

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

SARAH RODRIGUES ROZA BATISTA

PROJETO “BEM VIVER”: exercícios físicos como tratamento alternativo e prevenção da depressão em mulheres de meia idade inseridas no SUS da região oeste de Belo Horizonte.

BELO HORIZONTE -MINAS GERAIS
2013

SARAH RODRIGUES ROZA BATISTA

PROJETO “BEM VIVER”: exercícios físicos como tratamento alternativo e prevenção da depressão em mulheres de meia idade inseridas no SUS da região oeste de Belo Horizonte.

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

Orientadora: Prof. Profª Msc. Ana Maria Chagas

Sette Câmara

BELO HORIZONTE -MINAS GERAIS

2013

SARAH RODRIGUES ROZA BATISTA

PROJETO “BEM VIVER”: exercícios físicos como tratamento alternativo e prevenção da depressão em mulheres de meia idade inseridas no SUS da região oeste de Belo Horizonte.

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

Orientadora: Prof. Prof^a Msc. Ana Maria Chagas

Sette Câmara

Banca Examinadora

Prof. Prof^a Msc. Ana Maria Chagas Sette Câmara

Prof^a Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, 26 de novembro de 2013

RESUMO

O Centro de Saúde Cabana, localizado na região oeste de Belo Horizonte, apresenta índice alto risco de vulnerabilidade, associado a uma baixa condição socioeconômica, cultural e de segurança pública. Este Centro de saúde tem seis equipes de saúde da família que atendem aproximadamente 33 mil pessoas. Dentre os problemas detectados entre essas pessoas, destaca-se o alto número de mulheres de meia idade depressivas. A depressão na mulher apresenta causas multifatoriais de difícil identificação, sendo que, na maioria dos casos a medicação é a alternativa mais recomendada, associada à mudança do estilo e hábitos de vida. O presente estudo baseado na pesquisa bibliográfica narrativa, com levantamento de material no SciELO, em livros e documentos do Ministério da Saúde objetivou elaborar um plano de ação com alternativas saudáveis e eficazes no controle da depressão de mulheres de meia idade. O projeto "Bem Viver" pretende oferecer exercícios físicos como tratamento alternativo e prevenção da depressão em mulheres de meia idade inseridas no Sistema Único de Saúde -SUS da Região Oeste de Belo Horizonte.

Palavras chave: Atividade Física. Depressão. Saúde da mulher.

ABSTRACT

The Center for Health Hut , located in the western region of Belo Horizonte , index presents high risk of vulnerabilidade , associated with a low socioeconomic , cultural and public security condition. This health center has six family health teams serving approximately 33 thousand people . Among the problems found among these people , there is the high number of middle-aged women depressed. Depression in women has multifactorial causes are difficult to identify , and, in most cases medication is the recommended alternative associated with a change of style and lifestyle . The present study based on narrative literature , a survey of material in SciELO , books and documents of the Ministry of Health aimed to elaborate an action plan with healthy and effective in controlling depression in middle-aged women alternatives. The " Good Life " project aims to offer exercise as an alternative treatment and prevention of depression in middle-aged women entered into the Unified Health System - SUS Western Region of Belo Horizonte

Keywords: Physical Activity. Depression. Women's health.

SUMÁRIO

1 Introdução	07
2 Objetivos	08
3 Metodologia	09
4 Revisão de Literatura	10
5 Plano de ação	18
6 Considerações finais	23
Referências	24

1 Introdução

O Centro de Saúde Cabana, localizado na região oeste de Belo Horizonte apresenta um índice de “alto risco” elevado de vulnerabilidade, associado a uma baixa condição socioeconômica, cultural e de segurança pública. Este Centro de saúde é composto por seis equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) que atendem aproximadamente 33 mil pessoas.

A região apresenta grande número de hipertensos, diabéticos, idosos, sedentários, depressivos, alto índice de natalidade, dependentes químicos entre outros. Dentre estes, o grande número de mulheres de meia idade depressivas tem sido destacado nas reuniões das equipes de PSF. A depressão na mulher apresenta causas multifatoriais de difícil identificação, sendo que, na maioria dos casos, a medicação é a alternativa mais recomendada, associada à mudança do estilo e hábitos de vida.

