



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Mayra Irineu de Carvalho

Grupos de Apoio como estratégia para cuidar a saúde das pessoas com Trastorno depressivo e/ou de ansiedade em São João de Urtiga, RS

Florianópolis, Janeiro de 2023

Mayra Irineu de Carvalho

Grupos de Apoio como estratégia para cuidar a saúde das pessoas
com Trastorno depressivo e/ou de ansiedade em São João de
Urtiga, RS

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

Orientador: Ale Mujica Rodriguez
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Mayra Irineu de Carvalho

Grupos de Apoio como estratégia para cuidar a saúde das pessoas
com Trastorno depressivo e/ou de ansiedade em São João de
Urtiga, RS

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

**Profa. Dra. Marta Inez Machado
Verdi**
Coordenadora do Curso

Ale Mujica Rodriguez
Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

Introdução: Os transtornos mentais, como depressão e ansiedade, atingem milhares de pessoas no mundo, sendo um problema grave em nosso país. As consequências são inúmeras, como abuso de álcool e tabaco, isolamento social e o suicídio. Na unidade onde atuou grande parte da população tem diagnóstico de depressão e ansiedade, principalmente aqueles que moram em zona rural, e resultam no uso indiscriminado de medicamentos, sem o acompanhamento adequado. **Objetivo:** Implementar grupos de acompanhamento aos usuários com diagnóstico de depressão e apoio as famílias daqueles que tentaram ou cometeram suicídio, no município de São João da Urtiga, através da Equipe Estratégia de saúde da família e apoio da equipe NASF. **Metodologia:** serão formados grupos de apoio aos transtornos mentais, que chamaremos grupos de valorização a vida. Serão implementados em 4 comunidades do município, com a participação da equipe Estratégia de saúde da família e equipe NASF a fim de realizar acompanhamento dos usuários, com palestras e atividades motivacionais por essa equipe multidisciplinar. A nutricionista, preparadora física e psicóloga juntamente ao médico da ESF se reúnem mensalmente para preparar as atividades e também fazer discussão de casos mais relevantes. Nos grupos serão discutidos os principais problemas enfrentados no cotidiano desses usuários que influenciam nos transtornos, também a importância de outras medidas terapêuticas além do uso de medicamentos e finalmente a avaliação das medicações e o acompanhamento das prescrições. **Resultados Esperados:** Com este trabalho esperamos ofertar mais qualidade de vida para todas as famílias que são acometidas pelos transtornos mentais aqui no município. Esperamos também, ter mais controle sobre os tratamentos, diminuindo o abuso de medicamentos antidepressivos, oferecer outras modalidades terapêuticas e a médio e longo prazo, propor outras medidas resolutivas após conhecimento da realidade e dos problemas locais que geram tais transtornos.

Palavras-chave: Depressão, Grupos de Autoajuda, Suicídio, Tentativa de Suicídio

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1	Definição conceitual do Problema investigado	15
3.2	Contextualização social e histórica	15
3.3	Dados epidemiológicos	18
3.4	Políticas públicas existentes	19
3.5	Relevância da intervenção	19
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

São João da Urtiga, é um município que se localiza ao norte do Estado do Rio Grande do Sul, situado numa região montanhosa, terrenos íngremes, e em menor parte, por várzeas em vales, possui uma área de 171.177 m² de extensão (IBGE, 2018).

Sua história, iniciou-se nos primeiros anos do século XX pois não existem registros históricos da presença de indígenas ou negros fugidos- quilombolas, então acredita-se que a povoação se iniciou logo após o loteamento dessas terras pelo estado. A origem do nome da cidade é devido à grande quantidade de urera baccifera, o Urtigão, nesta região.

Também há indícios de povoação por colonos poloneses por volta do ano de 1906, também de colonos italianos provenientes das colônias velhas da Serra Gaúcha no ano de 1909. Confirmado através de relatos oficiais por parte dos padres que atendiam a região. Segundo os registros, em 1916 havia, nas terras que hoje compõem o município de São João da Urtiga, apenas uma pequena capela dedicada a São João (Povoado de São João Baixo) e outra denominada Swiety Józef (São José), está na comunidade de Lageado Rael. O primeiro padre a adentrar pelas terras de São João da Urtiga, foi Frei Gentil (RS, 2018).

