúde. A proposta de criação do Grupo das Donas de Casa foi efetivada, acontecendo uma vez ao mês e contando com a participação de toda a equipe de saúde sob responsabilidade da enfermeira, do médico e do dentista. A avaliação dos resultados da proposta de intervenção será realizada pela equipe de saúde que esteve atuando no momento, independente do profissional no cargo.

**Palavras-chave:** Antidepressivos. Depressão. APS.

## ABSTRACT

The present work; - Approach to the use of antidepressants for women in the area covered by the ESF CAIC II, Governador Valadares, Minas Gerais, aims to develop a plan of action on an issue prioritized by the health team. Quantitative, related to antidepressant use indicators were selected. To carry out the process description of the problem, the health team used two descriptors: registered women, older than 20 years and women taking antidepressants in the catchment area, a total of 791 women enrolled, over 20 years, 27.1% of women (n = 216) are antidepressants. For the preparation of the work, we used the method of Situational Strategic Planning, created in the 1960s in Chile, composed of four stages: explanatory, normative, strategic and tactical-operational. Hopefully, with this work, create a specific plan of care in order to adapt the use of medicines by patients seen in the unit, perfecting the process of seeking work pay adequate attention, raise awareness aimed at changing the habit and lifestyle of women community and raise the level of awareness on the issue among health professionals. The proposed establishment of the Group of Housewives, was effected, happening once a month and with the participation of the entire health care team under the responsibility of the nurse, the doctor and the dentist. The evaluation of the results of the proposed intervention will be performed by the health team that was acting at the time, regardless of the professional in charge.

**Keywords:** Antidepressants. Depression. APS.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1:	Critérios diagnósticos de episódio depressivo.....	21
QUADRO 2:	Critérios para uso de fármacos nos transtornos de humor: depressão e ansiedade .....	22
QUADRO 3:	Descrição dos antidepressivos mais utilizados e suas respectivas características.....	23
QUADRO 4:	Uso de antidepressivos na Atenção Básica de Saúde .....	24
QUADRO 5:	Priorização dos problemas identificados, no diagnóstico situacional, quanto à importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência do PSF CAIC II, Governador Valadares, MG, 2013. ....	30
QUADRO 6:	Descritores do problema “Uso de antidepressivos por mulheres” e quantificação, segundo fontes de pesquisa, de usuárias cadastradas na área de abrangência do PSF CAIC II, Governador Valadares, MG, 2013.....	31
QUADRO 7:	Desenho das operações para os nós críticos do problema “Uso de antidepressivos por mulheres” cadastradas na área de abrangência do PSF CAIC II, Governador Valadares, MG, 2013.....	33
QUADRO 8:	Recursos críticos necessários para a execução das operações para o enfrentamento do problema “Uso de antidepressivos por mulheres”, na área de abrangência do PSF CAIC II, Governador Valadares, MG, 2013.....	34
QUADRO 9:	Descrição das ações estratégicas para motivação dos atores, que controlam os recursos críticos, visando a viabilização das operações do plano a ser executado pelo ESF CAIC II, Governador Valadares, MG, 2013.....	35
QUADRO 10:	Plano operativo - Descrição das ações estratégicas para motivação dos atores, que controlam os recursos críticos, visando a viabilização das operações do plano a ser executado pelo ESF CAIC II, Governador Valadares, MG, 2013. ....	35
QUADRO 11:	Acompanhamento do Plano de Ação .....	36

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1:	MAPA .....	13
-----------	------------	----

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADT	antidepressivo tricíclico
APS	Atenção Primária de Saúde
AVC	acidente vascular cerebral
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CERSAM	Centros de Referência em Saúde Mental
CREAS	Centro de Referência de Assistência Social
DE	disfunção erétil
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ECG	eletrocardiograma
ECR	ensaios clínicos randomizados
ESF	Equipe de Saúde da Família
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
IAM	infarto agudo do miocárdio
IMAO	inibidores da monoamina oxidase
IRS	inibidores de recaptção de serotonina
ISRS	inibidor seletivo de recaptção de serotonina
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	pressão arterial
PES	Planejamento Estratégico em Saúde
PPGHC	<i>Psychological Problems in General Health Care</i>
PSF	Programa de Saúde da Família
SACCP	sistema de análise cognitivo-comportamental de psicoterapia
SciELO	<i>Scientific Electronic Library On-line</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
TA	tensão arterial
TCC	terapia cognitivo-comportamental
TDM	transtorno depressivo maior
THAS	transtornos de humor, ansiedade e/ou somatoformes
TIP	terapia interpessoal
TMC	transtornos mentais comuns
TRP	tratamento de resolução de problemas

UBS  
UFMG

Unidade Básica de Saúde  
Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<i>Objetivo geral.....</i>	<i>16</i>
<b>2.2</b>	<i>Objetivos específicos .....</i>	<i>16</i>
<b>3</b>	<b>MÉTODOS .....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>REVISAO DA LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>5.1</b>	<i>Definição dos problemas.....</i>	<i>29</i>
<b>5.2</b>	<i>Priorização do problema.....</i>	<i>29</i>
<b>5.3</b>	<i>Descrição do problema .....</i>	<i>30</i>
<b>5.4</b>	<i>Explicação do problema.....</i>	<i>31</i>
<b>5.5</b>	<i>Seleção dos nós críticos .....</i>	<i>32</i>
<b>5.6</b>	<i>Desenho das operações .....</i>	<i>33</i>
<b>5.7</b>	<i>Identificação dos recursos críticos.....</i>	<i>34</i>
<b>5.8</b>	<i>Análise de viabilidade do plano .....</i>	<i>34</i>
<b>5.9</b>	<i>Elaboração do plano operativo .....</i>	<i>35</i>
<b>5.10</b>	<i>Gestão do plano .....</i>	<i>36</i>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>37</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Equipe de Saúde da Família (ESF) CAIC II está alocada em uma Unidade do Programa de Saúde da Família (PSF), localizada nos bairros Palmeiras e Vila Ozanan, em Governador Valadares.

Governador Valadares é um município do interior de Minas Gerais, pertencente à microrregião de mesmo nome e à mesorregião do Vale do Rio Doce, e localiza-se a 320 km, a nordeste, da capital do estado. Ocupa uma área total de 2.348,1 km<sup>2</sup>, com 95,54% da população em área urbana e somente 4,46% da população em área rural. Segundo o IBGE, no ano 2010, possuía aproximadamente 76.515 domicílios urbanos, 2.654 domicílios na zona rural, sendo 94% abastecida com água tratada e com 82% com rede de esgoto e coleta de lixo. A população do município, em 2010, foi contada pelo IBGE em 263.594 habitantes, estando entre os 10 municípios mais populosos do estado e o 90º do Brasil, apresentando uma densidade populacional de 112,1 habitantes por km<sup>2</sup>. Segundo o censo de 2010, 47,83% da população são homens (118.098 habitantes) e 52,17% (128.799 habitantes) mulheres (BRASIL, 2010).

Os bairros Palmeiras e Vila Ozanan situam-se na periferia da cidade, às margens da BR 116, e surgiram com o crescimento e expansão da cidade (FIG. 1). Ainda que Governador Valadares tenha sido delicadamente arquitetada em suas regiões centrais, as zonas às margens das estradas importantes não acompanharam o mesmo passo. Situados dividindo um morro, a geografia, associada à falta de planejamento, faz desta região um importante conglomerado de casa, também chamado, na década passada, de favela. Ainda que as casas de papelão tenham sido substituídas por barracões, as condições socioeconômicas não são boas. Possuem 100% de luz elétrica e água encanada e 90% de tratamento de esgoto. Os bairros contam com igrejas católicas e evangélicas, uma escola básica, que atende em horário integral, pequenos comércios como padaria, mercearia, bares, porém não há creches, farmácias, correios e bancos. A unidade apresenta uma população cadastrada de cerca de 2800 pessoas, sendo 837 famílias divididas em seis microáreas. Grande parte da população, composta por trabalhadores com rendas de até três salários mínimos, trabalha na construção civil ou como empregadas domésticas. Cabe ressaltar que o Programa Bolsa Família elevou, de certa forma, o nível financeiro da comunidade, garantindo o mínimo de sustento para as famílias.

**Figura 1: Mapa**



Fonte: Google Earth vista aérea.

Os bairros Palmeiras e Vila Ozanan são assistidos, atualmente, apenas por uma equipe de ESF. Inaugura há 15 anos a unidade do PSF CAIC II encontra-se localizada no ponto mais alto da região – local de fácil acesso, pois as duas ruas principais do morro chegam ao posto e há também uma linha de ônibus urbano até a porta da unidade, auxiliando aqueles pacientes que encontram dificuldade de locomoção. Possui uma boa estrutura física, com recepção, cinco consultórios, uma sala de vacina equipada, uma sala para curativos e pequenos procedimentos, farmácia, área para reuniões de equipe e de grupos, copa e banheiros. Última reforma da unidade terminou em agosto de 2013.