Diante desse contexto, sentiu-se a necessidade de elaborar ações sistematizadas com vistas ao incentivo à prática regular de exercício físico como recurso alternativo no combate a depressão na mulher de meia-idade com a intenção da diminuição no uso de medicamentos. O projeto “Bem Viver” pretende oferecer exercícios físicos como prevenção da depressão em mulheres de meia idade inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Oeste de Belo Horizonte.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação com alternativas saudáveis e eficazes no controle da depressão de mulheres de meia idade.

2.2 Objetivos específicos

Combater o sedentarismo e a obesidade;

Reduzir os fatores de risco para as doenças e agravos não transmissíveis

(DANT's)

Agregar ao Projeto uma equipe multiprofissional, visando a um atendimento completo a população.

3 Metodologia

Trata-se de estudo baseado na pesquisa bibliográfica narrativa, tendo em vista que essa abordagem é mais flexível no que diz respeito à busca de material bibliográfico.

Antes, portanto, de elaborar o plano de ação, fez-se pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), em livros e documentos do Ministério da Saúde.

A leitura de todo material coletado deu-nos maior fundamentação teórica à respeito do tema em pauta e maior consistência ao Plano de ação.

Ressalta-se, ainda, que o plano de ação teve sua base sustentada no Módulo de avaliação em ações de saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010)

4 Revisão da literatura

4.1. Exercício físico e a saúde mental.

Coyle e Santiago (1995) realizaram um estudo em que o principal objetivo era o de avaliar o efeito do exercício na aptidão e na saúde psicológica de indivíduos deficientes. Para este estudo realizou uma metodologia exploratória onde submeteu os voluntários a exercício aeróbio por 12 semanas. Os resultados demonstraram que o exercício aeróbio melhora a aptidão e diminui os sintomas depressivos nesta amostra. Na conclusão do presente artigo identificou que esta redução pode ser o resultado de mecanismos fisiológicos e/ou comportamentais associados com exercício aeróbio.

Além destes fatores, outro estudo realizado por McAuley e Rudolph (1995) citado em Mello *et al* (2005) e Vieira, Porcu e Rocha (2007), relatam que o exercício contribui fisiologicamente para o alcance da integridade cerebrovascular, com aumento no transporte de oxigênio para o cérebro, diminuição da pressão arterial e dos níveis de colesterol e dos triglicérides. “Associam-se, ainda, a inibição da agregação plaquetária e o aumento da capacidade funcional e, conseqüentemente, a melhora da qualidade de vida.

Para Mello *et al.* (2005) ,de um modo geral, as investigações científicas realizadas nos últimos anos costumam ter resultados positivos na utilização da prática do esporte e atividades físicas como estratégias validas no tratamento da depressão e da ansiedade. Podemos citar outros estudos de referência como o desenvolvido por Weimberg e Gould (1997) onde se conclui que o vínculo da atividade física ao bem estar psicológico dos indivíduos pesquisados tem como consequência uma diminuição significativa dos quadros gerais de ansiedade, fobias, tensões emocionais e descompassos de ira e raiva.

Estes resultados científicos podem ser explicados, além das alterações psicossociais, como resultado das alterações fisiológicas promovidas pela regularidade de atividades físicas. Para Santos, Milano e Rosat (1998), algumas hipóteses buscam justificar a melhora da função cognitiva em resposta ao

exercício físico que facilitam o entendimento contextual da doença sendo elas, alterações hormonais (catecolaminas, ACTH e vasopressina), liberação de serotonina, ativação de receptores específicos e diminuição da viscosidade sanguínea.

4.2 O Exercício Físico no planejamento da Saúde Pública.

Atualmente, o Ministério da Saúde, através do SUS, tem estimulado os municípios brasileiros a difundirem em seus territórios e áreas de sua abrangência, atividades preventivas de saúde e mudança de estilo de vida. Estas ações objetivam ampliar nos usuários o desenvolvimento da autonomia e consciência de suas responsabilidades na aquisição da saúde.

