



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

Yailin Betancourt Puentes

Estratégia de intervenção educativa para diminuir o uso
de psicofármacos em pacientes com depressão na
Unidade de Saúde Lago Azul, no município de Campo
Belo do Sul-SC

Florianópolis, Março de 2018

Yailin Betancourt Puentes

Estratégia de intervenção educativa para diminuir o uso de psicofármacos em pacientes com depressão na Unidade de Saúde Lago Azul, no município de Campo Belo do Sul-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: Thamara Hübler Figueiró
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Yailin Betancourt Puentes

Estratégia de intervenção educativa para diminuir o uso de psicofármacos em pacientes com depressão na Unidade de Saúde Lago Azul, no município de Campo Belo do Sul-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

Thamara Hübler Figueiró
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: A depressão é uma doença crônica que afeta 322 milhões de pessoas no mundo. A doença é ocasionada por diversos fatores como estresse, doenças hormonais, uso de drogas e álcool, dentre outros. Nos últimos anos vem se observando um aumento no uso indiscriminado de psicofármacos, principalmente em virtude do surgimento de novas drogas, prescrições inadequadas, e outros aspectos. Além disso, muitos pacientes fazem o uso inadequado dos medicamentos prescritos, realizando automedicação ou alterando a dose do medicamento, em parte devido ao pouco conhecimento sobre a doença e sobre a importância do tratamento médico farmacológico e não farmacológico. **Objetivos:** Este projeto de intervenção educativa teve como objetivos caracterizar os pacientes com depressão da unidade de saúde de Lago Azul em Campo Belo do Sul, Santa Catarina; identificar as principais causas e consequências da depressão na comunidade e ampliar o processo de trabalho da equipe de saúde da família, elevando o nível de conhecimento dos pacientes sobre a depressão e o uso indiscriminado de psicofármacos. **Metodologia:** Trata-se de uma intervenção com abordagem descritiva e quantitativa. Foi selecionada uma amostra de 60 pacientes de acordo com as faixas etárias, através de um sorteio simples, sendo que os dados dos pacientes foram coletados do prontuário. Foram realizadas ações multiprofissionais duas vezes por semana, distribuindo os pacientes em grupos de 20 integrantes. **Resultados:** Foi identificado que os benzodiazepínicos foram os medicamentos mais utilizados pelos participantes. Também se observou que a maioria da amostra fazia uso de dois a três psicofármacos, e que a maioria das mulheres utilizavam a mais de cinco anos o medicamento, enquanto a maioria dos homens utilizavam de dois a cinco anos. Os resultados indicam que houve um aumento no nível de conhecimento dos participantes sobre a depressão e espera-se que ocorra a redução do uso indiscriminado dos medicamentos antidepressivos.

Palavras-chave: Antidepressivos, Depressão, Estudos de Intervenção

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
4	METODOLOGIA	25
5	RESULTADOS ESPERADOS	31
	REFERÊNCIAS	33

1 Introdução

Campo Belo do Sul é um município brasileiro do Estado de Santa Catarina localizado a uma altitude de 1.017 metros. Estimativas de 2016 indicam que o município apresenta uma população de 7.486 habitantes.

O município foi fundado em 10 de maio de 1856, quando Campo Belo do Sul era conhecida como Rincão dos Baguás, por ter sido ponto de parada de tropeiros. Sua emancipação política ocorreu em 3 de dezembro de 1961. Os moradores mobilizaram-se para constituírem a Associação dos Moradores do Bairro, para discutirem com toda a comunidade e reivindicarem melhorias para as famílias. Contamos com a Escola Básica Municipal e o Núcleo de Serviços de Fortalecimento de Vínculos que propõe atividades para as crianças que necessitam de acompanhamento, três Unidade de Saúde com ESF, Academia da Saúde, Ginásio de Esportes, Igrejas Católica e Evangélica e uma Cooperativa de Grãos tornando-se uma das empregadoras do município e gerando maior PIB.

O município é caracterizado por um clima frio e úmido quase todo ano. Segundo o Instituto Nacional de Meteorologia (INMET), as temperaturas nesta cidade são muito frias, podendo alcançar temperaturas abaixo zero graus. Podemos citar como municípios próximos Capão, Cerro Negro, Lages, Celso Ramos. Campo Belo do Sul localiza-se a uma latitude 27°53'57" sul e a uma longitude 50°45'39" oeste. Possui uma área de 1.023,4 km², com uma superfície de 102.741 hectares.

As ruas da comunidade receberam calçamento com pedra, porém não foi finalizado em toda a comunidade. Existem áreas de risco ambiental e social, como a falta de saneamento básico e o acúmulo de lixo em determinadas ruas, mesmo com a oferta de coleta de lixo duas vezes na semana. Alguns moradores têm o hábito de enterrar, queimar ou jogar o lixo na rua. As moradias são na grande maioria de madeira e algumas mistas, e grande parte delas possuem fogão a lenha, que contribuem com a poluição ambiental.

A Unidade de Saúde no bairro Lago Azul foi fundada no ano 2010, sendo remodelada e entregue a comunidade em 28 de julho 2017, para prestar serviço a toda a população que mora nos bairros pertos no posto de saúde. A Unidade está localida rua principal Euzébio de Oliveiras Delfes, próximo a duas escola escolas do bairro. Nas proximidades ainda há outras instituições como o abrigo Mãe Josina, que recebe crianças que não têm família, Delegacias de Polícia Civil, Conselho Tutelar, SINE, Departamento de Assistência Social e a fábrica de madeira.

Das pessoas atendidas na unidade, 522 possuem energia elétrica, 159 possuem água clorada e tratada, 663 possuem água, porém esta não é tratada, 813 são beneficiados com a coleta de lixo, enquanto 72 jogam lixo a céu aberto.

Na ESF de Lago Azul uma das preocupações é que os moradores das microáreas têm desenvolvido hábitos, ou até situações que são vivenciadas, e que reduzem a qualidade de

vida destes moradores quando comparados com outros moradores de Campo Belo. Isso é percebido por exemplo, pelo elevado número de pessoas desempregadas, que fazem uso de drogas, com baixa infraestrutura e que não possuem saneamento básico e moradias adequadas. Boa parte da população adscrita tem como única renda a promovida pelo governo através de um programa de transferência direta de renda, chamado de Bolsa Família. Além disso, há dificuldade dos moradores se inserirem no mercado de trabalho devido à falta de vagas e baixa escolaridade, mesmo o município disponibilizando a Educação de Jovens e Adultos (EJA), o Ensino Médio e alguns cursos profissionalizantes oferecidos pelo SESI.

De forma geral, a Unidade de Saúde de Lago Azul tem adscrito 886 domicílio, que correspondem a 487 famílias e 2902 usuários. Destes usuários 1480 são mulheres e 1422 homens. Há maior número de homens (604) e mulheres (648) na faixa etária de 20 a 50 anos. Na faixa etária de 0 a 2 anos, há 21 crianças do sexo masculino e 24 do sexo feminino, e na faixa etária de 2 a 9 anos, 167 pessoas do sexo masculino e 193 do sexo feminino. Acima de 50 anos a população segundo o sexo se distribui de forma em equivalente, como 353 homens e 349 mulheres.