O distrito de São João da Urtiga passou a pertencer à Sananduva em 1954 e à Paim Filho em 1961(municípios vizinhos). Em 14 de junho de 1985 formou-se comissão para tratar da emancipação do então distrito e, após a realização de plebiscito, em 20 de setembro de 1987, conquistou-se a vitória, e em 8 de dezembro de 1987 é criado o município de São João da Urtiga, através da lei Estadual nº 8.448.

Situado ao Nordeste do estado do Rio Grande do Sul, distante 110km de Passo Fundo e 324km de Porto Alegre, possui limites com os seguintes municípios: Ao Norte: Paim Filho; Ao Sul: Sananduva; A Leste: Cacique Doble; ao oeste: Centenário e Carlos Gomes

A comunidade formou-se de colonos de origem Italiana ou polonesa, e carregam consigo marcas de suas raízes, no sotaque, no comportamento e trabalho braçal. Sendo que boa parte da população vive da agricultura, plantando para sua própria subsistência ou para a comercialização;

A população estimada pelo IBGE (2018) para o ano de 2016 é de 4.836, sendo o registro do Censo 2010, em 4.726 habitantes.

O município possui Escola de Educação Infantil, Fundamental e Médio, todos de caráter público. Segundo dados do IBGE (2018) para o ano de 2015, a população alfabetizada no município era de 4,113 habitantes.

Os centros de interação social são centros comunitários salões paroquiais construídos pelos moradores das comunidades, organizações e entidades como CTG, Grupo Lareira e associação de Pais.

As atividades econômicas desenvolvidas no município, destacam-se a agropecuária, indústria, comércio e prestação de serviços. Possui um número expressivo de oficinas, sendo

elas no setor de chapeação, auto elétrica e mecânica. O município é eminentemente agrícola e o desenvolvimento das outras atividades, assim como o desenvolvimento socioeconômico, depende diretamente dos resultados obtidos na agricultura. Atualmente é considerada a Capital Regional do Desenvolvimento.

Possui fornecimento de água para toda a população, sendo realizada através de poços artesianos para os moradores de zona rural. A coleta de lixo segundo dados do [IBGE \(2018\)](#), 63,63% do lixo gerado é coletado por serviço de limpeza, 0,94% colocado em caçambas de serviço de limpeza, 20,88% é queimado nas propriedades, 9,56% é enterrado nas propriedades e 5% tem outro destino. A distribuição de energia, é realidade de 99% das habitações.

A população do município de São João da Urtiga, estimada no ano de 2016 é de 4.836. Sendo 4.726 habitantes segundo último senso; a população urbana é de 51,52% e a população rural é de 48,47%, com densidade demográfica de 27,61 habitantes/km² ([IBGE, 2018](#)). Habitantes: Zona urbana 2.291; Zona Rural 2.435; Mulheres 2.325; e Homens 2.401. Por faixa etária: 0-9 anos: 447; 10- 19 Anos: 715; 20-29 anos: 569; 30-39 anos: 575; 40-49 anos: 788; 50-69 anos: 1268; 70-89 anos: 349; 90-99 anos: 15; e Acima 100 anos: 0.

A Atenção Primária no município de São João da Urtiga, está organizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) denominada Posto de Saúde Avançado Inez P. Gregolin, que atende a procedimentos de prevenção e promoção à saúde, bem como atendimentos ambulatoriais e de urgência e emergência.

A equipe de saúde é subdividida em duas equipes: a Estratégia de Agentes Comunitário de Saúde (EACS) com uma enfermeira e seis agentes comunitários de saúde (04 na área rural e 02 na área urbana); e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), comum médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (04 na área rural e 02 na área urbana).

Vinculada ao ESF, temos também uma equipe de saúde bucal com um dentista e um auxiliar de saúde bucal, a colaboração de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Tipo 3, implantada em 2015, constituídas por profissionais de diferentes áreas de saúde (nutrição, educação física, psicologia). Entre as principais atividades desenvolvidas pelo núcleo estão: atuar junto às ESF buscando ampliar as ações de forma multiprofissional para melhoria dos indicadores de saúde da população. Além disso, atua em projetos terapêuticos individuais, por meio de gestão de casos clínicos e atendimento aos usuários em conjunto com as equipes de saúde, visando a redução de agravos à saúde da população.

As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de todas as famílias residentes na área geográfica delimitada do município. Atuamos com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade adstrita.