A promoção das atividades físicas faz parte destas estratégias e o Profissional de Educação Física foi reconhecido como importante e integrante deste processo, compondo os profissionais que podem ser vinculados às equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Os benefícios gerais do exercício físico já são conhecidos e divulgados por inúmeros estudos, podendo ser utilizados no sentido de prevenção e promoção da saúde, pois promovem melhorias na capacidade respiratória, na reserva cardíaca, no tempo de reação, na força muscular, na memória recente na cognição e nas habilidades sociais, resultando em um bom nível de bem estar biológico, psicológico, físico e social.

Mas para que esses objetivos possam ser alcançados Cheik *et al.* (2003) relatam que as intervenções com prescrição de exercícios físicos devem ser programas de modo a atender e respeitar as necessidades específicas de cada indivíduo sendo estimuladas por um período longo de tempo para que possam gerar adaptações e mudanças significativas na qualidade de vida e condição do indivíduo.

4.3 A Depressão como problema de Saúde Pública

Para Del Porto (1999), o termo depressão, tem sido empregado para designar tanto um estado de tristeza, quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s). Neste mesmo estudo, encontrou-se que o problema da depressão afeta predominantemente as mulheres e, amiúde, a doença é associada a reações normais diante de determinados sofrimentos e sentimentos de perda.

Esta normalidade descrita não pode ser desconsiderada pelo poder público, pois a depressão como síndrome ou doença, inclui alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Estes sintomas e alterações comportamentais levam a outros problemas que precisam ser considerados, pois o atual contexto de mundo globalizado exige cada vez mais dos indivíduos na produção do trabalho ou capacidade emocional de lidar com conflitos existentes, desta forma percebe-se que a depressão afeta diretamente em outros eixos sociais tais como educação, segurança e outros. Ou seja, a interferência direta da doença no planejamento de políticas públicas geram altos custos financeiros e sociais (DEL PORTO, 1999). Torna-se, assim, necessário pensar estratégias para o combate da doença na saúde pública.

Dentro desta lógica, Martim (2007) afirma que a depressão é um problema de saúde pública que compromete o cotidiano das pessoas nos relacionamentos sociais, familiares, de trabalho ou comunidade. Em mapeamento de projeção realizado pela Organização Mundial de Saúde (ONU) existe uma estimativa que em 2020, a depressão será a segunda maior causa de incapacidade no mundo. Atualmente estudos internacionais e nacionais mostram que os sintomas da depressão e ansiedade são mais prevalente em mulheres, pessoas com baixa escolaridade e economicamente desfavorecidas.

Ainda citado por Del Porto (1999) estudo realizados por AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION na construção do material de referencia Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana em sua quarta edição (DSM-IV), a depressão pode ser classificada em:

- **Transtorno depressivo maior:** é o tipo de depressão mais grave, trata-se de uma depressão endógena que ocorre devido a menor atividade das monoaminas cerebrais.

- **Distímia:** corresponde a um quadro depressivo leve, intermitente, de início insidioso, em que o indivíduo sofre oscilações de humor depressivo súbitas ou contínuas, de intensidade variável durante anos.
- **Mania e hipomania:** na mania o indivíduo apresenta irritação, elevação ou expansão do humor, podendo ocorrer ainda características psicóticas tais como: paranoia, ilusões e alucinações. O indivíduo apresenta humor eufórico, autoestima inflada, grandiosidade, maior sociabilidade e energia”.
- **Distúrbio bipolar** (maníaco-depressivo): Aparecimento de episódios maníacos juntamente com episódios depressivos.
- **Ciclotímia:** caracteriza-se por instabilidade persistente do humor (mais de dois anos), com períodos depressivos mais leves e períodos de hipomania. Não chegam a ter gravidade na duração dos transtornos bipolares.