Com relação aos agravos de saúde e doenças encontrados na unidade, existem 143 hipertensos, 38 diabéticos, 90 pessoas com doenças psiquiátricas, 87 tabagistas, 13 pessoas que fazem excessivo consumo álcool, seis usuário de drogas, 26 pessoas com asma, 22 com doença odontológica, três com HIV. Não foram identificados casos de hanseníase, dengue, zika e febre amarela. Em relação a distribuição de pessoas com algum tipo de deficiência, a unidade atende 10 pessoas com deficiência auditiva, 31 com deficiência física, 38 com deficiência intelectual, 10 com deficiência visual, três com alguma outra forma de deficiência, e 11 pessoas acamadas.

Além disso, 10 gestantes estavam sendo acompanhadas pela unidade de saúde, das quais seis eram menores de 18 anos. De todas as gestantes quatro realizaram pré natal com menos de 6 meses e outras seis acima do sexto mês de gestação. Em três delas foi realizado diagnóstico de sífilis, com teste VDRL positivo.

A equipe de saúde de Campo Belo do Sul faz diferentes tipos de atendimento, podendo ser citados: consultas agendadas, consultas agendadas programadas de cuidado continuado, atendimento de urgência, consulta no dia, escuta inicial e orientação, consulta odontológica e visita domiciliar. De acordo com a demanda esperada, os atendimentos ocorrem das 8:00 horas às 17:00 horas, realizando também visitas domiciliares, a fim de orientar a mudança de estilo de vida e obter maior controle das doenças, prevenindo complicações.

A saúde materno infantil é uma das prioridades da equipe de saúde de Campo Belo do Sul. A unidade possui um grupo de gestantes e de planejamento familiar, puericultura e promoção e prevenção de doenças durante a gravidez, em como de desenvolvimento da criança, através do grupo de atividade física, de medidas de controle do tabagismo, orientação alimentar e nutricional. Dados do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2017 aproximadamente 57,0% dos partos realizados no município são normais, 80,0% dos nas-

cidos vivos são de mães com sete ou mais consultas de pré natal, 2,0% de teste de sífilis por gestante. Não foi detectado nenhum óbito materno, e a taxa de mortalidade infantil é de 1,0%. Além do mais, de todos os óbitos infantis e fetais investigados, em 1,0% deles foi detectado casos novos de sífilis congênita em menores de um ano idade; e 100% dos menores de um ano de idade possuem calendário vacinal completo.

Dentre os serviços prestados à população destacam-se:

- Atendimento à saúde da criança;
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 1 ano e três meses de idade;
- Imunização segundo o calendário básico de vacina;
- Atendimento à saúde da mulher;
- Exames de prevenção do câncer do colo do útero;
- Exame clínico das mamas;
- Pré-natal de baixo risco;
- Consulta puerperal;
- Acompanhamento da menopausa;
- Atendimento à saúde do adulto e idoso;
- Atendimento ao paciente com doença mental;
- Controle de hipertensão arterial e diabetes;
- Controle das doenças de notificação compulsória;
- Realização de procedimentos (curativos, injeções, retirada de pontos, controle de peso);
- Atendimento à saúde bucal;
- Educação em saúde (gestantes, hipertensos, diabéticos e mães);
- Dispensação de medicamentos; e
- Visita domiciliar.

Em relação as queixas mais comuns realizadas no atendimento dos pacientes, estão a doença cardiovascular, doença respiratórias, doenças circulatórias, doenças psiquiátrica e psicológica e doenças parasitárias. As principais causas de mortalidade infantil originadas

no período neonatal são doenças do aparelho respiratório como anóxia, hipóxia, síndrome de aspiração neonatal e pneumonia congênitas. Destaca-se que não há morte neonatal. As principais causas do morte na região que abrange a unidade de saúde, segundo o relatório consolidado de cadastro de saúde no município, no ano 2017, são as doenças do aparelho circulatório e cardiovascular, neoplasias e doenças do aparelho respiratório, causas endocrinometabólicas, infectocontagiosas e outras causas como suicídios. Ainda no ano de 2017, as principais causas de internações em idosos, ocorreram devido pé diabético, broncopneumonia, insuficiência cardíaca descompensada, emergência hipertensiva e doenças psiquiátricas como transtorno depressivo ansioso.

A equipe de Campo Belo do Sul acompanham a evolução da saúde materno-infantil ao longo dos meses e anos. Não há crianças desnutridas na unidade, sendo que os casos de diarreia e parasitismo estão diminuindo, persistindo alguns casos por mal alimentação, falta de higiene, presença de animais domésticos nas residências. Em caso de gestantes, prioriza-se que realizem todas as indicações, por exemplo, a realização de exames, assistir as consultas programadas pela equipe de saúde, avaliação por especialista quando necessário, e que cumpram as recomendação. Poderíamos iniciar essa estratégia intensificando os temas de Saúde que afetam a população através de palestras, debates, mural, reuniões com grupos de riscos: gestantes, crianças, idosos, hipertensos e diabéticos.

O transtorno depressivo maior (TDM), conhecido também como depressão, é considerado pela medicina, um dos mais prevalentes agravos na população, com grandes implicações sociais e econômicas, além de gerar profundo impacto na vida do portador e seus familiares. A depressão é um diagnóstico psiquiátrico que descreve um transtorno de humor, transitório ou permanente, caracterizado por sentimentos de abatimento, infelicidade e culpa, que provocar uma incapacidade total ou parcial de aproveitar as coisas e eventos da vida cotidiana (PORTO, 1999).

A origem da depressão é complexa, uma vez que fatores genéticos, biológicos e psicossociais influenciam seu início; um número crescente de evidências indica que os episódios depressivos estão associados não apenas com alterações na neurotransmissão do sistema nervoso central, mas também com mudanças estruturais no cérebro, produzidas através de mecanismos neuroendócrinos, inflamatórios e imunológicos (KARAKUŁA-JUCHNOWICZ et al., 2017).

Os transtornos depressivos podem ser, em maior ou menor grau, acompanhados de ansiedade. O termo médico refere-se a uma síndrome ou conjunto de sintomas que afetam principalmente a esfera afetiva: como e a continua tristeza, labilidade afetiva, apatia, ideias suicidas, desconfianza e perda do amor pela vida (ROZADOS, 2015).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017) estimam que em 2015 a prevalência de depressão na população mundial foi de 4,4%, sendo que a prevalência entre as mulheres foi de 5,1%, e entre os homens este valor alcançou 3,6%. A OMS estima ainda que entre os anos de 2005 a 2015 houve um aumento de 18,4% dos casos de pessoas

com depressão, e que atualmente aproximadamente 300 milhões de pessoas de todas as idades sofrem de depressão em todo o mundo (OMS, 2017). No Brasil a prevalência dessa disordem varia entre 16,8% até 20,4% (ANDRADE et al., 2012); (MUNHOZ, 2012).

O mais importante é que diversas pessoas consomem remédios psicotrópicos para a depressão sem compreender que tais medicamentos também apresentam consequências futuras para o paciente e de sua família. Este trabalho se justifica pelo elevado número de indivíduos que abusam das drogas e psicotrópicos em na comunidade de Campo Belo do Sul. Semanalmente são realizadas reuniões com os profissionais da ESF do município, juntamente com outros integrantes do NASF, a fim de conhecer os principais problemas de saúde da comunidade e promover o desenvolvimento de indicadores de saúde.

