

UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE E PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO EM UMA COMUNIDADE RURAL

AN INTERVENTION PROPOSAL FOR THE CONTROL AND PREVENTION OF DEPRESSION IN A RURAL COMMUNITY

Marcelo Brandão Melo¹
Sonale do Nascimento Rocha²

RESUMO

A depressão é um estado de desânimo ou perda de interesse. Os transtornos depressivos têm como características a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O interesse para o desenvolvimento desta intervenção justifica-se pela grande quantidade de pessoas em sofrimento psíquico, em especial a depressão. Foram diagnosticados mais de 50 casos, principalmente em mulheres. Desta forma, na UBS em questão a depressão representa na atualidade um dos transtornos mentais mais prevalentes e impactantes. Desta forma, objetiva-se propor um projeto de intervenção para a promoção da saúde mental e prevenção da depressão na Unidade Básica de Saúde Hozano Ferreira Nunes em Barras-Piauí. Trata-se de um projeto de intervenção que será desenvolvido para o alcance das seguintes metas: capacitar 100% da equipe para a identificação, prevenção e tratamento da depressão em duas semanas; realizar grupos educativos para a promoção da saúde mental de 80% dos pacientes com depressão durante 3 meses; otimizar o conhecimento de pelo menos 80% da comunidade sobre a depressão durante 3 meses.

DESCRITORES: Depressão. Promoção da Saúde. Atenção Básica.

ABSTRACT

Depression is a state of despondency or loss of interest. Depressive disorders are characterized by the presence of a sad, empty or irritable mood, accompanied by somatic and cognitive changes that significantly affect the individual's ability to function. The interest in the development of this intervention is justified by the large number of people in psychological distress, especially depression. More than 50 cases were diagnosed. Thus, in the BHU in question, depression currently represents one of the most prevalent and impacting mental

¹ Autor-correspondente: Médico. Pós-graduanda em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médico em uma Unidade Básica de Saúde do município Barras-PI. E-mail: marcelo_brandaomelo@hotmail.com

² Orientadora

disorders. Thus, the objective is to propose an intervention project for the mental health promotion and prevention of depression in the Basic Health Unit Hozano Ferreira Nunes in Barras-Piauí. This is an intervention project that will be developed to achieve the following goals: to train 100% of the team to identify, prevent and treat depression in two weeks; conduct educational groups to promote mental health in 80% of patients with depression for 3 months; optimize the knowledge of at least 80% of the community about depression for 3 months.

DESCRIPTORS: Depression. Health Promotion. Primary Care.

1. INTRODUÇÃO

• CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

Conceitua-se depressão como um estado de desânimo ou perda de interesse. Os transtornos depressivos têm como características a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo, com perda do interesse ou do prazer nas atividades, dificuldade para pensar ou se concentrar e com pensamentos recorrentes sobre morte (DSM – V, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) entre as perturbações psiquiátricas, a depressão representa 4,3% da carga mundial de morbidade e encontra-se entre as principais causas mundiais de incapacidade, representando 11% do total mundial de anos vividos nessa condição (OMS, 2018).

A depressão transcende o campo da saúde e torna-se, cada vez mais, um problema social, tornando necessária ampla discussão de maneira a ampliar o conhecimento e abordagem dessa doença, auxiliando também nas tomadas de decisão na prática clínica (ABRANTES *et al*, 2019).

O diagnóstico de depressão se dá pela persistência mínima de 2 semanas (com mudança nítida em relação ao comportamento anterior) de sintomas como o humor deprimido, diminuição de prazer ou interesse em atividades comuns, perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia, sentimentos de inutilidade, entre outros (GOMES *et al*, 2019).

A alta prevalência de depressão na população geral e, ainda mais acentuada, em grupos de risco (portadores de doenças crônicas, situação de vulnerabilidade, pós-parto, etc) agrega maior importância da atenção básica no que tange ao acolhimento em saúde mental, visto que esta é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde e precisa estar preparada para este tipo de demanda (FRATESCHI; CARDOSO, 2014).

O cuidado em saúde mental não está dissociado da saúde geral, por isso precisa estar bem organizado e orientado dentro das unidades básicas de saúde, facilitando o acesso para a população e tornando-se um espaço de cuidado integral (SILVA *et al*, 2017).