Como foi relatado anteriormente, os impactos sociais decorrentes dos problemas relativos a depressão interferem diretamente em diferentes níveis e escalas organizacionais. Andrade, Viana e Silveira (2006) relatam que das dez principais causas de incapacitação profissional, cinco delas são transtornos psiquiátricos, sendo a depressão responsável por 13% das incapacitações e afastamentos das relações sociais e da diminuição produtiva do indivíduo.

Outros fatores considerados de importância no planejamento das Políticas públicas de Saúde estão relacionados aos resultados obtidos por indicadores de saúde pública que verificaram que existe nos últimos anos uma transição epidemiológica em países subdesenvolvidos, pois as doenças infectocontagiosas estão sendo substituídas pelos transtornos depressivos e transtornos cardiovasculares e em países da Ásia e América Latina, os planejamentos dos serviços de assistência a saúde pública não vem se adequando a nova realidade social corretamente (ANDRADE, VIANA e SILVEIRA, 2006).

Com base nestas afirmativas as equipes do Centro de Saúde Cabana consideram que o problema da depressão apresenta causas multifatoriais de difícil identificação e não deve ser tratado apenas com medicação ou pela atenção terciária de saúde.

4.4 Políticas Públicas e Saúde da Mulher

Uma vez que o problema estudado apresenta altos índices de prevalência em mulheres, torna-se importante entender quais ações ou estratégias são adotadas no atendimento da população de maior vulnerabilidade.

Para Giffin (1991), a atenção à saúde da mulher, na história das políticas de saúde no Brasil e no mundo, tem sido reduzida, em grande parte, aos parâmetros da atenção materno-infantil e, mesmo assim, frequentemente, relegada ao segundo plano. Mas vale destacar que a evolução conceitual de organização social e as novas atribuições destinadas às mulheres levaram a mudanças de paradigmas no planejamento de saúde pública, tendo como consequência uma lenta mudança histórica descrita por Mori, *et al.* (2006), que relata mudanças políticas a partir da década de 70, pois o governo avaliou a situação da saúde de uma forma integrada e propôs mudanças conceituais na saúde da mulher que se disseminaram a partir dos programas para “controle de natalidade”, pois naquele contexto histórico tinha-se uma grande preocupação com o crescimento populacional do país, sendo os objetivos demográficos os grandes norteadores das ações de planejamento das políticas públicas para a redução das taxas de natalidade brasileira.

Os grandes impulsos para as primeiras medidas oficiais do Ministério da Saúde, no desenvolvimento da qualidade da saúde feminina no país, foram as lutas das mulheres pelos seus direitos.

Historicamente a participação feminina foi intensa na discussão sobre a saúde da mulher, durante a década de 1980 e foi neste contexto que se criou o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), a Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana, no Ministério da Saúde, e o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) em 1984 (MORI *et al.*, 2006).

Ainda entendendo a evolução histórica no planejamento das políticas públicas de saúde da mulher, o ano de 2004 é considerado como marco conceitual com a implantação da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” pelo Ministério da Saúde. Este programa incorporou a integralidade e a promoção da

saúde como princípios norteadores, consolidando os avanços no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. A melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento, o controle à violência doméstica e sexual, a prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS, de doenças crônico-degenerativas e do câncer ginecológico são alvos dessa política (BRASIL, 2004).

As diretrizes estabelecidas incluem, no seu “plano de ação 2004-2007”, grupos até então não contemplados, tais como as trabalhadoras rurais, as mulheres negras, na menopausa e na terceira idade, lésbicas, indígenas, presidiárias, mulheres com deficiências ou transtornos mentais. Esta política é destinada à população feminina acima de dez anos, isto é, mais de 70 milhões de brasileiras, majoritariamente usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

No senso realizado pelo Ministério da Saúde 2004 encontrou-se que a população feminina no Brasil é maior que a masculina, sendo composta por 50,77%, e que são também as maiores usuárias do Sistema Único de Saúde SUS nos diversos tipos de atenção. Em relação às mulheres, de acordo com Ministério da Saúde 2004, os problemas de saúde podem ser agravados pela discriminação nos locais de trabalho, pela sobrecarga das atividades domésticas, raça, etnia e situação de pobreza (BRASIL, 2004).

