

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**

JULIO ANTONIO POU MEDINA

**MONITORAMENTO E CONTROLE DA DEPRESSÃO NO CFS 1 BELINHA
OMETTO, LIMEIRA-SÃO PAULO, BRASIL.**

LIMEIRA

2015

JULIO ANTONIO POU MEDINA

**MONITORAMENTO E CONTROLE DA DEPRESSÃO NO CSF 1 BELINHA
OMETTO, LIMEIRA-SÃO PAULO, BRASIL.**

Projeto de Intervenção apresentado para o Curso de Especialização em Saúde da Família da UNIFESP. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), sob orientação da professora e orientadora: **M.Sonia Regina Cardim de Cerqueira Pestana**: Tutora Orientadora à distância na Especialização em Saúde da Família, e **Ivonne Sánchez Sastre**: Médica Especialista em Medicina da Família e Comunidade, reconhecido pela AMB, Especialista em Medicina do Trabalho reconhecido pela ANAMT, Mestranda em Biomedicina pela UNIARARAS e Supervisora do Programa Mais Médicos pelas UMA-SUS.

LIMEIRA

2015

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer minha orientadora Profa. Sonia Regina Cardim de Cerqueira Pestana por ter-me se abnegadamente e colocar toda a sua experiência na realização bem-sucedida deste trabalho.

E a Ivonne Sánchez Sastre: Médica Especialista em Medicina da Família e Comunidade por sua ajuda e orientação para a realização deste trabalho.

Ao Ministério da Saúde, por dar a oportunidade de desenvolver a especialização, muito importante, e depositaram sua confiança em cada um de nós, com o único objetivo de ajudar a melhorar a qualidade de vida do seu povo.

SUMÁRIO

1. Introdução	5
2. Objetivos	8
2.1 Geral	8
2.2. Específicos	8
3. Metodologia	9
3.1 Cenário da intervenção	9
3.2 Sujeitos da intervenção	9
3.3 Estratégias e ações	9
3.4 Avaliação e Monitoramento	10
4. Resultados Esperados	11
5. Cronograma	12
6. Referências	13

1. INTRODUÇÃO:

1.1 identificar e apresentar o problema

A depressão é uma condição relativamente comum, de curso crônico e recorrente, amplamente difundida por todo o mundo, afeta a todos os países sem detrimento do desenvolvimento econômico ou social deles. A OMS considera que a depressão e suas formas ou variantes é uma das maiores epidemias que afeta a humanidade nos últimos decênios. Uma pandemia que tende a ser invisível, pois os pacientes com depressão dissimulam dificultando o diagnóstico precoce da doença ¹.

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Mental (sigla de NIMH em inglês), cada ano, 9,5 por cento da população dos EUA, (aproximadamente 18,8 milhões de adultos americanos) traz doenças depressivas. Estes números podem aumentar permanentemente, talvez porque melhora a capacidade de detectar esses transtornos. A custo de lá depressão em economia é alta, mas ou termos de custo em sofrimento é incalculável ².

Segundo o último relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Depressão é mais comum no sexo feminino, estimando-se uma prevalência do Episódio Depressivo em 1,9% no sexo masculino e 3,2% no feminino.

Ainda sobre prevalência, esse órgão da ONU reporta que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres passarão por um Episódio Depressivo num período de 12 meses. Essas cifras de prevalência variam entre diferentes populações e podem ser mais altas em algumas delas ³.

Requeto histórico breve:

Depressão não é uma doença nova, originalmente definido pelos médicos Gregos à cerca de 500 A.C. A melancolia era um distúrbio caracterizado psicológico por perda de apetite e humor deprimido. Os psicólogos modernos geralmente acreditam que a melancolia é um outro termo para o que hoje é conhecido como transtorno depressivo. Na medicina grega antiga, os médicos acreditavam que cada doença era causada por um desequilíbrio em um dos

quatro fluidos corporais principais, ou humores. Um excesso de bÍlis negra era dito para ser a causa de uma disposição de deprimido.

Conforme definido nos escritos de Hipócrates, a melancolia era produzida de alguns sintomas que são muito similares aqueles associados com transtorno depressivo de hoje.

Insnia persistente, falta de apetite, desânimo e todos foram considerados sinais de melancolia. Além disso, os médicos gregos observaram que os pacientes que sofreram de melancolia exibiram um comportamento agressivo, podendo levar ao suicídio, mas o que é novo, é que nosso modo de vida hoje, como disponível, tão competitivo, tão sem raízes, é gerado de um terreno fértil muito apropriado para as alterações que recolhemos, como a depressão. Assim, evoluiu a depressão de termo para encontrar-nos hoje com uma grande informação sobre causas, características e tratamentos para esta doença. O primeiro sistema de classificação categorica de doença mental psiquiatra Kraepelin, elaborado no século XIX e este fato é devido ao autor o fim da depressão ⁴.

