



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

Jean Paulo Lacerda Araújo

# Promoção de saúde mental em uma comunidade do município de Hamburgo-RS

Florianópolis, Março de 2023



Jean Paulo Lacerda Araújo

Promoção de saúde mental em uma comunidade do município de  
Hamburgo-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: Pollyana Bortholazzi Gouvea  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Jean Paulo Lacerda Araújo

## Promoção de saúde mental em uma comunidade do município de Hamburgo-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

---

**Pollyana Bortholazzi Gouvea**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** Segundo dados da OMS, aproximadamente 300 milhões de pessoas sofrem de depressão ou ansiedade no mundo. Na Unidade Básica de Saúde Kraemer, localizada em Novo Hamburgo-Rs, tem-se uma média de 720 consultas/mês, destas, 110 consultas estão destinadas a pessoas que estão em uso de benzodiazepínicos ou anti-depressivos.

**Objetivos:** Diante deste cenário, este projeto objetiva promover saúde mental na comunidade adscrita a unidade de saúde de Novo Hamburgo, RS. **Metodologia:** Para tanto, desenvolver-se-á estratégias de intervenção, tais como: estimular a busca a unidade básica de saúde por parte daqueles que estão com sintomas depressivos/ansiedade, mas ainda não foram diagnosticados; estimular o desmame das medicações antidepressivas para a população e monitorar os usuários que apresentam sinais e sintomas relacionados a ansiedade e depressão. **Resultados esperados:** Desta forma, pretende-se promover melhora na qualidade de vida da população adscrita por meio do estímulo a adoção de hábitos de vida saudáveis, principalmente os voltados para manutenção da saúde mental, com vistas a diminuição do consumo desnecessário de medicamentos. Também espera-se rastrear àqueles potenciais usuários que possam desenvolver desordens relacionadas a saúde mental, como por exemplo, depressão e ansiedade, ofertando atendimento de qualidade na unidade de saúde, fortalecendo o vínculo com a comunidade. Ademais, manter-se-á as ações de monitoramento tanto dos usuários já diagnosticados como dos que podem vir desenvolver problemas relacionados à saúde mental.

**Palavras-chave:** Ansiedade, Depressão, Saúde da Família, Saúde Mental





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>11</b>
2.1	<b>Objetivo Geral:</b> .....	<b>11</b>
2.2	<b>Objetivos específicos:</b> .....	<b>11</b>
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>13</b>
4	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>19</b>
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> .....	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>23</b>



# 1 Introdução

Novo Hamburgo possui atualmente uma população aproximada de 250.000 habitantes. Até 1903, era região predominante agrícola, quando houve a chegada da ferrovia e desde então, a atividade econômica prevalente foi relacionada a atividade artesã, principalmente voltada para o couro e o calçado. E, com o passar dos anos, a cidade se tornou a Capital Nacional do Calçado, no entanto, o município passou a sofrer grande recessão econômica, levando a grandes empresas de calçado romperem a hegemonia Hamburguesa no mercado nacional do sapato, fazendo com que a competitividade dentro do mercado nacional, gerasse uma redução da receita municipal, acarretando aumento dos índices de desemprego, quebrando indústrias e conseqüente barateamento da mão-de-obra.

No município em questão, a Vila Kraemer compõe um de seus bairros e possui 7028 habitantes cadastrados. Dentro deste bairro, a área 42 abrange 3710 habitantes cuja população é maioria adulta-jovem. Em relação às condições de moradia, a maioria são residências do tipo alvenaria as quais são habitadas e divididas por parentes como: filhos, irmãos ou primos, geralmente em andares separados. O bairro possui coleta de lixo em sua totalidade e poucas habitações possuem contato com esgoto a céu aberto. Em relação a alguns indicadores, a taxa de natalidade é de 1,4%, mortalidade 0,6% e 2,4% de mortalidade materna.

No que se refere a Unidade Básica de Saúde, tem-se uma média de 12 consultas pela manhã e 12 consultas à tarde, totalizando uma média de 720 consultas/mês. Destas, 110 consultas estão destinadas a pessoas que, dentre outros problemas, estão em uso de benzodiazepínicos e anti-depressivos. Ademais, os outros atendimentos são relacionados a obstrução nasal, respiração ruidosa, impetigo, dermatite de fraldas, conjuntivite, diarreia. Em adultos/jovens LER, bursite, ansiedade, humor deprimido, IVAS, DSTs, HAS, DM 1-2 se destacam nas queixas. Na população idosa temos principalmente queixas relacionadas a HAS, DM, incontinência urinária, osteoporose, disfunção sexual e diminuição do humor.