Esta maior atenção integrada dentro da atenção básica se deve ao processo de Reforma Psiquiátrica, além da Política Nacional de Saúde Mental, gerando incentivos para inserção social e um modelo de atenção à saúde de base comunitária com auxílio de recursos disponíveis em cada área de atuação (SILVA *et al*, 2017).

A concepção dos profissionais envolvidos na saúde mental precisa ser ampliada, levando em conta o contexto psicossocial no qual os pacientes estão inseridos, e as estratégias de tratamento e seguimento devem ser de responsabilidade compartilhada com a equipe multiprofissional (MOTTA; MORÉ; NUNES, 2017).

Nas comunidades rurais existem poucos dados ou estudos que expressem a realidade de prevalência dos quadros depressivos nesse tipo de população, fator que acaba por desvalorizar a necessidade de políticas públicas em saúde mental que visem melhorar a qualidade de vida desses pacientes, que vivem em contextos diferenciados do meio urbano. Sendo assim, programas de rastreio para o diagnóstico precoce de depressão são de grande importância no meio rural, de maneira adaptada e integrada ao meio de vida dessas comunidades, de maneira que o tratamento esteja dentro do direcionado pelas diretrizes nacionais de saúde (HIRSCHMANNI; GOMES; GONÇALVES, 2018).

- **CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA INTERVENÇÃO**

O município de Barras-Piauí está localizado no centro de seis barras de rios e riachos, o que deu origem ao seu topônimo. Possui 44.850 habitantes e no 2018, o salário médio mensal era de 1.6 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 6.2%. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 12.20 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 2.9 para cada 1.000 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2018).

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2017) a taxa bruta de mortalidade foi de 4,2%, a taxa de mortalidade infantil foi de 7,5%, a taxa de mortalidade neonatal foi de 3,8% e a taxa de mortalidade pós-neonatal foi de 3,8%. Destaca-se que o valor permaneceu o mesmo da taxa de mortalidade neonatal, visto que foram 4 óbitos até 1 ano neste período: 2 até 28 dias de vida e os outros 2 entre 28 e 364 dias de vida).

Dentre as doenças crônicas mais comuns do município destacam-se o diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Até o momento não há casos registrados em 2020 de casos de tuberculose, leishmaniose visceral, dengue, sífilis congênita e em gestantes.

Sua rede de saúde conta com 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II), possui um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um Centro de Referência Assistência Social (CRAS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e um hospital de pequeno porte, assim como Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Quando os pacientes necessitam de algum serviço não disponibilizado são referenciados para a capital do Estado Teresina-PI.

A UBS que será alvo desta intervenção chama-se Hozano Ferreira Nunes e fica localizada na zona rural Mata Fria do município de Barras- PI, a qual é responsável por 400 famílias e 1500 pessoas. A equipe de saúde é constituída por: um enfermeiro; uma técnica em enfermagem; quatro gentes comunitários de saúde (ACS); uma dentista, uma técnica em saúde bucal, uma recepcionista e uma auxiliar de limpeza.

A UBS possui uma estrutura física bem estruturada, com dois anos de uso, sendo formada por uma sala de acolhimento, uma sala de espera, um Serviço Médico e Estatístico (SAME), uma sala de reuniões/atividades coletivas, um almoxarifado, uma farmácia. Também possui três consultórios (um médico, um de enfermagem e um de odontológico), uma sala de procedimentos, uma sala de vacina, quatro banheiros, uma copa, uma sala para esterilização dos materiais, um depósito de lixo e expurgo.

A comunidade de responsabilidade dessa equipe de saúde da família é constituída por pessoas com nível baixo a médio de esclarecimento, os quais trabalham no comércio local ou agricultura de subsistência, suas residências são, em sua maioria, de alvenaria com energia elétrica.

As patologias apresentadas pela população variam conforme a faixa etária: em crianças é comum quadros diarreicos, infecções de vias aéreas superiores, parasitoses intestinais e dermatofitoses; em adultos jovens os principais agravos correlacionam-se com suas atividades laborais como lombalgias e tenossinovites; enquanto que em idosos prevalecem doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes. Observa-se ainda elevado índice de natalidade, sendo o acompanhamento pré-natal um dos serviços de maior demanda prestados pela equipe.

