

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
DA FAMÍLIA

ESTRATÉGIAS ADJUNTAS PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO
DE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS: IMPORTANCIA DO INCENTIVO
AO CONVÍVIO SÓCIO-CULTURAL

ANGELITA FERREIRA DA SILVA

UBERABA – MG

2013

ANGELITA FERREIRA DA SILVA

**ESTRATÉGIAS ADJUNTAS PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO
DE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS: IMPORTANCIA DO INCENTIVO
AO CONVÍVIO SÓCIO-CULTURAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Flávia Casasanta Marini

UBERABA – MG

2013

ANGELITA FERREIRA DA SILVA

**ESTRATÉGIAS ADJUNTAS PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO
DE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS: IMPORTANCIA DO INCENTIVO
AO CONVÍVIO SÓCIO-CULTURAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Flávia Casasanta Marini

BANCA EXAMINADORA

Flávia Casasanta Marini (orientadora) – UFMG

.....

Agradecimentos

A **Deus** que se fez presente em todos os momentos ao meu lado, segurando a minha mãos, dando-me força, sabedoria e segurança.

A minha orientadora, Profa. Flávia Casasanta Marini, por sua dedicação, paciência e contribuição fundamental na construção deste trabalho.

A todos que contribuíram para a concretização deste trabalho, em especial a minha equipe de trabalho do PSF- Marina Gomes da Silva.

DEDICATÓRIA

Dedico a **Deus** por toda proteção, conforto, sabedoria e força que fez com que eu vencesse todas as tribulações, a ti Senhor dedico esse trabalho e a minha vida.

Aos meus pais amados **João Ferreira da Silva** e **Elenice Maria Rodrigues**, pelo amor incondicional, a confiança em mim depositada e por terem aberto, com sacrifício e trabalho, as portas para os meus estudos.

A minha sobrinha **Camila Ferreira Frizzo** por toda dedicação, colaboração e carinho.

Aos meus colegas de curso **Elcimar, Fabíola e Núbia** por todo apoio, incentivo, aprendizado e companheirismo.

Ao meu querido Esposo **Ataides Júnior** por sua paciência amor e cumplicidade, que foi primordial para a conclusão deste trabalho.

*Devia ter amado mais, ter chorado mais
Ter visto o sol nascer
Devia ter arriscado mais e até errado mais
Ter feito o que eu queria fazer
Queria ter aceitado as pessoas como elas são
Cada um sabe a alegria e a dor que traz no coração
Devia ter complicado menos, trabalhado menos
Ter visto o sol se pôr
Devia ter me importado menos com problemas pequenos
Ter morrido de amor
Queria ter aceitado a vida como ela é
A cada um cabe alegrias e a tristeza que vier*

(Sergio Brito)

RESUMO

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª revisão, da American Psychiatry Association a depressão é caracterizada por vários sintomas, dentre eles: falta de interesse, tristeza, desânimo, apatia, insegurança, choro persistente, negativismo, desesperança, irritabilidade, falta de concentração, autoestima depreciada, sentimentos de culpa, sentimentos de impotência, ideias de suicídio, entre outras. De acordo com a organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de transtornos mentais. Este estudo teve objetivo de elaborar um plano de ação visando possibilitar estratégias adjuntas de atuação no tratamento e na prevenção de transtornos depressivos, por meio do incentivo da interação sociocultural, participação de grupos operativos e praticas de atividades físicas. Tendo em vista o objetivo deste estudo, a pesquisa em questão envolveu dois momentos: primeiramente, uma revisão da literatura narrativa com vista ao levantamento do que existe sobre o tema em estudo; e em um segundo momento, a construção do plano de ação baseada no diagnóstico situacional do PSF – Marina Gomes da Silva e nos achados da primeira etapa. O plano de ação elaborado pela equipe da Unidade Marina Gomes da Silva é aplicável, visto que tem trazido benefícios e informações para os usuários com transtornos depressivos.

Palavras chave: Transtornos Mentais. Depressão. Mulheres.

ABSTRACT

According to the 4th revision of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from American Psychiatry Association, depression is characterized by many symptoms such as: lack of interest, sadness, discouragement, apathy, insecurity, persistent crying, negativity, lack of hope, irritability, lack of concentration, low self-esteem, feelings of guilt, feelings of impotence, suicidal ideas, and others. In conformity with World Health Organization (WHO, 2001), 450 millions of people in the world suffer from mental disorders. This study had the objective to elaborate an action plan aimed at enabling action adjunct strategies in treatment and prevention of depressive disorder by encouraging socio-cultural interaction, participation in operation groups, and the practice of physical activity. Keeping the purpose of this study in mind, the research involved two stages: firstly, a review of the narrative literature with the objective of a survey of what had already been researched about this topic; and, in a second stage, the construction of an action plan based on a situational analysis of PSF - Marina Gomes da Silva, and also based on what we found in the first stage. The action plan elaborated by the team of Unidade Marina Gomes da Silva is applicable as it has brought benefits and information to users with depressive disorders.