Sendo porta de entrada para o sistema de saúde, a Atenção Primária também resolve

necessidades e demandas de várias ordens.

É realizado visitas domiciliares por diferentes motivos como o de cadastramento da família realizada pelo Agente Comunitário de Saúde, para levantamento de uma determinada situação. Também para ações de busca ativa, acompanhamento dos casos considerados como risco no território, de pacientes acamados, idosos, portadores de doenças crônicas, etc. Sendo realizadas de forma multidisciplinar por vários membros da equipe.

Outra atribuição é o acompanhamento de grupos como os de redução de peso, grupos de orientações para pacientes portadores de Hipertensão e Diabetes, grupos terapêuticos para mulheres com câncer, campanhas alusivas a datas importantes para a saúde como: novembro azul e outubro rosa, entre outros. São realizadas ações educativas nos espaços coletivos, como escolas, grupos comunitários e orientações individuais em temas como: autocuidado, alimentação saudável, tabagismo, ansiedade, depressão, pratica da atividade física, melhoria de autoestima (terapia comunitária) etc.

O atendimento é realizado à demanda espontânea e agendada, A assistência médica na unidade de saúde oferta consultas na especialidade de clínica geral, pediatria, geriatria e ginecologia/ obstetrícia e encaminhamento para hospital de referência e outras especialidades quando necessário.

As queixas mais comuns relatadas são: transtornos de humor; muitos pacientes já fazem uso de algum tipo de antidepressivo e benzodiazepínico há muito tempo sem acompanhamento médico ou psicológico, necessitando renovação de receitas; doenças crônicas, como por exemplo diabéticos com hiperglicemia, e dificuldades para realizar tratamento adequado. Também crises hipertensivas; queixas de dores lombares, em decorrência do trabalho braçal exercido e do ambiente a que estão expostos, com áreas montanhosas e íngremes que provocam instabilidade do eixo vertebral e aumentam tensão e perda da elasticidade dos ligamentos, culminando em dor local; mal-estar geral por efeito colateral de quimioterapias feitas pelos pacientes neoplásicos; acidentes de trabalho, a maioria pela ausência do uso de equipamentos de segurança; e em períodos específicos, como inverno, queixas de sintomas gripais são muito frequentes.

As doenças e agravos mais comuns são: depressão, na maioria dos casos sem acompanhamento médico ou psicológico; crises hipertensas, pela má adesão ao tratamento ou medidas inadequadas; lombociatalgia, em decorrência de hérnias de disco, osteoartrose e osteófitos; cortes e queimaduras em acidentes de trabalho e acidentes domésticos; gripe e dor de garganta associados a febre e outros sintomas.

O problema a ser trabalhado escolhi: reavaliar casos de depressão que estão há muito tempo sem acompanhamento gerando gastos dispendiosos com medicamentos, grande número de consultas para prescrição de repetição e a falta de acolhimento de usuários que tentaram suicídio e as famílias de pessoas que cometeram suicídio.

Este estudo é importante pois a maioria da população tem diagnóstico de depressão, toma vários medicamentos sendo antidepressivos e benzodiazepínicos, pertencentes a todas

as faixas etárias principalmente em jovens adultos e idosos.

Deste aspecto, surge vários questionamentos, foram bem diagnosticados estes usuários? Há quanto tempo estão tomando estes medicamentos sem acompanhamento e reavaliação? Em que momento da vida foi diagnosticado?

Este tema é importante para mim pois é nossa principal realidade. Porque é preciso entender todo o contexto para não apenas medicar os pacientes, se não elaborar trabalhos que ajudem no processo de cura e melhorem a qualidade de vida da população neste território.

Para iniciar o projeto encontramos apoio da gestão e convocamos a equipe NASF para elaborar um grupo de acompanhamento a estes pacientes, e começamos a elaborar o projeto para início dos trabalhos.

Devido a experiência de outros trabalhos anteriores pela equipe, encontramos diversos entraves. O primeiro era o receio que as pessoas tinham em participar por insatisfação de participação de diversos grupos anteriores que não eram manejados de maneira participativa, onde criou-se resistência. Outra principal dificuldade é que a maioria dos pacientes acometidos pelo problema, moram em zona rural e não possuem meio de transporte para deslocamento até o local de reuniões.

