

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ÉVERTON DA COSTA SAGIORATO

**ABUSO DE ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS: UM PLANO DE
INTERVENÇÃO PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO
JUDAS, MUNICÍPIO DE OURO FINO, MINAS GERAIS**

OURO FINO - MINAS GERAIS

2016

ÉVERTON DA COSTA SAGIORATO

ABUSO DE ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS: UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JUDAS, MUNICÍPIO DE OURO FINO, MINAS GERAIS

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa.

OURO FINO - MINAS GERAIS

2016

ÉVERTON DA COSTA SAGIORATO

ABUSO DE ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS: UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JUDAS, MUNICÍPIO DE OURO FINO, MINAS GERAIS

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Edison José Corrêa, UFMG - Orientador

Examinador 2 – Prof. Nome - Designado pelo curso

Aprovado em Belo Horizonte, em _____ de _____ de 2016

DEDICATÓRIA

À minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim.

Mãe, seu cuidado e dedicação foi que me deram, em alguns momentos, a esperança para seguir.

Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinho nessa caminhada.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constante.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao mundo pela frequente mutação da vida, de tudo, impossibilitando de serem da mesma forma no amanhã, pois assim não teríamos o que pesquisar, o que evoluir, o que descobrir e o que fazer.

Agradeço a meu professor orientador que teve paciência no acompanhamento e orientação de minhas pesquisas, o que possibilitou que eu concluísse este trabalho.

“Chega sempre a hora em que não basta pensar, não basta juntar. Chega um tempo que agir é a única opção. O resultado está sempre no risco de 50% de felicidade e sucesso ou 50% de lamento e fracasso. Mas é preciso agir. No final, seja a escolha vista como fracasso ou vista como sucesso, o que precisamos é aprender uma lição. Amarga ou doce, precisamos aprender uma lição.”

Eduardo Colamego

RESUMO

A Equipe de Saúde da Família São Judas atua na periferia da cidade de Ouro Fino – Minas Gerais, próximo à estrada MG 290, na saída da cidade. A equipe de saúde realizou um diagnóstico situacional e apurou como problema prioritário o uso abusivo de antidepressivos tricíclicos (ADT). Desta forma, este estudo propõe um plano de intervenção com o propósito de diminuir esse uso abusivo e conseqüentemente, seus efeitos, como a dependência a estes psicofármacos. Essa proposta surgiu da percepção da necessidade urgente de mudança de velhos hábitos e implantação de novos, atualizados e coerentes com a atualidade. Esse trabalho apresenta uma revisão conceitual, tomadas as palavras-chave como referências. O plano de intervenção segue a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional. Para o problema prioritário são apresentados três planos, relativos a cada nó crítico: (1) Baixo nível de informação da equipe de saúde população sobre os efeitos colaterais dos antidepressivos - Plano Saber +; (2). Não apresentação de alternativas ao uso de antidepressivos - Plano Cuidar +, e (3). Falta de orientação adequada dos pacientes sobre início e término de medicação, quantidade de comprimidos, etc. Plano Educar +. Conclui-se que com este plano de intervenção possa desenvolver na comunidade e nos profissionais de saúde um processo de educação que permitirá uma boa abordagem em saúde mental e conhecimento real dos antidepressivos, sua ação, seus efeitos colaterais, suas indicações e alternativas.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Educação em saúde. Transtornos de humor. Depressão. Antidepressivos

ABSTRACT

The Family Health Team São Judas operates in the Ouro Fino's outskirts - Minas Gerais, near the road MG 290, outside the city. The Health Team conducted a health situation analysis and found as a priority issue the abusive use of tricyclic antidepressants (TCAs). Thus, this study proposes an action plan in order to reduce this abuse and, consequently, its effects, such as addiction to these psychiatric drugs. The proposal arises from the perception of the urgent need to change old habits and deployment of new, updated and consistent with the present. This work presents a conceptual review, takes the words = key as references. The action plan follows the methodology of the Situational Strategic Planning. For the priority problem are presented three plans for each critical node: (1) Low level of information of population health team about the side effects of antidepressants - Plano Saber +; (2). No presentation of alternatives to the use of antidepressants - Plano Cuidar +, and (3). Lack of proper guidance of patients on medication start and end time, number of pills, etc. Plano Educar +. It is concluded that with this intervention plan to develop in the community and health professionals an education process that will allow a good approach to mental health and actual knowledge of antidepressants, their action, side effects, indications and alternatives.