Key words: Mental disorders. Depression. Women.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ADT	Antidepressivo Tricíclico
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4 ^a revisão, da American Psychiatry Association
ESF	Estratégia Saúde da Família
IMAO	Inibidores da Monoaminoxidase
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TPM	Tensão Pré-Menstrual

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO GERAL	14
	2.1 Objetivo Específico	
3	METODOLOGIA	15
4	REVISÃO DA LITERATURA	16
	4.1 Depressão	
	4.2 Alterações psicossociais	
	4.3 Depressão em relação ao gênero	
	4.4 Tratamento e controle da depressão	
5	PLANO DE AÇÃO	23
	5.1 Priorização o problema	
	5.2 Descrição do problema	
	5.3 Explicando o problema em nível individual, social e programático	
	5.4 Desenhando a operação/ Ação	
	5.5 Identificação dos recursos críticos	
	5.6 Gestão do plano	
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1 INTRODUÇÃO

Em vários países do mundo o sistema de saúde tem investido na Atenção Básica. O fortalecimento deste nível de atenção é de grande importância para a reorganização de sistemas de saúde em nações que buscam promover o acesso igualitário aos serviços e ao alcance de um ótimo nível de saúde a todas as classes sociais (ROSA, LABATE, 2005).

Na prática social os sistemas de serviços de saúde apresentam-se por diferentes formas organizacionais. Por muito tempo prevaleceu um modelo assistencial centrado nos cuidados médicos e nas ações curativas (modelo fragmentado), que acabou por refletir em atendimentos isolados e conseqüente falta de comunicação, sem o foco em uma atenção contínua de referência e contra referência para a comunidade. Este modelo tem sido substituído por um modelo assistencial integrado, organizado através de uma rede de pontos de atenção a saúde que presta uma assistência contínua e integral a uma comunidade definida, com comunicação em todos os níveis de atenção a saúde (ROSA, LABATE, 2005).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) a Atenção Primária constitui-se como porta de entrada aos serviços básicos, prestados no âmbito da saúde, uma vez que é através dela que o usuário terá o primeiro contato com o profissional (ROSA, LABATE, 2005).

Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que engloba: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Desenvolve-se por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, das quais assumem responsabilidade, orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilidade, humanização, vínculo, equidade, e participação social (SILVEIRA, VIEIRA, 2009).

Dentre as ações propostas está a Estratégia Saúde da Família (ESF). O programa deve ser entendido como fortalecedor do processo de mudança do modelo médico-privatista que se define por terapêuticas hospitalar e tratamento curativo, para um modelo que busca a atenção ao usuário como um todo, ampliar o controle social, resgatar o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema (SILVEIRA, VIEIRA, 2009).

O Programa de Saúde da Família deve ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social. É um processo dinâmico que permite a implementação dos princípios e diretrizes da Atenção Primária, devendo se constituir como ponto fundamental para a organização da rede de atenção, é o primeiro contato preferencial com a clientela do Sistema Único de Saúde (SILVEIRA, VIEIRA, 2009).

Durante o percurso no curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família foi solicitada a elaboração do diagnóstico situacional da área de abrangência. Nesta atividade foi possível a identificação e descrição dos principais problemas da população cadastrada.

O diagnóstico situacional foi realizado na Unidade de Saúde da Família Marina Gomes da Silva, situada no Município de Monte Alegre de Minas. A unidade possui 1057 famílias cadastradas, sendo 3017 pessoas; destas, 1800 são do sexo feminino, havendo na área a predominância de mulheres.

Na unidade são realizadas todas as ações pertinentes ao programa: atendimento médico, enfermeiro e cirurgião dentista na unidade e domiciliar, atendimento básico do técnico de enfermagem, visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, atendimento da equipe do NASF, e atividades de promoção e prevenção da saúde com palestras, grupos operativos e oficinas educativas.

De acordo com o Diagnóstico Situacional realizado em conformidade ao módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde, um dos principais problemas evidenciados foi o crescimento indiscriminado de mulheres que apresentam quadros depressivos na área adscrita. Trata-se de uma realidade bastante considerável e preocupante, uma vez que constitui um grande sofrimento para as pacientes que vivenciam esta situação com consequências diversas em suas vidas, além do aumento indiscriminado na procura por psicotrópicos, superlotação na unidade e insatisfação por parte dos usuários, que não tem acesso a um atendimento de qualidade e específico para a resolução de seus problemas.

De acordo com a organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de transtornos mentais. Os transtornos mentais e de comportamento correspondem a 12% da carga mundial de doenças gerais.

