



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Polliane Cristina de Moraes Corado Vilela

Qualificação do acompanhamento dos pacientes com
depressão atendidos na Estratégia de Saúde da Família
São Jorge no município de Guaíba - RS

Florianópolis, Março de 2023

Polliane Cristina de Moraes Corado Vilela

Qualificação do acompanhamento dos pacientes com depressão
atendidos na Estratégia de Saúde da Família São Jorge no
município de Guaíba - RS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Marina Bastos Paim
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Polliane Cristina de Moraes Corado Vilela

Qualificação do acompanhamento dos pacientes com depressão
atendidos na Estratégia de Saúde da Família São Jorge no
município de Guaíba - RS

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Marina Bastos Paim
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: Os transtornos mentais, principalmente os depressivos e tentativa de suicídios, interferem na qualidade de vida e estão associados a altos custos tanto emocionais quanto pessoais. Na área de atuação da equipe cerca de 28% da população apresentam com transtornos de saúde mental, sendo a depressão e a ansiedade os mais comuns. **Objetivo:** Elaborar um projeto de intervenção para qualificar o acompanhamento realizado aos pacientes diagnosticados ou que apresentem fatores de risco para depressão atendidos na ESF São Jorge, no município de Guaíba no Rio Grande do Sul. E como objetivos específicos: organizar grupos de apoio ou compartilhamento de experiências aos pacientes já diagnosticados; realizar uma capacitação com a equipe multiprofissional a respeito dos sinais, sintomas, fatores de risco e tratamento para depressão; e acompanhar pacientes diagnosticados por meio de consultas mensais e rever as prescrições medicamentosas. **Metodologia:** Para a realização deste projeto foi realizado diagnóstico situacional de saúde da comunidade, revisão de literatura e elaboração de planos de ações. As causas dos problemas selecionados como críticos foram: estresse relacionado ao desemprego, violência, drogas, doenças crônicas, tentativa de suicídio. Este plano de ação está baseado na capacitação dos profissionais de saúde da unidade, atividades em grupos de saúde mental e consultas individuais. **Resultados Esperados:** Espera-se que a unidade de saúde possa identificar precocemente pacientes com transtornos depressivos, e que um acolhimento e acompanhamento qualificados auxilie na diminuição de episódios recorrentes e também de suicídios. Assim como uma maior conscientização a população sobre o uso necessário e o uso abusivo de antidepressivos.

Palavras-chave: Ansiedade, Atenção Primária à Saúde, Depressão, Estratégia Saúde da Família, Saúde Mental

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

Meu território de atuação atualmente é na cidade de Guaíba no estado do Rio Grande do Sul, local onde se encontra sítios arqueológicos representativos da cultura Guarani. Segundo [LAROQUE \(2002\)](#) a primeira e mais antiga tradição localizada nos campos abertos ao longo da borda dos rios Sinos, Cai, Taquari, Pardo, Jacuí e Laguna dos Patos é a tradição Umbu, conhecida também como o povo da flecha. Estas populações indígenas teriam vivido entre 10.000 e 6.000 A.C. Os guaranis, pertencente à família linguística tupi-guarani e portadores da tradição ceramistas Tupi guarani, ocupavam as várzeas dos grandes rios como o Uruguai, Jacuí e seus afluentes ou junto à Laguna dos Patos, e totalizavam a maior parte da população. Eram horticultores e ótimos ceramistas, mas também se dedicavam à caça e pesca, e praticavam a antropofagia ([LAROQUE, 2002](#)). É possível afirmar que nas terras onde temos o município de Guaíba, ocorreram muitos confrontos entre índios e colonizadores, tanto espanhóis como portugueses. Estas populações sofreram violenta redução demográfica, lutaram por seu espaço. Porém, o avanço colonial e nacional os empurrou para a desestruturação cultural e a redução física de seu território, causando sérias conseqüências que atingem seus descendentes até hoje. A disputa de fronteiras travada nos domínios sul-americanos entre Portugal e Espanha envolveu, também, a área que compreende o atual município de Guaíba. A distribuição das sesmarias foi um sistema utilizado pela coroa portuguesa durante o Brasil Colônia, para que terras devolutas, no sul do Brasil, fossem ocupadas. O sesmeiro, de origem portuguesa ou açoriana, deveria ocupar as terras com a criação do gado vacum, cavalar e muar, erguer a sede da sesmaria e benfeitorias como olaria, charqueadas, galpões, senzalas, capela, cemitério e arvoredos. Além de organizar economicamente suas terras, deveria também defendê-las militarmente a favor de Portugal a fim de evitar a ocupação espanhola e guarani. Depois da vitória sobre os espanhóis, em 1776, todo o território ao suldo Rio Jacuí foi ocupado pelos portugueses, até os limites determinados, em 1777, pelo Tratado de Santo Idelfonso. Foram distribuídas sesmarias em toda esta área. As terras, pertenceram à sesmaria de Antônio Ferreira Leitão.