As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2008, p 9)

Atualmente, existem vários temas relativos à saúde da mulher lançados pelo Ministério da Saúde, dentre os quais podemos citar: planejamento familiar, notificação compulsória de violência contra a mulher, humanização no pré-natal e nascimento e atendimento aos casos de aborto ilegal, mas infelizmente, nota-se nesse conjunto de leis uma ausência importante sobre a saúde mental.

4.5 O SUS e sua organização

Para Cohn (2009), a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido analisada como relevante inovação institucional no campo das políticas sociais, cultivada sob o regime democrático.

E, legalmente, pode se destacar na Constituição Federal, promulgada em 1988 (BRASIL, 1988), a importância de promover a saúde como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de garanti-la a todos os cidadãos. Sob o preceito constitucional “*saúde direito de todos e dever do Estado*”.

Sendo a saúde um direito legal deve ser garantida a todo cidadão brasileiro, estando ele incapacitado por enfermidades ou não. Dentro deste norte estabelecido realizaram se diversos fóruns e debates e para Andrade, Viana e Silveira (2006), a atenção primária em Saúde Pública no Brasil evoluiu, com a quebra de modelos literalmente voltados para a reabilitação, iniciando um sistema único, público, com participação e controle social, preconizando os princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Desta forma, estabeleceram que as ações de saúde fossem submetidas a organismos do executivo com representações paritárias entre usuários e demais representantes do governo, nas suas diversas instâncias, com participação dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços, incluindo-se os do setor privado buscando os princípios norteadores do SUS: universalidade; integralidade; participação e descentralização.

Para diversos pesquisadores sociais e específicos da área da saúde, o SUS é uma das maiores políticas públicas que este país já teve, principalmente pelo grande avanço que trouxe na atenção básica da saúde (CARVALHO, SANTOS 2002), e um dos marcos desta evolução foi a capacidade de realizar trabalhos interdisciplinares no planejamento de soluções para demandas sociais.

Desta forma, na década de 1990, tem início a implementação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS de forma

integrada. Tendo em sua base os pressupostos de uma reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1997).

Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, Vasconcelos (1999) destaca os de atenção básica como um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde.

Desta forma, o NASF foi criado pela Portaria 154 de 24 de Janeiro de 2008 (BRASIL, 2008) e veio para contribuir com as equipes de ESF, tendo como preceito básico um trabalho interdisciplinar e de matriciamento, respeitando e atuando de acordo com as peculiaridades regionais para se ter uma promoção da saúde mais eficiente, com profissões e áreas que até então não eram contempladas no âmbito das equipes de ESF, desta forma o Profissional de Educação Física foi incluído pelo art.3º da referida resolução da seguinte forma:

§ 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.

§ 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Professor de Educação Física;...

5 Plano de ação

5.1. Análise de viabilidade do plano

Considerando a evolução dos conceitos de planejamentos, o presente projeto busca diminuir os erros comuns encontrados em ações anteriores que desenvolveram sua estratégia baseada no modelo de planejamento Normativo, que não respeitavam a variabilidade da realidade local e os fatores de interferência aos resultados.

O Projeto “Bem Viver” será desenvolvido sobre o conceito do Planejamento Estratégico Situacional, buscando equilibrar o envolvimento e responsabilidade da equipe de saúde e dos profissionais envolvidos através de uma intervenção interdisciplinar e inter setorial com foco na autonomia cidadã (CAMPOS, FARIAS e SANTOS, 2010).

O objetivo principal do projeto é propor alternativas saudáveis e eficazes no tratamento e controle da depressão de mulheres de meia idade, elevando os níveis de saúde da população por meio da prática regular de atividades físicas, além de oportunizar espaços sociais de lazer e cultura através de atividades sistematizadas. Pela característica do projeto, pretende se alcançar as metas através de estratégia de curto e médio prazo enfatizando questões mais imediatas e urgentes.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento do projeto exige a construção de diferentes saberes, comumente identificados como nós críticos. Esta reflexão ajuda a entender a necessidade de questionamentos estratégicos para determinação de uma ação.