Nessa UBS o que chamou atenção durante as consultas médicas foi a grande quantidade de pessoas em sofrimento psíquico, em especial a depressão. Foram diagnosticados mais de 50

casos, em especial em mulheres jovens. Desta forma, na UBS em questão a depressão representa na atualidade um dos transtornos mentais mais prevalentes e impactantes, sendo considerada um sério problema de saúde pública.

Portanto, o objetivo geral desta pesquisa será propor um projeto de intervenção para a conscientização, a prevenção e o controle da depressão na Unidade Básica de Saúde Hozano Ferreira Nunes em Barras-Piauí e como objetivos específicos será intenção: capacitar a equipe multiprofissional para a identificação e a prevenção da depressão; desenvolver com os pacientes com depressão um grupo para a promoção da sua saúde mental e controle da doença; organizar atividades para expandir o conhecimento da comunidade sobre a depressão e o cuidado com a saúde mental.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

- **SINAIS E SINTOMAS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*, são critérios para diagnóstico de depressão: estado deprimido (sentir-se deprimido a maior parte do tempo); anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina; sensação de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se; fadiga ou perda de energia; distúrbios do sono: insônia ou hipersonia praticamente diárias; problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor; perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar; ideias recorrentes de morte ou suicídio.

Conforme o número de itens respondidos afirmativamente, o estado depressivo pode ser classificado em três grupos: a) depressão menor: dois a quatro sintomas por duas ou mais semanas, incluindo estado deprimido ou anedonia; b) distímia: três ou quatro sintomas, incluindo estado deprimido, durante dois anos, no mínimo; c) depressão maior: cinco ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia (COSTA, 2015).

O principal sintoma da depressão é o humor deprimido. A pessoa vem se sentindo triste a maior parte do dia durante pelo menos 2 semanas. Outros sintomas importantes são a perda de interesse nas coisas do dia-a-dia e o desânimo, cansaço, perda de energia (MAGALHÃES; ANDRADE, 2019).

Também podem estar presentes a diminuição de concentração, de atenção, de autoestima e de apetite. O sono costuma estar alterado, para mais ou para menos. Pensamentos como ideias de culpa e inutilidade, vontade ou ato de se machucar ou suicidar, além de visões desoladas e pessimistas do futuro podem fazer parte do quadro (MOTTA; MARÉ; NUNES, 2017).

Algumas vezes, as pessoas com depressão não relatam esses sentimentos e ideias por terem preconceito com relação a esse problema, mas referem os sintomas físicos, como sensação de desconforto no batimento cardíaco, constipação, dores de cabeça, dificuldades digestivas. É importante lembrar que, qualquer que seja a suspeita, ela deve ser confirmada por avaliação médica (FORTALEZA; MIGUEL, 2013).

Um ponto preocupante em relação a depressão refere-se ao fato de que menos da metade das pessoas afetadas recebe tratamento adequado, seja pela falta de recursos, falta de capacitação dos profissionais, estigmas associados ao adoecimento psíquico e dificuldades na avaliação/diagnóstico desses casos (WHO, 2017).

No Brasil, uma pesquisa populacional de 2013 com amostra nacionalmente representativa, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), mostrou que a prevalência de depressão maior é mais significativa entre as mulheres que vivem em áreas urbanas, com níveis educacionais mais baixos e com condições crônicas, como hipertensão e diabetes (LOPES *et al.*, 2016).

Dados da mesma pesquisa evidenciaram inequidades no acesso aos cuidados em saúde mental. Verificou-se que a maioria dos brasileiros com sintomas depressivos clinicamente relevantes (78,8%) não recebia nenhum tipo de tratamento. A depressão se apresenta como uma das principais causas de incapacitação no mundo, limitando o funcionamento físico, pessoal e social (LOPES *et al.*, 2016).

Estudos estabeleceram correlação entre estado depressivo e piora de quadros clínicos, tais como cardiopatias, diabetes, obesidade e problemas oncológicos e ainda associação significativa entre depressão na maternidade, problemas no desenvolvimento infantil e piora no rendimento escolar, com implicações para o ambiente familiar (LOOSLI; PIZETA; LOUREIRO, 2016).