A equipe de saúde do PSF CAIC II é composta por enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes de saúde, médico e equipe de saúde bucal. O horário de atendimento é de 7h00 às 17h00, de segunda a sexta-feira, e das 11h00 às 13h00 para marcação de fichas e esclarecimento de dúvidas com a secretária na recepção. O funcionamento da unidade está regido por agendas programadas de todos os profissionais, além de médico, enfermeira e dentista cumprirem atendimentos específicos de grupos, como puericultura e gestantes, e hiperdia pela manhã, nas tarde são atendidos os pacientes da demanda espontânea, os quais são agendados na manhã anterior. A sexta feira é destinada, na parte da manhã, a visitas domiciliares (que também podem ser negociadas de acordo a gravidade e necessidade do

caso), e durante a tarde se realiza a reunião da equipe de trabalho. A unidade conta ainda com auxílio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) como o trabalho semanal de psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social e nutricionista.

Para análise situacional da área de abrangência da ESF CAIC II, a coleta de dados se iniciou durante a realização deste trabalho, pois na unidade não havia planejamento das atividades. Foi realizado um cadastramento, através de visitas domiciliares a todos os usuários da comunidade. O número total de prontuários individuais ativos é 2136. Além da análise das informações dos prontuários, foram utilizados também os dados obtidos no grupo de saúde mental, realizado semanalmente pela psicóloga do NASF.

Após análise e discussão dos dados coletados, a equipe de saúde identificou os principais problemas elencados em ordem de prioridade:

- a) uso de antidepressivos por mulheres da comunidade;
- b) gravidez na adolescência;
- c) complicações derivadas da hipertensão arterial e diabetes mellitus;
- d) violência urbana;
- e) parasitose intestinal.

Para o problema prioritário identificado – uso de antidepressivos por mulheres – será elaborada uma proposta de intervenção, tendo em vista que não há nenhum controle existente relacionado a real necessidade deste uso.

Na área de abrangência, de um total de 791 mulheres cadastradas, maiores de 20 anos, 27,1% das mulheres (n = 216) fazem uso de antidepressivos. Para a equipe de saúde do PSF CAIC II, a ausência de controle reflete o desconhecimento da equipe quanto ao uso abusivo ou não de antidepressivo por estas mulheres.

Neste contexto, por meio da análise de prontuários de mulheres que fazem uso de antidepressivos, durante reuniões da equipe de saúde e durante as consultas médicas para atualização de receitas, constatou-se que muitas dessas pacientes não contêm história clínica correlatada com transtornos do humor. Há também pacientes novos que ingressam à área de abrangência sem transferência de prontuário médico. Observa-se que a falta de controle sobre o uso de antidepressivos, por parte da equipe deve-se a falha no processo de trabalho da unidade, associado à ausência de acompanhamento por uma equipe de saúde mental, ou por um especialista em psiquiatria, bem como à alta resistência em participação no grupo de saúde mental e/ou psicoterapia, acentua o risco do uso de antidepressivos ser abusivo por parte desta população.

Portanto, visando organizar a assistência às mulheres que fazem uso de antidepressivos e controlar o possível uso abusivo destes medicamentos, o presente trabalho tem como finalidade a criação de um plano de intervenção que deverá ser executado, pela equipe de saúde do PSF CAIC II, a partir de janeiro de 2014.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 *Objetivo geral***

Propor um plano de intervenção para o controle do uso de antidepressivos por mulheres cadastradas na área de abrangência da ESF CAIC II.

### **2.2 *Objetivos específicos***

- Criar um plano de cuidado específico visando adequar o uso dos antidepressivos pelas pacientes atendidas na unidade;
- conscientizar a população visando modificar o hábito e estilo de vida das mulheres da comunidade;
- aumentar o nível de informação da população e dos profissionais de saúde sobre antidepressivos;
- buscar a integração da unidade com outros setores da saúde no município.

### 3 MÉTODOS

Para a elaboração deste trabalho, foi realizada uma revisão da literatura especializada, no período de março a dezembro de 2013, a partir de um levantamento bibliográfico em livros e em bases de dados eletrônicas: Scientific Electronic Library On-line (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), e na biblioteca virtual da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A busca nos bancos de dados *foi realizada* utilizando as palavras-chave: antidepressivos, depressão, Atenção Primária. Os critérios para a seleção dos estudos científicos priorizou o idioma português e os artigos científicos publicados nos últimos cinco anos.

Para a elaboração do plano de intervenção para controle do uso de antidepressivos por mulheres cadastradas na área de abrangência da ESF CAIC II, seguiu-se o método Planejamento Estratégico em Saúde (PES), desenvolvido pelo professor chileno Carlos Matus, que propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. (CAMPOS, 2010)

O processo do PES apresenta uma sequência lógica de ações identificadas por Matus em quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. No momento explicativo, busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas. O momento normativo é quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados, anteriormente, ou seja, é o momento de elaboração de propostas de solução. Durante o momento estratégico, busca-se analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar os objetivos traçados. Já o momento tático-operacional é o momento de execução do plano, quando são definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano. (TONY, 2004)

A primeira etapa para a elaboração do plano de intervenção foi o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF CAIC II. Os dados levantados foram obtidos através de: prontuários existentes e observação ativa da área de abrangência. Foram considerados apenas os dados relevantes para este trabalho, obtendo-se informações sobre a realidade atual da comunidade assistida.

Em relação aos registros escritos existentes, as fontes de coleta de dados foram os registros realizados pela equipe de saúde, durante as visitas domiciliares; registros do grupo de saúde mental, realizado semanalmente pela psicóloga do NASF; registros de pacientes em

psicoterapia na unidade; e análise de prontuários. A coleta foi realizada pela equipe de saúde, em março e abril de 2013, com base nos dados referentes ao ano de 2012.

Além da análise de registros, foram realizadas visitas domiciliares a todos os usuários da comunidade, de março a dezembro de 2013, como estratégia para envolver a população no processo de planejamento das atividades e identificação das necessidades da comunidade. A observação ativa das residências, pertencentes à área de abrangência, foi realizada por toda equipe.

Após a coleta, os dados levantados foram analisados e interpretados para obtenção do diagnóstico situacional, permitindo que a equipe de saúde identificasse os principais problemas a serem enfrentados atualmente.

#### 4 REVISAO DA LITERATURA

Na sociedade contemporânea, torna-se cada vez mais difícil praticar a ciência na certeza da estabilidade e do enquadramento. Somos, cada vez mais, propensos a entender os fenômenos de nossa vida cotidiana como algo em constante transformação e movimento. Não podemos reduzir a saúde mental à ausência de transtornos psíquicos. Ela vai mais além. Ela fornece a nossa identidade social, a nossa possibilidade de transitar com autonomia pela vida (PEREIRA; VIANA, 2013).

Historicamente, o homem utiliza substâncias químicas que causam alterações em seu nível de consciência, ou que produzem reações físicas ou mentais temporariamente prazerosas. Atualmente são poucos os indivíduos que não utilizam alguma substância para este fim, principalmente quando consideramos as substâncias legais e socialmente aceitas como a cafeína o tabaco e o álcool (FORSAN, 2010).

Sentimentos de tristeza ou infelicidade são comuns em situações de perda, separações, insucessos, conflitos nas relações interpessoais. Fazem parte da experiência cotidiana e caracterizam um estado emocional normal, não patológico. Um exemplo é o luto normal, no qual há tristeza e ansiedade, mas normalmente não há culpa e autoacusações, que caracterizam os transtornos depressivos. Em outras situações de perdas relacionadas ao cotidiano da vida podem ainda ocorrer disfunções cognitivas passageiras: sentimentos de desamparo ou desesperança, visão negativa de si mesmo, da realidade e do futuro, que, em geral, desaparecem com o tempo, sem a necessidade de ajuda especializada. No entanto, quando tais sintomas não desaparecem espontaneamente, são desproporcionais à situação ou ao evento que os desencadeou ou este inexistente, quando o sofrimento é acentuado, comprometendo as rotinas diárias ou as relações interpessoais, provavelmente o paciente é portador de um dos transtornos depressivos, que acometem ao redor de 15% da população, especialmente mulheres (GREVET; CORDIOLI; FLECK, 2005).

Segundo Patten *et al.* (*apud* DUNCAN, 2013), é possível identificar um grupo de indivíduos que possuem um alto risco para desenvolver transtornos depressivos através da análise de: histórico pessoal ou familiar de depressão; presença de estressor psicossocial; uso exagerado dos serviços de saúde; doenças crônicas; outros transtornos psiquiátricos; mudanças hormonais; sintomas físicos sem explicação; dor, incluindo dor crônica; queixas de fadiga, insônia, ansiedade e abuso de substâncias.

A depressão pode ser uma manifestação de doenças físicas, bem como um efeito colateral de medicamentos que o paciente esteja utilizando. Por isso, sempre que a natureza

psicológica do problema não é evidente (ausência de um estressor ou fator desencadeante como luto, perdas, problemas interpessoais), ou os sintomas são desproporcionais à situação que os provoca, em pessoas sem história prévia de transtorno do humor, deve-se realizar uma história clínica completa, um exame físico acurado, acompanhado dos exames laboratoriais de rotina (GREVET; CORDIOLI; FLECK, 2005).