Concedida oficialmente em 1793, possuía três léguas de comprimento e uma légua de largura (13 km²). Ferreira Leitão era casado com Maria Meirelles de Menezes, neta de Jerônimo de Ornelas, sesmeiro que se estabeleceu nos altos do Morro Santana (Porto Alegre) em 1732. Berço da Revolução Farroupilha, está a 30 quilômetros da Capital, Porto Alegre. Fica à margem direita do lago Guaíba, e apresenta condições de logística favoráveis para empreendimentos que visam atender ao Mercosul com produtos e serviços de qualidade internacional. Em Guaíba encontram-se empresas de grande importância para a economia nacional. Conforme a prefeitura de Guaíba a cidade foi palco de grandes momentos da história rio-grandense, como confrontos entre índios e colonizadores, além de

ter sido ponto de partida para a tomada de Porto Alegre, no dia 20 de setembro de 1835. O Rio Grande do Sul é uma grande mistura de povos e Guaíba não é diferente. Em 1857, a Igreja Nossa Senhora do Livramento foi fundada por alvará imperial de Dom Pedro II, em terreno doado por dona Isabel Leonor. A elevação da Capela do Distrito das Pedras Brancas à condição de Freguesia marca o processo de transformação da antiga fazenda em vila. O início do processo de urbanização se deu no ano de 1860, em que começaram as primeiras demarcações de lotes com os respectivos nomes de ruas. O ano de 1926 marcou a emancipação política do então Nono Distrito de Porto Alegre – Pedras Brancas. O município, criado em 14 de outubro de 1926, foi batizado de Guaíba, em homenagem ao Lago Guaíba. Segundo Teodoro Sampaio, a palavra Guaíba é de origem tupi (gua-ybe) e significa “baía de todas as águas”. O desejo de emancipação expressou o sentimento de autossuficiência econômica e política. Guaíba foi criada pelo Decreto 3.697, de 14 de outubro de 1926, do então presidente do Estado Borges de Medeiros.

Diante disto fui alocada em Guaíba, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) São Jorge, situada na zona Sul. O que consiste em um grande desafio, principalmente devido ao choque de culturas, tendo em vista que venho de um estado diferente, o Mato Grosso. A estrutura física da minha unidade conta com dois consultórios (um consultório médico e um consultório da enfermagem), uma enfermagem e uma sala de curativo. Não possuímos farmácia, sala ginecológica, nem sala de espera, há apenas uma sala de recepção com 6 cadeiras de espera e 1 banco. Além disso, possuímos uma sala de reuniões que é utilizada pelos dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois banheiros e uma cozinha, e ainda nos fundos da unidade temos uma horta na qual a estagiária de psicologia faz acompanhamento juntamente com os pacientes da saúde mental. Minha equipe conta com três ACS - atualmente uma delas está afastada por problemas de saúde - uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, uma médica, um pessoa responsável pelos serviços gerais e uma secretária. Realiza-se semanalmente reunião com a equipe, onde se discutem soluções para problemas apresentados internamente. A unidade funciona das 8:00 horas às 17:00 horas; a agenda é programada em demandas agendadas (doenças crônicas, pré-natais) e demandas espontâneas (doenças agudas ou emergenciais). São desenvolvidas também na unidade atividades de cuidado com a saúde da mulher, saúde do homem, puericultura, hipertensão, pré-natal, saúde mental; e são realizados exames preventivos do câncer do colo do útero e outras atividades rotineiras.

Na ESF onde atuo como médica pelo Programa Mais Médicos, no bairro São Jorge, possui 3497 moradores, cerca de 2500 famílias, com um total de quase 100.000 habitantes no município de Guaíba, dividida por faixa etária: 0 a 4 anos, 9%; 5 a 9 anos, 9%; 10 a 19 anos, 20%; 20 a 29 anos, 17%; 30 a 39 anos, 16%; 40 a 49 anos, 13%; 50 a 59 anos, 8%; acima de 60 anos, 8% (IBGE, 2020). Ressalta-se que a comunidade dispõe-se de fatores históricos, culturais que interferem nas condições de saúde como: forte presença religiosa, com um grande número de templos evangélicos, uma igreja católica e terreiros de candomblé.

Guaíba é conhecida por seu histórico cultural com a Iemanjá, temos datas específicas para a comemoração, todos os anos no dia 1 de fevereiro, a 39 anos é realizado vários eventos para comemoração, desde oferendas deixadas no Rio Guaíba a apresentações. No território também possui o costume de tomar chás homeopáticos e deixarem o uso de medicamentos, principalmente para diabetes mellitus e hipertensão.

