



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Esther Lilia Gonzalez Perez

Transtornos depressivos na comunidade atendida pela
Unidade Básica de Saúde de Salete de Sousa, município
de Palmeira-SC

Florianópolis, Março de 2018

Esther Lilia Gonzalez Perez

Transtornos depressivos na comunidade atendida pela Unidade
Básica de Saúde de Salete de Sousa, município de Palmeira-SC

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

Orientador: Katheri Maris Zamprogna
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Esther Lilia Gonzalez Perez

Transtornos depressivos na comunidade atendida pela Unidade
Básica de Saúde de Salete de Sousa, município de Palmeira-SC

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 Büchele
Coordenadora do Curso

Katheri Maris Zamprogna
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: Palmeira é uma cidade do estado de SC, a origem do nome do município está associado às belas árvores, Palmeiras, que são abundantes na região. O bairro a qual a unidade de saúde que realiza atendimento possui uma associação de moradores, centro de referência de assistência social, apresenta um parque municipal de exposições e tem como evento principal a Festa do Peixe. Na saúde, possui a sede da Secretaria Municipal de Saúde e a Unidade de Saúde que atende esta área de abrangência. Existem ainda alguns fatores de morbidade e mortalidade visíveis, como: distúrbios depressivos, esquizofrenia, psicose, que não são notificados, mas são elevados no município. Nesse sentido, o problema selecionado para este trabalho refere-se a alta incidência de pessoas com transtornos depressivos na comunidade da Palmeira, Santa Catarina. **Objetivo geral:** Diminuir o número de transtornos depressivos na comunidade atendida pela unidade básica de saúde de Salete de Sousa da cidade de Palmeira: SC. **Metodologia:** o projeto de intervenção será desenvolvido na Palmeira, a população alvo deste projeto de intervenção são as pessoas cadastradas na UBS. **Resultados esperados:** com a implantação do projeto de intervenção, espera-se melhorar o conhecimento das pessoas da comunidade sobre a depressão, seus riscos psicossociais e diminuir esta situação que atualmente é um problema a nível mundial.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Depressão, Saúde Mental

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

Palmeira é uma cidade do estado de SC, a origem do nome do município está associado às belas árvores, Palmeiras, que são abundantes na região. Rota de viajantes a localidade se desenvolveu como ponto de referência e descanso, o comércio prosperou e as residências se multiplicaram.

Com expansão do município de Otacílio Costa, Palmeira sempre esteve ligada ao desenvolvimento daquela região. Teve sua emancipação política em 18 de julho de 1995. Sua fundação é datada de primeiro de janeiro de 1997. O jovem município tem sua economia baseada na silvicultura, indústrias químicas e na agricultura. O bairro a qual a unidade de saúde que realiza atendimento possui uma associação de moradores, centro de referência de assistência social, apresenta um parque municipal de exposições e tem como evento principal a Festa do Peixe.(MUNICIPIO, 2017)

Apresenta lideranças comunitárias composta por pessoas voluntárias da igreja católica. Possui na área de abrangência uma escola municipal e uma estadual. Possui uma igreja católica, uma adventista e duas evangélicas. Apresenta um ginásio de esportes e um campo suíço para atividades físicas. Na saúde, possui a sede da Secretaria Municipal de Saúde e a Unidade de Saúde que atende esta área de abrangência.

Fora esta unidade possui mais duas no interior. Possui para lazer um parque infantil e uma academia da terceira idade, juntamente com a praça da cidade. Possui empresas dentro da área de abrangência causando certo impacto ambiental (pó de pedras e produtos químicos). Aproximadamente 60 pessoas do município são beneficiados por Programas Sociais como bolsa família, cesta básica e auxílios eventuais. Palmeira tem 587 alunos matriculados sendo este número um resultado do balanço do Ministério da Educação relativo ao ano de 2007. Na comparação dos dados em menos de 10 anos houve um aumento de 5,6% no número de matrículas no município. A escolaridade prevalente é ensino médio incompleto dos moradores da área.(SEBRAE, 2017)

Quanto as condições de moradia a maioria é de alvenaria e mistas, sendo de boas condições e qualidade para morar. Saneamento básico da área central é completo abrangendo toda esta comunidade, ficando desprovido apenas o interior. Por fim, Palmeira tem uma população estimada 3.373 habitantes em sua totalidade na última contagem populacional de 2010. Uma cidade de costumes assemelhando gaúcho e possui clima subtropical e um povo muito acolhedor.