No Brasil, a prevalência de depressão na população geral ao longo da vida é bastante significativa. Em um estudo internacional, realizado em 18 países, a maior prevalência encontrada foi no Brasil, com percentual de 18,4% (VALENTINI et al, 2004). A cada ano, o histórico de depressão entre a população aumenta consideravelmente, sendo um dado preocupante para a saúde pública (VALENTINI et al, 2004).

De acordo com o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª revisão, da American Psychiatry Association¹* (DSM-IV), a depressão é caracterizada por vários sintomas, dentre eles: falta de interesse, tristeza, desânimo, apatia, insegurança, choro persistente, negativismo, desesperança, irritabilidade, falta de concentração, autoestima depreciada, sentimentos de culpa, sentimentos de impotência, ideias de suicídio, entre outras (DSM- IV, 2000).

Atualmente a depressão tem atingido um número significativo de pessoas nas mais diversas faixas etárias, afetando crianças, adolescentes, jovens, adultos e terceira idade. A prevalência maior é nos adultos, e algumas pesquisas, considerando gênero, ressaltam que a mulher é mais atingida. Como origem, a depressão está associada a fatores tanto genéticos, ambientais e à sobreposição dos mesmos. Usualmente o tratamento usado envolve o uso de fármacos concomitantemente à psicoterapia (BAHLS, 2003).

Estudos comprovam que existem grandes diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. No mundo, a morte por suicídio é a segunda causa de morte para mulheres na faixa etária de 15 a 44 anos de idade (MARAGNO et al , 2006).

¹ No momento da construção deste trabalho ainda estava em vigor a 4ª edição do DSM, motivo pelo qual permanecemos utilizando-o como referência ao invés da 5ª edição, recém-lançada.

O tema a ser tratado é de grande importância, uma vez que são graves as consequências emocionais que podem afetar não apenas os pacientes, mas também toda a sua rede sócio-familiar e suas rotinas diárias. Diante de tais considerações e da realidade vivenciada pela Unidade de Saúde da Família Marina Gomes da Silva, a compreensão deste fenômeno associado à percepção do crescimento de usuários com transtornos depressivos poderá possibilitar o desenvolvimento de um plano de ação com estratégias adjuntas de prevenção e tratamento a este transtorno, visando uma melhoria assistencial para estes pacientes.

Com base na literatura podem-se ressaltar algumas formas de tratamento e controle da depressão, sendo as mais evidenciadas as psicoterapias, a utilização de medicamentos ou a associação das duas formas (BAHLS, 2003). No entanto, estão sendo trabalhadas formas alternativas de tratamento e prevenção destes transtornos através de grupos operativos com o foco no incentivo do convívio sociocultural. A convivência em grupo possibilita aos indivíduos a reflexão sobre suas formas de pensar e sentir, além de aspectos ligados à sua própria maneira de ser, possibilitando alterações em seus hábitos de vida e relacionamento, inclusive no que diz respeito ao próprio transtorno. (GAYOTTO, 2003)

Frente à importância do estímulo ao convívio sociocultural evidenciado em pacientes portadores deste transtorno, a proposta deste trabalho está baseada na construção de um plano de ação visando estratégias adjuntas de prevenção e tratamento da depressão, por meio de incentivo da interação sociocultural, participação de grupos operativos e práticas de atividades físicas supervisionadas.

2 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação visando possibilitar estratégias adjuntas de atuação no tratamento e na prevenção de transtornos depressivos, por meio do incentivo da interação sociocultural, participação de grupos operativos e praticas de atividades físicas.

2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Possibilitar à população a participação em atividades sócio-recreativas, propiciando assim não apenas um acréscimo da motivação pessoal como também interações sociais e os benefícios advindos destas relações;

Possibilitar um espaço de informação e orientação à comunidade acerca dos transtornos psicológicos, possibilidades de prevenções e intervenções;

Possibilitar a reflexão sobre os riscos do abuso dos medicamentos antidepressivos e possibilidades de terapias complementares, visando à redução do uso de medicamento quando não prescrito por profissional capacitado.

3 METODOLOGIA

Tendo em vista o objetivo deste estudo, a pesquisa em questão envolveu dois momentos: primeiramente, uma revisão da literatura narrativa com vista ao levantamento do que existe sobre o tema em estudo; e em um segundo momento, a construção do plano de ação baseada no diagnóstico situacional do PSF – Marina Gomes da Silva e nos achados da primeira etapa.

Para o levantamento dos artigos foi realizada uma busca nas seguintes bases de dados: SCIELO, BVS, MEDLINE, LILACS, BDENF, USP e OPAS, através dos descritores “Transtornos Mentais”, “Depressão” e “Mulheres”. Foram incluídos neste trabalho artigos publicados na língua inglesa e portuguesa, que tenham sido indexados nos referidos bancos de dados nos últimos dezoito anos e que retratasse na íntegra a temática referente à pesquisa.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 DEPRESSÃO

De acordo com Kaplan e Sadock (1997), a depressão tem sido registrada desde a antiguidade, e descrições do que, agora é chamado de depressão podem ser encontradas em muitos textos antigos. Os sintomas descritos por Hipócrates cerca de 400 a.c até os dias atuais são os mesmos: sentimentos de tristeza, melancolia e perturbações.