Keywords: Health Strategy. Health Education. Mood Disorders. Depression. Antidepressants

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário De Saúde
ADT	Antidepressivos Tricíclicos
APS	Atenção Primária à Saúde
CRF	Corticotrofina
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental
ESF	Estratégia Saúde da Família
GABA	Ácido gama-aminobutírico (Gamma-AminoButyric Acid)
HPA	Hipotalâmico Pituário Adrenal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PET	Tomografia por Emissão de Póstron
PSF	Programa Saúde da Família
RM	Ressonância Magnética
RMF	Ressonância Magnética Funcional
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SNC	Sistema Nervoso Central
SPECT	Tomografia por Emissão de Fóton Único
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
TC	Tomografia Computadorizada
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Localização de Ouro Fino em Minas Gerais	15
Figura 2 - Neurotransmissores	49
Figura 3 - Organograma da estrutura dos serviços de saúde no processo de trabalho	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - População por faixa etária: Ouro Fino, Minas Gerais, 2010	14
Quadro 2 - População total por gênero, rural/urbana: Ouro Fino, Minas Gerais, 2010	15
Quadro 3 - Distribuição percentual da população de Ouro Fino, Minas Gerais, segundo média salarial mensal	16
Quadro 4 - Lista de estabelecimentos de saúde de Ouro Fino, Minas Gerais, 2015	17
Quadro 5 - Lista dos equipamentos de saúde da cidade de Ouro Fino, MG (2015) .	18
Quadro 6 - Calendário semanal da Equipe de Saúde da Família São Judas, Ouro Fino, Minas Gerais	20
Quadro 7 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da família São Judas, município de Ouro Fino, Minas Gerais, 2015	21
Quadro 8 - Sintomas da Síndrome Depressiva, segundo portadores de depressão.	35
Quadro 9 - Sintomas e circuitos da depressão.....	37
Quadro 10 - Evolução no tratamento da depressão	42
Quadro 11 - Descritores do problema selecionado “uso abusivo de psicotrópicos” – comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família São Judas, município de Ouro Fino, Minas Gerais	53
Quadro 12 - Plano de Intervenção sobre o problema selecionado “Uso abusivo de medicamentos antidepressivos pela comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família São Judas, em Ouro Fino, Minas Gerais”. Correlação nós críticos x operações.....	Erro! Indicador não definido.
Quadro 13 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Uso abusivo de medicamentos antidepressivos pela comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família São Judas, em Ouro Fino, Minas Gerais”	58
Quadro 14 - Operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema “Uso abusivo de medicamentos antidepressivos pela comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família São Judas, em Ouro Fino, em Minas Gerais”	59
Quadro 15 - Operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema “Uso abusivo de medicamentos antidepressivos pela comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família São Judas, em Ouro Fino, em Minas Gerais”	60

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Breves informações sobre o município de Ouro Fino.....	13
1.2	O sistema municipal de saúde.....	16
1.3	A Equipe de Saúde da Família São Judas, em Ouro Fino, Minas Gerais, seu território e sua população.....	19
1.4	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	20
1.5	Definição do problema prioritário	21
2	JUSTIFICATIVA	22
3	OBJETIVOS	24
3.1	Objetivo geral.....	24
3.2	Objetivos específicos	24
4	METODOLOGIA.....	25
5	BASES CONCEITUAIS.....	26
5.1	Estratégia Saúde da Família	26
5.2	Educação em Saúde	27
5.3	Transtornos do humor. Depressão	28
5.3.1	Aspectos gerais	28
5.3.2	Graus de depressão	32
5.3.3	Diagnóstico. Sintomas da depressão	34
5.3.4	Causas de depressão.....	38
5.3.5	Tratamento da depressão	41
5.3.6	Prevenção da depressão.....	43
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	52
6.1	Descrição do problema selecionado.....	52
6.2	Descrição dos nós críticos	57
6.3	Desenho das operações.....	57
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61

1 INTRODUÇÃO

O autor desse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é profissional médico da Equipe de Saúde da Família São Judas (ESF-São Lucas), vinculada à Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Ouro Fino, Minas Gerais. O TCC objetiva apresentar um plano de intervenção sobre um dos problemas de saúde do território da equipe e de sua comunidade adscrita.

1.1 Breves informações sobre o município de Ouro Fino

Ouro Fino se localiza no Sul de Minas Gerais e possui 31.568 habitantes (em 2010) (Quadro 1), com 15.815 homens e 15.750 mulheres, com uma população alfabetizada em 26.994 pessoas, segundo informações obtidas no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ouro Fino possui área corresponde 533,658 km², com densidade demográfica de 59,15 habitantes por km² (BRASIL, 2016). Sua população estimada em 2015 era de 33.390 habitantes (BRASIL, 2016).

O município de Ouro Fino situa-se a aproximadamente 530 km da capital Belo Horizonte (WIKIPEDIA, 2015).

Cidade histórica com 269 anos, fundada numa época que a extração de ouro era a principal atividade econômica do Brasil. Com o passar dos anos o café virou sua principal atividade econômica, fato consumado quando nesta cidade foi assinado o “Tratado Café com Leite”, durante a República Velha (WIKIPÉDIA, 2015).

Com belas paisagens naturais, banhadas por cachoeiras e rios e a imponente Pedra do Itaguaçu, na qual a fauna e flora preservadas proporcionaram, nos últimos anos a prática do ecoturismo (GUIA, 2015).