Investigação multicêntrica denominada *Psychological Problems in General Health Care* (PPGHC) e patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foi desenvolvida na década de 1990, em 15 países diferentes, inclusive no Brasil, confirmou essa alta prevalência de transtornos mentais entre os usuários de unidades gerais de saúde. Representam demanda específica que busca tratamento com médicos generalistas e que têm características diferentes daquela atendida em ambulatórios de saúde mental. São, em média, 24% dos usuários dos ambulatórios de clínicas gerais nos vários centros estudados (USTÜN; SARTORIUS<sup>1</sup>, 1995 *apud* PEREIRA; VIANA, 2013).

Segundo Bauer *et al.* (2009), o transtorno depressivo maior (TDM) é um transtorno do humor grave, associado a morbidade e mortalidade significativas e que afeta indivíduos de todas as idades e raças.

Os transtornos mentais comuns (TMC) se referem à situação de saúde de uma população com indivíduos que não preenchem critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition* (DSM-IV) e Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID -10) (TADOKORO, 2012).

O Quadro 1 apresenta as classificações e critérios para o diagnóstico, comparando entre o CID-10 e o DSM-IV.

Diversos estudos comprovam o alto índice de transtornos do humor e da afetividade na população de baixa renda, atendida no PSF, como comprova Lima (2008):

Menor renda associou-se à presença de transtorno mental comum, mas não ao uso de psicotrópicos. A associação entre transtorno mental comum, uso de psicotrópicos e maior renda, reforça a hipótese de iniquidade no acesso à assistência médica na população estudada.

Segundo uma grande investigação, patrocinada pela OMS, em 15 países, e apresentado por Pereira e Viana (2013):

---

<sup>1</sup> ÜSTUN, T. B.; SARTORIUS, N. **Mental illness in general health care: an international study**. Chichester: John Wiley & Sons, 1995.

[...] A maioria dos usuários identificados pelo estudo é portadora de quadros depressivos (média de 10,4%) e ansiosos (média de 7,9%), de caráter agudo, com menos gravidade dos sintomas e que remitem, muitas vezes, espontaneamente. Sua presença está associada a indicadores sociodemográficos e econômicos desfavoráveis, tais como: pobreza, baixa escolaridade e ser do sexo feminino.

#### QUADRO 1: Critérios diagnósticos de episódio depressivo

DSM-IVa (código)	CID-10b (código)
Transtorno depressivo maior A. Episódio único (296.2x) B. Recorrente (293.x)	Episódio depressivo Leve (F32.0): pelo menos dois sintomas típicos mais pelo menos dois outros sintomas comuns; nenhum dos sintomas intenso Moderado (F32.1): pelo menos dois sintomas típicos mais pelo menos três outros sintomas comuns; alguns sintomas acentuados Grave (32.2): todos os três sintomas típicos mais pelo menos quatro outros sintomas comuns; alguns sintomas de intensidade alta.
Critérios resumidos para episódio depressivo maior: A. Ao longo das duas últimas semanas, cinco das seguintes características devem estar presentes a maior parte do dia ou quase todos os dias (é preciso incluir um ou dois): 1. Humor depressivo. 2. Perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. 3. Perda ou ganho de peso significativo (mais de 5% de alteração em um mês) ou aumento ou diminuição do apetite quase todos os dias. 4. Insônia ou hipersonia. 5. Agitação ou retardo psicomotor (observado por outros). 6. Cansaço ou perda de energia. 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (não simplesmente auto recriminação a respeito de estar doente). 8. Diminuição da capacidade de pensar ou de se concentrar ou indecisão (por relato subjetivo ou observação de outros). 9. Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer) ou ideias suicidas recorrentes ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. B. Os sintomas podem causar sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento social, profissional ou de outras áreas de função importantes. C. Os sintomas não se devem a um fator ou doença física/orgânica (p. ex., abuso de drogas, medicação, afecção clínica geral). D. Os sintomas não são mais bem explicados por luto (embora este possa ser complicado por depressão maior), medicação, afecção clínica geral).	<b>Critérios resumidos de episódio depressivo</b> (Duração mínima do episódio: duas semanas) Sintomas típicos: 1. Humor depressivo 2. Perda de interesse e prazer 3. Redução da energia; aumento do cansaço. Outros sintomas comuns: 1. Redução da concentração e da atenção 2. Redução da autoestima e da autoconfiança 3. Ideias de culpa e inutilidade 4. Agitação ou retardo psicomotor 5. Ideias ou atos de dano a si próprio ou suicídio 6. Distúrbios do sono 7. Diminuição do apetite.

Fonte: Adaptado de Bauer (2009).

Em outro estudo realizado em um PSF de Santa Cruz do Sul, no ano 2006, conforme descrito por Gonçalves e Kapczinski (2008) “a alta prevalência de 38% (IC95%; 35-12-40,88) de THAS<sup>2</sup>, e a associação destes transtornos com sexo feminino, baixa escolaridade e situação ocupacional desfavorável.”

<sup>2</sup> THAS: transtornos de humor, ansiedade e/ou somatoformes.

Segundo Duncan (2013), no contexto da Atenção Primária de Saúde (APS), a depressão leve é mais comum do que a depressão moderada a grave e o papel dos medicamentos antidepressivos não está bem estabelecido. Nesses casos, recomenda-se que se empregue medidas não farmacológicas por seis semanas: psico educação, exercícios físicos, acompanhamento semanal do paciente.

Alguns aspectos devem ser considerados na escolha dos antidepressivos, tais como: resposta prévia (fármaco usado com sucesso em tratamento anterior), comorbidades específicas (por exemplo, amitriptilina deve ser evitada em idosos com cardiopatias), perfil de efeitos adversos, custos, tempo de fármaco no mercado e toxicidade (considerar pacientes com risco de autoagressão) (DUNCAN, 2013).

Os critérios para o uso destes medicamentos, segundo Pereira e Viana (2013), estão apresentados no Quadro 2.

**QUADRO 2: Critérios para uso de fármacos nos transtornos de humor: depressão e ansiedade**

<b>Depressão</b>	<b>Ansiedade</b>
Humor deprimido/perda de interesse e prazer / factibilidade aumentada (dois desses sintomas e pelo menos mais dois sintomas acessórios); pelo período mínimo de duas semanas. Gravidade: apresentando dificuldade considerável em continuar com atividades sociais / laborativas / domésticas e sofrimento subjetivo intenso. Considerar abordagens psicossociais para os quadros depressivos leves e de início recente.	Presença de sintomas ansiosos graves: que gerem sofrimento intenso e/ou dificuldade considerável em continuar com atividades sociais, laborativas ou domésticas: Por um período mínimo de quatro semanas; Os quadros ansiosos com evidência de resposta à medicação: ansiedade generalizada, transtorno de pânico, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo; Quadros com baixa evidência de resposta medicamentosa: fobia simples.

Fonte: Adaptado de Pereira e Viana (2013).

Optando pela farmacoterapia, o profissional de saúde dispõe de arsenal variado que inclui antidepressivos específicos e inespecíficos. Os de uso corrente têm eficácia e velocidade de início de resposta clínica similares, mas diferem quanto à incidência de efeitos indesejáveis, menor nos agentes mais novos. Assim, a escolha dos antidepressivos não se baseia apenas na eficácia, mas em outros critérios que envolvem segurança, tolerância, toxicidade em superdosagem, resposta prévia do paciente ou de um familiar a determinado agente, manejo do médico de um dado representante, ocorrência de situações especiais que exijam antidepressivos isentos ou com menor grau de alguns dos efeitos adversos, além do custo. (WANNMACHER, 2004)

No Quadro 3 são revisados os tipos de antidepressivos e suas características de importância clínica.

**QUADRO 3: Descrição dos antidepressivos mais utilizados e suas respectivas características**

	Dose inicial (mg)	Dose usual (mg/dia)	Posologia	Uso com cautela		Contraindicações absolutas
<b>Tricíclicos</b>						
Clomipramina	25	75 a 250	Dose única noturna	DM, risco de convulsão	Doença CV, prostatismo, retenção urinária, íleo paralítico, glaucoma, doença hepática	IAM recente (3 a 4 semanas)
Amitriptilina	25	75 a 300				
Imipramina	25	75 a 300				
Nortriptilina	10	25 a 100				
<b>ISRS</b>						
Citalopram	20	20 a 60	Dose única matutina	Risco de convulsão, gota	Uso de antiagregantes e antiplaquetários (risco de sangramento)	Uso de dissulfiram? Uso de tioridazina? Uso de tioridazina e pimozida?
Sertralina	25	50 a 200				
Fluoxetina	20	20 a 80				
Paroxetina	10	20 a 60	Dose única noturna	Risco de convulsão, glaucoma de ângulo agudo.		
<b>Inibidores da MAO</b>						
Tranilcipromina	20	30 a 60	Pela manhã e após o almoço	Diabéticos, usuários de álcool e drogas, glaucoma, doença renal, hepática e tireóidea, risco de convulsão.	Uso de outro antidepressivo, doença CV, defeitos cerebrovasculares, cefaleia, doença hepática e feocromocitoma	
<b>Outros</b>						
Venlafaxina	75	75 a 375	Pela manhã e após o almoço	HAS mal controlada, hipertireoidismo antiagregante plaquetário, glaucoma de ângulo agudo.	Doença CV, hepática, renal, risco de convulsão	Bulimia e anorexia IAM recente (6 meses)
Bupropiona	150	150 a 300				
Trazodona	50	150 a 300	Dose única noturna			
Mirtazapina	15	30 a 45				

Fonte: Adaptado de Duncan *et al.* (2013).