Considerando que a EFS de Campo Belo do Sul tem apresentado um aumento no número de atendimentos de pacientes com depressão e o aumento do número de pessoas que realizam tratamento com psicotrópicos por tempo indeterminado, desconhecendo suas consequências e muitas vezes parando o tratamento por falta de informação, percebe-se então a necessidade de maior atenção voltada e este tema específico. Além disso, a maioria dos pacientes desconhecem o tratamento não farmacológico, baseado no uso de técnicas de reabilitações e uso de remédios formulados com plantas naturais. Outro fator contribuinte para o aumento do número de pessoas com a doença é a falta de medicamentos na ESF, o abandono ao tratamento, dificuldade na aquisição de alguns medicamentos de alto custo e a escassez de profissionais da saúde que promovam o seguimento adequado da doença. Esta baixa resolutividade da atenção básica e a dificuldade em atender a demanda de pacientes, contribuem para a automedicações, uma vez que a população visa a resolução dos seus problemas de saúde de forma imediata.

Neste sentido, aprofundar estudos na temática sobre o aumento do número de pessoas com depressão na comunidade nos últimos anos, e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, considerando o uso de psicofármaco, de técnicas de reabilitações e o uso de plantas medicinais para o tratamento da depressão de pacientes, torna-se importante para a população atendida na unidade de saúde. Assim, o problema a ser trabalhado neste projeto de intervenção são as doenças psiquiátricas e uso de drogas psicotrópicas, fazendo maior ênfase na doença depressiva, uma vez que esta contribui com o aumento da morbidade e da mortalidade na unidade de saúde e no município, no ano 2017, contribuindo também com a redução da qualidade de vida dos indivíduos.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Elaborar estratégias de intervenção educativa para diminuir o uso de psicofarmacos em pacientes com depressão na Unidade de Saúde Lago Azul, no município Campo Belo do Sul, Santa Catarina.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os pacientes com depressão de acordo com idade, sexo, tipo de psicofármaco utilizado, tempo de uso e dose ingerida do psicofármaco.
- Identificar as principais causas e consequências da depressão, na comunidade de Lago Azul.
- Ampliar o processo de trabalho da equipe de saúde da família, através da educação continuada, buscando aumentar o conhecimento dos profissionais da saúde sobre o tratamento farmacológico e não farmacológico para pacientes com depressão.

3 Revisão da Literatura

Os transtornos depressivos

Os transtornos depressivos são presenciados na humanidade desde o início da história registrada. Hipócrates de Cos, médico da antiga Grécia refere à depressão como melancolia identificada como perda de apetite, humor deprimido, tristeza, alucinações e delírios. Nessa época o médico afirmava que as doenças eram ocasionadas pelo desequilíbrio ocorrido no corpo humano, alterando os fluídos do sangue, bílis e flemes (ALIVERTI., 2004).

A depressão é um transtorno mental muito comum nos dias de hoje. A doença se caracteriza por humor deprimido, onde o indivíduo apresenta perda de interesse ou de prazer, redução da energia, sentimento de culpa ou baixa autoestima. Também pode apresentar perturbações no sono, falta de apetite, e dificuldade para se concentrar. Muitas vezes a depressão vem acompanhada ainda pela ansiedade (WFMH, 2012).

Existem várias formas em que a depressão pode se apresentar, e dependendo do número e da gravidade dos sintomas, ela pode ser classificada como leve, moderada ou grave. Em casos leves a pessoa ainda consegue levar uma vida normal, com trabalho e atividades sociais, sendo que este tipo de depressão pode persistir durante muito tempo e muitas vezes se torna sinônimo de distímia, gerando certo impacto na vida cotidiana. A depressão moderada e grave são aquelas que apresentam sintomas mais severos, afetando o dia a dia, podendo ocasionar um impacto negativo na área profissional, social e doméstica (WFMH, 2012).

A depressão é uma doença crônica, recorrente, que pode durar semana ou meses, afetando tanto o corpo como a mente. A doença pode ser ocasionada por diversos fatores como estresse, doenças físicas (Parkinson, câncer, esclerose múltipla, etc.) e doenças hormonais (Hipotireoidismo, Síndrome de Cushing, etc.). Outras causas da doença pode ser a administração de algumas drogas ou o consumo de álcool, que em certos casos podem ocasionar síndrome de abstinência em indivíduos impossibilitados de utilizar estas substâncias, que por sua vez acarreta em forte depressão (MOLINA; MARTI, 2010).

Os transtornos depressivos são um enorme problema de saúde pública, uma vez que milhões de pessoas que são afetadas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que aproximadamente 322 milhões de pessoas no mundo têm alguma forma de depressão, e menos de 25,0% tem acesso a um tratamento eficaz. Além disso, a OMS avalia que entre os anos de 2005 a 2015, esse número cresceu 18,4%, sendo que prevalência atual deste transtorno na população mundial é de aproximadamente 4,4% (OMS, 2017).

Além disso, sabe-se que a maior prevalência de depressão ocorre entre mulheres, com estimativas de que a cada um homem que desenvolve depressão, duas mulheres sofrem da mesma doença, independentemente da origem racial, étnica ou situação econômica (CREFITO, 2014). Dados corroboram com este achado, indicando a prevalência de 7,5%

nas mulheres entre 55 e 74 anos de idade, e 5,5% dos homens entre 55 e 74 anos de idade (OMS, 2017).

Segundo o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), em 2013 foram confirmados aproximadamente 11,2 milhões de casos de depressão em adultos, o que corresponde a 7,6% da população brasileira. Estes mesmo dados apontam para uma prevalência maior de depressão em moradores da área urbana (8,0%), em mulheres (10,9%), na faixa etária de 60 a 64 anos de idade (11,1%), entre as pessoas brancas (9,0%), sendo as regiões Sul (12,6%) e Sudeste (8,4%) aquelas com maior número de casos. Com relação a escolaridade, observa-se que 8,7% dos indivíduos com ensino superior completo e 8,6% daqueles sem instrução e com fundamental incompleto apresentaram depressão (IBGE, 2014).

Além disso, segundo o IBGE, dos 11,2 milhões de brasileiros identificados com depressão, cerca de 52,0% faziam o uso de medicamentos para depressão e 16,4% realizavam psicoterapia. Deste que referiram o diagnóstico, somente 46,4% receberam assistência médica para depressão no último um ano que antecedeu o estudo, sendo que apenas 33,2% destes atendimentos aconteceram em unidade básica de saúde (33,2%) (IBGE, 2014).

Segundo os dados da Organizações Mundial da Saúde em 2017, 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, com 5,9% de depressivos. Nas Américas o país com menor prevalência de depressão é a Guatemala, onde 3,7% da população tem este agravo, seguido pelas Ilhas Salomão, na Oceania, onde a depressão atinge 2,9% da população. Por outro lado, outros países além dos Estados Unidos, possuem maiores taxas de prevalência de depressão quando comparados com o Brasil, podendo ser citado a Austrália (5,9%), a Estônia (5,9%) e a Ucrânia (6,3%) (G1, 2017).

Quando trata-se de regiões metropolitanas, acredita-se que dos 11 milhões de pessoas que vivem em São Paulo, cerca de 10,0% (1,1 milhão de pessoas) desenvolveram depressão nos últimos 12 meses. Os resultados de um grande estudo desenvolvido na cidade, apontam que aproximadamente 990 mil pessoas apresentam dor crônica associada a depressão. Como consequência, ocorre a ativação de células de defesa e do sistema inflamatório, que por sua vez promovem lesões no endotélio e provocam a liberação de espécies de oxigênio, que por vezes, são associados a diversas comorbidade crônicas e a depressão (ASKARI et al., 2017).