Considerando esse cenário, verifica-se que a Depressão/ Ansiedade estão presentes no cotidiano da UBS, sendo esta uma doença psiquiátrica de alto impacto na vida social. Nesse contexto, propõe-se intervir nos casos relacionados aos transtornos da depressão/ansiedade na população entre 30-70 anos.

Para isso, pretende-se criar um aplicativo de celular que permita a avaliação do estado de humor e psicológico dos usuários. Consideramos que esse aplicativo teria importância por vigiar o nível de satisfação dos usuários no ambiente em que vivem. Ainda, consideramos que o projeto possui grandes chances de ser realizado, devido a facilidade de acesso à parte técnica-operacional.

Por fim, considera-se que este é um projeto oportuno neste momento de reclusão no qual a emergência de agravos psiquiátricos possui maior plausibilidade.



## 2 Objetivos

### 2.1 **Objetivo Geral:**

Promover saúde mental na comunidade adscrita a unidade de saúde de Novo Hamburgo, RS.

### 2.2 **Objetivos específicos:**

- Estimular a busca ao posto de saúde por parte daqueles que estão com sintomas depressivos/ansiedade, mas ainda não foram diagnosticados;
- Estimular o desmame das medicações antidepressivas para a população;
- Monitorar os usuários que apresentam sinais e sintomas relacionados a ansiedade e depressão.



## 3 Revisão da Literatura

A depressão é um distúrbio de humor que causa um sentimento persistente de tristeza e perda de interesse. Os transtornos depressivos podem ser classificados em: Transtorno disruptivo da desregulação do humor; Transtorno depressivo maior; Transtorno depressivo persistente (distímia); Transtorno disfórico pré-menstrual; transtorno depressivo induzido por substância/medicamento; Transtorno depressivo devido a outra condição médica ((AMERICANA et al., 2013)

As características comuns de todos os transtornos depressivos são tristeza, sensação de vazio ou humor irritável, sendo que estas características são acompanhadas por alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. Por causa de falsas percepções, quase 60% das pessoas com depressão não procuram ajuda médica. Muitos acham que o estigma de um distúrbio de saúde mental não é aceitável na sociedade e pode prejudicar a vida pessoal e profissional.(AMERICANA et al., 2013)

Corroborando ao exposto, sabe-se que a etiologia do transtorno depressivo maior é multifatorial, com fatores genéticos e ambientais envolvidos, por exemplo, parentes de primeiro grau de indivíduos deprimidos têm cerca de três vezes mais chances de desenvolver depressão do que a população em geral. No entanto, a depressão também pode ocorrer em pessoas sem histórico familiar da doença.(CHAND; ARIF, 2020)(MOLINA et al., 2012)

Ainda, algumas evidências sugerem que os fatores genéticos desempenham um papel menor na depressão de início tardio do que na depressão de início precoce, uma vez que existem potenciais fatores de risco biológico que foram identificados para depressão em idosos, como as doenças neurodegenerativas (especialmente a doença de Alzheimer e a doença de Parkinson), acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, distúrbios convulsivos, câncer, degeneração macular e dor crônica têm sido associadas a taxas mais altas de depressão. Ademais, os eventos da vida e os aborrecimentos funcionam como gatilhos para o desenvolvimento da depressão cujos eventos traumáticos, como a morte ou a perda de um ente querido, falta ou redução do apoio social, sobrecarga do cuidador, problemas financeiros, dificuldades interpessoais e conflitos são exemplos de estressores que podem desencadear a depressão.

Já no que se refere a fisiopatologia, observa-se que a fisiopatologia subjacente ao transtorno depressivo maior ainda não foi claramente definida. Porém, as evidências atuais apontam para uma interação complexa entre a disponibilidade de neurotransmissores e a regulação e sensibilidade dos receptores subjacentes aos sintomas afetivos. Nesse sentido, ensaios clínicos e pré-clínicos sugerem um distúrbio na atividade da serotonina do sistema nervoso central (5-HT) como um fator importante. Outros neurotransmissores implicados

incluem norepinefrina (NE), dopamina (DA), glutamato e fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF). O papel da atividade do CNS 5-HT na fisiopatologia do transtorno depressivo maior é sugerido pela eficácia terapêutica dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs). Os resultados da pesquisa implicam um papel na regulação dos receptores neuronais, sinalização intracelular e expressão gênica ao longo do tempo, além da maior disponibilidade de neurotransmissores.([CHAND; ARIF, 2020](#))