Quadro 1 - População por faixa etária: Ouro Fino, Minas Gerais, 2010

Idade	População Ouro Fino	
	Homens	Mulheres
0 a 4	914	884
5 a 9	1022	1032
10 a 14	1315	1261
15 a 19	1260	1206
20 a 24	1309	1218
25 a 29	1257	1180
30 a 34	1241	1144
35 a 39	1151	1179
40 a 44	1165	1171
45 a 49	1108	1147
50 a 54	1018	939
55 a 59	836	866
60 a 64	697	770
65 a 69	565	520
70 a 74	375	469
75 a 79	295	353
80 a 84	179	223
85 a 89	79	122
90 a 94	23	49
95 a 99	3	15
> de 100	3	2
Total	15.815	15.750

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010 (BRASIL, 2016)

Atualmente, as principais atividades econômicas são a indústria de malhas e o turismo. A cidade tem uma economia variada, possui grandes empresas como também pequenos estabelecimentos de economia familiar, além de fábricas de malhas, que garante grande parte da economia local, possui também uma grande representatividade no plantio e comercialização de café (ATLAS, 2010).

Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (2010), Ouro Fino possui Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) alto, entre 0,700 e 0,799.

No Quadro 2 temos a distribuição da população total por gênero, rural e urbana da cidade de Ouro Fino, Minas Gerais. Neste quadro é possível constatar que existe uma divisão em quase 50% da população entre os gêneros mulheres e homens.

Quadro 2 - População total, por gênero, rural/urbana: Ouro Fino, Minas Gerais, 2010

População total	31.568
Homens	15.818
Mulheres	15.750
Urbana total	23.763
Rural total	7.805

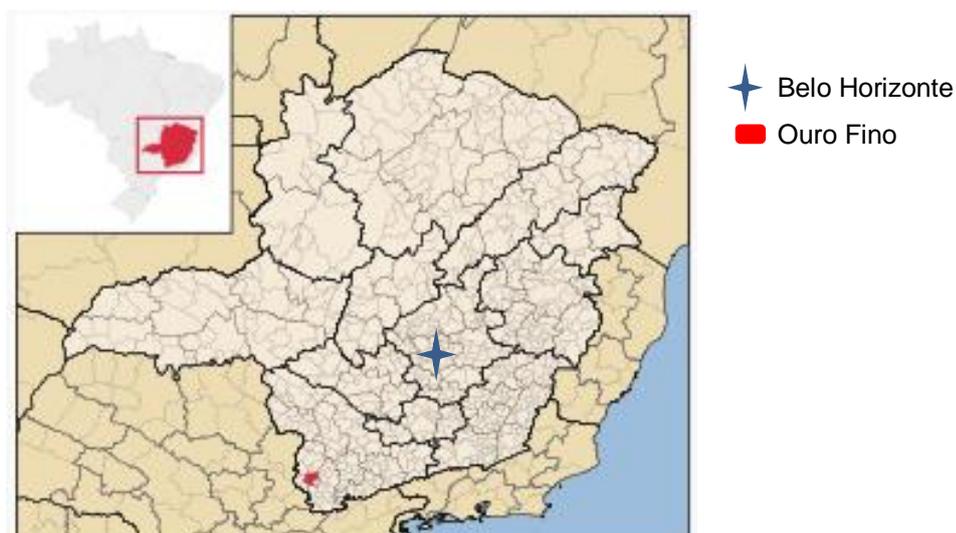
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2010

Sua economia gira em torno da agricultura: cereais, leguminosas e oleaginosas, cultivo e comércio de café e fabricação de malhas. Uma fonte de desenvolvimento econômico está no ecoturismo (ATLAS, 2010).

A cidade de Ouro Fino oferece, para os turistas, pousadas rurais e citadinas, muitas delas credenciadas pela "Associação de Amigos do Caminho da Fé", numa rota de peregrinação, por volta de 400 km, até ao Santuário de Nossa Senhora Aparecida, no estado de São Paulo. Tudo isto corrobora para que a vida cotidiana da cidade não seja monótona e faz com que as unidades de saúde ainda atendam, esporadicamente, a pessoas não residentes (GUIA, 2015).

A Figura 1 nos mostra a localização da Cidade de Ouro Fino em Minas Gerais, sua proximidade com a fronteira do Estado de São Paulo e, conseqüentemente, sua distância da capital Belo Horizonte.

Figura 1 - Localização de Ouro Fino em Minas Gerais



Fonte: WIKIPÉDIA, 2015

Os serviços básicos de infraestrutura da cidade são satisfatórios, com rede de água canalizada e tratada, coleta de esgoto, coleta de lixo três vezes por semana, despejada em aterro sanitário próprio. Os serviços de saúde estão espalhados pelo hipercentro e arredores.

As escolas públicas e privadas na cidade atendem a vários níveis da camada social. O índice de analfabetismo em crianças é perto de zero, sendo que nos adultos/idosos chega a quase 10% da população. A cidade conta com várias associações, sendo elas culturais e comerciais.