Segundo dados publicados no Relatório Consolidado de Cadastro do município Campo Belo do Sul (2017), no presente ano há uma prevalência de 255 pessoas com depressão, distribuídas nos três postos de saúde do município. Na Unidade de Saúde Lago Azul observa-se uma prevalência de 90 pessoas com doenças psiquiátricas, e destas há um total de 60 pessoas com depressão, com predomínio no sexo feminino e no grupo etário entre 50 e 70 anos de idade.

É importante ressaltar que a depressão não sinaliza fraqueza, falta de pensamentos positivos ou uma condição que possa ser superada apenas pela força de vontade ou esforço.

Esta doença é caracterizada por diversos sintomas dentre eles, tristeza, pensamentos ruins, perda de atenções, perda da memória e alterações do sono. Outras características da doença são o pessimismo ou a falta de esperança, ideias de suicídio, perda de interesse pela vida e abuso de álcool, drogas e psicofármaco (ROZMAN; CARDELLACH, 2000).

O uso abusivo de psicofármaco tem gerado grandes preocupações no sistema de saúde, já que muitas pessoas realizam o tratamento por tempo indeterminado, sem assistir as consultas de seguimento médico, acarretando muitas vezes em dependência excessiva dos psicofármacos para a redução dos sintomas da depressão.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária no Brasil (ANVISA), refere que dentre os principais psicofármacos utilizados por pessoas com depressão encontram-se os ansiolíticos e antidepressivos, sendo que os fármacos mais usados pela populações nos anos 2007 a 2010 foram o Clonazepam e Alprazolam (NASARIO; SILVA, 2016).

O psicofármaco é uma substância química que exerce certa influência nos processos mentais, incidindo no sistema nervoso central, sendo capaz de modificar a consciência, a conduta e a percepção das pessoas doentes. As células cerebrais, chamadas de neurônios, comunicam-se entre si através de sinapses que transmitem o impulso nervoso através de sinais químicos chamados de neurotransmissores; os quais inibem os neurônios, modulando sua ação (PORTO; MERINO, 2015).

Como exemplos de neurotransmissores pode ser citado a serotonina, a dopamina, a noradrenalina, a acetilcolina, a histamina, o ácido gamma aminobutírico (GABA), o glutamato, entre outros. Na doença depressiva ocorre a redução da concentração de diversos neurotransmissores, e por esta razão são utilizados os psicofármacos no seu tratamento, uma vez que estes aumentam as concentrações dos neurotransmissores através de diversos mecanismos, atuando no tronco encefálico e no sistema límbico. Estes medicamentos alteram as funções cerebrais complexas como as emoções, lembranças e afetividade, o que promove uma melhoria do estado de depressão (GUERRI, 2017).

Para o tratamento da depressão são utilizados vários tipos de psicofármacos como: Ansiolíticos, Hipnóticos, Antidepressivos, Antipsicóticos e Estabilizadores do Humor. Os medicamentos que controlam a ansiedade, enquanto os hipnóticos induzem o sono. Entre os fármacos com propriedades ansiolíticas encontram-se, os benzodiazepinas (BZD's), a buspirona, os antidepressivos SSRI e SNRI, pregabalina (Lyrica®), a gabapentina (Neurontin®) (GUERRI, 2017).

Os BZD's foram introduzidas nos anos 50, pelo investigador europeu Leo Sternbach; na empresa farmacêutica Hoffman La Roche. Encontram-se entre os fármacos mais prescritos na atualidade e facilitam a ação do ácido gamma-aminobutírico (GABA) sobre os seus receptores. Estes fármacos exercem atividade ansiolítica, hipnótica, relaxante muscular e anticonvulsivante. Contudo, induzem dependência física e psicológica. O tratamento contínuo com BZD's não é recomendado, devendo ser utilizados por períodos curtos de tempo. Dentre os BZD's no mercado que são mais utilizados pode-se citar o Alprazo-

lam (Xanax®), Lorazepam (Lorenin®), Diazepam (Valium®), Mexazolam, (Sedoxil®), Victan® e Flurazepam (Morfex®, Dalmadorm®). (LÓPEZ-MUÑOZ; ÁLAMO, 2006).

Os Antidepressivos Tricíclicos apareceram no final dos anos 50 do século XX. O primeiro antidepressivo desta classe a ser descoberto foi a Imipramina. A sua atividade antidepressiva ocorre por inibição da receptação da serotonina e da noradrenalina. O efeito dos antidepressivos no organismo ocorre entre dois e seis semanas de tratamento e as principais reações secundárias que ocasionam são: náuseas, boca seca, constipações, aumento de peso, taquicardia, convulsões, dor no peito e urticaria. Outros antidepressivos são: Clomipramina (Anafranil®), Imipramina (Tofranil®), Amitriptilina (ADT®, Tryptizol®), Nortriptilina (Norterol®), Maprotilina (Ludiomil®), Doxepina (Quitaxon®), Trimipramina (Surmontil®) (ÁLVAREZ, 2009).

Nos anos 80 foi descoberta a Fluoxetina (Prozac), considerada o primeiro Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina (SSRI). Este medicamento assim como os outros desta classe revolucionaram o tratamento da depressão e de outras doenças psiquiátricas, como a ansiedade. São fármacos seguros e eficazes no tratamento da depressão e apresentam baixa incidência de efeitos adversos. Atuam junto aos receptores sigma-1, que está presente em diversos órgãos como fígado, cérebro e coração, assim os agonistas dos receptores sigma-1 parecem possuir efeito antidepressivo e cognitivo, favorecendo a memória e o aprendizado das pessoas (SOUZA, 2017). Os mais utilizados são a Paroxetina, o Escitalopram, a Sertralina, o Citalopram e Fluvoxamina. Mais recentemente apareceu uma nova classe de Antidepressivos designados de SNRI's. Entre estes encontram-se a Venlafaxina (Efexor®, Zarelax®) e a Duloxetina (Cymbalta®). A sua atividade antidepressiva ocorre por inibição da receptação da Serotonina e da Noradrenalina. O efeito terapêutico dos antidepressivos tipicamente ocorre após 3 a 4 semanas após o início do tratamento. Orientações sugerem que o tratamento antidepressivo deve ser mantido por pelo menos seis meses após a remissão do quadro clínico, sendo que o risco de recaída é extremamente elevado em caso de cessação do uso da medicação antes deste período (GOMES, 2013).

Os Estabilizadores do Humor são indicados principalmente no tratamento da doença Bipolar mais podem ser utilizados como adjuvantes na terapia antidepressiva. Como exemplos de Estabilizadores do Humor podemos citar o Carbonato de Lítio; o qual é utilizado no tratamento em pacientes com depressão maior que não respondem ao uso dos antidepressivos. Recentemente foi demonstrado que os Antipsicóticos Atípicos (Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Ziprazidona, Aripiprazol, Zotepina) possuem propriedades estabilizadoras do Humor e atualmente são muito utilizados no tratamento da Doença Bipolar. Outros Estabilizadores do Humor são: Valproato de Sódio (Depakine® e Diplexil®), Carbamazepina (Tegretol®), Topiramato (Topamax®), Lamotrigina (Lamictal®) (GOMES, 2013).