Desta forma, o projeto não visa apenas atacar a consequência da situação problema, mas entender a dinâmica da causa e seus efeitos.

O projeto “Bem Viver - NASF Oeste” será desenvolvido com a oferta de aulas de ginástica coletiva, palestras e orientações multiprofissionais atendendo as demandas da região sobre mudança do estilo de vida e ações efetivas da melhora

de saúde da população, respeitando as diferenças entre os atores sociais envolvidos e incentivando a participação efetiva dos mesmos.

5.2 Identificação dos “Nós Críticos”

- Interveniências sociais
- Hábitos e estilo de vida inadequados
- Violência contra mulher
- Desemprego e falta de oportunidades laborais
- Ociosidade (solidão)

5.3 Desenho das operações

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Recursos Necessários
Hábitos e estilo de vida inadequados	Projeto “Bem Viver” Palestras e atividades de conscientização da população sobre os benefícios da adoção de estilo de vida saudáveis.	Conscientização da população sobre adoção de estilo de vida saudável. Quebra de paradigmas sociais sobre alimentação, medicamentos e atividade física Promoção de saúde através da mudança do estilo de vida com desenvolvimento da autonomia social.	Agenda integrada dos profissionais de saúde envolvidos no projeto. Material de divulgação do projeto como cartazes e convites que podem se impressos no Centro de Saúde. Espaço amplo, arejado e coberto, de preferência próximo ao Centro de Saúde para desenvolvimento das palestras

			através de parceria com igrejas locais, escolas etc.
Violência contra mulher	Projeto em parceria com Assistência Social sobre os direitos das mulheres.	<p>Conscientização sobre os direitos da mulher.</p> <p>Envolvimento dos líderes comunitários nos problemas relacionados à violência contra mulher.</p> <p>Melhora da qualidade de vida das mulheres e célula familiar.</p>	<p>Espaço amplo, arejado e coberto, de preferência próximo ao Centro de Saúde para desenvolvimento das palestras através de parceria com igrejas locais, escolas etc.</p> <p>Agenda integrada com o NASF para acompanhamento multiprofissional dos casos.</p>
Desemprego e falta de oportunidades laborais	Parcerias com o CRAS-Centro de Referência da Assistência Social que possui ofertas de emprego em suas ações.	Melhora na divulgação das oportunidades de emprego, através das reuniões com a comissão local, grupos operativos, etc.	<p>Espaço amplo, arejado e coberto, de preferência próximo ao Centro de Saúde para desenvolvimento das palestras através de parceria com igrejas locais, escolas etc.</p> <p>Desenvolvimento de meios de comunicação local para divulgação das reuniões de capacitação profissional e oportunidades de emprego, como comércios locais e rádio.</p>

<p>Ociosidade/ Solidão</p>	<p>Atividades semanais com apoio da equipe do NASF para mulheres como: atividade física orientada, roda de conversas, grupos de apoio, orientação sexual entre outros.</p>	<p>Preenchimento do tempo ocioso com atividades úteis para o dia a dia da mulher.</p> <p>Ampliação das perspectivas de relacionamento social.</p> <p>Resgate do valor social e enfoque na reinserção social</p>	<p>Agenda integrada com o NASF para acompanhamento multiprofissional dos casos.</p> <p>Implementação de uma unidade do Programa Academia da Cidade.</p>
---------------------------------------	--	---	---

5.4 Equipe responsável e local.

Será responsabilidade do Profissional de Educação Física a organização do cronograma e definição de prazos para implantação e execução do Projeto. O cronograma deverá ser apresentado aos profissionais envolvidos e validado em conjunto, para melhor efetividade e resultados.

Primeiramente, deve-se decidir em conjunto com as Equipes quais os locais mais apropriados e disponíveis na região para realização das atividades propostas.

O segundo passo é definir os dias e horários mais apropriados a participação das mulheres, em seguida, elaborar meio de divulgação como convites individuais a serem entregues pelos ACS – Agentes Comunitários de Saúde, cartazes no Centro de Saúde e no comércio local.