O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) é de 23,53%, a pobreza e o índice de pessoas de 18 anos ou mais sem educação fundamental completa e em ocupação informal é 40,07%. A média salarial do ourofinense está entre um e dois salários mínimo nacional, como podemos ver no Quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição percentual da população de Ouro Fino, Minas Gerais, segundo média salarial mensal

Média salarial	% de indivíduos
Inferior a 1 salário mínimo	14
Entre 1 e 2 salários mínimos	81
Acima de 3 salários mínimos	5

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2010

Estas informações são de suma importância para se caracterizar o perfil de saúde na região, pois demonstra a situação socioeconômica da cidade e sua correlação direta com a satisfação, anseios e frustrações da comunidade.

1.2 O sistema municipal de saúde

Em Ouro Fino, o sistema municipal de saúde apresenta 18 estabelecimentos de saúde para o atendimento diário da população, além de uma Secretaria de Saúde,

unidades móveis e dois setores de Vigilâncias, uma Ambiental e outra Sanitária. O Quadro 4 mostra a relação de estabelecimentos e sua localização.

Quadro 4 - Lista de estabelecimentos de saúde de Ouro Fino, Minas Gerais, 2015

Nome do estabelecimento	Localização
Centro de Saúde Ouro Pref. João de Almeida Rossio	Bairro BNH
Posto de Saúde Abertão	Bairro Abertão
Posto de Saúde Caneleiras	Bairro Caneleiras
Posto de Saúde Crisólia	Bairro Crisólia
Posto de Saúde de São José do Mato Dentro	Bairro São José do Mato Dentro
Posto de Saúde do Pinhalzinho dos Góes	Bairro Pinhalzinho dos Góes
Posto de Saúde dos Peitudos	Bairro dos Peitudos
Posto de Saúde de Taboão	Bairro Taboão
Pronto Atendimento Municipal Geraldino Alves Coutinho	Bairro Bela Vista
Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Fino	Centro
Serviço de Promoção Social de Ouro Fino	Centro
Unidade de Saúde Familiar Alto Ouro Fino	Bairro Alto
Unidade de Saúde Familiar de Ouro Fino	Centro
Unidade de Saúde Familiar José de Barros Lemos	Bairro Jardim São Paulo
Unidade de Saúde Familiar Limas	Bairro Limas
Unidade de Saúde Familiar São Judas	Bairro São Judas
Unidade de Saúde Familiar Taguá	Bairro Taguá
Unidade Móvel de Atendimento Ouro Fino	Rodovia
Unidade Móvel de Atendimento Avançado	Rodovia
Unidade Básica de Saúde do Bairro Escolinha	Bairro Escolinha
Vigilância Ambiental e Controle de Dengue	Centro
Vigilância Sanitária de Ouro Fino	Centro

Fonte: CNESNet, 2015

Segundo informações obtidas no IBGE, a morbidade hospitalar na cidade de Ouro Fino para o ano de 2010, quando o censo foi realizado, fica distribuída da seguinte forma: 68 homens e 53 mulheres. Segundo fonte do IBGE (BRASIL, 2016), o sistema municipal de saúde da cidade de Ouro Fino conta com 65 leitos de internação privados e SUS.

O Quadro 5 mostra, para a cidade de Ouro Fino, Minas Gerais, de acordo com informações encontradas no site CNESNet (DATA-SUS, 2015) a quantidade

existente de equipamentos de saúde neste município, quantos estão atualmente em uso, quantos pertencem ao SUS e quantos estão em uso no SUS. Com estas informações poderemos saber a capacidade e tipo de assistência é possível na cidade.

Quadro 5 - Lista dos equipamentos de saúde da cidade de Ouro Fino, MG (2015)

Equipamentos				
	Existentes	Em uso	Existentes SUS	Em uso SUS
Equipamentos de audiologia				
Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes	1	1	1	1
Audiômetro de um canal	1	1	1	1
Total	2	2	2	2
Raios-X até 100 mA	2	2	1	1
Raios-X de 100 a 500 mA	3	3	2	2
Ultrassom Doppler Colorido	2	2	1	1
Total	7	7	4	4
Grupo gerador	1	1	1	1
Usina de oxigênio	1	1	1	1
Total	2	2	2	2
Equipamento odontológico	31	31	10	10
Compressor odontológico	7	7	3	3
Fotopolimerizador	8	8	2	2
Caneta de alta rotação	8	8	1	1
Amalgamador	7	7	3	3
Total	61	61	19	19
Equipamentos para manutenção da vida				
Bomba de Infusão	4	4	4	4
Berço Aquecido	4	4	4	4
Desfibrilador	6	6	5	5
Equipamento de Fototerapia	3	3	3	3
Incubadora	5	5	5	5
Monitor de ECG	11	10	10	9
Monitor de Pressão Não-Invasivo	16	14	9	7
Reanimador Pulmonar/AMBU	26	26	25	25
Respirador/Ventilador	5	5	5	5
Total	80	77	70	67
Equipamentos por métodos gráficos				
Eletrocardiógrafo	6	6	6	6
Total	6	6	6	6
Equipamentos por métodos ópticos				
Microscópio Cirúrgico	2	2	1	1
Total	2	2	1	1
Outros equipamentos				
Aparelho diatermia ultrassom/ondas curtas	5	5	2	2
Aparelho de eletroestimulação	5	5	2	2
Forno de Bier	4	3	2	2
Total	14	13	6	6

Fonte: Desenvolvido pelo autor com informações do Data-SUS, 2015.