A população atendida na área de abrangência em sua totalidade pela ESF compreende, segundo o cadastramento e Censo do IBGE DE 2010, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 3.373 habitantes.(SEBRAE, 2017)

Segundo TABNET, DATASUS, de dezembro de 2012 haviam 338 HAS cadastrados no município sendo uma incidência de quase 20%, devido o clima subtropical com altos índi-

ces de frio no inverno, este numero teve aumento ao decorrer do tempo. A prevalência de Diabéticos segundo o sistema de informação da atenção básica DATASUS 2012, apresentou um total de 68 diabéticos, sendo que este número não apresenta elevação significativa. A equipe de saúde realiza o acompanhamento de hipertensos e diabéticos diariamente em forma de consultas visitas domiciliares , grupos e reuniões. No município, atualmente não possuímos nenhum caso de hanseníase, porém TB apresentam 7 casos entre tratados e não curados. Conforme conversa com os responsáveis pela odontologia, os índices de 2016 são aproximadamente 40 % de obturados, 15% perdidos, e 20 % careados.([DATASUS-TABNET, 2017](#))

Conforme SISPACTO 2016, a maior procura por atendimento no município são as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, porém a perspectiva é de o aumento de caso psicológicos e psiquiátricos atendidos. Segundo Tabnet acerca das estatísticas vitais, tivemos um óbito em paciente menor de um ano, sendo por causa mal definida e, segundo DIVE, 70% das crianças com menos de um ano apresentam esquema vacinal em dia. Segundo tabnet data SUS, o total de gestantes acompanhadas durante o ano 2014 com 7 o mais consultas foram de 15 gestantes sendo que no ano 2015 não contém informações.([SISPACTO, 2017](#))

Eu e minha equipe acompanhamos a saúde materna infantil da comunidade de abrangência, desde a confirmação da gestante, puerpério, e puericultura efetivando a melhoria da assistência através dos grupos de gestante.

Segundo dados de mortalidade TABNET DATA SUS, o total de óbitos do ano 2014 foram 15, sendo destas doenças endócrinas nutricionais e metabólicas 4, causas externas 2, doenças do aparelho respiratório 2, sendo as mesmas causas de internamento.([DATASUS-TABNET, 2017](#))

Existem ainda alguns fatores de morbidade e mortalidade visíveis, como: distúrbios depressivos, esquizofrenia, psicose, que não são notificados, mas são elevados no município. Nesse sentido, o problema selecionado para este trabalho refere-se a alta incidência de pessoas com transtornos depressivos na comunidade da Palmeira, Santa Catarina

Na unidade da saúde da Palmeira o principal motivo de consulta dos pacientes são os transtornos depressivos, cada dia se torna mais frequente as pessoas com depressão procurando o atendimento médico. As principais causas da depressão são as condições de moradia, situação monetária e trabalho. Entre as causas emocionais, os traumas por perdas, a não aceitação das situações, a descrença, falta de entusiasmo e motivação com a condição inserida além de questões hereditárias associadas. Dentre as consequências estão o aumento do índice de suicídio ou tentativa deste, aumento das taxas de afastados de suas atividades rentáveis (trabalho), aumento da mortalidade, baixa cobertura de trabalho, mais gastos da unidade em medicamentos antidepressivos, etc.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Diminuir o numero de trastornos depressivos na comunidade atendida pela unidade basica de saude de Salete de Sousa da cidade de Palmeira: SC.

2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar estrategias de educaçao em saude com equipe multiprofissional de prevençãõ e promoçãõ em saúde mental na atenção básica do municipio;
- Participar de espaços da comunidade para promover a reflexão sobre saúde mental no processo saúde e doença;
- Fortalecer o vínculo da equipe multiprofissional com as questões que permeiam a saúde mental.

3 Revisão da Literatura

O estudo trata-se sobre a depressão. A depressão é uma doença ou um distúrbio afetivo, que atinge a humanidade desde suas origens, atingindo a autoestima, também o sentimento de inferioridade, tristeza, pessimismo, combinando entre si e aparecendo com extrema frequência. A depressão pode aparecer em diversas idades desde adolescentes até idosos, e por diversos motivos a depressão é a alteração afetiva mais estudada e falada na atualidade. Classificada como um transtorno de humor, ela vem reger as atitudes dos sujeitos modificando a percepção de si mesmos, passando a enxergar suas problemáticas como grandes catástrofes. A percepção da realidade hoje tem por base as primeiras relações objetais, as quais funcionam como protótipo, ou modelo para todas as relações posteriores.

Nota-se no município o qual atuo o aumento do número de pessoas com depressão e outros distúrbios emocionais. Tratada como a doença da sociedade moderna, a depressão tem características que podem traduzir uma patologia grave ou ser apenas mais um sintoma do sujeito diante de uma situação real de vida, ou seja, suas características podem determinar uma melancolia em si ou ser apenas um sintoma constituinte de uma outra patologia.

A depressão é conhecida pelos sintomas descritos como apatia, irritabilidade, perda de interesse, tristeza, atraso motor ou agitação, ideias agressivas, desolação e múltiplas queixas somáticas (insônia, fadiga, anorexia). Seu diagnóstico é facilitado pela presença dos sintomas e por um bom conhecimento teórico. Porém, sua dinâmica, suas origens, suas relações objetais e suas concepções ainda podem levantar questionamentos e levar a interpretações equivocadas prejudicando um possível tratamento.