Há objetivos agudos, intermediários e de longo prazo para o tratamento de transtorno depressivo maior. O objetivo final da fase aguda do tratamento é obter a remissão. Há um consenso de que os critérios para remissão devam envolver pelo menos duas coisas: o paciente deve estar assintomático (não satisfazer os critérios para diagnóstico do transtorno e ter mínimos sintomas residuais) e ter melhora das funções psicossocial e profissional. (BAUER *et al.*, 2009).

Sabemos que existem inúmeras outras indicações de antidepressivos que extrapolam a especialidade psiquiátrica, o estudo destas substâncias direcionando o uso para alterações orgânicas cresceu muito nos últimos anos.

Alguns antidepressivos estão disponíveis na maioria das farmácias populares do país e podem ser usados em inúmeras patologias, em quase todas as áreas da medicina.

Adiante listamos algumas patologias onde o uso dos antidepressivos deverá ser avaliado pelo médico da atenção primária.

Como forma alternativa de tratamento, sabemos que as medidas não farmacológicas têm um papel fundamental no tratamento do paciente mental, uma vez que não é invasivo e

trata questões mais amplas que envolve não só o paciente, mas todo o entorno que propiciou o aparecimento da patologia. Para Bauer *et al.* (2009), a psicoterapia envolve um processo de aprendizagem no qual uma pessoa deprimida trabalha com um profissional de saúde para aprender habilidades que possam ajudar o paciente a superar os sintomas da depressão.

#### QUADRO 4: Uso de antidepressivos na Atenção Básica de Saúde

Patologias	Antidepressivos
Asma bronquial	Os inibidor seletivo de recaptção de serotonina (ISRS) são a primeira escolha no tratamento da depressão e ansiedade em pacientes asmáticos. Os antidepressivo tricíclico (ADT), particularmente a nortriptilina, são uma boa alternativa em caso de efeitos colaterais dos ISRS. Os inibidores da monoamina oxidase (IMAO) devem ser evitados devido a possíveis interações com agentes antiasmáticos e efeitos simpaticomiméticos.
Acidente vascular cerebral	Um estudo com pacientes deprimidos pós-acidente vascular cerebral (AVC) comparou o uso de fluoxetina, nortriptilina e placebo e não encontrou resultados significativamente diferentes entre esses medicamentos. Em relação ao placebo, entretanto, houve melhora na sobrevida no grupo de pacientes tratados mesmo que se encontrassem no grupo dos não deprimidos. Acredita-se que os antidepressivos, além de melhorarem a função cognitiva, aumentam a adesão aos programas de reabilitação e às recomendações médicas. Os autores propõem ainda que, eventualmente, poderiam ocorrer outros efeitos, como melhora na atividade autonômica, com repercussão na hipertensão e na ativação plaquetária. Dentre os fármacos estudados até o momento no tratamento da depressão pós-AVC, Ecitalopram, a fluoxetina, a nortriptilina, a sertralina, a trazodona e a venlafaxina mostraram-se efetivos em ensaios clínicos randomizados (ECR). No entanto, outro estudo randomizado parece demonstrar maior efetividade da nortriptilina quando comparada à fluoxetina. Estudos abertos constataram a eficácia e segurança da paroxetina e do milnaciprano na depressão pós-AVC.
Constipação intestinal	Os medicamentos com ação anticolinérgica, como ADT, IMAO, antipsicóticos de baixa potência, antipsicóticos atípicos (clozapina, olanzapina) e antiparkinsonianos, podem causar quadros de constipação intestinal ou agravar uma situação preexistente. Desse modo, recomenda-se evitar tais fármacos em pacientes propensos à constipação intestinal e utilizar outras classes de medicamentos, como: ISRS, venlafaxina, mianserina e antipsicóticos de alta potência (haloperidol), sulpirida e a misulprida.
Diabetes mellitus	Os ADT podem causar hiper ou hipoglicemia, aumento do apetite, fissura por doces e, conseqüentemente, ganho de peso. A nortriptilina, que produz um aumento de catecolaminas na fenda sináptica, tem demonstrado piorar o controle glicêmico. Os IMAO podem causar hipoglicemia e ganho de peso. Quando forem utilizadas essas classes de medicamentos, deve-se, pelo menos no início do tratamento, verificar a glicemia com maior frequência e, se, uma reação hiperglicêmica aguda, os ISRS, sobretudo a necessário, ajustar as doses de insulina ou do hipoglicemiante oral. Embora a fluoxetina possa causar, ainda que muito raramente, Fluoxetina e a sertralina são os medicamentos de escolha para diabéticos com depressão. Nos casos de neuropatia diabética, provavelmente pelo fato de as catecolaminas e de a serotonina estarem envolvidas nas vias de dor, foi evidenciado que antidepressivos com dupla ação parecem mais efetivos do que agentes específicos para serotonina. Em estudos duplos-cegos, foi observado que os ADT apresentaram boa resposta, principalmente a imipramina (taxa de resposta de 81%), existindo, no entanto, descrições de melhora com o uso de fluoxetina, sertralina e citalopram. Assim, a escolha entre os fármacos não ADT pode incluir sertralina, citalopram e talvez venlafaxina, uma vez que os ADT aumentam a fissura por doce, o que compromete o controle glicêmico.
Disfunção erétil (DE)	Em relação à escolha de psicofármacos, quando há necessidade de tratamento psiquiátrico com antidepressivos, deve-se dar preferência a mirtazapina, trazodona ou bupropiona. A trazodona é um IRS que, apesar de fraco, praticamente não inibe a atividade colinérgica e age ainda como um agonista da serotonina. Está associada à melhora da ereção em homens impotentes e ao prolongamento da ereção em homens normais. A dose inicial na DE geralmente é de 50 a 150 mg/dia dividida em duas tomadas diárias ou administrada uma vez à noite. Pode-se aumentar a dose até 150 a 400 mg/dia em pacientes ambulatoriais e até mais de 600 mg em indivíduos hospitalizados. A trazodona pode causar, entre outros efeitos colaterais, sedação e priapismo. A bupropiona, além de possuir poucos efeitos adversos, apresenta um potencial de melhorar a resposta erétil em homens normais e diabéticos, sendo uma ótima opção terapêutica em portadores de DE. Pode ser uma alternativa segura e eficaz em pacientes com DE secundária ao uso de ISRS. A mirtazapina, por bloquear seletivamente os receptores 5-HT <sub>2</sub> e 5-HT <sub>3</sub> pós-sinápticos e por não bloquear o 5-HT <sub>3</sub> , produz menos para efeitos sexuais.
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	No tratamento da depressão, dar preferência aos fármacos menos sedativos, em especial os ISRS – primeira opção –, bem como a amineptina, a moclobemida, a bupropiona, entre outros. Os ISRS apresentam menos efeitos anticolinérgicos e menos interações com medicamentos para tratamento da DPOC. A mirtazapina, que costuma estimular o apetite, pode ser considerada em pacientes com anorexia proeminente ou quando a dispnéia interfere na alimentação. ADT e IMAO raramente são a primeira opção, mas podem ser úteis em pacientes jovens ou de meia-idade com dor crônica associada. Programas de reabilitação com exercícios físicos são efetivos no alívio de sintomas depressivos em portadores de DPOC.
Dor	Os ADT têm sido usados no tratamento de diferentes tipos de dor crônica, principalmente cefaleias tensionais crônicas, artrites, profilaxia da enxaqueca e em neuropatias pós-herpéticas, diabéticas e malignas. As dores neuropáticas respondem melhor aos ADT do que as dores nociceptivas. A amitriptilina é o ADT mais utilizado no tratamento da dor. Ela apresenta propriedades analgésicas independentes das ações antidepressivas, ou seja, ela