A literatura afirma que a depressão se tornou um problema de saúde pública no último século. O aumento de casos diagnosticados nas unidades de atendimento credenciadas ao SUS confirma essa afirmação e revela a necessidade de que as políticas públicas de saúde investiguem essa realidade, a fim de se fazerem diagnósticos precisos e intervenções acertadas e principalmente a prevenção da mesma (ROUQUAYROL, 2003).

De acordo com dados estatísticos atualmente existentes, Calábria e Calábria (2005) afirma que a depressão é um dos distúrbios mentais mais frequentes nos dias de hoje, sendo que de 04 a 24% da população geral vive em depressão. Os autores afirmam ainda que cerca de 12 a 15% da população adulta teve ou terá episódios de depressão de severidade clínica considerável (CALÁBRIA, CALÁBRIA, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão se encontra em quarto lugar entre as principais doenças do mundo e as expectativas são ainda mais assustadoras. Se persistir o aumento registrado até o momento, até o ano de 2020 a depressão será a segunda causa de adoecimento mundial, ficando atrás apenas da doença isquêmica cardíaca (OMS, 2001).

Apesar de um tema amplamente estudado nos últimos anos, há poucas evidências de que a presença da depressão seja associada apenas a mecanismos biológicos, tendo-se enfatizado uma combinação de fatores biológicos, sociais e psicológicos (CORDEIRO, 2002).

Cordeiro (2002) em seus estudos afirma que alguns fatores podem estar relacionados à depressão dentre eles, podemos ressaltar os seguintes: a incidência maior no

sexo feminino, homens vivendo sozinhos, faixa etária de 20 a 40 anos, perdas parentais antes da adolescência, depressão na história familiar, puerpério, violência doméstica sofridas por mulheres, acontecimentos vitais negativos e residência em área urbana. Outras situações também estudadas são as que evidenciam a importância da influência dos hormônios nas flutuações e distúrbios do humor, como o ciclo menstrual e a menopausa (BOYLE; BOUCHER, 2000).

Também muito citado na literatura como fator de risco para o desenvolvimento da depressão é a história pregressa de transtornos psiquiátricos ou psicológicos (BOYLE; BOUCHER, 2000).

Atualmente a depressão é abordada pelas duas classificações de doenças mais conhecidas no mundo: a *Classificação Internacional de Doenças, 10a. Revisão* (CID.10) e o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª revisão, da American Psychiatry Association* (DSM-IV), (BALLONE, NETO, ORTALANI 2002).

De acordo com o CID-10, a depressão pode ser classificada como um transtorno afetivo determinado por alteração do humor ou afeto, com ou sem ansiedade associada ou uma *Euforia*. Esta alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos episódios destes transtornos tende a ser recorrentes e pode estar relacionada com situações ou fatos estressantes (OMS, 2001).

Já o DSM-IV (2000), afirma que a depressão pode ser caracterizada como um Episódio Depressivo em um período mínimo de duas semanas, ao qual o indivíduo apresenta humor deprimido, perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades na maior parte do dia, causando prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas relevantes na vida.

Segundo o DSM IV (2000), as classificações dos tipos de depressão são: depressão reativa ou secundária, depressão menor ou distímia, depressão maior ou unipolar e depressão maior ou psicose maníaco-depressivo.

A depressão reativa ou secundária surge em resposta a um estresse identificável como perdas, reações de luto, doença física, tumores cerebrais, AVC, hipo ou hipertireoidismo e a utilização de drogas (promazina, barbitúricos, atropina).

A depressão menor ou distímia é uma desordem depressiva crônica, durando pelo menos 02 anos em adultos e manifesta-se pela presença do transtorno depressivo, em que o paciente consegue funcionar socialmente, mas sem experimentar prazer.

A depressão maior ou unipolar é uma desordem depressiva primária, endógena, e que não tem relação causal com situações estressantes, patologias orgânicas ou psiquiátricas, caracterizando-se por episódios puramente depressivos em períodos variáveis da vida do paciente geneticamente predisposto à doença. Resulta de uma inclinação inata, determinada por fatores hereditários e bioquímicos que produzem um distúrbio da neurotransmissão central, secundária a um déficit funcional de neurotransmissores (dopamina, noradrenalina e/ou serotonina) e/ou a uma alteração transitória de seus receptores ao nível do SNC. Durante o episódio, os sintomas depressivos são severos e intensos, impedindo o indivíduo de agir normalmente, havendo alto risco de suicídio se não tratado (DSM IV, 2000).