Ainda nesse contexto, o transtorno afetivo sazonal é uma forma de transtorno depressivo maior que normalmente surge durante o outono e inverno e se resolve durante a primavera e o verão. Estudos sugerem que o transtorno afetivo sazonal também é mediado por alterações nos níveis de 5-HT no Sistema Nervoso Central (SNC) e parece ser desencadeado por alterações no ritmo circadiano e na exposição à luz solar. As lesões vasculares podem contribuir para a depressão, interrompendo as redes neurais envolvidas na regulação da emoção - em particular, as vias frontostriatais que ligam o córtex pré-frontal dorsolateral, o córtex orbitofrontal, o cíngulo anterior e o cíngulo dorsal. Outros componentes do circuito límbico, em particular o hipocampo e a amígdala, têm sido implicados na depressão.([MAGALHÃES; ANDRADE, 2019](#))

A investigação dos sintomas depressivos começa a partir dos sintomas neurovegetativos, que incluem alterações nos padrões de sono, apetite e níveis de energia. Respostas positivas devem suscitar questionamentos adicionais focados na avaliação da presença dos sintomas que são diagnósticos de depressão maior. Dos 9 sintomas listados no DSM-5, cinco devem estar presentes para fazer o diagnóstico, sendo que um dos sintomas deve ser humor deprimido ou perda de interesse ou prazer; Distúrbios de sono; Redução de prazer; sentimento de culpa ou pensamentos de inutilidade; Mudanças de energia / fadiga; Concentração / comprometimento da atenção; Alterações de apetite / peso; Distúrbios psicomotores; Pensamentos suicidas; Humor deprimido.([MAGALHÃES; ANDRADE, 2019](#))

Ademais, todos os pacientes com depressão devem ser avaliados quanto ao risco de suicídio. Qualquer risco de suicídio deve receber atenção imediata, que pode incluir hospitalização ou monitoramento próximo e frequente. Nesse sentido, o diagnóstico de depressão é baseado na história e nos achados físicos. Não há testes laboratoriais de diagnóstico disponíveis para diagnosticar transtorno depressivo maior.([MOLINA et al., 2012](#))

Ainda, é importante destacar que a medicação sozinha e psicoterapia breve (terapia cognitivo-comportamental, terapia interpessoal) por si só podem aliviar os sintomas depressivos. A terapia combinada também tem sido associada a taxas significativamente mais altas de melhora nos sintomas depressivos; aumento da qualidade de vida; e melhor adesão ao tratamento. Também há suporte empírico à capacidade da TCC de prevenir recaídas e a terapia eletroconvulsiva é útil para pacientes que não respondem bem a medicamentos ou são suicidas.

No que se refere aos medicamentos, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS): os ISRS têm a vantagem da facilidade de dosagem e baixa toxicidade na



sobredosagem. Eles também são os medicamentos de primeira linha para a depressão de início tardio. Já, os ISRS incluem: citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, vilazodona, vortioxetina. Inibidores da recaptação de serotonina / noradrenalina (SNRIs): os SNRIs, que incluem venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina e levomilnacipran, podem ser usados como agentes de primeira linha, principalmente em pacientes com síndromes significativas de fadiga ou dor associadas ao episódio de depressão. Os SNRIs também têm um papel importante como agentes de segunda linha em pacientes que não responderam aos ISRSs. Ainda, os antidepressivos atípicos: demonstraram ser eficazes em monoterapia no transtorno depressivo maior e podem ser usados em terapia combinada para tratamento de depressão mais difícil. Enquanto que os moduladores de atividade de serotonina-dopamina (SDAMs): SDAMs incluem brexpiprazol e aripiprazol. Os SDAMs agem como um agonista parcial nos receptores 5-HT<sub>1A</sub> e dopamina D<sub>2</sub> em potência semelhante e como antagonista nos 5-HT<sub>2A</sub>.(PORTO, 2020)(??)

Ademais, os antidepressivos tricíclicos (ATCs): Os ATCs incluem o seguinte: amitriptilina, clomipramina, desipramina, doxepina, imipramina, nortriptilina, protriptilina, trimipramina. Os ACTs têm um longo histórico de eficácia no tratamento da depressão. Eles são usados com menos frequência devido ao seu perfil de efeitos colaterais e à sua considerável toxicidade em overdose. Inibidores da monoamina oxidase (MAOIs): Os MAOIs incluem isocarboxazida, fenelzina, selegilina e tranilcipromina. Esses agentes são amplamente eficazes em uma ampla gama de distúrbios afetivos e de ansiedade. Devido ao risco de crise hipertensiva, os pacientes com esses medicamentos devem seguir uma dieta com baixa tiramina. Outros efeitos adversos podem incluir insônia, ansiedade, ortostase, ganho de peso e disfunção sexual.(AMERICANA et al., 2013)