Independentemente de país ou cultura, a prevalência da depressão no sexo feminino é duas vezes maior do que em homens. A razão para isso são várias: em decorrência do estresse, o parto, efeitos hormonais e outros sintomas (LAMPERT; FERREIRA, 2018).

A depressão é a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, frequentemente sem diagnóstico e sem tratamento. Ela afeta sua qualidade de vida, aumentando a carga econômica por seus custos diretos e indiretos e pode levar a tendências suicidas. Essa doença se tornou um problema de saúde pública, devido à elevada frequência com que ocorre (MAGALHÃES et al., 2016).

A depressão é uma doença grave, mas que frequentemente é subdiagnosticada e até mesmo ignorada, já que os profissionais de saúde veem os sintomas depressivos como manifestações normais no processo de envelhecimento (GULLICH; DURO; CESAR, 2016).

Conforme Smith, Haedtke e Shibley (2015), a população idosa merece especial atenção, visto o crescente número de idosos que apresentam fatores de risco para a depressão, o que faz necessário maior foco de atenção em estudos e métodos de rastreio e detecção da depressão, e tratamento e prevenção, nessa população que vai continuar a crescer mundialmente.

O diagnóstico da depressão é feito a partir da presença de determinados sintomas que se manifestam numa certa duração e intensidade também toma como base a história de vida do paciente. Como o estado depressivo pode ser um sintoma secundário a várias doenças, sempre é importante estabelecer o diagnóstico diferencial (LOPES *et al.*, 2016).

Existem fatores genéticos e hereditários envolvidos nos casos de depressão, que pode ser provocada por uma disfunção bioquímica do cérebro. Tem como principal tratamento o farmacoterápico, podendo ser associada à psicoterapia, em alguns casos. Há evidências de que a atividade física é um recurso importante para reverter quadros de depressão, porém, nem todas as pessoas com predisposição genética reagem do mesmo modo diante de fatores que funcionam como gatilho para as crises: acontecimentos traumáticos na infância, estresse físico e psicológico, algumas doenças sistêmicas (ex: hipotireoidismo), consumo de drogas lícitas e ilícitas, certos tipos de medicamentos (ex: as anfetaminas) (DUNCAN *et al.*, 2014).

Desta maneira, o tratamento da depressão depende de algumas variáveis: gravidade do quadro, fatores desencadeantes, tipo dos sintomas presentes, recursos disponíveis no contexto de atendimento, preferência do paciente e familiaridade do profissional com o método (DUNCAN *et al.*, 2014).

A doença pode ser acompanhada por alterações de substâncias no Sistema Nervoso Central, principalmente a noradrenalina e a serotonina e, em muitos casos evolui de forma crônica, necessitando de tratamento prolongado. Quadros leves costumam responder bem ao tratamento psicoterápico. Nos outros mais graves e com reflexo negativo sobre a vida afetiva,

familiar e profissional e em sociedade, a indicação é o uso de antidepressivos com o objetivo de tirar a pessoa da crise (CORDIOLI; GALIAS; ISALAN, 2015).

O tratamento da depressão no idoso tem o objetivo de reduzir o sofrimento psíquico causado por esse transtorno, diminuir o risco de suicídio, melhorar o estado geral do paciente e garantir melhor qualidade de vida. Esse tratamento, assim como também de outras doenças neuropsiquiátricas no idoso, constitui um desafio que envolve intervenção especializada e necessita de estratégias tais como psicofarmacologia ou até eletroconvulsoterapia (RAMOS *et al.*, 2019).

Estudos complementares comprovam bons resultados na associação da psicofarmacologia com psicoterapia no tratamento de casos de depressão (COHEN *et al.*, 2015; SOUSA *et al.*, 2017). A atividade física regular também deve ser considerada alternativa não farmacológica do tratamento do transtorno depressivo, com a vantagem de não apresentar efeitos colaterais indesejáveis, além de sua prática demandar, ao contrário da atitude relativamente passiva de tomar uma pílula, mais comprometimento ativo por parte do paciente, que pode resultar na melhoria da autoestima e autoconfiança (MENDES *et al.*, 2017).