Diante destas e outras problemáticas, começamos um levantamento de soluções para pôr em prática o projeto.

Depois de debates e reuniões com a equipe, chegamos a um consenso de que deveríamos mudar o método de abordagem e a partir do mês de setembro que é o mês de campanha de prevenção ao suicídio iniciariamos o projeto com nova abordagem. Foi determinado então que o grupo de depressão seria trabalhado nas comunidades, de maneira que a equipe, sai da unidade e se desloca para encontrar e buscar estes usuários. São realizadas visitas ao centro comunitário de cada comunidade.

A realização do projeto é indispensável pois temos grande número de consultas relacionadas a este tema, o que satura a equipe por um trabalho que podemos realizar preventivamente.

O projeto está de acordo com os interesses de nossa comunidade, pois casos bem diagnosticados, acompanhados, e com terapia adequada resulta em bem-estar e qualidade de vida. Também é interesse para a equipe pois é um problema geral que afeta a grande maioria dos pacientes e sobrecarrega a equipe que deve dedicar-se a outros grandes problemas enfrentados no território.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Melhorar a qualidade de vida dos usuários diagnosticados com depressão na comunidade de São João da Urtiga do Estado do Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos Específicos

1. Construir estratégias junto com o sujeito que auxiliem no enfrentamento da depressão;
2. Incentivar a participação em atividades coletivas .
3. Melhorar o acolhimento de sujeitos que tentaram suicídio e as famílias enlutadas de pessoas que cometeram suicídio.

3 Revisão da Literatura

3.1 Definição conceitual do Problema investigado

A depressão é uma alteração afetiva, causada por uma complexa interação entre fatores orgânicos, psicológicos, ambientais e espirituais, caracterizado por angústia, rebaixamento do humor e pela perda de interesse, prazer e energia diante da vida (TEODORO, 2010, p. p.20). Genes, hormônios, neurotransmissores, nutrientes celulares, substâncias químicas, auto-estima, pensamentos, personalidade, crenças, reações emocionais, conflitos inconscientes, fatores sócio-culturais e ambientais, situações cármicas e vinculações espirituais formam uma imensa rede de intercomunicações, dando forma ao quadro depressivo (TEODORO, 2010). É classificada como um transtorno de humor, e vem reger as atitudes dos sujeitos modificando a percepção de si mesmos, passando a enxergar suas problemáticas como grandes catástrofes.

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 (ESTEVES; GALVAN, 2006, p. p.01)

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 como insônia, fadiga, anorexia (ESTEVES; GALVAN, 2006, p. p.01). 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 (ESTEVES; GALVAN, 2006, p. p.01).

3.2 Contextualização social e histórica

O termo depressão, usado para designar estado de desânimo ou perda de interesse, foi usado pela primeira vez em 1960, entretanto as alterações de humor, foram reconhecidas ao longo da história, em um estado chamado de melancolia. Desde a antiguidade e idade média, descrições desses estados podem ser encontradas, muitas em escrituras bíblicas e na mitologia. (SOUZA; LACERDA, 2013, p. p.17).

Hipócrates (Cós, 460 a.C.-370 a.C.) e seus seguidores fizeram diferenciação entre medicina e filosofia, bem como a transição da explicação da doença centrada em termos sobrenaturais para termos científicos, ele também formulou a primeira classificação noso-

lógica dos transtornos mentais registrada na história, pois descreveu e nomeou a melancolia, a mania e a paranoia, Superando a teoria cardiocêntrica de Aristóteles (Estagira, 384 a.C.-Atenas, 322 a.C.), que considerava até então o coração como o centro das emoções humanas, tendo descrito o cérebro como o “centro” das funções mentais (SOUZA; LACERDA, 2013, p. p.17).