Pode-se destacar as seguintes vulnerabilidade como: condições de saúde, sociais, econômicos bem precários, saneamento básico inadequado; alto índice de violência e o tráfico de drogas, na qual se fazem presente em quase todas as famílias, sendo como vítimas ou algozes; depressão, principalmente relacionada à elaboração das perdas, em grande parte relacionada à violência; Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. As queixas mais frequentes do ponto de vista epidemiológico em nossa comunidade são: depressão, ansiedade, escabiose, verminose, pediculose, varicela, vômitos, tosse seca, gastroenterite, dentre outras. O bairro Passo Fundo, onde se encontra a ESF localiza-se na periferia da cidade, sendo que o mesmo não sofreu um crescimento estrutural e populacional organizado, portanto apresenta muitos problemas sociais e a grande parte da população que constitui o bairro é derivada de baixa escolaridade. É dada ênfase às características socioeconômicas do município por essas representarem alguns dos fatores de risco da patologia em estudo.

No cotidiano da UBS pode-se observar um aumento da demanda e procura à ESF por sintomas depressivos, em muitos casos, adolescentes e adultos jovens com grau de depressão grave, e alguns casos com sintomas psicóticos e com tentativas de suicídio. A depressão afeta a todas as faixas etárias e ambos os sexos. É preocupante seu agravamento e o período do curso da doença, pois grande parte dos pacientes demoram muito tempo para realizarem consultas, o que acaba agravando a doença com o tempo, o que poderia ser prevenido e apresentar melhoras se os pacientes se apresentassem logo no começo da doença (como depressão e ansiedade). Essa problemática foi uma escolha pessoal, por vivenciar que cada paciente comparece na consulta todos os meses as vezes até todos os dias, com as mesmas queixas, sempre relacionadas a transtornos depressivos. Todos os meses escutando queixas dos mesmos pacientes. E sempre são resistentes aos tratamentos, passam por um período de negação, até aceitarem o que realmente estão sentindo. Por isso, o período de curso da doença e de difícil controle. Este contexto incentivou a criação de um projeto de intervenção para fazer parte do meu dia a dia e relacionado com a elevada prevalência de transtornos depressivos, principalmente relacionada a elaboração das perdas, em grande parte decorrente da violência e os problemas sociais vivenciados na região.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Qualificar o acompanhamento realizado aos pacientes diagnosticados ou que apresentem fatores de risco para depressão atendidos na ESF São Jorge - no município de Guaíba - Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos específicos

- Organizar grupos de apoio ou compartilhamento de experiências aos pacientes já diagnosticados;
- Realizar uma capacitação com a equipe multiprofissional a respeito dos sinais, sintomas, fatores de risco e tratamento para depressão;
- Acompanhar pacientes diagnosticados por meio de consultas mensais e rever as prescrições medicamentosas.

3 Revisão da Literatura

Transtornos depressivos

Os sintomas depressivos agem diretamente na qualidade de vida, trazendo sofrimento na vida da pessoa, família e comunidade. Associam-se a custos sociais elevados, como: absenteísmo, atendimento médico, medicamentos e suicídio. Há evidências de que pelo menos 60% das pessoas que se suicidam apresentam sintomas de características depressivas (APA, 2013)

A depressão vem ocasionando, ao longo do tempo, o afastamento de milhares de pessoas em todo o mundo, seja dos seus familiares, suas atividades laborais ou até mesmo de atividades que lhe tragam prazer. Diagnosticar esta enfermidade a tempo é devolver a esta pessoa a oportunidade de recuperar sua qualidade de vida e sua autonomia. Ao abordar sobre a depressão, é necessário inicialmente compreender que a depressão não é uma doença do século XXI. Apesar de que foi somente no século XIX que formou-se a depressão comum. Anteriormente a depressão era denominada de melancolia, ou seja, perturbações há muito chamadas de melancolia são agora definidas como depressão (GONÇALES; MACHADO, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde a depressão configura-se como um distúrbio afetivo muito evidente nas sociedades contemporâneas, mas que já vem sendo objeto de estudo há muito tempo, sendo que atualmente este órgão a catalogou como questão de saúde pública (BRASIL, 2005). Dentre os transtornos mentais, foram os depressivos que observamos ter maior relevância, pelo seu rápido agravamento, tomando qualquer faixa etária e sua difícil recuperação, e pelos tantos problemas sociais que ali se encontra. Os transtornos mentais já representam quatro das dez principais incapacidades em todo mundo (??).

Segundo os dados disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), mais de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão no mundo, ocasionando perda da autonomia acometida pelo adoecimento psíquico podendo trazer consequências, tais como o afastamento do convívio com as demais pessoas, a dependência financeira, sendo que na maioria dos casos, o indivíduo precisa se ausentar do trabalho para tratamento ou não.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 7,6% das pessoas, com 18 anos ou mais foram diagnosticadas com transtornos depressivos por profissionais de saúde, 7,6% das pessoas com 18 anos de idade ou mais, foram diagnosticados com transtornos depressivos, pelo profissional de saúde mental. Estes dados representam 11,2 milhões de pessoas no Brasil, sendo que a maior prevalência foi na área urbana e com predominância no sexo feminino. Merece destaque, a informação de que os maiores percentuais de pessoas com depressão estão nas Regiões Sul e Sudeste, acima do percentual nacional, 12,6% e 8,4%,

respectivamente.