Este trabalho desenvolveu-se na tentativa de responder ao seguinte questionamento: as manifestações sintomáticas da depressão hoje são expressões de narcisismo ferido ou de estruturas propriamente depressivas? Esta problemática se justifica na medida em que se busca saber mais sobre as seguintes questões: de que fatores decorrem a depressão? Como podem ser significadas as manifestações depressivas contemporâneas? A que estruturas correspondem? Que relação se estabelece entre o sintoma e a dinâmica da personalidade?

Tanto na antiguidade quanto no mundo moderno apresentam-se grandes dificuldades sociais e econômicas que atingem os sujeitos de bom poder aquisitivo, bem como os que se situam em ambiente menos privilegiados. A população em geral se vê frente a perdas de limites no que se refere à obtenção de objetos com a finalidade de satisfazer necessidades que promovem o bem estar, que inclui aspectos físicos e emocionais. Neste ensejo, estabelecem-se relações que levam em conta, acima de tudo, fatores relacionados à auto-estima e ao narcisismo, que nem sempre são conquistados. Diante da impossibilidade de gratificação destas demandas, desencadeiam-se frustrações uma vez que os

objetos tão almejados e procurados não satisfazem. Conseqüentemente, surge sofrimento que se manifesta nas diversas condutas do cotidiano, e no afã sempre renovado de novos suprimentos. No que tange as alterações afetivas, acerca de sua conceituação e panorama histórico, a afetividade é o estado de ânimo ou humor que traduz os sentimentos e as emoções determinando as atitudes gerais de uma pessoa diante de qualquer experiência vivencial, modificando a maneira de pensar e agir. Ressalta-se que muitos pacientes estão tratando de depressão, porém o caso clínico destes estaria mais associado a transtornos de ansiedade e de pensamentos acelerados.

A euforia (ou hipertimia), a elação, a exaltação, o êxtase, a depressão (ou hipotimia), a angústia são estados afetivos que Kolb (1977) e Ballone (2003) descrevem como alterados. Na moderna classificação das psicopatologias pode-se encontrar a descrição destes afetos no campo dos transtornos de humor tanto no CID-10 (Código Internacional de Doenças Volume 10) e no DSM-IV, a descrição feita nestas duas obras revela que existem dois pólos das alterações afetivas cujas variantes são também classificadas. (ASSOCIATION, 2002) É possível encontrar registros da depressão desde a antiguidade, por exemplo: no século IX a. C, o I Livro de Samuel no Antigo Testamento faz referências ao rei Saul; os escritos de Homero (século VIII) referem-se à história do Suicídio de Ajax na obra *Ilíada* (Finazzi, 2003; Kaplan, 2002). Estas histórias apresentam personagens atormentados por alguns períodos, demonstrando fortes sentimentos de fraqueza e culpa e que se conduzem para desfechos fatais (FINAZZI, 2017).

No século VI a. C surge a primeira classificação dos distúrbios mentais. Fala-se pela primeira vez em melancolia e mania (Kolb, 1977). Nesta mesma época, Hipócrates, segundo Holmes (2001), descreve que o comportamento seria governado por quatro níveis relativos de humores (líquidos): bile negra, bile amarela, fleuma e sangue, e que a melancolia seria uma intoxicação do cérebro pela bile negra (mela – negro e cholis – bile). Na Idade Média a melancolia passa a ser vista como castigo de Deus e conseqüência do sentimento de culpa (Finazzi, 2003). No final do século XVIII a melancolia é traduzida como “o grande sintoma do tédio destilado pela velha sociedade” (KOLB, 1977) A partir do século XIX a melancolia é instaurada como verdadeira doença mental.

Freud, em 1917, publica “Luto e Melancolia” conceituando a melancolia como forma patológica do luto. No mesmo século XX, a depressão é classificada como transtorno afetivo levando em conta seus aspectos neuroquímicos, psicossociais e genéticos (Stone, 1999). Karl Abraham foi um dos estudiosos que publicou diversos artigos sobre a então chamada psicose maníaco-depressiva, seus primeiros trabalhos marcaram o início da escola kleiniana acentuando “a problemática da perda do objeto e da posição depressiva inscrita no âmago da realidade psíquica” (ROUDINESCO, 1997) No final do século XX, a depressão passa a ser considerada como forma atenuada da melancolia a qual domina a subjetividade contemporânea (FENICHEL, 2000) O modo de relação objetal do depressivo caracteriza-se por fortes aspectos narcísicos (FENICHEL, 2000) Desta forma, a relação que estabelece