O uso de antidepressivos deverá ser avaliado cuidadosamente, uma vez que esses psicotrópicos podem provocar efeitos adversos que poderão prejudicar a adesão ao tratamento ou trazer riscos para o idoso. Além disso, como essa clientela geralmente é acometida por mais de uma doença crônica, inevitavelmente depara-se com vários tratamentos que revelam a polifarmacoterapia. E essa condição vem a interferir na farmacocinética dos antidepressivos, muitas vezes elevando os níveis plasmáticos dessas drogas (BRETANHA *et al.*, 2015).

Existem vários grupos desses medicamentos que não causam dependência. Apesar do tempo que levam para produzir efeito (por volta de duas a quatro semanas) e das desvantagens de alguns efeitos colaterais que podem ocorrer, a prescrição deve ser mantida, às vezes, por toda a vida, para evitar recaídas. Há casos de depressão que exigem a associação de outras classes de medicamentos os ansiolíticos e os antipsicóticos, por exemplo, para obter o efeito necessário (CORDIOLI; GALIAS; ISALAN, 2015).

O tratamento para os casos leves o benefício dos antidepressivos não está bem estabelecido. Sendo assim, medidas não farmacológicas por pelo menos seis semanas é mais indicado, por meio de: psicoeducação, atividade física (três ou mais vezes por semana por 45 a 60 minutos), acompanhamento ambulatorial semanal, psicoterapia (se disponível) e, se necessário, higiene do sono e técnicas de controle de ansiedade. Se os sintomas persistirem,

prescrever antidepressivo e só usar antidepressivo imediatamente apenas se história prévia de depressão moderada a grave (DUNCAN *et al.*, 2015).

Já nos pacientes com grau moderado a grave de depressão é necessário a prescrição de antidepressivo. Para escolha do fármaco é importante considerar: a resposta/tolerância prévia a um fármaco (inclui uso bem-sucedido por familiares); o perfil de efeitos adversos; a toxicidade, meia-vida, risco de virada maníaca, facilidade posológica; o Custo; as comorbidades associadas, as possíveis interações; os sintomas depressivos específicos e se psicoterapia estiver disponível considerar tratamento combinado (DUNCAN *et al.*, 2015).

Os antidepressivos mais usados em nosso meio são os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os inibidores seletivos da receptação da serotonina (ISRS). Os antidepressivos apresentam eficácia semelhante, sendo diferenciados em virtude de seus perfis de efeitos adversos e de seus potenciais de interação farmacológica. Os ISRS costumam ser mais bem tolerados do que os ADT. Além disso, os ADT apresentam maiores riscos associados (como prolongamento do intervalo QT e letalidade em sobredose). Frente aos riscos cardiovasculares dos ADT, sugerimos que pacientes que necessitam doses elevadas de ADT realizem eletrocardiograma (ECG) e avaliação clínica de risco para morte súbita (COSTA, 2015).

Nos pacientes com uso de doses a partir de 100 mg/dia de amitriptilina, imipramina e clomipramina e 62,5 mg de nortriptilina, sugerimos realizar: anamnese completa, incluindo avaliação de fatores de risco para morte súbita, como diagnóstico de cardiopatia isquêmica ou insuficiência cardíaca, história de tabagismo ou abuso de álcool, fatores de risco para doença cardiovascular (hipertensão, dislipidemia e diabetes) e história familiar de morte súbita. Recomenda-se também realizar um ECG para detectar alterações que não sejam conhecidas, como distúrbios de condução, hipertrofia ventricular esquerda e isquemia miocárdica (MOLINA *et al.*, 2017).

Não há evidências de que doses menores que 100 mg/dia de amitriptilina, imipramina e clomipramina e 62,5 mg de nortriptilina representem aumento do risco de morte súbita; assim, em pacientes sem outros fatores de risco, não há necessidade de solicitar um ECG antes de sua prescrição (COSTA, 2015).

Sugere-se, no entanto, solicitar um ECG antes de prescrever um ADT – mesmo em doses baixas –na presença de doença cardiovascular prévia e na presença de outros fatores de risco para arritmia (como polifarmácia, distúrbios hidroeletrólíticos, doenças renal e hepática, uso concomitante de outros fármacos que prolonguem o intervalo QT, como antipsicóticos e lítio, e uso de fármaco que aumente a concentração sérica dos ADT em virtude de interação

medicamentosa, como fluoxetina, paroxetina e bupropiona) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION-APA, 2014).