Observa-se que o percentual de pessoas diagnosticadas com depressão no Rio Grande do Sul é maior que todo o Brasil. Os números de pessoas afetadas por transtornos depressivos no mundo são assustadores. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão, sendo as mulheres as mais afetadas (FIOCRUZ, 2017)

De acordo com a 5.^a edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais DSM-5 (ABP, 2014), os transtornos depressivos incluem: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido à outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.

Os principais critérios diagnósticos, de acordo com a DSM-5, incluem: estado deprimido quer dizer sentir-se deprimido a maior parte do tempo; anedônia - 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 hipersônia praticamente diárias; agitação ou retardo psicomotor; perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar; ideias recorrentes de morte ou suicídio (ABP, 2014). As características mais comuns dos transtornos depressivos são: “presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo”, sendo que o tipo do transtorno é distinguido pelos seguintes aspectos: duração, momento ou etiologia presumida (ABP, 2014) .

”Na saúde mental existem questões bem complexas, para abordá-las, é preciso isolar os tópicos mais relevantes de cada uma e aprofundar os conhecimentos e a prática que temos sobre o assunto. Nosso grupo de investigações tenta centrar o foco da discussão sobre o conceito de “sofrimento social”. O conceito não é novo, ainda tem contornos incertos, mas é promissor. Muito do que chamamos “depressão” nada mais é que uma determinada manifestação do sofrimento. Sofrimento este que pode ser mais ou menos intenso, racionalmente motivado ou duradouro; mais ou menos comprometedor de funções somáticas, inibidor de atitudes pragmáticas ou invalidante, no que concerne às relações amorosas, sexuais, profissionais, familiares e à sociabilidade em geral. Se é verdade que cada sofrimento é uma experiência única, singular e, muitas vezes, incomunicável, também é verdade que muitos outros sofrimentos são criados por situações socioculturais comuns a comunidades locais ou globais, como vivenciamos hoje. Ora, as mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais que estamos testemunhando certamente produzem um tipo de sofrimento que, facilmente, pode ser “diagnosticado” como “depressão”, o que pode ser uma atitude apressada”(FIOCRUZ, 2017).

No Brasil, o uso dos benzodiazepínicos é “campeão de audiência”, colocando o país

no topo de ranking dos países que mais os consomem. “Ambigualmente, são motivos de revoltas e tabus no dia a dia das unidades, com usuários implorando por renovação de receitas e médicos contrariados em fazê-lo” (BRASIL, 2013a, p. 161). Alguns fatores são considerados de risco para os transtornos depressivos: temperamentais, como afetividade negativa; ambientais, como experiências adversas na infância, eventos estressantes; genéticos e fisiológicos, como familiares 2º de primeiro grau com transtorno depressivo; modificadores do curso de vida, como o uso de substâncias e a ansiedade exagerada frente às dificuldades cotidianas (ABP, 2014).

Acolhimento

Estamos vivendo mais, porém muitos estão vivendo, boa parte deste período de vida, doentes, onde muitos não aceitam a doença, tratamento ou a dieta imposta, também acabam os mesmos sentindo-se como um peso para a família, por não ter mais a compreensão dos familiares. Assim, inicia-se, muitas vezes, o abuso de medicação, pois os familiares desejam que este permaneça sempre dormindo ou quieto, sem ruído e queixa. Os mesmos vêm à consulta pedir uma gama de antidepressivos, na grande maioria, benzodiazepínicos, e alguns já em uso dos mesmos há mais de 20 anos. Explicar e conscientizar paciente e familiar sobre o uso abusivo dos mesmos é um trabalho árduo (BRASIL, 2012).

É necessário integrar os diversos serviços em um processo de aproximação e construção comum entre as equipes de Atenção Básica, CAPS, outros serviços de saúde, assim como de outros equipamentos do território. Esses equipamentos e serviços são potenciais portas de entrada dos sistemas, como também conferem fértil possibilidade de compartilhamento de olhares em rede diante dos sujeitos que se apresentam com suas demandas e necessidades (BRASIL, 2013b).

