



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ANDRE PICCIRILLI SOUFIA

ORGANIZAÇÃO DO MANEJO DE TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR EM SERVIÇO
DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MONTE MOR

SÃO PAULO
2020

ANDRE PICCIRILLI SOUFIA

ORGANIZAÇÃO DO MANEJO DE TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR EM SERVIÇO
DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MONTE MOR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: LUÍS FERNANDO NOGUEIRA TOFANI

SÃO PAULO
2020

Resumo

O principal transtorno psiquiátrico encontrado nos atendimentos em atenção primária é a depressão, apresentando-se em espectro variado de queixas trazidas pelos pacientes, muitas vezes de natureza psicossomática. A falta de manejo organizado pelo sistema de saúde leva ao subdiagnóstico dos casos, maior número de falhas de tratamento e não adesão, sofrimento de paciente e desfechos fatais. Observa-se em Unidade de Estratégia de Saúde da Família da cidade de Monte Mor - SP, grande prevalência de queixas relacionadas a sofrimento mental e transtorno depressivo maior, compondo grande parte das queixas trazidas pelos pacientes em demanda espontânea.

Neste trabalho propõe-se a aplicação de medidas para melhor manejar os quadros depressivos atendidos no bairro, através de mecanismo com eficiência comprovada na medicina baseada em evidências, tais como rastreio da população, uso de critérios diagnósticos protocolados, treinamento da equipe de atendimento e medidas de educação em saúde para a população.

Espera-se que, com a organização do manejo do Transtorno Depressivo, observemos um aumento do número de diagnósticos e melhora do tratamento dos pacientes, com o objetivo final de levar melhor qualidade de vida para a população.

Palavra-chave

Sistema Único de Saúde. Depressão. Saúde Mental.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A Unidade de Saúde da Família Jorge Calil está localizada no município de Monte Mor, região metropolitana de Campinas, no estado de São Paulo. Mais precisamente ela fica na fronteira dos municípios de Monte Mor e Hortolândia, à Beira da SP 101. É uma área de recente expansão ocupacional, caracterizada por uma população jovem, a qual utiliza o bairro como dormitório, utilizando a vizinha hortolândia como fonte de serviços e emprego, uma vez que o comércio local se limita a bares, mercadinhos e brechós. Tanto o nível socio-econômico quanto a escolaridade da população local são baixos e boa parcela da população depende integralmente do SUS como oferta de saúde, sendo o maior representante do SUS nessa região o postinho "Jorge Calil". A unidade foi criada em 1992, sediada no bairro Jd. Paviotti, planejada como unidade básica de saúde dentro dos modelos tradicionais. Hoje apresenta sistema misto, utilizando alguns elementos de ESF e no período noturno são realizados atendimentos de pronto-atendimento.

Faço parte da equipe de saúde do "Jorge Calil" desde janeiro/2019, sou um dos 9 médicos que trabalha no local, trabalhando como médico da família de uma metade do território. Após esse breve período de experiência já é possível observar padrões importantes da saúde da comunidade local. Por mais que a população seja jovem, o posto de saúde possui maioria de pacientes idosos, dentre os adultos, poucos são homens. As principais demandas que levam os pacientes ao posto de saúde são: controle de doenças crônicas não-transmissíveis, dores osteomusculares e insônia.

Das patologias mencionadas, a equipe se organizou esse ano para aprimorar o cuidado com os pacientes hipertensos e diabéticos. Criamos um grupo de educação em saúde voltado para os diversos determinantes de saúde que envolvem essas duas doenças.

As outras duas patologias são tratadas ambulatorialmente, nas consultas agendadas e de pronto-atendimento.

A equipe observa que dentre os determinantes dessas patologias, podemos destacar como causa, dentro do território diferentes espectros do transtorno depressivo. Este determinado ainda por: baixa renda, violência, dependência química, falta de assistência e estresse. Observamos esse perfil durante as consultas, reuniões e visitas domiciliares e buscamos hoje aprimorar o nível de saúde mental da população, com o objetivo de melhorar o bem estar geral, numa grande parcela da população.