No entanto, é importante ressaltar que os ADT não estão contraindicados como opção de primeira linha no tratamento da depressão e possuem especial relevância em situações nas quais custo e acessibilidade são determinantes para a adesão ao tratamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION-APA, 2014).

3. DEPRESSÃO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Pacientes deprimidos são frequentadores assíduos de serviços de atendimento primário, porém, muitas vezes, não são diagnosticados como tal (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION-APA, 2016). Um Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) aponta que o número de casos de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015: são 322 milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria mulheres. No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas (5,8% da população).

Em ambulatórios de Atenção Primária, a prevalência de depressão foi estimada em 5% a 10% de todos os pacientes, e apenas um em cem cita a doença como motivo da consulta e, em até 50% das vezes, o problema não é detectado pelos profissionais (COSTA, 2015).

Há uma década, o Brasil incorporou a atenção à saúde mental às ações da Atenção Básica (AB), garantindo panorama favorável ao atendimento aos quadros depressivos, pois possibilitou mais acesso ao tratamento do usuário com depressão (MOLINA et al., 2017).

Atualmente, a demanda por atendimento à depressão corresponde a 23,9% dos usuários na rede básica de atenção à saúde, caracterizando-se como predominante no atendimento em saúde mental na rede pública (MOTTA; MARÉ; NUNES, 2017).

Na Atenção Básica, o atendimento à depressão é sustentado por um conjunto de políticas que possibilita construir modelo de atenção que visa ao atendimento integral do usuário. Nesse sentido, os aspectos socioculturais do adoecimento ganham impulso e os cuidados em saúde retomam perspectivas contextuais e institucionais, de forma que a dimensão psicossocial possa ser reconhecida na construção dos processos de saúde e doença. Nessa linha de raciocínio, os processos de intervenção dos profissionais exigem atuação em concepção ampliada, interagindo com os diferentes campos do conhecimento no desenvolvimento do projeto terapêutico (LOPES et al., 2016).

A depressão é uma patologia multifatorial e, assim, exige que tenhamos um olhar ampliado de saúde. Trabalhar com saúde mental implica ter um olhar integral sobre o sujeito, sua cultura, sua família e seus valores. Isso exige que as intervenções não se limitem apenas ao tratamento medicamentoso (indicado nas depressões moderadas e graves) ou a psicoterapia individual, por exemplo (FORTALEZA; MIGUEL, 2013).

No contexto da atenção primária à saúde, a saúde mental é um dos maiores motivos de busca de atendimento e deve ser acolhida pelas equipes de saúde da família. Qualquer profissional dessa equipe pode fazer a primeira escuta do usuário e depois discutir o caso com os colegas para pensar num melhor encaminhamento (GONÇALVES et al., 2018).

É importante que o profissional tenha bom vínculo com o paciente, que deve ser estabelecido com tempo e paciência. Os ACS e/ou profissionais de referência para a família devem iniciar o vínculo através de visitas domiciliares. Os ACS auxiliam a equipe identificando os sinais e facilitando o acesso destes usuários ao serviço para que um possível diagnóstico seja feito pelo médico ou psicólogo. Deve-se estar atento para não “rotular” como depressão quadros em que o usuário apresenta é somente tristeza (por exemplo em um luto ou em uma separação). Depressão é diferente de tristeza.

Ainda que o Ministério da Saúde preconize as abordagens coletivas nas ações em saúde mental, o atendimento em grupo a pacientes com depressão nem sempre é possível. Um dos principais fatores a serem considerados para a indicação de atendimento individual é o grau de severidade da depressão. Nesse sentido, o acolhimento dos casos mais graves deve ser entendido como critério para o atendimento individual. A não inclusão dos pacientes graves em atendimento grupal é referendada por estudos de Sousa *et al.* (2017), que indicam que os casos de depressão severa não devem ser atendidos em grupo pela dificuldade de engajá-los no processo grupal e pela necessidade de atendimento mais personalizado.