Acolher é uma ação de aproximação e inclusão e implica reconhecer o outro, sua singularidade, suas vivências, seu sofrimento, sua compreensão de si e do mundo, e seus modos de viver e sentir. Prevê uma atitude de respeito, de afetar e ser afetado, e de se responsabilizar-se pelo que traz o outro, ainda que a demanda dirigida não seja atribuição daquele local ou profissional específico. O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) e dialoga com o princípio da universalidade do acesso no SUS, uma vez que preconiza que, em um serviço de saúde, toda e qualquer pessoa deve ser acolhida. Um serviço acolhedor presta um atendimento resolutivo e responsável, orientando, quando for o caso, o usuário em relação a outros serviços de saúde ou da rede intersetorial, para a continuidade da assistência ou início da abordagem mais adequada às suas necessidades, estabelecendo articulações com outros serviços. A prática do acolhimento não é restrita a um local e não se esgota na recepção, mas prevê uma postura ética de compartilhamento de saberes e de inclusão (BRASIL, 2013a).

Trata-se de acabar com certas barreiras burocráticas a qual dificultam o acesso ao serviço e romper com a lógica do encaminhamento irresponsável, que faz com que aquele que procure atendimento consiga, infinitamente, uma série de serviços e não encontre acolhida

em nenhum. Como há situações em que o encaminhamento para outros serviços se impõe, essa postura implica um novo princípio, que concerne ao modo de conceber e praticar o encaminhamento, quando é o caso (BRASIL, 2013a). Acolher é, portanto, comprometer-se com o outro. Nessa lógica, sempre que um encaminhamento ou compartilhamento algum caso que se mostre indicado, esse deve ser feito de forma implicada, devendo o profissional de saúde ao encaminhar um usuário a outro serviço, além de orientá-lo, entrar em contato com o serviço de destino, assegurando-se da acolhida nesse ponto.

Para FRANCO (2006) uma rede de cuidados se forma por fluxos entre os próprios trabalhadores, que no ambiente de trabalho estabelecem conexões entre si. As redes se formam e se mantêm funcionando por meio dos trabalhadores. Aí reside a primeira importante definição para o cuidado em rede de atenção: redes são conexões, não são formadas por serviços, nem por protocolos, mas por pessoas que em seu cotidiano de trabalho estabelecem relações entre si a fim de tornar possível a prática do cuidado integral em saúde de acordo com as necessidades dos usuários.

Alguns fatores são considerados de risco para os transtornos depressivos: temperamentais, como afetividade negativa; ambientais, como experiências adversas na infância, eventos estressantes; genéticos e fisiológicos, como familiares de primeiro grau com transtorno depressivo; modificadores do curso de vida, como o uso de substâncias e a ansiedade exagerada frente às dificuldades cotidianas (ABP, 2014). Uma decorrência de grande relevância dos transtornos depressivos é o suicídio agravando grande parte da população.

Suicídio

Uma das principais complicações dos transtornos depressivos é o suicídio que pela sua incidência vem se tornando uma das maiores preocupações das organizações de saúde. Estima-se que o suicídio seja responsável por cerca de 1,5% dos óbitos no mundo, estando entre as vinte principais causas de morte em 2015. Nesse mesmo ano, foi a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos (WHO, 2017).

Com base nos dados do sistema de mortalidade do DATASUS, em 16 anos o número de mortes no Brasil relacionadas com depressão cresceu 705%, incluindo casos de suicídio e outras mortes motivadas por problemas de saúde decorrentes de episódios depressivos. Entretanto, ressalta-se que as taxas de suicídio são muito superiores às mortes associadas à depressão porque, na maioria dos casos, o atestado de óbito não traz a doença como causa associada (DATASUS, 2012). O fator de risco para suicídio mais consistente é história de tentativas anteriores ou ameaças de suicídio, entretanto a maioria dos suicídios fatais não é precedida por tentativas frustradas (ABP, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde o profissional no acolhimento deve fazer algumas perguntas que auxiliarão na avaliação do risco de suicídio, como:

”1. Tem se sentido triste, desanimado, deprimido durante a maior parte do tempo, quase todos os dias?; 2. Tem perdido o interesse e o prazer nas coisas que consumava gostar? Se uma das duas respostas for positiva, continuar com as perguntas abaixo: A. Houve mudança significativa do

seu apetite?; B. Tem problemas para dormir quase todas as noites (dificuldade para pegar no sono, desperta durante a noite, dorme mais do que o habitual)?; C. Tem falado ou se movido mais lentamente que o habitual ou, tem se sentido inquieto ou incapaz de permanecer parado?; D. Tem se sentido cansado, sem energia quase todos os dias?; E. Tem tido dificuldade para tomar decisões, concentrar-se ou problemas de memória quase todos os dias?; F. Tem tido pensamentos desagradáveis em várias ocasiões, como por exemplo: preferia estar morto ou de lastimar-se ou ferir a si mesmo?”(BRASIL, 2012, p. 232) .

Síndromes depressivas são problemas graves de saúde pública, de interesse não somente da saúde mental: indivíduos deprimidos tendem a apresentar pior evolução de quadros de saúde em geral, seja por queda no autocuidado ou por fatores biológicos relacionados ao estresse, além estarem em risco muito mais elevado de evoluir à consequência mais grave possível nesses quadros: tentativas e consumação da morte por suicídio, contra a qual lutamos diariamente através de ações preventivas, informativas e terapêuticas em todos os níveis da assistência em saúde.