com o objeto é traduzida pela forma precoce de amor, onde não há uma diferenciação entre o sujeito e o objeto, dado que mecanismo utilizado é a identificação (GARMA, 1984) Falar de relações objetais é falar sobre as primeiras internalizações do sujeito, os primeiros vínculos formados, as primeiras frustrações e gratificações que acontecem na fase oral – ponto de fixação da estrutura psicodinâmica da depressão. Segundo M. Klein, a oralidade é uma fase voltada para o alimento, e é através dele que o bebê projeta e introjeta conteúdos bons ou ruins. Baseado nas gratificações ou frustrações, e no modo das relações estabelecidas com o seio externo, provedor do alimento é que se constrói a representação das demais relações objetais, ou seja, das possibilidades de sentir-se feliz e gratificado (saciado) ou infeliz e frustrado (com fome). Os mecanismos de defesa mais significativos são: a regressão – própria da oralidade da depressão, com manifestações do tipo narcísico, uma vez que regride a atividades erótico-orais da infância (FENICHEL, 2000); a introjeção – através da qual o objeto é internalizado, com a finalidade de atormentar a si mesmo e ao objeto, simultaneamente, com o objetivo de puni-lo (Garma, 1984). A magia da introjeção possibilita a anulação da perda do objeto, ao tornar-se companheiro daquele que se perdeu (FENICHEL, 2000) As defesas maníacas tais como a onipotência, negação e idealização, estão intimamente ligadas à ambivalência, onde as ansiedades depressivas, embora escamoteadas, fazem com que o ego crie fantasias onipotentes e violentas com o propósito de controlar os objetos “maus” e perigosos internalizados (Klein, 1940).

O ego do depressivo é desprovido de valor, repreenhe-se esperando ser expulso e punido (Gabbard, 1998). Seu superego é sádico, atacando o ego e promovendo o sentimento de culpa, já que o trata da mesma maneira que gostaria que tratasse o objeto perdido (GARMA, 1984) Este modo de relação objetal do depressivo, narcísico, com superego severo revela as demandas deste sujeito. Um sujeito que quer, que necessita, que exige gratificações pelas constantes frustrações que sofre. As experiências recorrentes de frustração, segundo M. Klein (1952), são estímulos poderosos para impulsos destrutivos. Por isso os depressivos têm pensamentos de morte, pensamentos pessimistas têm baixa auto-estima, autodepreciação, auto-acusação, irritabilidade e intolerância. A frustração é que dá origem a esses maus sentimentos, onde se perde o sentido da existência. Com a internalização do objeto que frustra, o mesmo passa a ser um objeto persecutório, não podendo livrar-se dele. Desta forma, o sujeito tenta aniquilá-lo, controlando-o de forma onipotente através da autodestruição como se punisse o objeto persecutório internalizado (GARMA, 1984)

O sofrimento psíquico manifesta-se sob forma de depressão, tristeza e apatia que atingem o corpo e a alma (Roudinesco, 2000). Porém, não somente as experiências internas são responsáveis pelo sofrimento e pela dor do depressivo. Outros fatores agregam sofrimento psíquico, alterando a afetividade e a percepção da realidade traduzida pela depressão ou euforia ocasionando os chamados Transtornos de Humor. O município o qual atuo apresenta índices de morbidade hospitalar aumentando nos últimos anos pelos casos de

transtornos emocionais, nota-se que os transtornos de humor e ansiedade são na maioria dos casos encaminhados para especialistas para o seu tratamento, porém este na maioria das vezes utilizam-se somente de métodos medicamentosos, seria interessante se o município contasse com um CAPS para dar apoio as terapias integrativas complementares nos tratamentos de ansiedades e depressão. Várias justificativas foram levantadas para explicar a ocorrência dos mesmos, tais como: fatores relacionados à magia, através da qual as alterações de humor são atribuídas à ação maléfica de espíritos; à religiosidade, onde Deus, independente da forma de manifestação ou instituição religiosa, seria o responsável pelo que acontece com o sujeito; explicações orgânicas, as quais datam desde Hipócrates, conforme já referido neste trabalho, e que também se deve considerar a tendência para buscar soluções através do médico e da medicação; e ao tédio, ou seja, ao que poderíamos hoje denominar como falta de sentido, angústia, vazio, insegurança e uma série de outras manifestações que revelam a sensação de insuficiência vividas, às quais o sujeito sucumbe, tal como nas explicações anteriores, onde revela-se a impotência, a passividade e a dependência do outro para enfrentar ou superar tais estados.

Os psicanalistas compreendem o fenômeno depressivo chamando-o de psicose maníaco-depressiva, trazendo à tona a chamada melancolia, nomenclatura usada por Freud em seu artigo “Luto e Melancolia” de 1917 (JR; G, 1995) Neste, ele descreve que: Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. (JR; G, 1995) Tais traços alternam-se em alguns casos com a mania, cuja caracterização do quadro é a fuga desse sofrimento. M. Klein (1940), em “O luto e suas relações com os estados Maníaco-depressivos”, propõe que as defesas maníacas vêm controlar ou manter em animação suspensa os objetos causadores de sofrimento.