A etimologia do termo melancolia – melan significa negro, e cholis, bile –, revela a visão de Hipócrates: o quadro clínico da melancolia – em que se observava aversão à comida, falta de ânimo, inquietação, irritabilidade, medo ou tristeza que perduravam por longo período – seria resultante de uma intoxicação do cérebro pela bile negra (SOUZA; LACERDA, 2013, p. p.18). Onde Hipócrates diferencia, ainda, a doença melancolia da personalidade melancólica; Também tivemos as contribuições de Galeno no Sec. II a.C, ao qual reafirmava a teoria dos quatro humores postulada por Hipócrates, associando os quatro elementos (ar, fogo, terra e água) com fluidos (bile amarela, bile negra, fleugma e sangue), qualidades (quente, úmido, frio e seco) e humores (colérico, fleugmático, sanguíneo e melancólico) (SOUZA; LACERDA, 2013, p. p.18). Segundo Galeno, o balanço entre os fluidos e as qualidades formaria os traços do temperamento de um indivíduo e as suas predisposições, enquanto um desequilíbrio significativo provocaria as doenças (SOUZA; LACERDA, 2013, p. p.18). Galeno preferia utilizar o termo humor melancólico, ou sangue melancólico, a bile negra e sustentava que o humor, ou o sangue melancólico, poderia ocorrer em diferentes partes do corpo e, portanto, não estaria restrito ao cérebro, como postulado por Hipócrates.(SOUZA; LACERDA, 2013, p. p.18)

Para Galeno a melancolia se classificava em três tipos, de acordo a localização do corpo onde acreditava-se que estaria o desequilíbrio, podendo ser no cérebro, na corrente sanguínea ou no estômago. Enfatizava, ainda, que, embora cada caso tenha as suas particularidades, o medo e a falta de ânimo eram os sintomas principais. Os tratamentos para época eram o uso de plantas medicinais como heléboro, meimandro, mandrágora e beladona, e de purgantes para a eliminação da bile negra (SOUZA; LACERDA, 2013, p. p.18)

Durante o período do Renascimento a visão religiosa e maniqueísta que marcou o pensamento medieval é convertida em uma visão humanista, e a doença mental passa a ser compreendida prioritariamente a partir de uma perspectiva ideológica, filosófica e psicológica (SOUZA; LACERDA, 2013, p. p.19). Surge então Marsílio Ficino (1433-1499), e sua obra intitulada Três livros da vida, na qual ele apresenta o seu aprendizado sobre as causas e curas das doenças e oferece aconselhamentos sobre saúde e bem-estar (SOUZA; LACERDA, 2013)

Já Robert Burton (1577-1640) elabora uma obra clássica, intitulada A anatomia da melancolia (1621), um dos primeiros livros de psiquiatria escritos em inglês (SOUZA; LACERDA, 2013, p. p.19). Nessa obra, Burton enfatiza que o quadro clínico da melancolia deve ser diferenciado da loucura, à qual hoje atribuímos o nome de mania, e aponta para o

fato de que um paciente pode exibir um ou outro quadro em momentos diferentes, observação pertinente que remete ao quadro que hoje é denominado transtorno bipolar. (SOUZA; LACERDA, 2013, p. p.19) Ele diferencia também a melancolia positiva, com fonte de sabedoria e inclinação poética, religiosa e filosófica, do estado melancólico, uma doença crônica, caracterizada por um estado de humor melancólico permanente, caracterizado pela presença de medo, sofrimento e enfado, que deixa o indivíduo pesados, embotado, preguiçoso, inquieto e inapto ao trabalho.

Já Ugo Cerletti, psiquiatra e neurologista italiano, que, em parceria com Lúcio Bini, definiu com sucesso os parâmetros necessários para a aplicação de eletricidade diretamente no couro cabeludo e iniciou o uso de estímulo elétrico para a indução de convulsão com fins terapêuticos, desenvolvendo, assim, a eletroconvulsoterapia (ECT), a qual se tornou a base das intervenções biológicas indicadas para o tratamento dos transtornos psiquiátricos durante as décadas de 1940 e 1950. (SOUZA; LACERDA, 2013, p. p.23) Inicialmente utilizada para o tratamento da esquizofrenia, observou-se que a ECT também poderia ser eficaz no tratamento de sintomas depressivos e maníacos.