Patologias	Antidepressivos
	<p>tem um papel importante mesmo em pacientes com dor crônica não deprimidos. Uma possível vantagem adicional para o uso da amitriptilina é seu efeito sedativo, útil em muitos casos, principalmente quando a dor produz insônia (utilizar doses mais baixas do que aquelas para o tratamento da depressão, 12,5 a 50 mg/dia). Há evidências menos consistentes da eficácia da amitriptilina na dor do membro fantasma, na distrofia simpático-reflexa e na síndrome da ardência bucal. Os efeitos terapêuticos dos ADT podem demorar de três a quatro semanas para serem atingidos. No manejo da dor crônica em si, os ADT tendem a ser mais efetivos do que os ISRS. A venlafaxina e a duloxetina também possuem efeitos analgésicos positivos na dor neuropática. Para obter esse efeito, a venlafaxina deve ser administrada em doses antidepressivas; diferentemente da duloxetina, que pode ser empregada em doses menores. A trazodona parece ser útil na neuropatia diabética. Os ADT e os ISRS podem causar cefaleias, geralmente transitórias, que costumam melhorar após duas semanas de uso do medicamento.</p>
Enxaqueca	<p>A amitriptilina é, sem dúvida, o antidepressivo de escolha para a profilaxia da enxaqueca, sendo provavelmente, o mais eficaz. Ela reduz a gravidade, a frequência e a duração da enxaqueca. Ela não só é efetiva na enxaqueca como também na cefaleia tensional e na crônica diária. Seu efeito anti-enxaquecoso ocorre com doses consideravelmente menores do que aquelas usadas para o tratamento de episódios depressivos. As propriedades promotoras de sono da amitriptilina são frequentemente um benefício adicional. Se ocorrer sedação diurna excessiva com o uso de amitriptilina, trocar por imipramina, embora não existam dados comparando a eficácia desse medicamento com outros antidepressivos aliada à amitriptilina, a nortriptilina também foi recomendada como tratamento profilático da enxaqueca pelo consenso publicado pela Sociedade Brasileira de Cefaleia</p>
Epilepsia	<p>Os ADT baixam o limiar convulsivo, portanto devem ser evitados em pacientes com epilepsia (especial cuidado deve-se ter com maprotilina, clomipramina, amitriptilina e bupropiona). Preferir medicamentos inibidores de recaptção de serotonina (IRS), ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram) ou IMAO (como a tranilcipromina). A fluvoxamina parece não ter efeitos epileptogênicos em doses terapêuticas. Apesar de as crises epilêpticas devidas ao uso de mirtazapina serem raras, é necessária precaução em relação à posologia, bem como deve ser feito o acompanhamento regular dos pacientes com epilepsia.</p>
Fibromialgia	<p>Assim como em outras condições de dor crônica, os ADT, em especial a amitriptilina, tem sido a classe farmacológica mais empregada, com melhora significativa de 25 a 45% no tratamento da FBM. As doses empregadas variam de 12,5 a 75 mg/dia. A eficácia, contudo, parece diminuir com o passar do tempo. A clomipramina foi o segundo ADT mais estudado na FBM. Medicamentos mais serotoninérgicos (amitriptilina e clomipramina) são mais eficazes no alívio da dor e melhora do sono, enquanto agentes mais noradrenérgicos (nortriptilina e maprotilina) são mais eficazes na fadiga. A nortriptilina, com um melhor perfil de efeitos colaterais, necessita de doses mais elevadas do que a amitriptilina. Quando há sintomas de humor depressivo concomitantes, os pacientes parecem ter uma tolerância maior aos efeitos colaterais. Os ISRS podem ser empregados no tratamento dos transtornos comórbidos, mas eles apresentam evidências inconsistentes no manejo específico da FBM. A fluoxetina demonstrou resultados mistos. Em parte, isso é pela ausência de propriedades analgésicas dos ISRS. Eles podem ser empregados em associação com a amitriptilina, com resultados superiores ao uso da amitriptilina isolada. O citalopram, talvez por ser o mais seletivo dos ISRS, e a paroxetina não se revelaram eficazes nesse contexto, assim como os IMAO. A venlafaxina, que apresenta propriedades analgésicas, independente do efeito antidepressivo, mostrou efetividade no manejo da FBM, contudo as doses devem ser de 150 mg/dia ou mais.</p>
Gastrite	<p>Os ADT podem ser usados, sendo que alguns pacientes beneficiam-se dos efeitos de bloqueio H<sub>2</sub>. Os ISRS irritam a mucosa gástrica, podendo causar ou agravar a gastrite. A paroxetina, entretanto, possui ação histaminérgica e poderia ser o mais tolerável dentre os ISRS. Os IMAO, a venlafaxina e a mirtazapina podem ocasionar vômitos. Quando possível, deve-se optar pelo uso desses antidepressivos após as refeições.</p>
Hiperplasia benigna da próstata	<p>Medicamentos com ação anticolinérgica, como os tricíclicos, a venlafaxina, a trazodona, os ADT de baixa potência, os antiparkinsonianos e os IMAO, podem levar à retenção urinária principalmente em idosos, os quais parecem ter um perfil de maior sensibilidade a esses efeitos. Portanto, nesses casos, deve-se evitá-los, utilizando alternativamente os ISRS, a mirtazapina, os antipsicóticos típicos de alta potência e os antipsicóticos atípicos.</p>
Hipertensão arterial sistêmica	<p>Os ADT interferem nos efeitos anti-hipertensivos da guanetidina, da clonidina e da alfa-metildopa. Quando esses medicamentos são usados concomitantemente, devem ser monitorados os níveis da pressão arterial (PA). A descontinuação do ADT pode resultar em hipotensão. Os ADT podem aumentar (p. ex., a imipramina) ou diminuir a TA?, contudo, o efeito hipotensivo é clinicamente mais significativo, em especial nos idosos. Os IMAO podem precipitar crises hiperadrenérgicas (cefaleia, sudorese, palidez, hipertensão) quando ingeridos com alimentos ricos em tiramina ou medicamentos que contenham amins simpaticomiméticas. Os hipertensos podem ser tratados com IMAO, desde que sigam rigorosamente a dieta. Entretanto, como há inúmeras alternativas de antidepressivos, o uso de IMAO em hipertensos deve ser indicado somente para aqueles casos de depressão resistente. O IMAO que está mais associado com aumento de TA é a tranilcipromina.</p>
Infarto agudo do miocárdio (IAM)	<p>O uso de psicofármacos, especialmente alguns antidepressivos, está associado a maior risco de IAM. História de disforia e depressão maior anteriores aumenta o risco de IAM. Tais evidências sugerem um mecanismo psicofisiológico que explique a predisposição de pacientes depressivos à cardiopatia isquêmica. Uma hipótese que tem sido levantada é a relação da depressão com a atividade de agregação plaquetária (que está anormalmente aumentada nesse contexto). Além disso, possível hipersecreção noradrenérgica na depressão unipolar, evidenciada pelo aumento das concentrações de noradrenalina no plasma e de seus metabólitos na urina, contribuiria para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. O uso de ADTs está contraindicado em pacientes com IAM por seus efeitos cardiotoxicos. Eles apresentariam um risco relativo de 2,2 de um novo IAM. Após a cicatrização da lesão (seis semanas), os ADT podem ser usados, mas se recomenda o uso em baixas doses</p>