Abordagem dos transtornos depressivos na Atenção Básica ou na Estratégia de Saúde da Família

No tratamento da depressão, é importante que o profissional de saúde esclareça a pessoa e seus familiares sobre depressão, abordando os seguintes aspectos: depressão não é falta de caráter e nem é causada por falta de ocupação; não basta apenas a pessoa esforçar-se para melhorar; os medicamentos antidepressivos não causam dependência química. Além disso, a depressão é uma doença comum que pode ser tratada e tem grandes chances de ser curada ou controlada (BRASIL, 2012).

Na recuperação de pessoas com depressão, é de grande importância a utilização de programas de promoção nas mudanças sociais, contribuindo para solucionar este problema. A alta prevalência da depressão na população “[...] embora multideterminada, frequentemente está associada a problemas interpessoais que podem ser resolvidos pelo aprimoramento de habilidades sociais” (FEITOSA, 2014, p. 489). Habilidades sociais, como a capacidade de adaptação da pessoa às mudanças, contribuem para reduzir os sintomas depressivos “[...] à medida que alteram as condições do ambiente vivencial da pessoa, incluindo a construção de suporte social, o aumento da autoconfiança e autoestima nas relações interpessoais, a diminuição do estresse” (FEITOSA, 2014, p. 496).

Para o Ministério da Saúde nos Cadernos de Atenção Básica de Saúde Mental é comum a demanda na Atenção Básica ou nas estratégias de família, pessoas em situação de sofrimento psíquico, sendo estratégico o cuidado em saúde mental neste nível, pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus

desejos, anseios, valores e escolhas (BRASIL, 2013b).

FEITOSA (2014) enfatiza que os profissionais de saúde devem estar preparados para compreender a depressão, haja vista a sua alta prevalência na população, considerando-se os seus múltiplos determinantes, geralmente investigados como eventos de vida estressantes. É necessário integrar os diversos serviços em um “[...] processo de aproximação e construção comum entre as equipes de Atenção Básica, CAPS, outros serviços de saúde, assim como de outros equipamentos do território. Esses equipamentos e serviços são potenciais portas de entrada dos sistemas, como também conferem fértil possibilidade de compartilhamento de olhares em rede diante dos sujeitos que se apresentam com suas demandas e necessidades” (BRASIL, 2013b, p. 127). Por isso, qualificar o acompanhamento realizado aos pacientes diagnosticados ou que apresentem fatores de risco para depressão atendidos na ESF São Jorge - no município de Guaíba - Rio Grande do Sul é de grande relevância.

4 Metodologia

O método utilizado pela equipe, para realizar o diagnóstico situacional de saúde da comunidade, foi o da estimativa rápida, como bem justificam o seu uso os autores [CAMPOS, FARIA e ANTOS \(2010\)](#) que orientam que uma forma de obter informações é fazendo uma Estimativa Rápida, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições da vida da comunidade que se quer conhecer. Portanto, a Estimativa Rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território.

As fontes de pesquisa utilizada pela minha equipe foram: registros do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e prontuários. A coleta de dados foi realizada de março de 2020 a julho de 2020. Durante este período observamos que muitos pacientes apresentam uso exagerado de medicações antidepressivas e abandonos ou descaso das medicações. Durante este período observou-se que muitos pacientes apresentam uso exagerado de medicações antidepressivas. Além do diagnóstico situacional foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema e em seguida foi elaborado um projeto de intervenção. A busca da literatura deu-se na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e site do Ministério da Saúde, a partir dos descritores: Saúde mental; Depressão; Transtornos do humor; Atenção primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

O diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência da ESF São Jorge, foi realizado por meio da estimativa rápida conforme mencionando anteriormente, utilizou-se entrevistas com alguns pacientes, registro de fontes secundárias, pesquisa com a população, observação ativa da área, informações contidas nos prontuários. A população alvo escolhida para o projeto de intervenção foi os pacientes diagnosticados ou que apresentem fatores de risco para depressão atendidos na ESF São Jorge.

Para descrição do problema priorizado, a Equipe São Jorge, utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e outros que foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas relacionados à depressão (usuários de antidepressivos, alcoólicos e usuários de drogas, etc.), da ação da equipe frente a esses problemas e também indicadores que podem nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações e casos de suicídio). Cabe aqui ressaltar algumas de muitas deficiências dos nossos sistemas de informações e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

O plano de ação conforme [CAMPOS, FARIA e ANTOS \(2010, p. 64\)](#) “[...] é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem

ser desenvolvidas durante a execução do plano”. Além das consulta mensais para acompanhamento de tais pacientes, haverá atividades em grupos, atividades desenvolvidas na horta, e o trabalho do estágio da psicologia. Pacientes com mais dificuldades para aceitar o acompanhamento em grupo ou dificuldades de aderência nos medicamentos, será realizado matriciamento junto ao CAPS.