Dada a dificuldade de diagnóstico do transtorno depressivo devido a multitude de formas que ele possa se apresentar proponho a implementação de um protocolo de rastreio da população

ESTUDO DA LITERATURA

O principal transtorno psiquiátrico na população geral e na atenção primária é a Depressão (SPITZER, 1999). Dois terços dos pacientes depressivos procuram a unidade de saúde com sintomas somáticos (TYLEE, 2005; SIMONS, 1999). Na ausência de um programa de rastreio estima-se que apenas 50% dos pacientes com depressão seja identificado (MITCHEL, 2009) Pacientes tendem a omitir informações do seu humor devido a medo de estigmatização, medo do médico prescrever medicamentos controlados, medo de serem encaminhados ao psiquiatra e a impressão de que a ESF não é o lugar mais adequado para o tratamento da condição (BELL, 2011). A prevalência do transtorno depressivo maior varia entre 8 e 12% na população geral (ANDRADE, 2003). O Transtorno depressivo deve ser investigado nos casos de problema de saúde crônico, principalmente se há perda funcional (NICE, 2019)

O rastreio de uma doença é recomendado se a patologia for prevalente na população geral e possuir estágio inicial relativamente silencioso, existir um método de rastreio passível de ser reproduzido, de boa performance, trazendo o menor risco possível ao paciente, o resultado do teste de rastreio deve, por fim, levar a mais benefícios que malefícios (WILSON, 1968; ANDERMANN, 2008). O Rastreio da depressão foi identificado como benéfico em diversos estudos (PIGNORE, 2002; GILBODY, 2003; O`CONNOR, 2009).

AÇÕES

A alta prevalência do transtorno depressivo, em seu diverso espectro de apresentações é melhor abordado de forma integral, direcionando esforços para atuar nas diversas causas do problema. De modo que a equipe de saúde deve:

Protocolar método de diagnóstico eficiente e de aplicação simples de maneira a identificar casos ainda não acolhidos

Orientar a população sobre os sintomas do transtorno e suas formas de apresentação, além dos métodos de tratamento. Podendo ser incluído no circuito de palestras mensais

Empoderar a população no combate à violência doméstica, causa importante de sofrimento mental. Aumentando em frequência ações de conscientização já antes realizadas em parceria com a guarda municipal.

Alertar a população quanto aos riscos do consumo abusivo de drogas por meio de palestras e distribuição de material informativo (panfletos e cartazes)

Reforçar durante consultas e acolhimentos a importância da continuidade do tratamento ininterrupto. Mostrando-se disponível para solução de dúvidas e problemas encontrados ao longo do tratamento.

Incluir no tratamento o fortalecimento da rede de apoio do paciente, trazendo quando possível outros membros das família para orientações durante as consultas.

RESULTADOS ESPERADOS

Agindo sobre as causas do problema de saúde esperamos como resultados:

- ♦ Mais quadros depressivos diagnosticados.
- ♦ Risco de casos de auto-mutilação ou auto-esxtermínio diminuído.
- ♦ População economicamente ativa menos predisposta a faltas ou afastamentos no trabalho.
- ♦ Qualidade de vida dos pacientes melhorada.
- ♦ Equipe de saúde mais capacitada para o acolhimento.
- ♦ Rede de apoio social dos pacientes melhor informada e orientada quanto o sofrimento gerado pela doença.

REFERÊNCIAS

- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 1999; 282:1737.
- Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2005; 7:167.
- Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med 1999; 341:1329.
- Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet 2009; 374:609.
- Bell RA, Franks P, Duberstein PR, et al. Suffering in silence: reasons for not disclosing depression in primary care. Ann Fam Med 2011; 9:439.
- Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. Int J Methods Psychiatr Res 2003; 12:3.
- Depression in adults: recognition and management Clinical guideline [CG90] Data de publicação: Outubro 2009 Última atualização: April 2016
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-Guidance>
- Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. In: Public Health Papers, #34. World Health Organization, Geneva 1968.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37650/17/WHO_PHP_34.pdf
- Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bull World Health Organ 2008; 86:317.
- Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002; 136:765.
- Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. JAMA 2003; 289:3145.
- OConnor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. Ann Intern Med 2009; 151:793.