Só então a partir da década de 1960, além das terapias psicodinâmicas, as abordagens cognitivas e comportamentais despertaram o interesse sobre o entendimento e o tratamento do comportamento depressivo. (SOUZA; LACERDA, 2013, p. p.24) Aqui destaca-se a terapia cognitivo-comportamental (TCC), desenvolvida pelo psicólogo norte-americano Aaron Beck. A TCC sustenta que a origem e a manutenção dos sintomas depressivos estão associadas à presença de pensamentos e crenças disfuncionais e não de forças inconscientes, como defendia a tradição freudiana. Inúmeros ensaios clínicos controlados comprovam a eficácia da TCC no tratamento da depressão leve e moderada. (SOUZA; LACERDA, 2013, p. p.24)

Entre 1969 e 1970, os farmacologistas russos Izyaslav P. Lapin e Gregory F. Oxenkrug levantaram a hipótese serotoninérgica da depressão, em oposição à hipótese noradrenérgica que se tinha até então, que sustentava o déficit de serotonina na fenda sináptica em certas regiões do cérebro era uma das causas bioquímicas das síndromes depressivas. (SOUZA; LACERDA, 2013)

Os IMAOs (inibidores da enzima monoaminoxidase) e os ADTs (antidepressivos tricíclicos) foram descobertos acidentalmente após a observação de alguns pesquisadores e a partir da década 1980 houve grande desenvolvimento das neurociências que levaram ao esclarecimento de vários mecanismos neurais responsáveis pelo comportamento humano ampliando as possibilidades de investigação das síndromes psicopatológicas. (SOUZA; LACERDA, 2013, p. p.26)

O início do século XXI, após a década 1990 que foi considerada a “década do cérebro”, é marcada por inúmeras pesquisas no campo das neurociências. Recursos de imagem como a Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET) e a Espectroscopia por Ressonância Magnética têm possibilitado novos entendimentos sobre o funcionamento das diversas

estruturas que compõem o cérebro e que parecem estar envolvidas nos transtornos de humor (TEODORO, 2010, p. p.36). Novos segmentos acadêmicos têm proporcionado maior integração entre as áreas médica e psicológica. Como exemplo, podemos citar a psicobiologia, a neurociência clínica, e a neuropsicologia. É possível que tais contribuições, aliadas aos diversos recursos psicoterapêuticos já existentes e aos avanços da psicofarmacologia, resultem numa melhor compreensão dos transtornos depressivos, no aperfeiçoamento das práticas psicoterápicas e na produção de fármacos de ação seletiva e com menos efeitos colaterais.

3.3 Dados epidemiológicos

Segundo a Organização Mundial da Saúde a proporção da população global com depressão é estimada em 4,4% em 2015. Sendo 9% na região da África, 16% no mediterrâneo, 12% na Europa, 15% nas Américas, 21% região do Pacífico Ocidental e 27% na Ásia, dados encontrados no relatório "DEPRESSION AND OTHER COMMON MENTAL DISORDERS: GLOBAL HEALTH ESTIMATES" de 2017 (ORGANIZATION, 2017). Considerando então um aumento de casos de 18% entre os anos de 2005 e 2015. De acordo com esta mesma publicação há 322 milhões de pessoas vivendo com esse transtorno mental no mundo. Sendo a prevalência é maior entre as mulheres (ORGANIZATION, 2017)

mostra ainda que a depressão atinge 5,8% da população brasileira (11.548.577). Já distúrbios relacionados à ansiedade afetam 9,3% (18.657.943) das pessoas que vivem no Brasil.(ORGANIZATION, 2017)

O primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, divulgado na data 21/09/2017 pelo Ministério da Saúde, a região Sul fica em destaque (BRASIL, 2017). O Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná respondem por uma taxa de 23% dos casos. Considerando que os Estados detêm somente 14% da população nacional, – No Sudeste, são registrados 38% dos suicídios, mas a região representa 42% da população (BRASIL, 2017).

Teodoro, comenta em seu livro que o primeiro episódio depressivo se apresenta geralmente entre os 25 e os 44 anos de idade.(TEODORO, 2010, p. p.38) Outro fato importante é que a depressão atinge mais as mulheres do que os homens, numa proporção de 2:1,(TEODORO, 2010, p. p.38) Em relação a recorrência, a chance de uma pessoa que já teve depressão apresentar o segundo episódio é de 35%, o terceiro é de 65% e o quarto episódio tem até 90% de probabilidade.(TEODORO, 2010, p. p. 39; 40)

Luiz Wagner afirma também: "Um dos problemas mais sérios que permeiam o transtorno depressivo é o suicídio. Pesquisadores alertam para o fato de que cerca de 80% dos deprimidos têm ideia suicida, sendo que entre 10% e 15% das pessoas com depressão põem fim à própria vida"(Garcia teodoro, Luiz Wagner, 2010, p 40, depressão - corpo, mente e alma)(TEODORO, 2010).