Corroborando ao exposto, a Terapia Eletroconvulsiva (ECT) é um tratamento altamente eficaz para a depressão. O início da ação pode ser mais rápido que o dos tratamentos medicamentosos, com benefícios geralmente observados dentro de uma semana após o início do tratamento. Um curso de ECT (geralmente até 12 sessões) é o tratamento de escolha para pacientes que não respondem à terapia medicamentosa, são psicóticos ou suicidas ou perigosos para si mesmos. Embora os avanços na anestesia breve e na paralisia neuromuscular tenham melhorado a segurança e a tolerabilidade da ECT, essa modalidade apresenta numerosos riscos, incluindo os associados à anestesia geral, confusão pós-ictal e, mais raramente, dificuldades de memória de curto prazo.(CHAND; MARWAHA, 2020)

A Psicoterapia ou a Terapia Comportamental Cognitiva e a Terapia Interpessoal são psicoterapias baseadas em evidências que se mostraram eficazes no tratamento da depressão. Terapia cognitivo-comportamental (TCC). A TCC é uma forma estruturada e didática de terapia que se concentra em ajudar os indivíduos a identificar e modificar padrões de pensamento e comportamento desadaptativos (16 a 20 sessões). É baseado na premissa de que os pacientes deprimidos exibem a "tríade cognitiva" da depressão, que inclui uma visão negativa de si mesmos, do mundo e do futuro. Pacientes com depressão

também apresentam distorções cognitivas que ajudam a manter suas crenças negativas. A TCC para depressão geralmente inclui estratégias comportamentais (isto é, agendamento de atividades), bem como reestruturação cognitiva para alterar pensamentos automáticos negativos e abordar esquemas alternativos.(??)

Existem evidências que apoiam o uso da TCC em indivíduos de todas as idades. Também é considerado eficaz para a prevenção de recaídas. É particularmente valioso para pacientes idosos, que podem ser mais propensos a problemas ou efeitos colaterais com medicamentos. A TCC baseada na atenção plena foi projetada para reduzir a recaída entre indivíduos que foram tratados com sucesso por um episódio de transtorno depressivo maior recente. O principal componente do tratamento é o treinamento da atenção plena. Se concentra especificamente nos processos de pensamento ruminativo como um fator de risco para recaída. Pesquisas indicam que é eficaz na redução do risco de recaída em pacientes com depressão recorrente, especialmente naqueles com os sintomas residuais mais graves.(PORTO, 2020)

Já a terapia interpessoal (TIP) é um tratamento por tempo limitado (geralmente 16 sessões) para o transtorno depressivo maior. O IPT se baseia na teoria do apego e enfatiza o papel dos relacionamentos interpessoais, concentrando-se nas dificuldades interpessoais atuais. Áreas específicas de ênfase incluem luto, disputas interpessoais, transições de papéis e déficits interpessoais. (PORTO, 2020)

No que tange o prognóstico, verifica-se que a depressão maior tem morbimortalidade muito alta, contribuindo para altas taxas de suicídio. Embora o tratamento medicamentoso eficaz esteja disponível, quase 50% pode não responder inicialmente. Remissão completa não é comum, mas pelo menos 40% atingem remissão parcial em 12 meses. No entanto, recaídas são comuns e muitos pacientes necessitam de uma variedade de tratamentos para controlar os sintomas. A qualidade de vida da maioria dos pacientes com depressão é ruim.

A depressão é um distúrbio muito comum encontrado pelos profissionais de saúde, tanto na enfermagem, psiquiatria, psicologia, médicos de saúde da família, coordenando-se como uma equipe de saúde interprofissional. O distúrbio tem morbidade extremamente alta, incluindo o risco de suicídio.

A educação desempenha um papel importante no tratamento bem-sucedido do transtorno depressivo maior. Isso incluiria a educação da família e do paciente. A falta de informações precisas e as percepções errôneas da doença como fraqueza ou falha pessoal levam a estigmatização dolorosa e a evitar o diagnóstico por muitos dos afetados. Os pacientes devem conhecer a lógica por trás da escolha do tratamento, possíveis efeitos adversos e resultados esperados(MAGALHÃES; ANDRADE, 2019)

Pacientes com depressão moderada a grave também devem ser atendidos por uma assistente social ou enfermeira de gerenciamento de casos para garantir que eles tenham um sistema de apoio e gerenciamento do tratamento. Se houver uma preocupação as

peessoas que gerenciam o caso devem apresentar os problemas à equipe interprofissional para que um plano possa ser desenvolvido para que o paciente receba os cuidados de que precisa. A comunicação aberta entre todos os membros da equipe interprofissional é a chave para diminuir a morbidade do distúrbio.([MOLINA et al., 2012](#))



## 4 Metodologia

### **Local**

Este projeto será desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Novo Hamburgo, RS.