Os equipamentos relacionados encontram-se distribuídos: pronto atendimento, unidades móveis de atendimento e centro de saúde. Qualquer necessidade mais especializada de atendimento, como cirurgias e outras intervenções de grande porte terão de ser transferidas para cidades com melhor infraestrutura.

1.3 A Equipe de Saúde da Família São Judas, em Ouro Fino, Minas Gerais, seu território e sua população.

A Equipe de Saúde da Família São Judas (ESF-São Judas) é composta por um médico; cinco agentes comunitárias; uma enfermeira; um auxiliar de enfermagem; uma digitadora; um dentista; uma auxiliar de dentista e uma auxiliar de limpeza.

A população atendida pela equipe é residente no bairro São Judas, em Ouro Fino. Este bairro possui infraestrutura básica de saneamento, água, luz e coleta de lixo, escola, ruas com calçamento. Sua população, 3.422 habitantes, sendo 1.691 do sexo masculino e 1.731 do feminino. A população é simples com renda mensal aproximada de dois salários mínimos por família.

O bairro de São Judas se localiza próximo ao centro da cidade de Ouro Fino e da MG-290. A população é composta principalmente por indivíduos da Classe C. Possui saneamento básico adequado com água tratada, rede de esgoto, rede elétrica e coleta de lixo efetiva. Participa da Câmara de Vereadores da cidade, com grande representatividade com dois vereadores eleitos pelo bairro, e uma associação de moradores do bairro atuante.

O nível de alfabetização predominante até o oitavo ano escolar está em torno de 80% da população (2.700 aproximadamente). O nível de escolaridade é importante quando se trata de saúde pública. É determinante no entendimento e comprometimento do paciente diante de um tratamento. O fato de boa parte de a população possuir apenas o oitavo ano de escolaridade reflete-se também na abordagem e compreensão das terapias e suas respectivas consequências. O

desconhecimento destas consequências gera uma transferência de responsabilidades, passando-as de pacientes para equipe e médico.

É prática na ESF-São Judas, em Ouro Fino, Minas Gerais, discussão e reflexão sobre o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família, suas abordagens, metodologias, objetivos, resultados. O maior desafio atualmente é fazer com que os pacientes perseverem nos grupos. É sabido que quanto maior a frequência melhor será seu aprendizado e absorção das informações fornecidas. A interação com outros pacientes proporciona uma integração da comunidade e melhor conscientização da mesma.

O Quadro 6 clarifica sobre a rotina semanal da unidade de saúde, que é bem simples, pois apenas nas sextas-feiras não há atendimento do médico de família. Às terças-feiras pela manhã são feitas as visitas domiciliares e são atendidos na policlínica da cidade casos que são encaminhados pelas unidades de saúde: uma vez por mês é feito o atendimento psiquiátrico e duas vezes por semana o atendimento psicológico. Os atendimentos (X) são de acordo com a demanda, marcações agendadas, atendimento a idosos e crianças, e quando necessário, atendimento para encaminhamento de urgências.

Quadro 6 - Calendário semanal da Equipe de Saúde da Família São Judas, Ouro Fino, Minas Gerais

Dia da Semana	Visitas domiciliares	Atendimentos		Psiquiatria* Matriciamento	Psicologia* Individual
		Demanda	Pré-agendadas		
Segunda-feira	X	X	X	-0-	-0-
Terça-feira	X (manhã)	X	X	-0-	X
Quarta-feira	X	X	X	-0-	-0-
Quinta-feira	X	X	X	X (uma vez ao mês)	X
Sexta-feira	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-

X = atendimento a consultas

-0- = Não há atendimento a consultas

* = Atendimento realizado na Policlínica do município

Fonte: Desenvolvido pelo autor

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Depois de observar o dia a dia das consultas e seguindo o roteiro da estimativa rápida, chegou-se à conclusão de que os principais problemas enfrentados pela equipe eram o uso abusivo de psicotrópicos (principalmente antidepressivos), a falta de controle de diabetes mellitus, a drogadição e o risco cardiovascular aumentado.

O uso abusivo de medicamentos antidepressivos é um dos maiores problemas que aflige a comunidade na ESF-São Judas. Infelizmente é uma realidade crescente e não só neste posto de saúde, há indicações de que é um problema globalizado, conforme análise da Organização Mundial de Saúde (2015).