Atualmente a classificação do DSM-IV e o CID-10 apóiam o estabelecimento de um diagnóstico a partir de critérios que levam em consideração as manifestações sintomáticas dos quadros. Porém, a proposta destes Manuais Diagnósticos impõem ao profissional duas dificuldades. Primeiro: a psicologia e a psicanálise não restringem o diagnóstico à classificação das manifestações sintomáticas. Da utilização da proposta dos manuais decorrem lacunas para se fechar diagnósticos. Segundo: não há como avaliar o sujeito sem se levar em conta a subjetividade. (MACIEL, 2002) alerta para a impossibilidade de se estabelecer diagnósticos totalizantes quando se levam em consideração os processos de subjetivação, e neste caso as subjetividades contemporâneas.

Segundo Camon (2003), o sujeito em si é constituído pela subjetividade, ou seja, cada um possui seu próprio campo subjetivo que é concebido a partir das experiências, das vivências, e dos determinantes sociais e biológicos. Assim, os sintomas das alterações afetivas variam de acordo com as vivências de felicidade e/ ou tristeza e dependem da

subjetividade de cada um, a qual é constituída a partir da realidade existencial desse sujeito, das vivências psíquicas, das internalizações e das relações objetais, sendo que estas determinam a percepção da realidade e que fazem ou não os sujeitos tristes, melancólicos, felizes ou maníacos.

A dinâmica imposta e/ou auto-imposta por estes sujeitos conduz a uma singular percepção da imagem, onde o vazio, sintoma insuportável da depressão, faz o depressivo ter inúmeras ações na busca de preenchê-lo. Estas ações podem ser notadas no uso das drogas (álcool, cigarro, narcóticos), na ingestão de alimentos em excesso, na busca insaciável e promiscua do sexo, nas relações afetivas superficiais e efêmeras que se multiplicam, e em uma série de buscas incansáveis por gratificação, acabando por destruir-se com a finalidade de punir o objeto, ou com fantasias de preencher o vazio deixado pelo “objeto perdido”. Vale ressaltar que, se estivéssemos falando de um quadro de Depressão Severa – Melancolia, falaríamos de um objeto imaginário, não real, supostamente perdido. Ao se falar de sintomas depressivos contemporâneos, estamos falando de qualquer objeto externo que é buscado com a finalidade de preencher o vazio insuportável. Isto nos remete à percepção da própria identidade e às suas primeiras relações objetais que a tem constituído. Tal como a criança que buscava desesperadamente seio materno para suprir as sensações de mal-estar insuportável que assaltavam seu corpo ao ser atacada pela fome, da qual ainda não possuía uma representação que tornasse suportável a dor e a frustração da espera, ou da negociação do objeto.

A extrema dependência do objeto e/ ou a sua perda implica em uma alteração da percepção, não apenas da percepção da imagem, mas também da percepção da identidade. Maciel (2002) aponta que a depressão na contemporaneidade pode traduzir uma dificuldade no processo de identificação. Camon (2003) segue o mesmo raciocínio dizendo que a depressão seria uma maneira do sujeito buscar sua identidade. Esta identidade nada mais é que o conjunto de identificações que o sujeito estabelece no decorrer de seu desenvolvimento, ou seja, a identificação com os objetos bons e maus internalizados. Há hoje, (KRISTEVA, 2002), uma subjetividade empobrecida, a qual é lapidada pelas identificações que, como corrobora Fenichel (2000), são misturadas à relação objetual apenas como traços de identificação, não havendo assim identificações satisfatórias, fazendo com que haja a busca do objeto que dê não apenas a satisfação necessária, mas a própria sustentação à identidade. O agravante, conforme coloca Camon (2003), da existência de diversas possibilidades que o mundo fornece ao sujeito, é que este se submete às inúmeras opções de escolha, onde a cada escolha feita, outras várias perdas são contabilizadas. E se não há uma identificação bem estruturada, ou seja, com a prevalência de internalização de bons objetos, haverá uma busca constante de gratificações que jamais poderão ser alcançadas. Assinala-se que o sujeito contemporâneo é pressionado pelo estresse, é impaciente por ganhar e gastar, por desfrutar e morrer, e que os homens e mulheres acabam por economizar a representação de sua experiência, constituinte fundamental da vida psíquica,

economizando com isto internalizações satisfatórias (MACIEL, 2002).