Alguns Antipsicóticos, utilizados no tratamento das perturbações psicóticas, como a Esquizofrenia, podem também ser utilizados para doenças psiquiátricas como a doença

Bipolar e a Depressão. O mecanismo de ações destes fármacos e que são antagonistas dos receptores Dopaminérgicos D2. Dentre os Antipsicóticos Clássicos ou Típicos estão a Flufenazina (Anatensol®, Cenilene®), a Clorpromazina (Largactil®) e o Haloperidol (Haldol®, Serenelfi®). Por outro lado, podemos citar como Antipsicóticos Atípicos a Clozapina (Leponex®), a Olanzapina (Zyprexa®), a Risperidona (Risperdal®), a Quetiapina (Seroquel®, Alzen®), a Ziprazidona (Zeldox®), a Amisulpride (Amitrex®), a Zotepina (Zoleptil®), a Aripiprazole (Abilify®), a Paliperidona (Invega®) e a Sertindole (Serdolact®) (GUZMÁN, 2017).

Os Antipsicóticos Atípicos são medicamentos mais recentes, melhor tolerados pelo organismo e apresentam maior espectro de ação. Já os Antipsicóticos Típicos apresentam mais efeitos secundários quando comparados com os atípicos. Entre estes efeitos secundários encontram-se sintomas neurológicos como a acatisia (necessidade constante de movimento), distonias (contrações musculares involuntárias) e rigidez muscular que se assemelham aos sintomas da doença de Parkinson. Por outro lado, os Antipsicóticos Atípicos apresentam menos efeitos secundários, mas quando ocorrem, consistem principalmente em aumento de peso, aumento da glicose sanguínea e colesterol, sedação e por vezes sintomas neurológicos (BERMEJO; RODICIO, 2007).

Neste contexto, o crescente número de diagnóstico de doença mental na população, bem como a descoberta de novos psicofarmacos pela indústria farmacêutica, produz um significativo aumento na utilização de medicamentos psicotrópicos em vários países ocidentais. Nas últimas décadas a elevada taxa de medicalização é amparada principalmente na ideia, de que o corpo é uma máquina, do qual pode ser "concertado" através do uso de psicofarmacos, promovendo o alívio do sofrimento psíquico e manutenção das atividades laborais e das interações sociais (PINAFI, 2013). Em consequência, cresce na sociedade atual o chamado uso abusivo de medicamento, indo contra o que é preconizado pelas Organizações Mundial da Saúde, exposto em 1985 na Conferência Mundial sobre Uso Racional de Medicamentos, em Nairóbi, onde foi identificado que existe uso racional quando os pacientes recebem medicamentos apropriados as suas necessidades clínicas, em doses adequadas a suas particularidades individuais, por período de tempo necessário e com baixo custo para eles e para sua comunidade (OMS, 1986).

A distribuição de psicofarmacos, no Brasil é uma das atividades regidas pela Assistência Farmacêutica (AF). A qual se encarga da conservação, a segurança e a eficácia terapêutica; na distribuição e comercialização dos psicofarmacos no país (COSTA et al., 2017). Investigar o uso dos psicofarmacos pelas populações atendidas nas unidades de saúde é fundamental para planejar estratégias de intervenções em saúde mental e realizar um controle estrito dos usuários de psicofarmacos na comunidade. Dessa maneira, quando o paciente atua junto com a equipe de saúde, e se responsabiliza pelo seu tratamento, utilizando apenas a dose indicada, no intervalo de tempo estabelecido pelos especialistas, ele passa a realizar o uso racional dos medicamentos (FILIPP; BONAMIGO, 2016).

Uso do tratamento farmacológico e não farmacológico

O tratamento farmacológico, inclui geralmente o uso de psicofarmáco e psicoterapia ou uma combinação dos dois. A psicoterapia é um tratamento científico, de natureza psicológica que promove modificações no comportamento da saúde física e psíquica, com integrações da identidade psicológica e bem-estar físico das pessoas que ficam doente. Se faz mediante a terapia cognitiva, a terapia da família e interpessoal, terapia comportamental e psicoterapia dinâmica breve (FEAP, 2017).

O tratamento não farmacológico é aquele onde se leva em conta o modo e estilo de vida da pessoa, consistindo em diversos procedimentos que ajudam o paciente a alcançar o bem-estar físico e mental; restaurando assim a saúde da pessoa e evitando o uso indiscriminado dos psicofarmácos. Neste tratamento considera-se aspectos como alimentação, uso de substâncias tóxicas, exercícios físicos, hobbies, higiene do sono, apoio familiar e de amigos. Além do uso das técnicas de relaxamento e da fisioterapia (GOLEMAN, 1986)

No que diz respeito as técnicas de relaxamento, estas são usadas para diminuir a ansiedade por meio da redução da atividade mental, gerando uma sensação de tranquilidade. Há várias formas de relaxamento, desde técnicas mais tradicionais de meditação, yoga, respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo, às mais modernas de biofeedback e visualização (GOLEMAN, 1986).

A acupuntura é uma modalidade terapêutica milenar que utiliza agulhas, moxas e outros instrumentos para liberar substâncias químicas no organismo com efeito analgésico e/ou anti-inflamatório. A acupuntura pode ser uma boa aliada no tratamento à ansiedade e ao stress, ajudando o organismo a relaxar, por meio da liberação de substâncias endógenas (ou seja, liberadas pelo próprio organismo), como a endorfina e a serotonina, que são calmantes naturais. Pesquisas recentes com ressonância magnética funcional mostram que a Acupuntura age em áreas cerebrais semelhantes a de medicamentos antidepressivos, ajudando mais ainda em seu efeito ansiolítico (PAI et al., 2017).

As plantas medicinais são aquelas que apresentam ação farmacológica, ou seja, ajudam na cura ou tratamento de várias doenças. A Organização Mundial da Saúde (OMS), considera as plantas medicinais como importantes instrumentos da assistência farmacêutica, por meio de vários comunicados e resoluções, expressa sua posição a respeito da necessidade de valorizar a sua utilização no âmbito sanitário ao observar que 70% a 90% da população nos países em vias de desenvolvimento depende delas no que se refere a Atenção Primária a Saúde.

O conhecimento da medicina tradicional, tratamentos e práticas devem ser respeitados, preservados e amplamente divulgados, levando-se em conta as circunstâncias de cada país. Os governos tem responsabilidade pela saúde de sua população e devem formular políticas nacionais, regulamentos e normas, como parte dos sistemas nacionais de saúde abrangentes, para garantir a adequada, segura e efetiva utilização da medicina tradicional. Além disso, cabe ao governo estabelecer sistemas de qualificação, acreditação

ou licenciamento dos praticantes da medicina tradicional, além de permear e reforçar a comunicação entre a medicina tradicional e a convencional nos programas de formação (BRASIL, 2012).

Adequação a ser incentivada para profissionais de saúde

A expansão da Equipe de Saúde da Família (ESF), contando com a ampliação das categorias profissionais por meio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, denota grande potencial para o desenvolvimento das ações com plantas medicinais e fitoterapia, ampliando o acesso da população aos benefícios dessa prática no Sistema Único de Saúde (SUS). Para a saúde da família, a fitoterapia promove o vínculo e aproximação entre trabalhadores da saúde e comunidade, tornando a relação mais horizontal e reforçando o papel da equipe de saúde como primeiro contato do usuário com o Sistema de Saúde, assim como a ampliação das ofertas de cuidado que favoreçam o princípio da integralidade em saúde (BRASIL, 2009).