Existe também às dificuldades de adesão a esse tipo de terapêutica, pois há pacientes que não aderem ou têm dificuldades de aderir ao trabalho em grupo. Essa dificuldade pode se referir a constrangimento ou impossibilidade de participar, dada a posição do indivíduo dentro da comunidade, representando fator limitante de utilização dos recursos terapêuticos disponíveis na Rede. Assim, a posição do usuário de saúde no contexto social é fator relevante na construção de estratégias que possibilitem a participação no atendimento em grupo (COHEN *et al.*, 2015).

Sendo assim, associados aos limites psicossociais do usuário ou à capacitação dos profissionais, os entraves para o atendimento em grupo restringem as intervenções

psicossociais. O contexto grupal se caracteriza como espaço que possibilita o fortalecimento das redes sociais, o vínculo entre o usuário de saúde e a instituição e propicia o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde. O atendimento em grupo aumenta o contato social, o que diminui a condição de isolamento, comum à pessoa com depressão (MENDES et al., 2017).

4. PLANO OPERATIVO

Trata-se de um projeto de intervenção para a promoção e prevenção da depressão na UBS Hozano Ferreira Nunes em Barras-Piauí. Serão alvo da intervenção todos os públicos diagnosticados com depressão (crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos). Além dos pacientes diagnosticados, serão alvo das ações de prevenção da depressão e cuidado da saúde mental toda a comunidade assistida pela UBS em questão. Os pacientes com classificação moderada e grave serão acompanhados pelo CAPS do município. Todos eles fazem uso de algum tipo de psicotrópicos.

Inicialmente o médico realizará uma capacitação para a equipe multiprofissional da UBS e do NASF. Essa capacitação ocorrerá em dois encontros, com duração de 3h cada um. Será utilizado o manual do Ministério da Saúde sobre a promoção da saúde mental na atenção básica. Após a capacitação será agendado uma reunião com as duas equipes no intuito de esclarecer sobre os objetivos e metas da intervenção, assim como explicar as funções de cada um.

Sendo assim, ficará organizado da seguinte forma: 1-Médico: realizará três ações educativas com públicos diferentes e aproveitando a programação de atendimento da equipe, como por exemplo, no dia do pré-natal, Hiperdia e puericultura será aproveitada a oportunidade para realizar esse grupo educativo sobre a depressão, com duração máxima de 40 min; 2- Enfermeiro: realizará três ações educativas, uma para cada grupo alvo das consultas do dia e otimizará as orientações durante as consultas a respeito da depressão. Também ficará responsável por monitorar e avaliar as ações programadas; 3- ACS: ficarão responsáveis por identificar os casos de pacientes com depressão da sua área e agenda consulta médica, bem como avisar e estimular a participação dos mesmos nas ações educativas; 4-Psicóloga do NASF: Ficará responsável em realizar três ações educativas.

Desta maneira, serão realizadas nove ações educativas, sendo três para cada grupo (adolescentes e crianças, adultos, idosos e gestantes). Sendo assim, o médico, o enfermeiro e a psicóloga do NASF irão organizar um cronograma dessas ações para não prejudicar as demais

atividades destes profissionais. A primeira semana será de responsabilidade do médico da equipe, a segunda semana do enfermeiro e a terceira semana será organizada pela psicóloga do NASF. As temáticas educativas abordarão: como cuidar da saúde mental e prevenir adoecimentos psíquicos, o tratamento farmacológico da depressão e as consequências do abandono do mesmo; a importância do auto cuidado para a saúde mental, a importância da regularidade nas consultas médicas e no tratamento medicamentoso. A psicóloga realizará seus grupos por meio de roda de conversa sobre como promover a saúde mental.

Em todas as ações educativas o profissional decidirá qual recurso irá utilizar (microfone, material impresso, vídeo, música e apresentação em Power point).

No intuito de otimizar a assistência aos pacientes com depressão e também aqueles com fatores de risco (depressão prévia, pacientes com doenças crônicas, aqueles que vivem sozinho e outros), o médico e o enfermeiro durante as consultas irão orientar a respeito do tratamento, da duração do mesmo, dos sinais de piora ou recidiva da doença. Durante as consultas médicas serão realizados o diagnóstico da depressão, assim como, a prescrição do tratamento nos casos leves, sendo assim, os casos moderados e graves serão encaminhados ao atendimento psiquiátrico no CAPS do município.

O quadro 1 mostra as situações problemas relacionadas com a depressão, os objetivos e metas para resolve-los, bem como as estratégias e os respectivos responsáveis.