É daí que se levanta a hipótese de que a depressão não seria apenas a perda de um objeto amado ou perda da libido, como colocara (JR; G, 1995) em “Luto e Melancolia”, mas sim a perda do objeto do qual o sujeito supunha ter posse e que lhe fornecia gratificações. Chega-se então ao pensamento dos neopsicanalistas como coloca Fairbain (1941) citado por Greenberg (1994), cuja concepção não valida a Teoria das Pulsões de Freud (JR; G, 1995) onde a libido não busca o prazer, mas é o objeto que possibilita a gratificação. Para Freud o objetivo de todos os impulsos é uma redução na tensão corporal que gerará um sentimento de prazer. Estes impulsos são dirigidos a objetos externos quando estes se apresentam provando ser úteis para reduzir tal tensão. Fairbain discorda dizendo que a libido não busca o prazer, mas sim o objeto, sendo o impulso e o objeto, ambos constituintes da estrutura endopsíquica. Para Freud o objetivo do impulso é o prazer, e o objeto seria apenas um meio para adquirir este prazer. Porém, Fairbain reverte esta relação argumentando que o objeto não está apenas embutido desde o começo, mas que a característica principal libidinal seria a qualidade de busca deste objeto. “O prazer não é o objeto final do impulso, mas sim um meio para seu final real” (Greenberg, 1994, p. 113).

Percebe-se, então, a partir das colocações descritas, que as discussões em torno da dinâmica das relações objetais deparam-se com um ponto em comum: a busca da gratificação, modificando apenas a forma como o objeto instrumentaliza esta busca. Desta forma, as manifestações depressivas seriam nuances do modo de relação objetal narcísico que o sujeito depressivo desenvolve em seu intuito de buscar gratificações. Isto nos permite retomamos o problema do presente trabalho: não seriam as manifestações sintomáticas da depressão hoje expressões de um narcisismo ferido (sujeito não gratificado) mais do que estruturas propriamente depressivas? Alain Ehrenberg (1998) denomina a depressão como a “patologia da liberdade” expressando uma falta de tensão entre as forças internas que respondem às diversas demandas com que os sujeitos se confrontam. Roudinesco (2000), afirma que o sujeito sofre com as liberdades conquistadas por não saber como utilizá-las. O aumento da liberdade e a possibilidade de novos objetos de gratificação aumentam também os referenciais dos sujeitos que se vêm desamparados buscando no narcisismo a defesa do caos (Bento, 2004). Esta dinâmica organiza as pulsões parciais provocadas por esta variedade de referências dirigindo-as ao “eu” do sujeito, resultando numa identidade fragmentada para obter equilíbrio e satisfação através de um objeto ideal. Trata-se então de uma cultura marcada pela “soberania do eu”, como cita Freire (2003), onde há um controle manipulador de tudo que cerca e pertence ao sujeito, fazendo com que tudo seja voltado para si. Esta cultura é voltada para o imaginário do narcisismo egóico que faz os sujeitos se sentirem desamparados diante da frustração.

Kohut (1977) citado por Bleichmar (1992) propõe que a falta de afeição materna tem como conseqüência no sujeito a não capacitação de manter relação com o outro. O sujeito

estrutura um “eu grandioso” através de uma imago parental idealizada, transformando o sujeito num ser narcisista pela ausência de referenciais, pelo desamparo da uma mãe que não gratifica. Esta falta básica determinará que o sujeito busque emprego, relacionamentos, auto-imagem, casa, situação financeira satisfatória – todas elas como expressões simbólicas de objetos que visam superar a vivência do desamparo. O desamparo, segundo Martins (1998), seria o contraponto da onipotência ou o desejo de onipotência, onde o que seria buscado e desejado pelo sujeito é a sua totalidade, esperando encontrá-la através dos objetos que o gratificam, para não se deparar com sua fragilidade, alimentando desta forma seu desejo de onipotência.

Freud concebe o narcisismo como a sensação de completude e de não aceitação de desamparo. Tal desejo de completude seria inicialmente desempenhado pelos pais, e seria necessariamente frustrado, projetando-se então sobre o bebê a imagem de um ego ideal, fazendo com que o sujeito busque sempre o objeto ideal para sua completude (Martins, 1998). Na concepção de Kristeva (KRISTEVA, 2002) o “homem moderno é um narcisista”. Este narcisismo se dá como um mecanismo de superação da não gratificação, das constantes frustrações geradas no decorrer de sua existência, desempenhando o papel de suporte para viver no mundo contemporâneo onde se acredita que tudo está ao alcance. Trata-se da era da individualidade, como afirma Roudinesco (2000). Uma era que dá suporte à subjetividade empobrecida (MACIEL, 2002).