1.5 Definição do problema prioritário

Após realização do diagnóstico situacional, identificando os principais problemas e uma reunião da equipe para decidir sobre a prioridade, foi realizada uma classificação dos problemas (Quadro 7), baseado em critérios do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 7 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da família São Judas, município de Ouro Fino, Minas Gerais, 2015

Bairro de São Judas Tadeu - Equipe de Saúde da Família São Judas - Priorização dos problemas				
Principais problemas ****	Importância	Urgência *	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção **
Uso abusivo de psicotrópicos (principalmente antidepressivos)	Alta	5	Parcial	1
Controle de diabetes mellitus tipo 2	Média	4	Parcial	2
Drogadição	Média	3	Fora	4
Risco cardiovascular aumentado	Média	4	Parcial	3

*Alta, média ou baixa

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Fonte: CAMPOS. FARIA e SANTOS, 2010.

2 JUSTIFICATIVA

Este plano de intervenção se deve ao fato de ser crescente o índice de usuários de antidepressivos tricíclicos (ADT), o uso abusivo da medicação e até mesmo à dependência destes psicofármacos na unidade de saúde em que trabalho. Assim, este trabalho se justifica pela alta preponderância do uso de antidepressivos tricíclicos pela comunidade pertencente à ESF-São Judas. Esta recorrência é mais frequente pela população feminina com idade abaixo dos 60 anos e entre os idosos. Excepcionalmente, alguns usuários infantis. As renovações da prescrição de medicamentos ocorrem, muitas vezes, sem reavaliação clínica. Este é um problema de grande importância na saúde coletiva.

Compromete a rotina da equipe de saúde que fica, está em grande parte, destinada à renovação da prescrição de medicamentos e aos atendimentos, em sua maioria a pacientes acomodados e/ou dependentes desta.

Os usuários desconhecem os efeitos colaterais destas drogas, fazendo uso indiscriminado dos antidepressivos, muitas vezes associado à ingestão de bebidas alcoólicas, que potencializam a gravidade do problema em si. Já é sabido que estamos enfrentando um problema globalizado que, no município de Ouro Fino, não é diferente.

Adicionalmente, ainda se observam índices de baixa resolutividade dos problemas da Saúde Mental no município. A falta de recurso material, pessoal e interesse público condicionam para que a sociedade sofra, sem vislumbrar, verdadeiramente, uma solução eficiente para este problema. A prescrição indiscriminada de ADTs é uma forma irresponsável de “jogar o lixo para debaixo do tapete”. Apenas esconde o problema, não o atacando como deve ser: com informação de qualidade tanto aos médicos e equipe de saúde, quanto para pacientes.

A ESF-São Judas, participou da análise deste problema e considerou que com alguns recursos básicos é possível enfrentar este problema, de forma planejada.

O plano de intervenção justifica-se, ainda, para conhecer melhor os distúrbios psíquicos, correlacionando-os com o perfil dos usuários adscritos e sua patologia e,

assim, desenvolver ações que diminuam essa dependência medicamentosa, proporcionando melhor qualidade de vida aos pacientes da comunidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção para diminuir o uso de antidepressivos na população adscrita à Equipe de Saúde da Família São Judas – Ouro Fino, Minas Gerais, criar metodologias de formação/informação contínua para a equipe de saúde e pacientes.

3.2 Objetivos específicos

Apresentar evidências científicas atualizadas sobre medicamentos antidepressivos: indicações, usos, efeitos colaterais, relacionados ao problema “Uso abusivo de medicamentos antidepressivos pela comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família São Judas, em Ouro Fino, em Minas Gerais”.

Propor mecanismos para ampliar o nível de informação da equipe de saúde sobre saúde mental, tratamento não medicamentoso e uso de medicamentos psicoativos.

Propor ações para melhorar a relação profissionais / pacientes – comunidade e o processo de trabalho da equipe.

Propor mecanismos para renovar as receitas, evitar abusos e dependência aos antidepressivos.

4 METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado, inicialmente, pela leitura e análise em literaturas publicadas como artigos, livros, teses, trabalhos conclusivos de curso; análise crítica do autor e diagnóstico situacional da comunidade com priorização do problema relativo ao uso abusivo de antidepressivos tricíclicos.

Para tal, foram utilizados trabalhos científicos disponíveis na biblioteca virtual em saúde, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e Google Acadêmico (<http://scholar.google.com.br>). Foram utilizados como referências os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2015).

A escolha dos artigos se deu sob critérios de escolha pertinência com o tema e data da publicação, compreendidos no intervalo de tempo entre 2004 a 2015.

A metodologia usada para a coleta e análise dos dados foi a estimativa rápida, pelo seu baixo custo, rapidez, simplicidade e por atingir o objetivo de colher informações específicas e abrangentes da população inscrita, informações que estão presentes nos prontuários da unidade.