A depressão bipolar ou psicose maníaco-depressiva, por fim, é uma desordem primária, endógena, que se caracteriza por episódios depressivos alternados com fases de mania ou de humor normal, com estados de significativa mudança de humor do paciente (oscilações cíclicas do humor entre “altos” (mania) e “baixos” (depressão)). Quando deprimida, a pessoa pode ter alguns ou todos os sintomas de depressão. Já em mania, torna-se falante, eufórica e/ou irritável, cheia de energia, grandiosa. A mania prejudica o raciocínio, a crítica (capacidade de julgamento) e o comportamento social, podendo ocasionar graves consequências e constrangimentos, pois a pessoa em fase de mania envolve-se facilmente em negócios mirabolantes e incertos ou, ainda, em aventuras românticas, tomando atitudes precipitadas e inadequadas. Se não tratada, a mania pode piorar, evoluindo para quadro psicótico (com delírios e/ou alucinações). Esta desordem afetiva estaria relacionada com um distúrbio da neurotransmissão central secundário a um déficit de neurotransmissores ou hipossensibilidade de seus receptores na fase depressiva, e a um aumento deste neuro-hormônios, ou ainda, da hipersensibilidade de seus receptores na fase maníaca (DSM IV, 2000).

4.2 ALTERAÇÕES PSICOSOCIAIS

O indivíduo que está com depressão apresenta alterações na funcionalidade da sua vida. Independentemente da causa da depressão, o fato é que são inúmeras as alterações psicossociais que o indivíduo sofre (DSM IV, 2000).

De acordo com Kaplan e Sadock (1997), as pessoas nem sempre conseguem perceber que estão com depressão, muitas sentem tristeza, cansaço, no entanto, acreditam que é algo passageiro, e não procuram tratamento, deixando a doença evoluir, levando até o suicídio.

Para a sociedade os indivíduos depressivos são rotulados como preguiçosos desinteressados e tristes. Muitas vezes não se compreende que a depressão é uma doença. A depressão é uma doença que compromete o pensamento, a linguagem, o corpo e o humor. Ela compromete a alimentação, o sono e o relacionamento interpessoal. A depressão traz muitos danos à vida do indivíduo e da sua família, pois a pessoa deprimida perde o interesse de viver, de trabalhar, de se relacionar com outras pessoas e perde o prazer na prática das atividades (DALGALARRONDO, 2000).

Nos casos mais graves dos quadros depressivos, há a presença de sintomas psicóticos. Há uma intensificação das ideias delirantes de conteúdos negativos, de ruína ou miséria pessoal, de culpa, de delírio hipocondríaco e ou negação dos órgãos, de delírio de inexistência (de si e do mundo), além da presença das alucinações auditivas. A partir de tais alterações, a esfera social da vida do indivíduo começa a ficar comprometida (DALGALARRONDO, 2000).

4.3 DEPRESSÃO RELACIONADA AO GÊNERO

A depressão é uma doença que atinge tanto o sexo feminino como o masculino em todas as idades, inclusive em crianças e idosos. Porém ela afeta muito mais frequentemente as mulheres, especialmente na fase de maturação sexual, pois há flutuação hormonal. Nessas flutuações podem ocorrer TPM (tensão pré-menstrual), menopausa e depressão pós-parto. Situações que parecem ser desencadeadoras para a depressão, pois nessas fases as mulheres já predispostas à depressão ficam mais vulneráveis a esse mal (ANDRADE, VIANA, SILVEIRA, 2006).

Na idade adulta emergem grandes diferenças entre homens e mulheres em relação aos episódios de depressão. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e

depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (ADEODATO et al, 2005).

Gouveia (2004) afirma que o fato de a mulher apresentar mais diagnóstico de depressão não é um fator biológico, mas uma construção histórica e social. Percebe-se que no decorrer da existência humana há diferentes papéis e expectativas associadas ao homem e a mulher. A mulher, neste passo, incorpora o papel de mãe, mulher, chefe de família, e em alguns casos chefe de equipe de trabalho. São vários os papéis que a mulher desempenha.

A situação sociocultural por sua vez, traz um diferencial nas emoções particulares, podendo designar atribuições específicas, intensidade nas jornadas de trabalho e mudanças em seu comportamento. De acordo com os autores, para o melhor entendimento da ocorrência da depressão em mulheres deverá levar em conta muito mais do que simplesmente os sintomas expressos por elas. Devem ser considerados os contextos sociais e as forças culturais que modelam o cotidiano, que dão significado às relações interpessoais e eventos vividos por essas mulheres (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

5.2 TRATAMENTOS E CONTROLE DA DEPRESSÃO

A literatura apresenta algumas formas de tratamento para a depressão, porém as mais evidenciadas são as psicoterapias, a utilização de medicamentos ou a associação das duas formas (BAHLS, 2003).