Patologias	Antidepressivos
	e com monitoramento frequente dos níveis séricos e da função cardíaca. A preferência é pela nortriptilina e pela maprotilina, que afetam menos a função cardíaca. Deve-se, entretanto, solicitar eletrocardiograma (ECG) a cada aumento de dose e manter acompanhamento com cardiologista. Quando houver depressão, os ISRS são o tratamento medicamentoso de primeira escolha, pois os dados existentes mostram benefício, com risco relativo de 0,8 para um novo IAM, em comparação a outros antidepressivos. Tal efeito não foi demonstrado nos ADTs nem nos antidepressivos atípicos. Dos ISRS, sugere-se evitar a paroxetina e, em maior grau, a fluoxetina, devido aos perfis de interações medicamentosas. A preferência recai sobre o citalopram e a sertralina. Alguns estudos sugerem que os ISRS atenuam a agregação plaquetária e a atividade neuro-humoral, com efeito no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Esse efeito nas plaquetas é independente da dose, e parece não estar associado ao efeito antidepressivo. A mirtazapina mostrou-se segura no tratamento da depressão pós-IAM.
Neoplasia	Podem ser usados desde que o paciente não tenha nenhuma doença física que os contraindique. Os mais recomendados são aqueles com pouco efeito anticolinérgico, adrenérgico e histaminérgico, como a nortriptilina e os ISRS, estes estão indicados em pacientes com câncer, embora possam agravar a anorexia. A náusea, um efeito adverso bastante comum desses agentes, pode ser pouco tolerada nos pacientes com câncer com envolvimento gastrointestinal ou que já estejam nauseados devido a quimioterapia. O citalopram apresenta um perfil bem mais favorável de interações medicamentosas, tendo sido verificada sua eficácia na prevenção da depressão em pacientes submetidos a tratamento para câncer de cabeça e pescoço em um ECR? controlado com placebo.
Obesidade	Dentre os antidepressivos que estimulam o apetite e/ou provocam aumento do peso, estão os ADT, sobretudo as aminas terciárias (amitriptilina, imipramina e clomipramina). A mirtazapina pode aumentar o apetite em 17%, com significativo ganho de peso. Os IMAO também estão associados a aumento de peso, mas em menor grau do que os ADT. Entre os antidepressivos associados a redução de apetite e perda de peso, pelo menos no curto prazo, estão fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, bupropiona e venlafaxina. Em algumas situações, os ISRS podem diminuir o peso no início do tratamento, mas aumentá-lo no longo prazo. A fluoxetina costuma manter a diminuição no peso por cinco meses. O medicamento dessa classe mais associado a aumento de peso (25% dos casos) é a paroxetina e, em menor intensidade, o citalopram. Os ISRS não são indicados como agentes específicos antiobesidade, sendo úteis em situações comórbidas (p. ex., depressão ou binge).
Pancreatite	Como grupo, os ISRS apresentam um risco relativo de 1,2 (aumento de 20%) para pancreatite aguda. O uso de sertralina e fluoxetina (1,5) parece estar mais fortemente associado a essa condição, assim como o uso de velanfaxina e mirtazapina.
Parkinson	A frequência média de depressão em pacientes com doença de Parkinson fica em torno de 40%. Existem evidências que sugerem que a depressão se deva não apenas ao estresse psicossocial da doença, mas à própria degeneração neuroanatômica que ocorre nos pacientes com essa condição (mudanças na função serotoninérgica e em vias corticais e subcorticais específicas). Os ADT têm a inconveniência de piorarem a disfunção autonômica desses pacientes e de não serem tolerados por hipotensão ortostática, constipação e boca seca, bem como por prejudicarem a função cognitiva, em razão de seus efeitos anticolinérgicos. A evidência de alterações no metabolismo serotoninérgico em pacientes deprimidos com doença de Parkinson chamou a atenção para o uso de ISRS, que costumam ser mais bem tolerados, embora possam piorar a insônia e a agitação e exista a possibilidade de, eventualmente, haver algum prejuízo também da função motora, ainda que os resultados de pesquisas nesse sentido sejam conflitantes. Há relatos de que a fluoxetina causa ECE, principalmente acatisia, podendo os ISRS exacerbar os sintomas da doença de Parkinson. Esses medicamentos, em especial a fluoxetina, têm um potencial de interação com um antiparkinsoniano, a selegilina, por via serotoninérgica, devendo-se atentar para crises serotoninérgicas; assim, deve-se ter cuidado ao tratar com ISRSs pacientes que já estejam em uso de selegilina (que é um IMAO B usado para tratamento da doença com fraca ação antidepressiva, sendo que, em altas doses, pode funcionar como IMAO A) pelo risco de síndrome serotoninérgica potencialmente fatal.
Tensão pré-menstrual	Há três ISRS aprovados (em uso contínuo ou intermitente) pela Food and Drug Administration (FDA) no tratamento do transtorno disfórico pré-menstrual: fluoxetina (10 a 20 mg/dia), sertralina (50 a 150 mg/dia) e paroxetina (10 a 30 mg/dia). Eles são efetivos nos sintomas físicos e emocionais. A melhora ocorre tanto com o uso contínuo quanto com o intermitente, restrito à fase lútea (da ovulação ao primeiro dia da menstruação); porém, o uso contínuo mostrou-se mais efetivo, especialmente nos sintomas emocionais. Quando há efeitos colaterais sexuais, eles costumam persistir durante o tratamento; mas, na prescrição intermitente, desaparecem na fase "sem medicação". Outros antidepressivos, como clomipramina (25 a 75 mg/dia), venlafaxina (75 mg/dia), citalopram (20 a 40 mg/dia) e escitalopram (10 a 20 mg/dia), também podem ser prescritos. A fluoxetina de longa ação mostrou efetividade na prescrição de 90 mg/dia, no décimo quarto e no sétimo dias antes da menstruação. Uma dose única no sétimo dia não foi eficaz. Em geral, as dosagens são semelhantes ou menores do que no tratamento da depressão; sendo que as doses menores não são tão efetivas nos sintomas somáticos.
Traumatismo crânio-encefálico	Há estudos que apoiam o uso de amitriptilina, citalopram associado a carbamazepina, fluoxetina e sertralina (25 a 200 mg/dia). Os ISRS são uma alternativa para o tratamento de transtornos afetivos e distúrbios do sono, bem como no tratamento de comportamento agressivo (sobretudo a sertralina). A amitriptilina mostrou-se eficaz no tratamento da agressividade pós-trauma. Deve-se evitar o uso de bupropiona nesses pacientes devido ao aumento do risco de convulsões. Diversos medicamentos têm sido empregados no manejo da agressividade após dano cerebral adquirido, sem, no entanto, haver evidência consistente de sua eficácia. Os betabloqueadores (propranolol 40 a 400 mg/dia ou pindolol 40 a 100 mg/dia) são alternativas nesse contexto.

Fonte: Adaptado de Cordioli *et al.* (2011).

Segundo as diretrizes clínicas para a atuação em saúde mental na atenção básica:

Estamos falando da atuação do profissional de saúde como instrumento terapêutico. Sabemos que a relação profissional de saúde-cliente constitui-se em um poderoso instrumento de intervenção clínica que pode promover mudanças. O relacionamento terapêutico fundamenta-se no respeito mútuo, na aceitação das diferenças, num acolher o outro como ele é, sem rotulá-lo, considerando sua individualidade e ajudando-o a perceber a realidade para caminhar numa direção mais positiva. (PEREIRA; VIANNA, 2013)

De acordo com Bauer (2009), as técnicas de psicoterapia que demonstraram ser eficazes no tratamento e prevenção de recidivas são: terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia interpessoal (TIP), sistema de análise cognitivo-comportamental de psicoterapia (SACCP), outras técnicas que são de grande importância e podem ser útil ao profissional não psiquiatra são o tratamento de apoio à crise e o tratamento de resolução de problemas (TRP).

Para o mesmo autor o TRP pode ser oferecido por não-especialistas depois de treinamento e, portanto, é uma alternativa com boa relação custo-eficácia às psicoterapias formais, que não costumam ser rápidas nem estar disponíveis em locais de atendimento primário de muitos países.

As diretrizes clínicas para a atuação em saúde mental na atenção básica (PEREIRA; VIANA, 2013), trazem esta técnica de psicoterapia de forma simplificada.

Os procedimentos básicos da técnica de resolução de problemas consistem em:

- 1 - Uma lista de problemas é feita pelo paciente com a ajuda do terapeuta, que ajuda o primeiro a definir o problema e a separar seus vários aspectos;
- 2 - O paciente escolhe um desses problemas para resolver;
- 3 - O paciente é auxiliado a relacionar meios alternativos de ação que poderiam solucionar ou reduzir o problema. Os cursos de ação devem ser especificados, indicando o que deve ser feito e como o sucesso será avaliado;
- 4 - O paciente é estimulado a avaliar os prós e os contras de cada plano de ação e escolher o mais promissor;
- 5 - O paciente tenta colocar em prática o curso de ação escolhido para o problema selecionado;
- 6 - Os resultados da experiência são avaliados. Se tiverem sido bem-sucedidos, outro problema é escolhido para ser resolvido. Se o plano não tiver caminhado bem, a tentativa é revista construtivamente pelo paciente e pelo terapeuta para decidir

como aumentar as chances de sucesso da próxima vez. A falta de sucesso não é vista como um fracasso pessoal, mas como uma oportunidade de aprender mais.

## **5 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Conforme descrito anteriormente, para a elaboração do plano de intervenção para controle do uso de antidepressivos por mulheres cadastradas na área de abrangência da ESF CAIC II, seguiu-se o método PES. O processo do PES apresenta uma sequência lógica de ações identificadas por Matus em quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.

O diagnóstico situacional possibilitou conhecer a realidade atual da comunidade atendida pela equipe de saúde da ESF CAIC II.

### **5.1 Definição dos problemas**

A definição dos problemas é o primeiro passo do momento explicativo no PES.

Após o cadastramento da população, análise e discussão dos dados coletados, por meio dos registros escritos existentes e da observação ativa, a equipe de saúde identificou os principais problemas existentes na área de abrangência, elencados em ordem de prioridade:

- a) uso de antidepressivos por mulheres da comunidade: expressado pelo alto índice de pacientes que fazem uso na comunidade, sem o controle adequado;
- b) gravidez na adolescência: resultado da análise do número de gestantes atendidas na unidade, com idade entre 12 e 19 anos, e as consequências à vida da mãe e do filho gerado;
- c) complicações derivadas da hipertensão arterial e diabetes mellitus: análise do alto índice de complicações entre os pacientes, que são os maiores frequentadores da unidade, porém o controle das doenças crônicas é inadequado;
- d) violência urbana: problema antigo, resultado da localização da comunidade, que encontra-se em uma zona periférica e às margens de uma rodovia federal;
- e) parasitose intestinal: problema relacionado às condições sócio econômicas, sendo as crianças os mais afetados. A unidade de saúde tem papel decisivo no seu combate, através de educação da população e de cobrança, frente a outros órgãos responsáveis, da melhoria das condições sanitárias.

### **5.2 Priorização do problema**

O segundo passo, inserido no momento explicativo, é a priorização dos problemas.

Após a definição dos problemas, foi realizada a priorização daqueles que seriam enfrentados. Como critérios para a seleção de problemas, foram considerados, pela equipe de saúde, através de reuniões: importância, urgência e a capacidade de enfrentá-los (QUADRO 5).

**QUADRO 5: Priorização dos problemas identificados, no diagnóstico situacional, quanto à importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência do PSF CAIC II, Governador Valadares, MG, 2013.**

Problemas Identificados	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Uso de antidepressivos por mulheres	Alta	9	Parcial	1
Gravidez na adolescência	Alta	7	Parcial	2
Controle inadequado de doenças crônicas	Alta	7	Parcial	2
Violência urbana	Alta	3	Fora do alcance	3
Paratose Intestinal	Alta	3	Parcial	4

Fonte: Elaborado pela equipe de saúde do PSF CAIC II.