### **População-alvo**

Será direcionado à população residentes na área de abrangência da unidade.

### **Período da intervenção**

A implementação deste projeto prevê um período de 26 semanas para a sua conclusão. As ações ocorrerão após a pandemia COVID-19 ter acabado e não houver mais as indicações de distanciamento social.

### **Estratégias de Ação**

As estratégias de intervenção são apresentadas de acordo com cada objetivo específico, como segue abaixo.

**Em relação ao Objetivo 1** - Estimular a busca ao posto de saúde por parte daqueles que estão com sintomas depressivos/ansiedade, mas ainda não foram diagnosticados:

Será realizada uma reunião com os ACS para explicar a estratégia de abordagem dos indivíduos na comunidade. A partir disso elas iram a campo e uma vez a cada quinze dias será realizado uma reunião geral para acompanhar o andamento.

**Em relação ao Objetivo 2** - Estimular o desmame das medicações antidepressivas para a população:

Será avaliada a condição do paciente em consultas de renovação de receita e oferecido o desmame. Para aqueles pacientes que aceitarem, será montada uma estratégia de desmame com auxílio multiprofissional a depender da necessidade do paciente.

**Em relação ao Objetivo 3** - Monitorar os usuários que apresentam sinais e sintomas relacionados a ansiedade e depressão.

Vamos desenvolver um cadastro único desses pacientes para que se tenha maior controle dessa estratégia e planejar ações que abordem as necessidades do grupo.



## 5 Resultados Esperados

Nunca é demais lembrar o peso e o significado destes problemas, uma vez que a sociedade atual tem apresentado índices cada vez mais elevados de transtornos relacionados à saúde mental, uma vez que o estresse, a ansiedade e a depressão se fazem presente no cotidiano das pessoas. As experiências acumuladas demonstram que o entendimento das metas propostas aponta para a melhoria contínua das ações em saúde e consequente fortalecimento da Atenção Básica.

Desta forma, a partir deste projeto, pretende-se promover melhora na qualidade de vida da população adscrita por meio do estímulo a adoção de hábitos de vida saudáveis, principalmente os voltados para manutenção da saúde mental, com vistas a diminuição do consumo desnecessário de medicamentos. Também espera-se rastrear àqueles potenciais usuários que possam desenvolver desordens relacionadas a saúde mental, como por exemplo, depressão e ansiedade, ofertando atendimento de qualidade na unidade de saúde, fortalecendo o vínculo com a comunidade. Ademais, manter-se-á as ações de monitoramento tanto dos usuários já diagnosticados como dos que podem vir desenvolver problemas relacionados à saúde mental.

Pensando mais a longo prazo, a contínua expansão de nossa atividade facilitará o estabelecimento de diretrizes terapêuticas eficientes que abrangerão as especificidades individuais e coletivas da comunidade. A nível organizacional, as ações aqui propostas preparará toda a equipe para enfrentar situações típicas e atípicas decorrentes destes agravos à saúde, corroborando para o comprometimento cada vez maior da equipe e possibilitando uma melhor visão global do processo como um todo, de forma que ocorra, com cada vez mais concretude, o cuidado em identificar pontos críticos que envolvem a manutenção da saúde mental.





## Referências

- AMERICANA, A. P. et al. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- CHAND, S. P.; ARIF, H. *Depression*. 2020. Bookshelf ID: NBK430847 PMID: 28613597. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>>. Acesso em: 30 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- CHAND, S. P.; MARWAHA, R. *Anxiety*. 2020. Bookshelf ID: NBK470361 PMID: 29262212. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/>>. Acesso em: 30 Jul. 2020. Citado na página 15.
- MAGALHÃES, L. S.; ANDRADE, S. M. O. Depressão e comportamento suicida: atenção primária em saúde. *Rev. Psicol. Saúde*, v. 11, n. 1, p. 99–107, 2019. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 16.
- MOLINA, M. R. A. L. et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev. psiquiatr. clín. [online]*, v. 39, n. 6, p. 194–197, 2012. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 17.
- PORTO, J. A. D. *Conceito e diagnóstico*. 2020. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000500003](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003)>. Acesso em: 15 Out. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.