Outro dado interessante é que as mulheres estão mais propensas a tentar suicídio, mas os homens têm mais sucesso em suas tentativas (TEODORO, 2010, p. p.40). Provavelmente ao fato de os homens usarem, na maior parte das vezes, métodos mais violentos como armas de fogo, pular de pontes ou edifícios, do que as mulheres que optam por overdose de medicamentos, cortar os pulsos, etc. A faixa etária com taxas mais elevadas de suicídio é entre 15 e 44 anos, com destaque nas fases de transição como adolescência para fase adulta ou meia idade para velhice (TEODORO, 2010, p. p.40).

3.4 Políticas públicas existentes

Os principais programas de apoio a pacientes com depressão são:

Centro de Valorização da Vida

Que foi desenvolvido por associação sem fins lucrativos, garante o apoio emocional de apoio ao suicídio com a garantia de sigilo. Seu funcionamento é de 24 horas por dia pelo telefone 141, Skype, email e site, além de vários postos de atendimento.

ADDS – Apoio ao Diagnóstico de Depressão e na definição de risco de suicídio

Auxiliam as unidades básicas de saúde através do diagnóstico dos transtornos mentais e a e na identificação de risco de suicídio, o projeto de pesquisa TelessaúdeRS – desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – também contam com o aplicativo ADDS.

Apoio Psicológico - NASF

As Unidades de Saúde que contam com uma equipe NASF, dispõem de Psicólogo 40 horas, que fazem o acompanhamento psicológico terapêutica dos transtornos mentais. Segundo a página de internet da OPAS/OMS,

”A depressão é uma das condições prioritárias cobertas pelo Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) da Organização Mundial da Saúde (OMS). O programa visa ajudar os países a aumentar os serviços prestados às pessoas com transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias, por meio de cuidados providos por profissionais de saúde que não são especialistas em saúde mental. A iniciativa defende que, com cuidados adequados, assistência psicossocial e medicação, dezenas de milhões de pessoas com transtornos mentais, incluindo depressão, poderiam começar a levar uma vida normal - mesmo quando os recursos são escassos”(OPAS/OMS, 2017)

3.5 Relevância da intervenção

Uma das bases de tratamento para a depressão são os grupos terapêuticos, neles são identificados diversos fatores que causam impactos diretos nos transtornos de humor; Como: a baixa estima, o isolamento, a culpa, raiva, desmotivação, os sentimentos de inferioridade, a angústia, intolerâncias, frustrações, o perfeccionismo, rigidez, o narcisismo,

as perdas, sentimento de injustiça, vitimismo, carência, dependência, falta de fé, desesperança, ansiedade, pensamentos negativos e ressentimento, mágoa, falta de sentido na vida, sentimento de rejeição, abandono e desamparo, entre outros.

Também é objetivo do grupo terapêutico buscar meios de ajudar a superar estes problemas além de melhorar os impactos destes, sobre a vida das pessoas.

Reduzir o número de suicídios e tentativas no município.

Melhorar a qualidade de vida, afim de proporcionar bem-estar.

Diminuir os gastos com medicamentos prescritos de maneira indiscriminada.

Acompanhar a evolução dos paciente e seu enfrentamento diante do problema.

Conhecer os principais motivos que levam a depressão na região e propor mudanças específicas para o combate destes.

4 Metodologia

As ações planejadas tem como público-alvo, todos usuários com transtorno de humor, principalmente aqueles que fazem uso de anti-depressivos, ou com histórico de tentativa de suicídio, também apoio aos familiares, que assim desejarem.

Será realizado um grupo motivacional para estes usuários e apoio a seus familiares. Sendo realizada uma série de atividades em encontros mensais com a cada comunidade, juntamente com a equipe NASF; apoio das agentes comunitárias de saúde e da equipe de enfermagem. Serão abordados pela psicóloga temas relevantes para o transtorno de humor e vários exercicios motivacionais em grupo. A nutricionista ficara a cargo da orientação sobre alimentação saudável e sua importancia para qualidade de vida. A preparadora física passará orientações sobre exercicios físicos que podem ser realizados diariamente afim de promover disposição e bem-estar. O médico fica a cargo de reavaliação das medicações e suas doses, também das prescrições de repetição e as evoluções clínicas, e a equipe de Enfermagem e Agentes comunitarios de saúde para divulgação e acompanhamento do grupo.