Por outro lado, o afeto depressivo seria um suporte narcísico (negativo) que oferece alguma integridade a este sujeito que se encontra fragmentado diante do mundo contemporâneo, com dificuldades de definir na sua totalidade, e seu sentido de existência (KRISTEVA, 2002) A busca dessa definição é a mesma busca pela gratificação. Roudinesco (2000) afirma que os sujeitos de hoje se entregam à medicina científica (os psicofármacos) ao mesmo tempo em que aspiram uma “terapia” que julgam mais apropriada para constituir seu sentido de existência, para conhecer sua identidade. Esta busca de gratificação se dá na tentativa de eliminar o desamparo, procurando meios diversos para obter a satisfação imediata, buscando na droga, na religiosidade, no higienismo ou na aquisição de um corpo perfeito, o ideal de felicidade impossível. Estes recursos estão sempre ao alcance desse sujeito que, quando não está deprimido, acaba por valorizar objetos menores – compulsões, vícios – como formas ilusórias de possibilidades de gratificação propostas pela sociedade moderna, formas estas descritas como “prazer perverso que não conhece gratificação” (KRISTEVA, 2002) Maciel (2002) propõe que a depressão esteja relacionada a um bloqueio do potencial criativo do sujeito para dar conta da atual pluralização dos sentidos e das novas possibilidades existenciais. A criatividade poderia ser estruturada a partir da relação com uma “mãe suficientemente boa”, que por sua vez é capaz de se colocar no ponto em que convergem a realidade e a ilusão permitindo que ao colocar o seio, no tempo certo, possibilite à criança a “ilusão” de haver criado o objeto. Nisto consiste a criatividade. Mas esta mesma mãe, capaz de gratificações, deve na con-

cepção de ABP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (). Comportamento suicida: conhecer para prevenir, dirigido para profissionais de imprensa. (ROUDINESCO, 1997) Ainda na concepção de (ROUDINESCO, 1997) o potencial criativo desenvolvido na infância ajudaria o sujeito a encarar as inúmeras possibilidades que o mundo atual apresenta (ROUDINESCO, 1997)

O sujeito depressivo, que tem seu narcisismo ferido pelas constantes frustrações, estaria repleto de sentimentos de medo: medo de se submeter ao novo, de encarar responsabilidades, de novos desafios preferindo se retrair desistindo da vida para não ser novamente frustrado. Disto resulta a percepção de um o sujeito contemporâneo narcísico, necessitando constantemente de gratificações que são buscadas nas possibilidades que o mundo moderno coloca. A depressão seria uma defesa contra a dor pelo não suprimento dessas gratificações. Este sujeito se vê frente a inúmeras possibilidades que provocam este vazio depressivo nas quais se inclui a falta do sentimento de existência autêntico, resultante das constantes frustrações. Desta forma, o sentimento de existência buscado dependeria de uma presença constante de um outro (objeto gratificante), e esta presença do outro acaba por se constituir o problema da sociedade atual, que, pela excessiva permissividade e gratificações, paradoxalmente, as tornam insuficientes, em função de que o desejo permanece insaciável. no Brasil, 5,8% da população sofre com esse problema, que afeta um total de 11,5 milhões de brasileiros. Segundo os dados da OMS, o Brasil é o país com maior prevalência de depressão da América Latina e o segundo com maior prevalência nas Américas, ficando atrás somente dos Estados Unidos, que têm 5,9% de depressivos. Ainda segundo a OMS, o número de pessoas com transtornos de ansiedade era de 264 milhões em 2015, com um aumento de 14,9% em relação a 2005. A prevalência na população é de 3,6%. É importante observar que muitas pessoas têm tanto depressão quanto transtornos de ansiedade. Diferentemente de riscos individuais, como distúrbios mentais e o uso abusivo de álcool e outras substâncias lesivas, os fatores de risco coletivos são indissociáveis da formulação de políticas públicas difusas e acessíveis à população em geral. Programas e políticas públicas para prevenção de suicídios existem há cerca de cem anos no mundo, sendo espalhadas pelos diversos países e produzindo extenso conteúdo acadêmico. O estudo, neste caso, vem no intuito de ajudar as pessoas com depressão na comunidade, realizar uma avaliação do que acontece com as pessoas com depressão, suas principais causas e como o sistema de saúde consegue realizar um plano para tratamento.

4 Metodologia

Este projeto de intervenção será desenvolvido na Palmeira , na secretaria municipal da cidade, envolvendo os pacientes com depressão contidas neste espaço geográfico. A população alvo deste projeto de intervenção são as pessoas cadastradas na unidade de saúde da Palmeira, município de Palmeira, Santa Catarina.

A ideia é a de realizar uma reunião com todos os membros da equipe de tal maneira que os ACS durante suas visitas domiciliares, forneçam e sejam capazes de identificar a população com risco de depressão, assim como na ação educativa referente ao tema do projeto, captando na consulta aqueles pacientes que estiverem com sintomas de depressão, nesse caso, estariam envolvidas as enfermeiras e técnicas, bem como a médica da unidade para realização das palestras nos grupos, junto com a psicóloga da equipe.

Criação de grupos dinâmicos onde os pacientes e familiares recebam uma educação clara sobre os sintomas de depressão, o que pode levar a uma pessoa a ficar depressiva, ajudando a fornecer orientações quando percebessem algum sintoma ou sinal de depressão. Esta ação, em um outro momento, se destinaria ao fornecimento de informações claras sobre a depressão e o reflexo dela na pessoa. A sensação persistente de tristeza ou perda de interesse que caracteriza a depressão pode levar a uma variedade de sintomas físicos e comportamentais. Estes podem incluir alterações no sono, apetite, nível de energia, concentração, comportamento diário ou autoestima.