O processo de trabalho dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, nas doenças mentais em conjunto com a equipe de saúde, deve ser desenvolvido por meio das ferramentas tecnológicas, das quais são exemplos o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, Clínica Ampliada e Pactuação do Apoio. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) a partir desses componentes é possível elaborar conjuntamente projetos terapêuticos e estratégias de reinserção social das pessoas com transtornos mentais como:

1. Responsabilidade pelo cuidado aos usuários de saúde mental do território.
2. Planejamento e realização do diagnóstico da situação de saúde mental da população do território, identificando os problemas mais frequentes e espaços de produção de vida.
3. Reuniões interdisciplinares periódicas para discussão de casos e educação permanente; onde podem ser incluídos materiais educativos.

O atendimento compartilhado por meio de consultas conjuntas nas unidades, nos domicílios e outros espaços da comunidade também é uma estratégia que proporciona a avaliação de risco, o manejo dos casos com a elaboração de projetos terapêuticos, caracterizando-se como um processo de educação permanente, onde vários profissionais têm a oportunidade de aprender na prática cotidiana do atendimento das demandas de saúde mental (BRASIL, 2009).

De acordo a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais no Sistema de Saúde brasileiro, bem como na Unidade de Saúde Lago Azul, considera-se fundamental a priorização de ações de saúde mental pelos profissionais de saúde da unidade em conjunto com o Núcleo de Apoio a Saúde das Família. Para tanto é preciso a a capacitação destes profissionais, uma vez que a educação permanente deve ser o principal impulsionador na

mudança das práticas em saúde e na construção de ações mais eficazes para populações mais vulneráveis, como é o caso das pessoas com transtornos mentais, promovendo assim um acesso mais fácil aos cuidados em saúde mental pela Atenção Primária em Saúde.

4 Metodologia

Delineamento do estudo

O presente projeto trata-se de uma intervenção educativa com abordagem de pesquisa bibliográfica, descritiva e quantitativa. Para a realização da intervenção será formulado um plano de ações multiprofissional para reduzir o uso de psicofármaco e estimular tratamentos alternativos para pacientes com depressão cadastrados na unidade de saúde de Lago Azul, no município de Campo Belo do Sul.

Seleção da amostra

A intervenção envolveu os pacientes cadastrados pelo Sistema Único de Saúde, os quais possuem depressão e residem na área de abrangência da unidade de saúde de Lago Azul.

Do total de 90 pacientes com depressão cadastrados na unidade de saúde, foram selecionados de forma aleatória 60 pacientes de ambos os sexos. Para a seleção foi realizado um sorteio simples dos participantes, cujos dados foram coletados no prontuário médico eletrônico.

Crítérios de inclusão

- Ter o diagnóstico de depressão.
- Fazer uso de psicofármaco.
- Concordar participar do estudo, tendo em conta os princípios básicos da Ética Médica

Crítérios de exclusão

- Pacientes com limitações físicas e mentais, com dificuldade para deslocar à área de intervenções.

Estratégias e ações

As ações serão realizadas ao longo de quatro fases:

Fase 1:

Foi realizada a identificação dos pacientes com depressão registrados na unidade de saúde, através do prontuário médico eletrônico. Foram coletados dados do histórico do paciente, sendo consideradas as informações de visitas domiciliares, atendimentos em consulta ou acolhimento na unidade de saúde realizados pelo médico, enfermeiro e/ou agente de saúde.

Os pacientes selecionados foram convidados pela equipe de saúde para participar de uma reunião, cuja finalidade foi explicar os objetivos do estudo, a importância do projeto de intervenções educativas e para fazer o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido.

Fase 2:

Foi aplicado questionário estruturado, na forma de entrevista face a face, do qual foi elaborado pela pesquisadora. Foram investigadas as seguintes variáveis, para a caracterização dos pacientes com depressão: sexo (mulher e homem), faixa etária (0 a 19 anos, 20 a 49 anos, 50 a 79 anos, 80 anos ou mais), tipo de psicofármaco usado (benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, estabilizadores de humor, antipsicóticos), tempo do uso do psicofármaco (menor de 1 anos, 2 a 5 anos, 6 anos ou mais) e simultaneidade utilizada do psicofármaco.

Serão calculadas as prevalências para variáveis categóricas. Todas as análises e processamentos de informações serão realizadas utilizando o programa estatístico SPSS (Statistical Package For The Social Science).

Fase 3:

Esta fase diz respeito a implementação da intervenção, onde foram realizadas palestras educativas pela equipe de saúde, no auditório da unidade de saúde de Lago Azul. As palestras foram divididas em quatro momentos com o uso de técnicas de intervenções educativas, das quais são uma ferramenta que estimulam a participação dos indivíduos, e permitem criar um ambiente de troca de saberes entre os pacientes e a equipe de saúde. Ela é realizada introduzindo uma problemática atual, para desenvolver então um processo coletivo de discussões e reflexões, potencializando e enriquecendo o conhecimento coletivo de cada um dos participantes.

Foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- **Primeira técnica participativa:** chuva de ideias.

Tema: Principais causas e consequências da depressão.

Lugar: Unidade de saúde.

Responsável: Equipe de saúde.

Recursos: Folha de papel, caneta e cartolina.

Descrições: Explicações sobre as principais causas e consequências da depressão.

Procedimentos: 1) Divisão dos participantes em dois grupos, sendo que o grupo A corresponde as principais causas da depressão e o grupo B corresponde as principais consequências da depressão; 2) Coloca-se a cartolina na parede e divide-se em duas partes de acordo as equipes A e B; 3) Sobre a mesa coloca-se diferentes folhas de papel com diferentes causas e consequências. Cada equipe deverá escolher a folha que correspondente com o seu grupo, de acordo com seus conhecimentos e colar na cartolina; 4) Conclusões e reflexões da equipe pelo exercício feito; 5) Despedida dos participantes, sendo citada a próxima técnica.

- **Segunda técnica participativa:** noticiário popular.

Tema: Tratamento farmacológico e consequências do uso indiscriminado dos psicofármaco.

Lugar: Unidade de saúde.

Responsável: Equipe de saúde.

Recursos: Folha de papel, caneta, médio audiovisual.

Descrições: Apresentado material audiovisual para descrever alguns psicofármaco usados durante ou tratamento da doença e as consequências do uso inadequado dos psicofármaco.

Procedimentos: 1) Divide-se o grupo em duas equipes e se coloca uma equipe na frente da outra; 2) Primeiramente cada participante de umas das equipes pega uma folha com o nome do psicofármaco, enquanto a segunda equipe pega as folhas que possuem as consequências do uso indiscriminado de psicofármacos. 3) Será formuladas duplas entre ambas as equipes, unindo o correspondente fármaco com a sua respectiva consequência, como por exemplo, o fármaco Diazepam tem como consequência quando utilizado indiscriminadamente a sonolência, a vertigem e a hipotensão arterial. 4) Conclusões e reflexões da equipe pelo exercício feito; 6) Despedida dos participantes, sendo citada a próxima técnica.

- **Terceira técnica participativa:** Liga do conhecimento

Tema: Tratamento não farmacológico com o uso da fitoterapia. Apresentado o uso de plantas medicinais, indicações, modo de preparo e ações no organismo.

Lugar: Unidade de saúde

Responsável: Equipe de saúde

Recursos: Folha de papel e caneta

Descrições: Explicado sobre o uso das plantas medicinais na depressão.