Como pode ser observado no Quadro 5, o uso de medicamentos antidepressivos por mulheres foi considerado o mais importante, tendo em vista que não há nenhum controle existente relacionado a real necessidade deste uso. Em reuniões com a equipe de saúde, chegou-se ao consenso que, dentre todos os problemas propostos, este é o de maior relevância e de mais fácil manejo por parte da equipe.

Para a equipe de saúde do PSF CAIC II, a ausência de controle reflete o desconhecimento da equipe quanto ao uso abusivo ou não de antidepressivo por estas mulheres.

### **5.3 Descrição do problema**

A descrição do problema priorizado é o terceiro passo do momento explicativo do método PES. Para descrição do problema, a equipe de saúde utilizou dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), referentes a 2012, e registros escritos existentes – prontuários e registros produzidos durante o cadastramento dos usuários do ESF CAIC II. Cabe ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e a necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

Foram selecionados indicadores quantitativos, relacionados ao uso de antidepressivos. Para realização do processo de descrição do problema, a equipe de saúde utilizou dois descritores: mulheres cadastradas, maiores de 20 anos e mulheres em uso de antidepressivos (QUADRO 6).

**QUADRO 6: Descritores do problema “Uso de antidepressivos por mulheres” e quantificação, segundo fontes de pesquisa, de usuárias cadastradas na área de abrangência do PSF CAIC II, Governador Valadares, MG, 2013.**

Descritores	Valores	Fontes
Mulheres cadastradas maiores de 20 anos		
Microárea 1	109	Registros da equipe
Microárea 2	129	Registros da equipe
Microárea 3	153	Registros da equipe
Microárea 4	103	Registros da equipe
Microárea 5	195	Registros da equipe
Microárea 6	102	Registros da equipe
Total	791	Registros da equipe
Mulheres em uso de antidepressivos		
Microárea 1	28	Registros da equipe
Microárea 2	32	Registros da equipe
Microárea 3	33	Registros da equipe
Microárea 4	30	Registros da equipe
Microárea 5	65	Registros da equipe
Microárea 6	28	Registros da equipe
Total	216	Registros da equipe
Número de Consultas de Saúde Mental/mês 2013	24	SIAB

Fonte: Elaborado pela equipe de saúde do PSF CAIC II.

Conforme descrito no Quadro 6, na área de abrangência, de um total de 791 mulheres cadastradas, maiores de 20 anos, 27,1% das mulheres (n = 216) fazem uso de antidepressivos.

#### **5.4 Explicação do problema**

A explicação do problema, quarto passo do momento explicativo do método PES, objetivou entender a gênese do problema que se pretende enfrentar, a partir da identificação das suas causas. As causas para o problema “Uso de antidepressivos por mulheres” podem estar relacionadas aos pacientes, à equipe de saúde (fatores estruturais e fatores relacionados ao processo de trabalho) e à gestão da saúde. O cotidiano da unidade é afetado diretamente por esse problema, já que pacientes que fazem uso de antidepressivos são grandes frequentadores da unidade e não há controle sobre o uso destes medicamentos.

Dentre as causas relacionadas aos pacientes, observa-se: hábito e estilo de vida inadequado – alcoolismo, uso de drogas ilícitas e sedentarismo; hábitos que facilitam a aparição e, posterior, complicação de doenças crônicas, como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença degenerativa encefálica, entre outras; a alta resistência em participação no grupo de saúde mental e/ou psicoterapia; e a crença de que antidepressivos são medicamentos para a tristeza e terapias não medicamentosas não são eficazes.

Dentre as causas relacionadas à equipe de saúde, quanto ao processo de trabalho da ESF CAIC II, observa-se que as abordagens são inadequadas, seja do indivíduo na consulta médica, da família nas visitas domiciliares ou dos participantes dos grupos de saúde mental.

Cabe ressaltar o nível de informação reduzido, por parte dos profissionais de saúde, desde médicos a agentes, traduzido em diagnósticos mal elaborados, acompanhamento inadequado da patologia de base e o não uso de terapias alternativas.

Em relação aos prontuários das mulheres que fazem uso de antidepressivos, verifica-se ausência de informações, na história clínica, correlatadas com transtornos do humor. Há também pacientes novos que ingressam à área de abrangência, sem transferência de prontuário médico.

Dentre as causas relacionadas à gestão de saúde, há ineficiência, por parte do sistema de saúde, em diagnosticar e tratar integralmente os transtornos do humor. Não existe apoio da equipe de saúde mental. A falta de matriciamento e/ou consultas com o especialista em Psiquiatria é outra causa relevante.

Em suma, a falta de controle sobre o uso de antidepressivos, por parte da equipe de saúde do PSF CAIC II, devido à falta de estrutura da unidade para uma maior organização no atendimento destas pacientes, associado à ausência de acompanhamento por uma equipe de saúde mental, ou por um especialista em psiquiatria, reflete o desconhecimento da equipe quanto ao uso abusivo ou não de antidepressivo por estas mulheres.

### **5.5 Seleção dos nós críticos**

A seleção de nós críticos é o quinto e último passo do momento explicativo do método PES. Para a realização desta seleção, pela equipe de saúde do PSF CAIC II, considerou-se o conceito de nó crítico, proposto pelo PES, e descrito por Campos *et al.* (2010),

Nó crítico 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, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo autor que está planejando.

Neste contexto, foi realizada uma análise das causas apresentadas, no item explicação do problema (quarto passo), visando a identificação das causas mais importantes, da origem do problema, e que precisam ser enfrentadas.

Os nós críticos identificados foram: os hábitos e estilo de vida inadequados da população assistida; o processo de trabalho inadequado da ESF CAIC II e o baixo nível de informação e conhecimento, por parte dos pacientes e da equipe de saúde, sobre os efeitos nocivos de antidepressivos.

## 5.6 Desenho das operações

O desenho das operações, sexto passo do método PES, está inserido no momento normativo, que é o momento de elaboração de propostas de solução.

Com base nas causas principais definidas – os nós críticos, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema “uso abusivo de antidepressivos por mulheres”, iniciando-se a elaboração do plano de ação propriamente dito.

Foram descritas, nesse momento, as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos. Além disso, foram identificados os resultados e produtos esperados, para cada uma das operações definidas, além dos recursos necessários para a execução destas operações (QUADRO 7).

**QUADRO 7: Desenho das operações para os nós críticos do problema “Uso de antidepressivos por mulheres” cadastradas na área de abrangência do PSF CAIC II, Governador Valadares, MG, 2013.**

Nó Crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	+ Saúde Modificar o hábito e estilo de vida das mulheres da comunidade,	Diminuir, consideravelmente, os fatores de risco que aumentam o uso de destes medicamentos.	Criação do grupo donas de casa, campanha educativa organizada em conjunto com a comunidade.	<u>Organizacional</u> : para organizar o grupo donas de casa <u>Cognitivo</u> : informação sobre o tema e estratégias de comunicação <u>Político</u> : conseguir espaço na discussão em locais de organização da população como igrejas e centro comunitário <u>Financeiros</u> : para aquisição de material comunicativo
Baixo nível de informação e conhecimento	Saber + Aumentar o nível de informação da população e dos profissionais de saúde sobre depressão e antidepressivos	População mais informada sobre os efeitos nocivos dos antidepressivos. Profissionais de saúde mais qualificados para atender a população	Avaliação do nível de informação da população sobre os efeitos dos antidepressivos. Capacitação da equipe de saúde sobre os mesmos.	<u>Cognitivo</u> : conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação <u>Organizacional</u> : Organização da agenda para abordar o tema <u>Político</u> : articulação intersetorial envolvendo: Centro de Referência de Assistência Social (CREAS), escolas e o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).
Processo de trabalho inadequado da ESF	Implantar a linha de cuidados para pacientes psiquiátricos, melhorar a comunicação com setores específicos como Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e Unidade Básica de Saúde (UBS) psiquiatria, melhorar o nível de informação da equipe de saúde.	Cobertura de todos os pacientes usuários dos medicamentos, reestruturação do grupo de saúde mental, reestruturação das técnicas de psicoterapia individual.	Linha de cuidados específicos para pacientes com transtorno do humor, protocolo implantado, sistema de referência e contra referência efetivo, recursos humanos capacitados.	<u>Cognitivo</u> : elaboração de projeto da linha de cuidados e de protocolos <u>Políticos</u> : articulação com a coordenação de farmácia e saúde mental para elaboração de planos específicos para a distribuição destes medicamentos e adesão dos profissionais em capacitação. <u>Organizacional</u> : adequação de fluxos (referência e contra referência).

Fonte: Elaborado pela equipe de saúde do PSF CAIC II.

### 5.7 Identificação dos recursos críticos

O sétimo passo do método PES, inserido no momento normativo, objetiva identificar os recursos críticos a serem consumidos para a execução das operações, visando analisar a viabilidade do plano de intervenção (CAMPOS *et al.*, 2010).

Após o desenho das operações, fez-se necessário o estudo dos recursos críticos a serem utilizados em cada uma das operações (QUADRO 8). Cabe ressaltar que os recursos críticos são aqueles que não estão disponíveis à equipe de saúde.