Quadro 1: síntese das ações programadas.

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESP
Quantidade elevada de casos de depressão e ausência de ações educativas.	Capacitar a equipe multiprofissional para a identificação e a prevenção da depressão.	Capacitar 100% da equipe para a identificação e a prevenção da depressão/ duas semanas.	O médico realizará uma capacitação para a equipe multiprofissional da UBS e do NASF.	Médico
	Desenvolver com os pacientes com depressão um grupo para a promoção da sua saúde mental e controle da doença.	Realizar grupos educativos para a promoção da saúde mental de 80% dos pacientes com depressão/ três meses	Serão realizados nove grupos educativos.	Médico Enfermeiro Psicóloga (NASF)

	Organizar atividades para expandir o conhecimento da comunidade sobre a depressão e o cuidado com a saúde mental.	Otimizar o conhecimento de pelo menos 80% da comunidade sobre a depressão e o cuidado com a saúde mental / três meses	O médico e o enfermeiro, durante as consultas, irão orientar todos os pacientes, em especial os com fatores de risco.	Médico Enfermeiro
--	---	---	---	----------------------

5. CONCLUSÃO

Mediante a gravidade da depressão e da elevada quantidade de pacientes diagnosticados com essa doença na referida UBS pretende-se com essa intervenção diminuir os casos de depressão na comunidade, assim como melhorar a identificação e ações de promoção em saúde mental pela equipe multiprofissional nesse seguimento.

6. REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders – DSM-5**. 5th ed. Washington: APA; 2013.
2. BRETANHA, A. F. et al. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 1-12, mai. 2015.
3. COHEN, R. et al. Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 307-17, mai. 2015.
4. CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. (Org.). **Psicofármacos: consulta rápida**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
5. COSTA, T. S. **Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro**. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2015.
6. DARÉ, P. K.; CAPONI, S. N. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, São Paulo, v. 7, n.1, mar. 2017.

7. DUNCAN, B. B et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
8. FORTALEZA O. V., MIGUEL E. C., Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). **Compêndio de Clínica Psiquiátrica** – 1ª ed. Manole, São Paulo; 2013.
9. GONÇALVES, A. M^a, C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Bras Psiquiatr**. Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 101-09, mai. 2018.
10. GULLICH, I.; DURO, S. M. S.; CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Rev. bras. epidemiol**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 04, p. 1-11, out-dez. 2016.
11. LAMPERT, C. D. T.; FERREIRA, V. R. T. Fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos. **Aval. psicol**. Itatiba, v.17, n. 2, p. 205-12, abr-jun. 2018.
12. LOPES, C. S. et al. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. **Int J Equity Health**. v. 15, n. 2, p. 154-61, mai. 2016.
13. LOOSLI, L.; PIZETA, F. A.; LOUREIRO, S. R. Escolares que convivem com a depressão materna recorrente: diferenças entre os sexos. **Psic Teor Pesq**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 1-10, set. 2016.
14. MAGALHÃES, L. S.; ANDRADE, S. M^a. O. Depressão e comportamento suicida: atenção primária em saúde. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v.11, n. 1, p. 23-33, jan./abr. 2019
15. MENDES, G, A. B. et al. "Relação entre atividade física e depressão em idosos: uma revisão integrativa." **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 53, p. 110-1, set. 2017.
16. MOLINA, M. R. A. L. et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Prevalence of depression in users of primary care settings. **Rev. psiquiatr. Clín**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 6, p. 194-97, mai. 2012.
17. MOTTA, C. C. L.; MORÉ, C. L. O.; NUNES, H. S. S. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. **Ciênc. saúde colet**. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 12-23, mar. 2017.
18. RAMOS, F. P. et al. Fatores associados à depressão em idoso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. São Paulo, v. 19, supl. 1, p. 1-8, set. 2019.
19. SMITH, M.; HAEDTKE, C.; SHIBLEY, D. Late life depression detection: An evidence-based guideline. **Journal Gerontological Nursing**. v. 41, n. 2, p. 18-25, mai. 2015.

20. SOUSA KA, et al. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. **REME rev. min. enferm.** Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 82-93, set. 2017.
21. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and common mental disorders – Global health estimates.** Geneva: WHO, 2017.