Atualmente, devido ao cenário da pandemia do COVID-19, as atividades estão suspensas, por enquanto está sendo realizado apenas o acompanhamento com a médica da ESF, e em casos mais graves atendimento via telefone ou interconsulta em conjunto com a psiquiatra. Sendo assim, fica impossibilitado um cronograma específico, mas já está sendo realizado o acompanhamento mensal dos pacientes pelas equipes desde março de 2020, e o propósito era para finalização deste cronograma em setembro do mesmo ano, o acompanhamento será realizado até que aja uma melhora significativa e as prescrições medicamentosas também serão revistas nestas consultas. Devido a situação da pandemia atual houve um aumento na demanda devido a ansiedade causada pelo medo do COVID-19, sendo assim também está se fazendo o possível para acolher estes pacientes, a fim de acompanhar aqueles que apresentem fatores de risco para depressão

Assim que a situação voltar a normalidade, serão organizados os grupos de apoio para compartilhamento de experiências aos pacientes já diagnosticados. Estes grupos serão formados para discussões e palestras, ele será realizado pela médica do posto em conjunto com a psicóloga e o CAPS, de forma quinzenal. Além disso, será realizada uma capacitação com a equipe multiprofissional a respeito dos sinais, sintomas, fatores de risco e tratamento para depressão, a qual será elaborada pelos estagiários e profissionais de psicologia, a data será acordada com a equipe assim que as atividades voltarem ao normal.

Sendo assim, para que um plano de ação seja efetivado com sucesso é importante desenhar um modelo de gestão, discutir e definir o processo de acompanhamento e monitoramento, além de definir seus respectivos instrumentos. Esses verificarão o impacto das operações sobre o problema de saúde enfrentado, bem como todo o processo e assim apontará ajustes se necessários. Este acompanhamento acontecerá por meio de reuniões mensais com toda a equipe da unidade, onde serão discutidos os resultados alcançados e se as estratégias utilizadas necessitam ser modificadas ou não.

5 Resultados Esperados

O foco da intervenção é qualificar o acompanhamento realizado aos pacientes diagnosticados ou que apresentem fatores de risco para depressão atendidos na ESF São Jorge, no município de Guaíba - Rio Grande do Sul. Devido ao Covid-19 houve um aumento da demanda, por isso primeiramente está sendo realizado um acolhimento destes pacientes e o acompanhamento da médica para identificar aqueles que apresentem fatores de risco para depressão. Mas o projeto pauta-se nas atividades em grupos de saúde mental que serão executados, os quais possuem grande potencia devido ao coletivo, permitindo a troca de experiências entre os participantes, nas quais pretende-se auxilia-los e propor ferramentas para lidar com a ansiedades e melhorar a convivência com os familiares.

O auxílio do CAPS será de grande importância na capacitação dos profissionais de saúde, os quais se tornarão mais capacitados para lidar com os casos de depressão e ansiedade cada vez mais presentes na unidade de saúde. Essa capacitação visam uma melhor relação médico e paciente, uma qualificação do acolhimento, o qual permita uma ação de aproximação e inclusão, o que implica reconhecer o outro, sua singularidade, suas vivências, seu sofrimento, sua compreensão de si e do mundo, e seus modos de viver e sentir. Prevê uma atitude de respeito, de afetar e ser afetado, e de corresponsabilizar-se pelo que traz o outro, ainda que a demanda dirigida não seja atribuição daquele local ou profissional específico. Em saúde mental, a atuação em rede é fundamental e alarga as possibilidades de intervenção com os sujeitos e as famílias, nas suas necessidades de cuidado. O sofrimento mental afeta e é afetado por várias esferas da vida dos sujeitos e todos devem ser convocados quando a intenção é cuidar de sujeitos dentro de suas singularidades, numa tarefa de permanente produção de vida.

Para [FIGUEIREDO e CAMPOS \(2009\)](#) através do Apoio Matricial, torna-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS da região de abrangência. Com isso, é possível evitar práticas que levam à "psiquiatrização" e à "medicalização" do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário. Isso favorece a construção de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na elaboração de projetos terapêuticos pensados para cada situação singular. Matriciamento, portanto, não é encaminhamento ao especialista, atendimento individual especializado ou intervenção coletiva realizada apenas pelo profissional de saúde mental, mas inclui a elaboração conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, interconsulta, consulta conjunta, visita do-

miciliar conjunta, discussões clínicas, entre outras ferramentas, todas em conjunto com as equipes de referência, ampliando sua capacidade resolutiva (CHIAVERINI et al., 2011). Matriciar, portanto, é fazer junto.