Segundo Rubio (2002), o tratamento farmacológico consiste na utilização de medicamentos antidepressivos que atuam diretamente no cérebro e seus efeitos terapêuticos derivam aparentemente da correção do desequilíbrio químico causador da depressão. No Brasil, existe um grande número de psicofármacos antidepressivos, incluindo antidepressivos tricíclicos (ADTs), inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) os atípicos e os antidepressivos sedativos, como a imipramina. (WENDER, MAGNO, 2002).

Os medicamentos psicotrópicos são de grande importância no tratamento de diversos distúrbios psiquiátricos, mas não devem ser prescritos de uma forma indiscriminada, pois

sempre deve haver uma reavaliação regular e cuidadosa do estado da paciente (SANTOS, 2002).

De forma geral, a indicação para o uso de psicofármacos irá depender do diagnóstico, considerando fatores como o tipo de droga, a dosagem, a farmacocinética e a sensibilidade individual. A posologia e a duração do tratamento devem ser adequadas para as necessidades de cada paciente. A efetividade no tratamento da depressão depende da terapêutica empregada, da colaboração do paciente ao tratamento e ainda da participação e apoio das famílias destes indivíduos (COUTINHO, COUTINHO, 1999).

Em relação à psicoterapia a literatura afirma ser o tratamento mais escolhido na maioria dos casos de depressão. Este tratamento, na visão do autor, deve dar um suporte psicológico contínuo, auxiliando a desmembrar sentimentos e percepções não saudáveis presentes nos quadros depressivos (COUTINHO, COUTINHO, 1999).

De acordo com Thomé (2003), o acompanhamento de um psicoterapeuta é muito importante, pois auxilia o indivíduo a lidar com seus conteúdos ambíguos e confusos e os seus sentimentos contraditórios de amor e ódio, medo, culpa, alegria, tristeza, onipotência, indiferença e insegurança.

Segundo o DSM IV (2000), em casos de diagnóstico de depressão a terapêutica mais indicada é a psicoterapia associada à psicofarmacologia, pois se acredita que estas terapêuticas juntas proporcionam um tratamento mais efetivo com prognóstico mais rápido e com resultados satisfatórios.

Um método alternativo, porem muito usado no tratamento dos transtornos depressivos são os grupos operativos com atividades físicas, e incentivo do convívio sociocultural, ao conviverem em grupo, os indivíduos vão internalizando mutuamente suas formas de pensar e sentir, além de aspectos ligados à sua própria maneira de ser. Tais relações vão sendo internalizadas, levando as pessoas a refletirem em seu modo de agir (GAYOTTO, DOMINGUES, 1996).

Os grupos operativos têm como característica principal a centralização em um objetivo, constituindo-se como um processo de trabalho e um método de investigação. Eles podem cumprir uma função terapêutica, uma vez que estão centrados no objetivo que pode ser o aprendizado, a

cura, o diagnóstico de dificuldades, caracterizando-se como educativos, terapêuticos, dentre outras finalidades (GAYOTTO, DOMINGUES, 1996).

O grupo é terapêutico quando tem uma tarefa a realizar e, através deste trabalho operativo, onde o foco de trabalho está centrado em um objetivo específico, possa esclarecer as dificuldades individuais de cada um de seus membros, romper com estereótipos e possibilitar a identificação dos obstáculos que impedem o desenvolvimento dos indivíduos, auxiliando-os a encontrar condições próprias de resolver ou se enfrentar com elas (GAYOTTO, DOMINGUES, 1996).

Através da participação em grupo, o usuário tem troca de vivências, aprende com as experiências mútuas, repensa em sua forma de agir frente às doenças e conseqüentemente, muda seus hábitos (GAYOTTO, DOMINGUES 1996).

Animação sociocultural é um processo que visa à conscientização dos participantes de grupos operativos na prevenção da depressão. É um método de intervenção, destinado a estimular as pessoas e os grupos no sentido do autodesenvolvimento e da mobilização das faculdades que permitam resoluções criativas para alguns dos seus problemas. É a aquisição de capacidade necessária para que as comunidades sejam, elas próprias, agentes de mudança e de criatividade cultural (LOPES, 2006).

Segundo Lopes (2006), o convívio sociocultural para pacientes que apresentam transtornos depressivos e idosos institucionalizados surge em resposta a uma ausência ou diminuição da sua atividade e das suas relações sociais. Assim, a animação sociocultural vem para preencher esse vazio, traz benefícios para o indivíduo e o grupo. A ideia de progresso do paciente é concebida através da sua integração e participação voluntária em atividades nas quais a cultura torna-se um papel estimulante

Diante do crescimento de pessoas apresentando transtornos depressivos e todo o mal que tem causado a população que reside na área de abrangência da Unidade de Saúde Marina Gomes da Silva, vimos que a criação de um plano de ação visando o desenvolvimento de grupos operativos, a prática de atividades físicas e o estímulo ao convívio sociocultural pode ser benéfico na busca por estratégias alternativas de prevenção e redução deste problema.