Após o levantamento dos dados e definição dos responsáveis por cada operação, o grupo deve ter início, sendo sempre controlados os prazos para execução.

As atividades do Projeto terão como público alvo as mulheres cadastradas no C.S. Cabana que se encontram em tratamento para depressão. A busca ativa

dessas informações serão por meio das reuniões de equipes, com a sensibilização dos profissionais para o Projeto.

Para participar, a pessoa receberá um convite através das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Inicialmente, as atividades serão desenvolvidas duas vezes por semana e as reavaliações estão previstas para acontecer em intervalo de três meses, sendo que a frequência nas atividades é essencial para atingir o objetivo proposto e será controlada por lista de presença. Será considerada infrequente a usuária que não comparecer a 3 encontros dentro de um mês.

5.5 Monitoramento e avaliação.

O projeto “Bem Viver” será avaliado em sua efetividade com o controle trimestral dos resultados obtidos através da priorização de indicadores e utilização de instrumentos científicos que serão definidos em reunião com os profissionais envolvidos, vale ressaltar que os eixos saúde física, saúde mental e psicológica e saúde social deverão ser monitorados e regularmente comparados.

O Projeto prevê inicialmente uma avaliação multiprofissional de cada caso e acompanhamento dos resultados obtidos, permitindo assim um mapeamento longitudinal da melhora da condição de saúde e qualidade de vida da população atendida.

6 Considerações finais

Sabemos da dificuldade do poder público de acompanhar e monitorar todos os problemas sociais existentes nas grandes cidades em função do estilo de vida adotado como sendo ativo.

As iniciativas regionalizadas podem auxiliar no desenvolvimento de um plano macro de políticas sociais, principalmente se executados com o envolvimento da comunidade e profissionais qualificados ao tema proposto.

O projeto Bem Viver tem boas condições de sucesso, pois a viabilidade e motivação são fatores positivos na construção da proposta e os nós críticos existentes são contornáveis, pois não apresentam graus de dificuldade operacional ou político que o inviabilize. Além disso, o Projeto faz parte da realização de uma meta da equipe de saúde envolvida no atendimento das comunidades envolvidas.

As grandes mudanças partem de pequenas iniciativas.

Referências

ANDRADE, L.H.S.G.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista Psiquiatria Clínica**. vol. 33, n. 2, p. 43-54, São Paulo, 2006.

ANDRADE, L.O.; BARRETO, I.C. & BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W. et al (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec - Editora Fiocruz, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2010.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: Comentários à lei orgânica de saúde (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). Campinas: Editora da UNICAMP, 2002.

CHEIK, N.C.; REIS, I. T.; HEREDIA, R. A. G.; VENTURA, M. L.; TUFIK, S.; ANTUNES, H. K. M.; MELLO, M. T. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**. v. 11, n. 3, p. 45-52, Brasília, 2003.

COHN, MA. **A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ 2009.

DEL PORTO, J A;. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira Psiquiatria**. [online]. v.21, suppl.1, p. 06-11, 1999

GIFFIN, K M . Mulher e Saúde **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, RJ, 1991

MELLO, M T; BOSCOLO, R .A; ESTEVES, A .M; TUFIKI, S; O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** v.11 n.3, May/June, 2005

MORI, M.E.; DECNOP, A. D.; COELHO, V. L , NETTO ESTRELLA, R.C., Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil **Cad. Saúde Pública.** v.22, n.9, p. 1825-1833, Rio de Janeiro 2006

SANTOS, D.L.; MILANO, M.E.; ROSAT, R. Exercício físico e memória. **Revista Paulista de Educação Física.** v.12, n. 1, p. 95-106, 1998.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: HUCITEC, 1999.

VIEIRA, J.L.P.; PORCU, M.; ROCHA, P. G. M. A prática de exercícios físicos regulares como terapia complementar ao tratamento de mulheres com depressão. **Jornal Brasileiro Psiquiatria,** v. 56, n. 1, p. 23-28, 2007.

WEIMBERG RS, GOULD D – **Psychologie du sport et de l'activité psyche,** Paris: Vogot, 1997.