Para a elaboração do Plano de Intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Para a estruturação do trabalho, as diretrizes do módulo Iniciação à metodologia: trabalho científico (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013), do curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, seguindo as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

5 BASES CONCEITUAIS

São apresentadas, inicialmente, as bases da Estratégia Saúde da Família e da Educação em saúde e uma revisão teórica relacionada ao tema uso abusivo de antidepressivos tricíclicos. Posteriormente seguir, é apresentado o plano de intervenção.

Assim, essa revisão apresenta:

5.1 Estratégia Saúde da Família;

5.2 Educação em Saúde;

5.3 Transtornos do humor: Depressão;

5.3.1 Aspectos gerais;

5.3.2 Graus de depressão (depressão normal, depressão patológica);

5.3.3 Diagnóstico. Sintomas da depressão;

5.3.4 Causas de depressão;

5.3.5 Tratamento da depressão;

5.3.6 Prevenção da depressão (Quando usar antidepressivos; a escolha do antidepressivo, inibição da recaptura de neurotransmissor, barreira aos receptores);

5.5 Drogas psicotrópicas: antidepressivos, efeitos colaterais.

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é assim definida pelo Ministério da Saúde:

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, online, 2016).

Acrescente-se à equipe básica os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF). Veio para abordar de forma aprofundada os cuidados para com o paciente. Possibilita o acompanhamento da saúde do indivíduo dentro de um contexto familiar, o que isto quer dizer: considera o perfil do paciente, no que engloba a família, com o acompanhamento dos pacientes desde a sua gestação. Constitui numa reorganização do modelo assistencial sistematizada com equipes multiprofissionais (BRASIL, 2016).

5.2 Educação em Saúde

Desde os anos 70, já havia grupos de trabalho, chamados de operativos, na área da saúde. Eram empregados tanto na área de atenção psíquica quanto na atenção à saúde, em um todo. Exemplos: grupo de pacientes com diabetes, grupo de controle de hipertensão, grupo de pré-natal. Estes grupos tiveram destaque por seu grande potencial de execução e na melhoria da metodologia no processo de trabalho, daquela época (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Hoje em dia, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, as equipes de saúde incorporaram esses grupos na sua metodologia de trabalho. No Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (HIPERDIA), por exemplo, há a indicação de que o enfermeiro deve organizar encontros grupais com hipertensos, diabéticos. É uma estratégia visando obter uma melhor adesão ao tratamento e, conseqüentemente, controle e prevenção de complicações (BRASIL, 2016).

A designação das atribuições do médico quanto aos grupos é a de que planeje, em concordância com a equipe, estratégias para a educação do paciente. No que se refere ao Plano, o cirurgião-dentista não tem atribuições específicas, mas é considerado membro da equipe interprofissional (BRASIL, 2016).

Willians Valentini *et al.* (2004, p. 522), conclui que:

A inclusão de clínicos gerais é um componente central de qualquer iniciativa para melhorar a detecção e o tratamento da depressão, porém faz-se necessário testar melhores métodos de treinamento dos clínicos brasileiros no manejo desta.

É considerável a importância do trabalho com grupos objetivando estratégias para educação em saúde e atenção básica. Alguns pacientes participam em mais de um grupo da unidade. Exemplo: paciente hipertenso e diabético / gestação e adolescência.

5.3 Transtornos do humor. Depressão

5.3.1 Aspectos gerais

Depressão (transtorno depressivo ou síndrome depressiva) é a alteração do estado emocional da pessoa, podendo ser normal ou patológica. Ainda nos dias de hoje

existe a impossibilidade de definição clara sobre os processos que levam uma pessoa sofrer de depressão. Levamos em conta que certos eventos da vida podem desencadear uma depressão patológica ou síndrome depressiva, diferentemente das reações depressivas normais e das reações de ajustamento depressivo, nas quais é possível localizar o evento desencadeador. Um exemplo de evento desencadeador: um estado de luto em que se perdeu um ente querido, mas que com o passar do tempo ocorre a volta ao estado emocional normal (KOCH; ROSA, 2016).

A depressão também pode ser desencadeada por efeitos colaterais de medicamentos que o paciente esteja usando ou ser uma manifestação de doenças físicas.

É uma síndrome cujas reações no organismo são muito mais amplas do que as alterações de humor perceptíveis. Ela engloba desde a deficiência no nível de alguns neurotransmissores – serotonina, noradrenalina e dopamina – até alterações em níveis hormonais. Com menos “mensageiros”, a comunicação entre neurônios fica prejudicada e também a regulação das funções desses neurônios. A partir daí o corpo – e a mente – começam a padecer. A deficiência de neurotransmissores traz ainda a diminuição de substâncias protetoras dos neurônios, podendo causar inclusive morte de células cerebrais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2013).

Os Descritores de Ciências da Saúde (BRASIL, 2015, *online*) diferenciam o transtorno depressivo -- *depressive disorder* (“transtorno afetivo que se manifesta tanto por um humor disfórico como pela perda de interesse ou prazer nas atividades usuais. O distúrbio do humor é predominante e relativamente persistente) e depressão – *depression* (“ estados depressivos, geralmente de intensidade moderada quando comparados à depressão maior, presentes nos transtornos neuróticos e psicóticos”). Transtorno bipolar (*bipolar disorder*), depressão pós-parto (*postpartum depression*) e transtorno distímico (*dysthymic disorder*).