Será formada uma equipe de Saúde mental, composto por médico, psicóloga, nutricionista e preparadora física para trabalhar os grupos motivacionais. Esta equipe se deslocará até as comunidades no local determinado. No primeiro momento, é realizado um bate-papo com psicologa sobre algum tema relevante para o grupo; seguido de atividade motivadora. O proximo passo são as orientações que serão dadas pela nutricionista. Após o bate-papo; realizamos exercicios passados pela preparadora, muitas vezes acompanhados de musica. Ao final a médica, realiza as prescrições de repetição, e breve avaliação, para agendar casos que serão necessários passar por consulta para reavaliação completa e mudança de prescrição.

Após planejamento com equipe, percebeu-se que seria mais viavel o deslocamento da equipe de saúde mental até as comunidades da zona rural, pois a maioria dos usuarios acometidos, vivem nestas zonas e não possuem meio de transporte, o que determinaria baixa adesão ao grupo. Todas as comunidades possui salão paroquial, ambiente cedido para realização dos encontros.

Como temos 4 grandes comunidades, fica possibilitada a realização de 1 encontro mensal em cada comunidade, sendo realizado no mesmo dia da semana, definido nas quartas-feiras, durante o período da tarde. das 13:30h até as 16h. Após atividade, equipe de saúde mental se reúne por 1 hora afim de duscutr casos, propor atividades futuras e novos planejamentos. o projeto foi programado para 1 ano afim de acompanhar a evolução e e efetividade destes grupos.

O médico será reaponsável pela reavaliação, alterações de prescrições e doses además das renovações de receitas. Nutricionista dando orientações sobre alimentação saudável

e sua importancia. Psicóloga com atividades motivacionais e debate de temas relevantes. Preparadora física com exercicios físicos que gerem disposição e bem-estar. Equipe de enfermagem, apoio na realização das atividades. Agentes comunitarias de saúde pela divulgação, mobilização e apoio a participação dos usuários.

5 Resultados Esperados

Com a realização das ações propostas, espera-se um aumento da qualidade de vida destes usuários e de suas famílias. Também a maior interação da equipe de saúde com estes pacientes, afim de reconhecer e entender os principais problemas enfrentados pela população local que levam aos quadros de transtorno de humor , paraenfim propor soluções mais específicas e resolutivas.

Assim como, diminuição do numero de medicamentos anti-depressivos e benzodiazepínicos dispensados pela farmácia do município, resultante de casos antigos, mal diagnosticados, sem reavaliação de farmacos e suas doses; diminuir o número de consultas para prescrições de repetição, que tumultuam o atendimento diário, sobrecarregam equipe de enfermagem e diminuem os atendimentos necessário a outros usuários; e diminuir número de suicídio e tentativas no municío que apesar de não contabilizados, são de alto indice.

Referências

- BRASIL, M. da Saúde do. *Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde*. 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-pdf>>. Acesso em: 12 Dez. 2018. Citado na página 18.
- ESTEVEVES, F. C.; GALVAN, A. L. Depressão numa contextualização contemporânea. *Pepsic - Periódico eletrônico de psicologia*, p. 1–8, 2006. Citado na página 15.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *São João da Urtiga*. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-joao-da-urtiga>>. Acesso em: 24 Out. 2018. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.
- OPAS/OMS. *Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo*. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839>. Acesso em: 25 Nov. 2018. Citado na página 19.
- ORGANIZATION, W. H. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=17EBFF3222D774333C36AD8356578D11?sequence=1>>. Acesso em: 12 Dez. 2018. Citado na página 18.
- RS, P. M. de São José do O. *SOBRE O MUNICÍPIO*. 2018. Disponível em: <<http://www.saojosedoouro.rs.gov.br/sobre-o-municipio>>. Acesso em: 25 Out. 2018. Citado na página 9.
- SOUZA, T. R. de; LACERDA, A. L. T. de. Depressão ao longo da história. In: QUEVEDO, J.; NARDI, A. E.; SILVA, A. G. da (Ed.). *Depressão*. Porto Alegre: ARTMED, 2013. p. 17–27. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.
- TEODORO, W. L. G. *Depressão - Corpo, Mente e Alma*. Uberlândia - MG: proprio autor, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 15, 17 e 18.