Afeta o mundo umas 340 milhões de pessoas, 14 por cento do mundo população sofre que algum tipo de deprimido, três por cento disso é servido no La hospital instituição; há aqueles que conseguem superar o episódio espontaneamente ou com ajuda terapêutica, não, quem são afetados de seu ambiente familiar, trabalho e social ⁵.

Em nossa área de saúde um dos principais problemas de saúde que encontramos é a Depressão, uma doença que a pesar de não ter uma alta mobilidade, tem uma alta taxa de prevalência na população em geral, e em nossa área de saúde se cumpre esta proporção. Nós temos uma ampla gama de pacientes com esta doença, que incluem vários grupos etários em ambos os sexos, isso nos motivou a fazer este estudo, para uma maior compreensão de esta doença e seu impacto na sociedade atual.

A continuação será exposta o conceito atual de Depressão:

Depressão é uma doença psiquiátrica, crnica e recorrente, que produz uma alteração do humor caracterizada por uma tristeza profunda, sem fim,

associada a sentimentos de dor, amargura, desencanto, desesperança, baixa autoestima e culpa, assim como a distúrbios do sono e do apetite.

É importante distinguir a tristeza patológica daquela transitória provocada por acontecimentos difíceis e desagradáveis, mas que são inerentes à vida de todas as pessoas, como a morte de um ente querido, a perda de emprego, os desencontros amorosos, os desentendimentos familiares, as dificuldades econômicas, etc. Diante das adversidades, as pessoas sem a doença sofrem, ficam tristes, mas encontram uma forma de superá-las. Nos quadros de depressão, a tristeza não dá tréguas, mesmo que não haja uma causa aparente. O humor permanece deprimido praticamente o tempo todo, por dias e dias seguidos, e desaparece o interesse pelas atividades, que antes davam satisfação e prazer.

A depressão é uma doença incapacitante que atinge por volta de 350 milhões de pessoas no mundo. Os quadros variam de intensidade e duração e podem ser classificados em três diferentes graus: leves, moderados e graves. (6)

Existem vários sinônimos para o termo Depressão:

Transtorno depressivo,

Depressão maior,

Depressão unipolar, incluindo ainda tipos diferenciados de depressão, como depressão grave, depressão psicótica, depressão atípica, depressão endógena, melancolia, depressão sazonal.

Causas

Existem fatores genéticos envolvidos nos casos de depressão, doença que pode ser provocada por uma disfunção bioquímica do cérebro. Entretanto, 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 (ex: álcool) e ilícitas (ex: cocaína), certos tipos de medicamentos (ex: as anfetaminas).Mulheres

parecem ser mais vulneráveis aos estados depressivos em virtude da oscilação hormonal a que estão expostas principalmente no período fértil.

Sintomas

Além do estado deprimido (sentir-se deprimido a maior parte do tempo, quase todos os dias) e da anedonia (interesse e prazer diminuídos para realizar a maioria das atividades) são sintomas da depressão:

- 1) alteração de peso (perda ou ganho de peso não intencional);
- 2) distúrbio de sono (insônia ou sonolência excessiva praticamente diárias);
- 3) problemas psicomotores (agitação ou apatia psicomotora, quase todos os dias);
- 4) fadiga ou perda de energia constante;
- 5) culpa excessiva (sentimento permanente de culpa e inutilidade);
- 6) dificuldade de concentração (habilidade diminuída para pensar ou concentrar-se);
- 7) ideias suicidas (pensamentos recorrentes de suicídio ou morte);
- 8) baixa autoestima,
- 9) alteração da libido.

Muitas vezes, no início, os sinais da enfermidade podem não ser reconhecidos. No entanto, nunca devem ser desconsideradas possíveis referências a ideias suicidas ou de autodestruição.

1.2. Justificar a intervenção

Foi escolhido este tema para nosso projeto de intervenção na Unidade de Saúde da Família “CSF 1 BELINHA OMETTO”, pois nos despertou muito interesse o fato do número elevados de pacientes portadores de depressão, assim como o estigma e a discriminação que sofrem esses pacientes com relação a doença. Pretendemos com este estudo desmitificar os estigmas da

doença, sem esquecer-se da necessidade por parte do paciente e familiares de conhecer a doença, assim como cumprir de forma adequada o tratamento com o objetivo de prevenir recidivas logrando desta forma uma melhor qualidade de vida destes pacientes.