**QUADRO 8: Recursos críticos necessários para a execução das operações para o enfrentamento do problema “Uso de antidepressivos por mulheres”, na área de abrangência do PSF CAIC II, Governador Valadares, MG, 2013.**

Operação/Projeto	Recursos Críticos
+ Saúde	Político: Conseguir espaço na discussão em locais de organização da população como igrejas, centro comunitário, etc.
Saber +	Político: articulação intersetorial para abordar o tema (CREAS, escolas e CAPS).
Linha de Cuidado	Políticos: articulação, com a coordenação de farmácia e saúde mental, para elaboração de planos específicos de distribuição dos medicamentos e adesão dos profissionais em capacitação. Organizacional: adequação de fluxos (referência e contra referência).

Fonte: Elaborado pela equipe de saúde do PSF CAIC II.

### 5.8 Análise de viabilidade do plano

A análise de viabilidade do plano, oitavo passo do método PES, dá início ao momento estratégico, que visa analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, através da formulação de estratégias para o alcance dos objetivos traçados.

Nesta etapa do trabalho, é importante ressaltar que o ator que realiza o planejamento, não controla todos os recursos necessários para a implementação de seu plano. Neste contexto, a análise da viabilidade do plano foi realizada a partir da identificação dos atores que controlam os recursos críticos necessários para a execução de cada uma das operações, seguida da análise da motivação destes atores em relação aos objetivos pretendidos no plano. Posteriormente, foram definidas as ações estratégicas capazes de motivar os atores e construir a viabilidade das operações (QUADRO 9).

**QUADRO 9: Descrição das ações estratégicas para motivação dos atores, que controlam os recursos críticos, visando a viabilização das operações do plano a ser executado pelo ESF CAIC II, Governador Valadares, MG, 2013.**

Operações/Projetos	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Ação Estratégica
		Ator	Motivação	
+ Saúde	Político: Conseguir espaço para discussão em locais de organização da população, como igrejas, centro comunitário, etc.	Agentes comunitários de saúde	Favorável	Não é necessária
Saber +	Político: articulação intersetorial para abordar o tema (assistência social, CERSAM).	Secretaria de Saúde	Favorável	Não é necessária
Linha de cuidado	Políticos: articulação com a coordenação de farmácia e saúde mental para elaboração de planos específicos para a distribuição destes medicamentos e adesão dos profissionais em capacitação. Organizacional: adequação de fluxos (referência e contra referência).	Secretária de Saúde	Favorável	Não é necessária

Fonte: Elaborado pela equipe de saúde do PSF CAIC II.

### 5.9 *Elaboração do plano operativo*

A elaboração do plano operativo retrata o nono passo, proposto pelo método PES, também inserido no momento estratégico.

Para a elaboração do plano operativo, foram designados os responsáveis por cada uma das operações e ações estratégicas, além de definidos os prazos para o cumprimento das ações (QUADRO 10).

**QUADRO 10: Plano operativo - Descrição das ações estratégicas para motivação dos atores, que controlam os recursos críticos, visando a viabilização das operações do plano a ser executado pelo ESF CAIC II, Governador Valadares, MG, 2013.**

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
+ Saúde	Diminuir consideravelmente os fatores de risco que aumentam o uso de destes medicamentos.	Criação do grupo das donas de casa, campanha educativa junto com a comunidade organizada.	Apresentação do projeto grupo das donas de casa, buscar apoio das associações.	Fernando e Marcélia	Início em julho de 2013, com avaliação trimestral
Saber +	População mais informada sobre os efeitos nocivos dos antidepressivos. Profissionais de saúde mais qualificados para atender a população	Aumentar o nível de informação da população e dos profissionais de saúde sobre depressão e antidepressivos	Criação do Banco de dados de usuários de medicamentos antidepressivos.	Agentes Comunitários de Saúde	De junho a outubro de 2013
Linha de Cuidado	Cobertura de todos os pacientes de saúde mental usuários ou não dos medicamentos	Implantar a linha de cuidados para pacientes com psiquiátricos, melhorar a comunicação com setores específicos como CERSAM e UBS psiquiatria, melhorar o nível de informação da equipe de saúde.	Articulação com a coordenação de farmácia e saúde mental para elaboração de plano específico para a distribuição destes medicamentos e adesão dos profissionais em capacitação.	Fernando e Coordenador de APS, coordenador de farmácia e saúde mental.	Início em junho de 2013, sem prazo para finalização.

Fonte: Elaborado pela equipe de saúde do PSF CAIC II.

### 5.10 Gestão do plano

A gestão do plano corresponde ao décimo passo, do método PES, definido como momento tático-operacional.

Neste momento, foi definido o modelo de gestão do plano e as ferramentas para acompanhamento e avaliação de sua implementação (QUADRO 11).

Durante a implementação do plano, no PSF CAIC II, foram realizadas reuniões semanais, com a equipe de saúde, visando acompanhar as ações em andamento.

Após a implementação do plano de intervenção, a gestão do plano permitirá avaliar e ajustar o plano de acordo ao processo desenvolvido e os resultados obtidos, é uma ferramenta simples e efetiva.

**QUADRO 11: Acompanhamento do Plano de Ação**

Operação	Produto	Responsável	Prazo	Situação	Justificativa	Novo prazo
+ Saúde	Criação do grupo das donas de casa, campanha educativa junto com a comunidade organizada.	Fernando Marcélia	Julho de 2013	O grupo funciona mensalmente, Palestras e encontros com psicólogos.		
Saber +	População mais informada sobre os efeitos nocivos dos antidepressivos.	Agentes Comunitários de Saúde	Junho a outubro de 2013	Foi implementado o livro de registro de usuários de antidepressivos		
Linha de Cuidado	Implantar a linha de cuidados para pacientes com transtornos psiquiátricos, melhorar a comunicação com setores específicos como CERSAM e UBS psiquiatria, melhorar o nível de informação da equipe de saúde.	Fernando e Coordenador de APS, coordenador de farmácia e saúde mental.	Junho de 2013	Foram feitas inúmeras tentativas para reunir uma equipe multidisciplinar, sem êxito.	Mudança da coordenação na APS, profissionais desacreditados.	Junho de 2014

Fonte: Elaborado pela equipe de saúde do PSF CAIC II.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família contribuiu para melhorar a qualidade de atendimento aos usuários da ESF CAIC II em Governador Valadares, uma vez que permitiu a equipe de saúde repensar o modelo de atenção aos pacientes com transtornos mentais menores.

A proposta elaborada neste estudo teve o intuito de intervir em um problema comum à realidade das comunidades atendidas pela ESF CAIC II. É de grande relevância o estudo, visto que os antidepressivos são os medicamentos amplamente prescritos na área médica atualmente.

Foram identificadas no início do trabalho 216 mulheres em uso de antidepressivos.

A proposta de criação do Grupo das Donas de Casa foi efetivada, acontecendo uma vez ao mês e contando com a participação de toda a equipe de saúde e sob responsabilidade da enfermeira, do médico e do dentista que estiver atuando na ESF.

A avaliação dos resultados da proposta de intervenção será realizada pela equipe de saúde que estiver atuando no momento, independente do profissional no cargo. Vale ressaltar que o autor deste projeto atuou durante um ano na unidade.

A utilização do PES para elaboração da proposta serviu para sistematizar as ações da equipe e torná-las mais próximas do processo de trabalho.

Espera-se que a implantação desta proposta de intervenção possa contribuir de maneira significativa, melhorando a qualidade de vida dos usuários da comunidade atendida pela ESF CAIC II e proporcionando um atendimento organizado e de qualidade aos pacientes portadores de transtornos mentais, além de aumentar o nível de informação da equipe de saúde sobre este tema.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUER, M. *et al.* Diretrizes da *World Federation of Societies of Biological Psychiatry* (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1ª parte: tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 36, sup. 2, p. 17-57, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832009000800001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832009000800001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 26 jan. 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/d...>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

TONI, J. D. O que é o Planejamento Estratégico Situacional? **Revista Espaço Acadêmico**, n. 32, jan. 2004. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>> Acesso em: 25 jul. 2013.

CAMPOS, F. C. *et al.* **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CORDIOLI, A.V. *et al.* **Psicofármacos: consulta rápida**. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2011.

DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FORSAN, M. A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. 2010. 25p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

GONÇALVES, M. G.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa da Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1641-1650, 2008.

GREVET, E. H.; CORDIOLI, A. V.; FLECK, M. P. A. **Depressão maior e distímia: diretrizes e algoritmo para o tratamento farmacológico**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LIMA, M. C. P. *et al.* Transtornos mentais comum e uso de psicofármaco: impacto das condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 717-723, 2008.

PEREIRA, A. A.; VIANNA, P. C. M. **Saúde Mental**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 110p. (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1209.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2014.

TADOKORO, D. C. Transtornos mentais na atenção primária: uma reflexão sobre a necessidade de organizar e acolher a demanda dos usuários do SUS. 2012. 22p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2012.

WANNMACHER, L. Depressão maior: da descoberta à solução? **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**, v. 1, n. 5, abr. 2004.