5 PLANO DE AÇÃO

De acordo com os autores Campos, Faria e Santos (2010), plano de ação em saúde é um conjunto de projetos realizados a partir da seleção de um problema de grande relevância, detectado através do diagnóstico situacional de uma determinada área de abrangência.

O plano de ação é formado por etapas de sequência lógica de atividades a serem desenvolvidas e essas etapas devem ser seguidas de forma cronológica para que não prejudique o resultado final problema diagnosticado (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

A organização de um plano de ação tem fundamental importância nos processos de trabalho na área da saúde, isso porque a visão multiprofissional da equipe é valorizada e o planejamento das ações passa a existir.

Portanto uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional foi elaborado um plano de ação para o problema detectado na unidade Marina Gomes da Silva, no município de Monte Alegre de Minas.

5.1 PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA

<i>PROBLEMA</i>	<i>IMPORTÂNCIA</i>	<i>URGÊNCIA</i>	<i>CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO PELA EQUIPE</i>	<i>SELEÇÃO</i>
Falta de água tratada	Alta	10	Fora	6
Ausência de policiamento	Alta	10	Fora	5
Carência de uma creche no bairro	Média	7	Fora	4
Elevado índice de pessoas com depressão	Alta	10	Dentro	1
Grande número de usuários que procuram a unidade como demanda espontânea	Média	7	Dentro	2
Alto número de hipertensos	Alta	10	Dentro	3

5.2 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A Unidade de saúde Marina Gomes da Silva possui 2.958 pessoas cadastradas, destas 163 apresentam transtornos depressivos, sendo que, somente quatro é do sexo masculino. Portanto, 5,51% da população total cadastrada apresentam episódios da doença.

DESCRITORES	VALORES	FONTES
População Cadastrada	2.958	SIAB
Casos de Depressão	163	Registro ESF Marina Gomes da Silva
Sexo Masculino	4	Registro ESF Marina Gomes da Silva
Sexo Feminino	159	Registro ESF Marina Gomes da Silva

5.3 EXPLICANDO O PROBLEMA EM NÍVEL INDIVIDUAL, SOCIAL E PROGRAMÁTICO

NÍVEL INDIVIDUAL	NÍVEL SOCIAL	NÍVEL PROGRAMÁTICO
Estilo de vida, baixo nível de informação;	Desemprego, violência e baixos salários;	Faltam ações estruturantes e programas sociais que disponham de local para realização de atividades culturais e recreativas;
Situação socioeconômica e cultural desfavorável.	Falta de área de lazer e atividades recreativas.	Cursos profissionalizantes para qualificar a população e proporcionar a inserção no mercado de trabalho;
		Trabalhos sociais voltados para os aposentados para tirar os mesmos da rotina e evitar o adoecimento;

5.4 DESENHANDO A OPERAÇÃO/ AÇÃO

NÓ CRÍTICOS	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
UBS – Processo de Trabalho	Oficinas Terapêuticas para os pacientes com depressão	Aumentar o número de atividades recreativas para os pacientes que já estão aposentados	Oficinas de pintura, bordado e danças	Divulgação do projeto / Aquisição dos materiais para os artesanatos e profissionais para dar aula
Falta de Área de Lazer	Lazer na praça	Diminuição das pessoas portadoras de depressão e ansiedade	Atividades estimuladoras e de motivação pessoal e troca de experiências	Solicitar do poder público uma praça no bairro
Estilo de Vida / Nível de Informação e Escolaridade	Informação para todos	Comunidade informada sobre os riscos das doenças psicológicas e sobre o abuso dos medicamentos antidepressivos	Campanhas educativas e passeatas motivacionais	Capacitação dos ACSs e profissionais de saúde, panfletos educativos, espaço na rádio para divulgação

5.5 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL
Oficinas Terapêuticas para os pacientes com depressão	Aumentar o número de atividades recreativas para os pacientes que já estão aposentados	Oficinas de pintura, bordado, crochê e dança	Convidar profissionais capacitados para participar	Toda a equipe

Lazer na praça	Diminuição das pessoas portadoras de depressão e ansiedade	Atividades estimuladoras e de motivação pessoal e troca de experiências (caminhada, alongamento)	Apresentar o projeto para o prefeito	Toda a equipe
Informação para todos	Comunidade informada sobre os riscos das doenças psicológicas e sobre o abuso dos medicamentos antidepressivos	Campanhas educativas e passeatas motivacionais	-	Toda a equipe