2. OBJETIVOS:

OBJETIVO GERAL:

- Mostrar a importância do monitoramento e controle da Depressão na atenção básica de saúde.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar a prevalência da Depressão no CSF 1 “Belinha Ometto” no período de janeiro de 2013 até dezembro de 2014;

- Identificar o tempo transcorrido entre o diagnóstico e o controle da doença nos pacientes estudados;

- Correlacionar o tempo de controle da doença com o tratamento utilizado;

- Criar um grupo de apoio para familiares e pacientes com depressão.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção direcionado

3.1 Cenários de estudo:

O projeto será desenvolvido na área de abrangência do CSF 1 “Belinha Ometto”, Município de Limeira/SP, durante as consultas médicas e visitas domiciliares.

3.2 Sujeitos da Intervenção:

A população será constituída de pacientes portadores de depressão, sem limite de idade, e que fazem uso de medicamentos antidepressivos, a partir do início do projeto.

3.3 Estratégias e ações:

O primeiro momento será a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, a fim de socializar os objetivos, metodologia e resultados esperados. Com a aceitação e envolvimento da equipe, serão planejadas as atividades a serem desenvolvidas, assim como os prazos e responsáveis.

No segundo momento será aplicado o questionário proposto no estudo de Omomo e Bechtold (2011), que envolve questões psicológicas, uso de polifarmácia para pesquisa e variáveis clínicas e epidemiológicas. Será aplicado durante consultas médicas e visitas domiciliares e busca ativa em conjunto com agentes comunitários. As variáveis serão: idade, sexo,

escolaridade, doenças crônicas, medicamentos recebidos, número de medicamentos, frequência de administração.

O terceiro momento consistirá de organização e tabulação dos questionários. As informações levantadas fornecerão subsídios para o planejamento de ações da equipe relacionada ao uso de polifarmácia nessa população.

3.4 Avaliação e Monitoramento:

A avaliação e monitoramento do projeto se dará semanalmente durante as reuniões de equipe, para adequar as dificuldades ou problemas enfrentados na aplicação dos questionários.

As informações obtidas serão tabuladas no programa Excel, usando o resumo como um número absoluto e percentual.

4. RESULTADOS ESPERADOS:

O projeto de intervenção pretende identificar a prevalência da Depressão no CSF 1 Belinha Ometto no período 2013 – 2014, descrever os tratamentos mais usados no grupo de pacientes estudados, identificação do tempo que os pacientes apresentam a doença.

Espera-se ainda que os resultados deste projeto sirvam de subsídios para o planejamento e realização de ações voltadas a prevenção, intervenção e orientação sobre a depressão, o uso de polifarmácia, além de diminuir o uso de medicamentos e promover medidas não-farmacológicas mudanças no estilo de vida, nutricional e incorporação de atividades físicas, objetivando a melhor qualidade de vida dessa população.

5. CRONOGRAMA:

Atividades	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Elaboração do Projeto	X	X			
Aprovação do Projeto			X		
Estudo da Literatura	X	X	X	X	
Primeiro Momento				X	
Segundo Momento					
Terceiro Momento				X	
Avaliação e Monitoramento				X	
Socialização do trabalho					X

6. REFERÊNCIAS:

1. OPS-OMS. Salud Mundial. Tendencias para el año 2000. Oxford University. 1997.
2. OPS-OMS. Comité de expertos. Salud mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Oxford University. 1995
3. História Natural da Depressão. <http://www.redepsi.com.br/2012/03/15>
4. Nemiah C. neurosis depresiva. Tratado de psiquiatria. Tomo II. Editorial Cientifico-Tecnica. 1982.
5. Romero Cabrera A J. Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(4)288-94
7. Depresión: enfermedad o sólo un sentimiento de tristeza?
Phronesis 10 diciembre, 2014 Artículos, Superación personal
8. drauziovarella.com.br/letras/d/depressao/
9. Shapira B, Newman M, Lerer B. Serotonergic mechanisms in depression: clinical insights and biological correlates. Isr J Med Sci. 1994 Feb.
10. Almeida Falcon O. Incidencia de la depresion em el adulto mayor en las salas de medicina interna ano 2011
11. Álvaro Campos Cavalcanti Maciel^{I,II}; Ricardo Oliveira Guerra^I
12. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
^IHospital Universitário Ana Bezerra/UFRN