A ESF tem como um de seus atributos caracterizar-se como a porta de entrada preferencial do SUS, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, possibilitando o primeiro acesso das pessoas ao cuidado, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Trata-se, sobretudo, de que estes profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013b).

Ou seja, o cuidado em saúde mental não é algo fora do trabalho cotidiano na Atenção Básica. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades. Portanto, para uma maior aproximação do tema e do entendimento sobre quais intervenções podem se configurar como saúde mental, é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de saúde para contribuir no manejo dessas questões. Algumas ações de saúde mental são realizadas sem mesmo que os profissionais as percebam em sua prática, como por exemplo, quando o profissional oferece atenção e tempo de escuta ao desabafo do usuário. Esse ato se constitui como uma importante ferramenta de atuação profissional, que possibilitará o estabelecimento de vínculo, empatia e relação de confiança entre o usuário e o profissional, aspectos fundamentais para o cuidado em saúde mental.

Sendo assim, a fim de realizar as ações de promoção, prevenção, redução de danos, diagnóstico, tratamento e reabilitação no âmbito da saúde mental, é importante que a ESF realize o diagnóstico situacional do seu território e o mantenha atualizado, identificando a prevalência de problemas de saúde mental na população adscrita. Esse diagnóstico situacional também inclui o reconhecimento dos pontos de atenção existentes e possíveis parcerias na rede intra e intersetorial, bem como da rede informal de suporte e proteção que se forma nas comunidades e dos fatores de risco existentes em cada território. A APS deve planejar ações voltadas ao cuidado através de uma abordagem integral e abrangente, manejar os casos, contando, quando necessário e disponível, com apoio do e do CAPS, viabilizando suporte e compartilhamento de casos mais complexos.

Espera-se então com a realização do projeto que a unidade de saúde possa identificar precocemente pacientes com transtornos depressivos, e que um acolhimento e acompanhamento qualificados auxilie na diminuição de episódios recorrentes e também de suicídios, por meio de um trabalho em parceria com rede de saúde mental. Além de uma maior conscientização da população sobre o uso necessário e o uso abusivo de antidepressivos,

informando-a sobre seu uso de forma necessária. Almeja-se então acolher de forma qualificada, e diminuir a prevalência desta doença assim como a suas complicações, visando uma melhor saúde para todos.

Referências

- ABP, A. B. D. P. *Manual diagnóstico e estatístico de transtorno DSM-5/ [American Psychiatric Association]*. Porto Alegre: Artmed, 2014. Citado 3 vezes nas páginas 16, 17 e 18.
- APA, A. P. A. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association*,. Washington: American Psychiatric Association, 2013. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da S. *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília: Série B. Textos Básicos em Saúde, 2005. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da S. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Citado na página 19.
- BRASIL, M. da S. Saúde mental. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34, p. 172–176, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- BRASIL, M. da S. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 4 vezes nas páginas 17, 19, 20 e 24.
- CAMPOS, F.; FARIA, H.; ANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. *NESCON/UFMG*, v. 2, p. 20–118, 2010. Citado na página 21.
- CHIAVERINI, D. H. et al. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado na página 24.
- DATASUS. *Saúde Pública em Alerta: No Brasil, mortes por depressão crescem mais de 700 em 16 anos mostram dados do DATASUS*. 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0208&id=28247790>>. Acesso em: 12 Jun. 2020. Citado na página 18.
- FEITOSA, F. B. A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. *Psicol. cienc. prof.*, v. 34, n. 2, p. 488–499, 2014. Citado na página 19.
- FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de campinas, sp: uma rede ou um emaranhado? *Ciência Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 129–138, 2009. Citado na página 23.
- FIOCRUZ. *Entrevista: psiquiatra comenta explosão de casos de depressão no Brasil*. 2017. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/entrevista-psiquiatra-comenta-explosao-de-casos-de-depressao-no-brasil>>. Acesso em: 19 Jun. 2020. Citado na página 16.
- FRANCO, T. B. *As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. Citado na página 18.
- GONÇALES, C. A. V.; MACHADO, A. L. Depressão, o mal do século: de que século? *Revista enfermagem*, v. 15, n. 2, p. 13–21, 2007. Citado na página 15.

IBGE, I. B. D. G. E. E. *INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, de Guaíba RS*. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/guaiba.html>>. Acesso em: 29 Abr. 2020. Citado na página 10.

LAROQUE, L. F. da S. *Guaíba no Contexto Histórico – Arqueológico do Rio Grande do Sul. Guaíba*. Guaíba: Ed. do Autor, 2002. Citado na página 9.

OMS, O. M. D. S. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. *DEPRESSÃO E SUICÍDIO: UMA CORRELAÇÃO*, v. 14, n. 4, p. 243–251, 2006. Citado na página 15.

WHO, W. H. O. *Depression and common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: WHO, 2017. Citado na página 18.