Procedimentos: 1) Formam-se quatro equipes contendo cinco pessoas cada; 2) O coordenador da atividade fornecerá a um representante da primeira equipe o nome das plantas medicinais, as indicações para a segunda equipe, o modo de preparo para a terceira equipe e o as ações no organismo para a quarta equipe. Por exemplo, o coordenador pede que cada integrante de cada equipe se uma entre sim, fazendo novos grupos de acordo com as características de cada planta medicinal e os conhecimentos adquiridos pelos pacientes durante a explicações feitas.

Nome científico: *Passiflora Incarnata L.*

Nome popular: maracujá silvestre

Indicações: síndrome depressiva e ansiosa

Modo de preparações: em forma de chá, fazemos uma infusões colocando 1 colher da planta picada em 1 xícara de água já fervida. O tempo de preparo é de 5 a 10 minutos. Deve-se ingerir 1 xícara de chá de 3 a 4 vezes ao dia. Uso só em adultos

Ações no organismo: faz ações no organismo sobre os mesmos receptores que as benzodiazepinas como o Diazepam. Possui ação ansiolítica.

3) Conclusões e reflexões da equipe pelo exercício feito; 4) Despedida dos participantes, sendo citada a próxima técnica.

- **Quarta Técnica participativa:**

Tema: Tratamento não farmacológico modificando modo e estilo de vida.

Lugar: Unidade de saúde

Responsável: Equipe de saúde

Recursos: Folha de papel, cartolina, caneta e pegolin

Descrições: Coloca-se na parede quatro fichas do tamanho da cartolina, abordando os seguintes temas: primeira ficha alimentação saudável, segunda ficha exercício físico, terceira ficha hobbies e quarta ficha o sono adequado.

Procedimentos: 1) Cada participante pega uma folha que fica em cima da mesa, com uma das características que correspondem a cada ficha; 2) De forma individual, cola a característica escolhida na ficha adequada. Por exemplo, a alimentação saudável é uma forma de evitar o uso de café, chocolate, chá preto e mate, refrigerante e energéticos. Os quais sim se consomem muito frequente ocasionam ansiedade, dor de cabeça, insônia, troca nos estados de ânimo e depressão. 3) Conclusões e reflexões da equipe pelo exercício feito; 5) Despedida dos participantes, sendo citada a próxima atividade.

Fase 4:

Avaliações dos conhecimentos ensinados aos pacientes, em cada uma das técnicas participativas após a intervenção educativa. Para tanto, será aplicado um questionário para verificar se a intervenção foi positiva e se foi possível elevar o grau de conhecimento dos participantes sobre os temas abordados. Além disso será avaliado se foi possível ampliar o processo de trabalho da equipe de saúde da família da comunidade em questão.

O projeto foi realizado entre Junho a Dezembro de 2017. As ações propostas para a realização da intervenção educativa, ocorreram duas vezes por semana, sendo que os participantes foram distribuídos em grupos de 20 integrantes, buscando mais interações entre os paciente e a equipe de saúde. Durante as reuniões semanais feitas pela equipe de saúde, foi discutido sobre o desenvolvimento de cada fase do projeto.

Recursos necessários

Abaixo, observa-se o quadro com os materiais necessários para o desenvolvimento do projeto.

Cronograma das atividades realizadas

Abaixo segue cronograma com as atividades desenvolvidas neste projeto.

Tabela 1 – Materiais permanentes

Equipe e Acessórios	Quantidade	Custo Unitário	Custo Total
Computador	1	R\$ 1.429,00	R\$ 1.429,00
Impressora	1	R\$ 748,00	R\$ 748,00
Tonel	1	R\$ 169,00	R\$ 169,00
Caixa de Som	1	R\$ 200,00	R\$ 200,00
Pen drive	1	R\$ 45,00	R\$ 45,00
Total			R\$ 2.591,00

Tabela 2 – Materiais de consumo

Material	Quantidade	Custo Unitário	Custo Total
Cartolina	8	R\$ 3,00	R\$ 3,00
Caixa de caneta piloto	1	R\$ 26,00	R\$ 26,00
Resma de folha	1	R\$ 30,00	30,00
Total			R\$ 2.671,00

Tabela 3 – Cronograma das atividades realizadas

Atividade	Jun	Jul	Set	Out	Nov	Dez
Elaboração do projeto	X	X				
Identificação da população		X	X			
Elaboração do referencial teórico			X	X		
Implementação do projeto				X	X	
Análise dos resultados				X	X	
Divulgação dos resultados						X

5 Resultados Esperados

A depressão afeta milhares de pessoas em todo o mundo e em todas as faixas etárias, incluindo crianças, adultos e idosos. Como o modelo biomédico de saúde baseado na cura através de medicamentos persiste ainda nos dias atuais, intervenções que se proponham a reduzir o uso de psicotrópicos é de grande relevância no contexto da saúde pública.

Dentre os resultados já identificados ao longo desta intervenção, observa-se na Tabela 1 a distribuição dos participantes com depressão segundo o sexo e as faixas etárias. Percebe-se que há maior número de pessoas utilizando medicamento na faixa etária de 50 a 70 anos, com maior número de mulheres (20), quando comparado com os homens desta mesma faixa etária (6).

No que confere ao tipo de medicamento utilizado, na Tabela 2 observa-se maior consumo de benzodiazepínicos entre o sexo feminino, totalizando 40 mulheres. Por outro lado, apenas 13 homens utilizam o mesmo psicofármaco.

Em relação ao tempo de uso do medicamento, na Tabela 3 se observa que predomina o consumo no sexo feminino no período maior de cinco anos (21 mulheres). Já para o sexo masculino, percebe-se que há maior número de homens que utilizam o fármaco no período de 2 a 5 anos.

A tabela 4 mostra a distribuição dos participantes segundo o sexo e a simultaneidade no uso de psicofármacos. Observa-se maior predomínio no uso de dois a três psicofármacos

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes com depressão segundo o sexo e faixa etária.

Faixa etária	Mulher	Homem	Total
0 a 19 anos	3	2	5
20 a 49 anos	6	2	8
50 a 70 anos	28	8	36
80 anos ou mais	8	3	11
Total	45	15	60

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo o sexo, de acordo com o tipo de psicofármaco utilizado.

Tipo de psicofármaco utilizado	Mulher	Homem	Total
Benzodiazepínicos	40	13	53
Antidepressivos tricíclicos	36	11	47
Estabilizadores de humor	8	5	13
Antipsicóticos	3	5	8

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo sexo e o tempo do uso do psicofármaco.

Tempo	Mulher	Homem	Total
Menor de 1 ano	9	4	13
De 2 a 5 anos	15	8	23
Mais de 5 anos	21	3	24
Total	45	15	60

Tabela 7 – Característica dos participantes de acordo com o sexo e a simultaneidade de psicofármaco utilizado.

Quantidade	Mulher	Homem	Total
Um psicofármaco	9	2	11
De 2 a 3 psicofármacos	20	8	28
Mais de 3 psicofármacos	16	5	21

entre ambos os sexos, sendo utilizado por 20 mulheres e 8 homens.

Com a implementação deste projeto percebe-se que houve o aumento no nível de conhecimento sobre a depressão em pacientes portadores da doença, da Unidade Básica de Saúde de Lago Azul. Além disso, está sendo possível melhorar o controle do tratamento dos pacientes através da mudança de estilo de vida destes, mediante as propostas de palestras realizadas pela equipe abordando temas de interesse sobre a doença e como conviver com ela.