A depressão também pode ser associada a pensamentos suicidas. Estes grupos poderiam ser realizados na UBS com a participação da equipe de saúde. As ações serão realizadas em um período de 06 meses do ano em curso, a cada 15 dias no mês. As pessoas envolvidas incluirão a comunidade, os pacientes com depressão, junto com os cuidadores . Os responsáveis por executar a intervenção serão o médico, psicólogo e enfermeiro da unidade básica de saúde.

A outra ação proposta neste projeto, será baseada na realização de reuniões com líderes da comunidade, para criar grupos de apoio de forma que a população se sinta comprometida, envolvida e responsabilizada também com o problema. Será realizado monitoramento e a avaliação durante as consultas médicas na unidade de saúde e também, através das visitas domiciliares, com questionamentos voltados para os aspectos sociais vivenciados pelas pessoas com depressão. Cronograma: as atividades serão desempenhadas nos meses de Julho a Dezembro de 2017.

5 Resultados Esperados

Com a implantação do projeto de intervenção espera-se melhorar o conhecimento das pessoas da comunidade sobre a depressão, seus riscos psicossociais e diminuir esta situação que atualmente é um problema a nível mundial. Este trabalho aborda a atuação do acompanhamento terapêutico em casos de depressão. São investigados protocolos de avaliação do risco e intervenções pertinentes ao campo do acompanhamento terapêutico, visando a implementação de ações específicas em saúde. Concluímos que o acompanhamento terapêutico constitui um recurso terapêutico importante de grande utilidade no que tange o controle de pacientes com esta necessidade de saúde. Sabemos que boa prática clínica solicita múltiplas intervenções no âmbito da saúde comunitária. O acompanhamento é uma experiência de atuação em saúde que possibilita modificar a qualidade de vida de sujeitos acometidos de transtornos psiquiátricos. O objetivo maior é contribuir na organização e implemento de cuidados dos pacientes com depressão. Além disso, estaremos ampliando o vínculo com os pacientes adscritos em nosso território, que necessitam de acompanhamento frequente devido a comorbidade que apresentam.

Referências

- ASSOCIATION, A. P. *MANUAL DIAGNOSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS*: Texto revisado. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2002. Citado na página 14.
- DATASUS-TABNET. *INDICADORES DE SAÚDE*. 2017. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&Itemid=272>>. Acesso em: 02 Jul. 2017. Citado na página 10.
- FENICHEL, O. *TEORIA PSICANALÍTICA DAS NEUROSES*: Fundamentos e bases da doutrina psicanalítica. SÃO PAULO: ATHENEU EDITORA, 2000. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- FINAZZI, M. *BREVE HISTÓRICO SOBRE A DEPRESSÃO*. 2017. 2003 ano de citação do autor. Disponível em: <<http://www.campsm.med.br/artigos/depressao.htm>>. Acesso em: 01 Set. 2017. Citado na página 14.
- GARMA, A. *A PSICANÁLISE*: Teoria, clínica e técnica. PORTO ALEGRE: ARTES MÉDICAS, 1984. Citado na página 15.
- JR, H.; G, N. *THE RISE AND CRISIS OF PSYCHOANALYSIS IN THE UNITED STATES: FREUD AND THE AMERICANS, 1917-1985*. NEW YORK, US.: OXFORD, 1995. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 18.
- KOLB, L. C. *PSIQUIATRIA CLÍNICA*. RIO DE JANEIRO: GUANABARA, 1977. Citado na página 14.
- KRISTEVA, J. *AS NOVAS DOENÇAS DA ALMA*. RIO DE JANEIRO: ROCCO, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 19.
- MACIEL, M. R. *DEPRESSÃO E CRIATIVIDADE DO INDIVÍDUO CONTEMPORÂNEO*: Cadernos de psicanálise. RIO DE JANEIRO: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2002. Citado 3 vezes nas páginas 16, 17 e 19.
- MUNICÍPIO, C. D. V. D. P.-H. D. *HISTÓRIA DO MUNICÍPIO DE PALMEIRA*. 2017. Disponível em: <<https://www.camarapalmeira.sc.gov.br/cidade>>. Acesso em: 06 Jul. 2017. Citado na página 9.
- ROUDINESCO, E. *DICIONÁRIO DE PSICANÁLISE*. RIO DE JANEIRO: JORGE ZAHAR EDITOR, 1997. Citado 3 vezes nas páginas 14, 19 e 20.
- SEBRAE. *SANTA CATARINA EM NÚMEROS - PALMEIRA*. 2017. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&Itemid=272>>. Acesso em: 01 Jun. 2017. Citado na página 9.
- SISPACTO, M. D. S. *SISPACTO 2016- PALMEIRA SC*. 2017. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/>>. Acesso em: 13 Ago. 2017. Citado na página 10.