5.6 GESTÃO DO PLANO

AÇÃO PROGRAMA DA	PRODUTO	PRAZO	SITUAÇÃO ATUAL	JUSTIFICATI VA
Oficinas Terapêuticas para os pacientes com depressão	Oficinas de pintura, bordado e crochê	Seis meses	Está em fase de implantação	Está sendo definido os dias da semana e horários.
Lazer na praça	Atividades estimuladoras e de motivação pessoal e troca de experiências	Oito meses	Não foi implantado	Está em processo de análise
Informação para todos	Campanhas educativas e passeatas motivacionais	Seis meses	Foi implantado	-

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do Diagnóstico Situacional realizado em conformidade ao módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde, um dos principais problemas evidenciados na Unidade Marina Gomes da Silva foi o crescimento indiscriminado de mulheres que apresentam Transtornos depressivos.

As atividades presentes no plano de ação atuam estrategicamente na prevenção e tratamento de transtornos depressivos, incentivando a interação sociocultural, participação de grupos operativos e práticas de atividades físicas supervisionadas. Dentre as ações propostas, as oficinas terapêuticas de artesanatos já se encontram em fase de implantação pela equipe do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e a área de lazer proposta encontra-se em análise pela Secretaria de Obras do Município. Os profissionais de Terapia Ocupacional já estão trabalhando com um grupo específico para mulheres com depressão e o produto “Informações para Todos” foi implantado com sucesso e está trazendo bons resultados para a comunidade como um todo.

Conclui-se então que o plano de ação elaborado é aplicável, visto que tem trazido benefícios e informações para os usuários com transtornos depressivos.

REFERENCIAS

- ADEODATO, V.G; CARVALHO, R.R; SIQUEIRA, V.R. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.39, n.1, p. 108-113, fev, 2005.
- ANDRADE, L.H.S.G.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v.33, n.2, p.43-54, 2006.
- BAHLS, S.C. Uma revisão sobre a terapia cognitivo comportamental da depressão na infância e na adolescência. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v.21, n.33, p.39-46, abr./jun 2003.
- BALLONE, G.J.; NETO, E.P ;ORTOLANI, I.V. **Da Emoção à Lesão: Um Guia de Medicina Psicosomática**. São Paulo: Manole, 2002.
- BOYLE, G.J.; BOUCHER, E.J. Relationship between premenstrual syndrome and postnatal depression: An exploratory study. **Multivariate Experimental Clinical Research**, 2000.
- CALÁBRIA, L; CALÁBRIA, Q.P.A. Câncer de Mama: a relação com estresse e depressão. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v.23, n.40, p.31-36, jan/mar 2005.
- CAMPOS, F.C.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª Ed. Belo Horizonte Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.
- CORDEIRO, J. C. **Manual de psiquiatria clínica**. 2. Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.
- COUTINHO, T.; COUTINHO, C.M. Depressão-pós-parto. **Femina**. Curitiba, v.27, n.7, p.571-577, ago 1999.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- GAYOTTO, M.L.; DOMINGUES, I. **Líder de mudança e grupo operativo**. Petrópolis: Vozes, 1996. 75p.
- GAYOTTO, M.L.C. **Organizador. Liderança II: aprenda a coordenar grupos**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2003.
- GOUVEIA, R.S.V. Depressão Infantil e fracasso vs. Sucesso escolar: um estudo correlacional. **Revista de Psicologia**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p.113-114, jul/dez 2004.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM- IV**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B. **Compendio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- LOPES, M.S. **Animação Sociocultural em Portugal**. 1.ed. Chaves: Intervenção, 2006.

MARAGNO, L; GOLDBAUM, M; GIANINI, R.J; NOVAES, H.M.D; CHESTER, L.G.C. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.23-25 ago 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA NA SAÚDE: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. **CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionadas à saúde**. 9ª ed., ver. São Paulo: EDUSP, 2001.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Rio de Janeiro v.13, n.6, p.1027-1034, nov/dez 2005.

RUBIO, H. Relação entre qualidade de vida e estrutura de personalidade em pessoas deprimidas. **Revista de Psiquiatria**. v. 3, n 1, p. 58-85, 2002.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANTOS, T.M. **Aplicação de um instrumento de avaliação do grau de depressão**. Acta Scientiarum health sciences, Maringá, v.25, n.2, p.171-176, 2002.

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.139-148, ago. 2009.

THOMÉ, Claudia de Aguiar. Depressão pós-parto e a identidade materna. **Psicologia Corporal**. v.3, p.48-51, nov/dez2003.

VALENTINI, W.; LEVAV, I.; KOHN, R.; MIRANDA, C. T.; MELLO, A. A. F.; MELLO, M. F.; RAMOS, C. P. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 522-528, ago. 2004.

WENDER, M.C.O.; MAGNO, V.A. Depressão puerperal: atualização. **Femina**, São Paulo v.30, n.7, p.439-444, ago 2002.