A intervenção também permitiu ampliar o processo de trabalho da equipe de saúde através da educação continuada, da qual enriqueceu a equipe com maior conhecimento sobre a depressão e o seu tratamento, capacitando os profissionais para uma abordagem inicial mais humanizada ao paciente com a doença e a formulação de planos terapêuticos adequados, implicando em uma melhor reabilitação do paciente. Ao mesmo tempo, a educação continuada favorece a interação entre a equipe de saúde e os pacientes, gerando assim maior conformidade com o tratamento prescrito pelo médico, através do planejamento e acompanhamento adequado dos mesmos. Espera-se ainda que esta intervenção auxilie na redução do uso indiscriminado de psicofármacos pelo pacientes.

Com a implementação desta intervenção, foi criado um grupo de pacientes portadores de depressão, que podem reunir-se com a equipe de saúde todos os meses para trocar experiências e abordar os problemas vivenciados por cada um deles.

Referências

- ALIVERTI., M. *La Historia de la Depresión*. Madrid: Ediciones Palabras S.A, 2004. Citado na página 17.
- ANDRADE, L. et al. Prevalence of icd-10 mental disorders in a catchment area in the city of são paulo, brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, v. 37, n. 7, p. 316–325, 2012. Citado na página 13.
- ASKARI, M. S. et al. Dual burden of chronic physical diseases and anxiety/mood disorders among são paulo megacity mental health survey sample, brazil. *Journal of Affective Disorders*, v. 220, n. 1, p. 1–7, 2017. Citado na página 18.
- BERMEJO, J. C.; RODICIO, S. G. Antipsicóticos típicos. antipsicóticos atípicos. *FMC*, v. 1410, p. 637–647, 2007. Citado na página 21.
- BRASIL, M. da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. *Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio a saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Citado na página 23.
- BRASIL, M. da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. *Práticas Integrativas e Complementares:: Plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Citado na página 22.
- COSTA, K. S. et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no sistema Único de saúde. *Rev Saude Publica*, v. 51, p. 1–5, 2017. Citado na página 21.
- CREFITO. *Estatísticas depressão*. 2014. Disponível em: <<http://www.crefito10.org.br/conteudo.jsp?idc=1939>>. Acesso em: 15 Out. 2017. Citado na página 17.
- FEAP, F. E. de Asociaciones de P. *Definicion de psicoterapia y psicoterapeuta*. 2017. Disponível em: <<http://www.feap.es/index.php>>. Acesso em: 19 Nov. 2017. Citado na página 22.
- FILIPP, E. F.; BONAMIGO, E. L. Análises de dados situacionais do uso de psicofármaco na atenção básica. *UNIEDU*, p. 1–11, 2016. Citado na página 21.
- G1. *Depressão cresce no mundo, segundo OMS; Brasil tem maior prevalência da América Latina*. 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/noticia/depressao-cresce-no-mundo-segundo-oms-brasil-tem-maior-prevalencia-da-america-latina.ghtml>>. Acesso em: 19 Out. 2017. Citado na página 18.
- GOLEMAN, D. *Relaxation:: surprising benefits detected*. 1986. Disponível em: <<http://www.nytimes.com/1986/05/13/science/relaxation-surprising-benefits-detected.html?pagewanted=all>>. Acesso em: 19 Nov. 2017. Citado na página 22.
- GOMES, A. N. *Psicofármacos – breve guia dos medicamentos mais utilizados na Psiquiatria*. 2013. Disponível em: <<http://antoniomngomes.blogs.sapo.pt/tag/antidepressivos>>. Acesso em: 19 Nov. 2017. Citado na página 20.

- GUERRI, M. *¿Qué son los Psicofármacos?, tipos y función*. 2017. Disponível em: <<https://www.psicoinactiva.com/blog/los-psicofarmacos-tipos-funcion/>>. Acesso em: 21 Nov. 2017. Citado na página 19.
- GUZMÁN, F. *Antipsicóticos de primera generación (típicos, neurolepticos, convencionales)*:: una introducción. 2017. Instituto de Psicofarmacología. Disponível em: <<http://psicofarmacologia.com/antipsicoticos/tipicos-neurolepticos-convencionales-primera-generacion>>. Acesso em: 19 Nov. 2017. Citado na página 21.
- IBGE. *PNS 2013: IBGE faz um amplo retrato da saúde dos adultos brasileiros*. 2014. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14724-asi-pns-2013-ibge-faz-um-amplo-retrato-da-saude-dos-adultos-brasileiros.html>>. Acesso em: 19 Out. 2017. Citado na página 18.
- KARAKUŪA-JUCHNOWICZ, H. et al. The role of igg hypersensitivity in the pathogenesis and therapy of depressive disorders. *Nutritional Neuroscience*, v. 20, n. 2, p. 110–118, 2017. Citado na página 12.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F.; ÁLAMO, C. Leo sternbach y el descubrimiento de las benzodiazepinas: La búsqueda de tranquilizantes o el poder de serendip. *Humanidades médicas*, p. 52–54, 2006. Citado na página 19.
- MOLINA, L. S.; MARTI, B. A. *El medico em casa. Comprender la Depresión. Luís San Molina, Belém Arranz Marti. , Barcelona.1 ra edicion.2010*. Barcelona: Amat Editorial, 2010. Citado na página 17.
- MUNHOZ, T. N. Prevalência e fatores associado a depressão em adultos:: estudo de base populacional. Pelotas, n. 136, 2012. Curso de Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Departamento de Departamento de Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas. Citado na página 13.
- NASARIO, M.; SILVA, M. M. da. Consumo excessivo de medicamentos psicotrópicos na atualidade. *UNIEDU*, p. 1–14, 2016. Citado na página 19.
- OMS, O. M. de la S. Uso racional de los medicamentos: Informe de la conferencia de expertos em nairóbi. *Organización Mundial de la Salud*, p. 1–308, 1986. Citado na página 21.
- OMS, W. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global health estimates*. Geneva: World Health Organization, 2017. Citado 3 vezes nas páginas 12, 13 e 17.
- PAI, H. J. et al. *Acupuntura Médica. Dor. Fisioterapia e Reabilitação*. 2017. Disponível em: <<http://www.hong.com.br/>>. Acesso em: 19 Nov. 2017. Citado na página 22.
- PINAFI, T. Malestar y psicofármacos:: dependencia en la posmodernidad. *Nómadas*, n. 39, p. 79–89, 2013. Citado na página 21.
- PORTO, J. A. D. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 21, n. 1, p. 6–11, 1999. Citado na página 12.
- PORTO, J. P.; MERINO, M. *Definición de Psicofármaco*. 2015. Disponível em: <<https://definicion.de/psicofarmaco/>>. Acesso em: 10 Nov. 2017. Citado na página 19.

- ROZADOS, R. *Qué es un trastorno depresivo?* 2015. Disponível em: <http://www.depresion.psicomag.com/que_es_trast_depre.php>. Acesso em: 09 Nov. 2017. Citado na página 12.
- ROZMAN, C.; CARDELLACH, F. *Medicina Interna*. Barcelona: Elsevier, 2000. Citado na página 19.
- SOUZA, C. A. C. de. Históricos dos antidepressivos, novos compostos e precauções. *Psychiatry Online Brasil*, v. 18, n. 5, p. 1–3, 2017. Citado na página 20.
- WFMH, W. F. for M. H. *Depression:: a global crisis*. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf>. Acesso em: 12 Nov. 2017. Citado na página 17.
- ÁLVAREZ, P. M. Actualización en antidepressivos. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, v. 61, p. 1–5, 2009. Citado na página 20.