A depressão é um problema de saúde pública. É extremamente debilitante, interfere totalmente na vida das pessoas. Sua interferência atinge a vida social e profissional acarretando, conseqüentemente, a vida econômica de quem sofre deste mal. Existe uma estimativa de que cerca de 5% da população sofra de depressão e que cerca de 10% da população apresentará algum quadro depressivo ao longo de sua vida.

Com base no crescimento normal da população e levando em consideração os fatores que desencadeiam a depressão serem considerados “mal do século”, (ANDRADE, 2013).

A depressão afeta todas as faixas etárias, segundo a Organização Mundial de Saúde (2015) calcula-se que há mais de cem milhões de pessoas deprimidas no mundo.

Nos países em desenvolvimento, é deixada à maioria das pessoas com transtornos mentais graves a tarefa de carregar como puderem o seu fardo particular de depressão, demência, esquizofrenia e dependência de substâncias. Em termos globais, muitos se transformam em vítimas por causa da sua doença e se convertem em alvos de estigma e discriminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015 a, online).

Cembrowick e Kingham (2003) nos fornecem uma definição dada nos anos 50 por Sir Audrey Lewis que diz que: “as pessoas deprimidas ficam tristes e doentes com sua tristeza”. Quando se trata de atendimento clínico, a depressão fica dentre as primeiras requisições de consultas psiquiátricas e psicologia clínica. Há a hipótese de que a depressão estará em quarto lugar nas justificativas de patologias e incapacidade no ano de 2020 a nível mundial, perdendo posição de primeiro lugar para as doenças cardiovasculares (CEMBROWICK; KINGHAM, *apud* ANDRADE, 2013, online). Segundo esses autores, citados por Andrade (2013, *online*), verifica-se a existência de alguns tipos de depressão:

1. Primária e secundária: primária significa que a doença se desenvolveu por si só, secundária é quando a depressão é causada por outra doença.
2. Depressão neurótica e depressão psicótica: a neurótica significa que não importa o quanto está doente a pessoa está sempre em contato com a realidade, já a psicótica a pessoa perde o contato com a realidade, ou suas crenças podem variar da normalidade do indivíduo.
3. Depressão endógena e exógena: essa terminologia é pouco usada, mas endógena refere-se à depressão que vem de dentro, sem uma causa óbvia, já a exógena quando a doença aparece em função de um evento estressante, como morte de um ente.

4. Transtorno afetivo unipolar e bipolar: depressão unipolar significa uma doença depressiva que aconteceu em uma pessoa que experimenta tanto o humor normal como o deprimido. Bipolar por outro lado a pessoa experimenta em diferentes momentos humor normal, deprimido e alto ou alvoroçado.

5.3.2 Graus de depressão

Costa, Soares e Teixeira (2007) relatam que o paciente com depressão exibe uma diminuição do humor, pouca energia e diminuição da atividade física. Também é comum alteração da capacidade de vivenciar prazeres, pouco ou nenhum interesse pelas coisas e/ou acontecimentos, dificuldades de concentração, que geralmente se associam a um esgotamento, independentemente do nível do esforço, podendo ser mínimo haverá um cansaço hiperdimensionado. Também é muito recorrente o aparecimento de insônias e pouco apetite nos pacientes. Em grande percentual dos pacientes é observado níveis baixos de autoestima e autoconfiança. Muitas das vezes estes pacientes apresentam ideias de culpabilidade.

Depressão normal

A depressão caracteriza-se por alterar o estado emocional da pessoa, enfatizando um predomínio anormal de tristeza. Todas as pessoas, independente de gênero, sexo e idade podem vir a sofrer com ela. Os estudos evidenciam que as mulheres são duas vezes mais acometidas deste mal. A depressão apresenta características particulares quando acomete crianças e idosos, mas também é com frequência que ocorra em ambos os grupos. O vocábulo “depressão” há muito tem sido usado, pois define bem os transtornos que este estado proporciona: baixa autoestima, tristeza prolongada, melancolia. (KOCH; ROSA, 2016).

De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb (1997), na nossa vida passamos por situações de perda, frustrações profissionais, confrontos nas relações interpessoais, separações conjugais que nos trazem desconforto, tristeza. São experiências cotidianas e tem como característica estado emocional normal. Podem ocorrer, ocasionalmente, disfunções cognitivas ínfimas: baixa autoestima, sentimentos de desamparo ou desesperança, visão negativa do mundo a sua volta e do futuro, geralmente este processo desaparece com o tempo não apresentando a necessidade de ajuda especializada (KAPLAN; SADOCK; GREBB (1997).

Segundo ROTH, quando tais sintomas não desaparecem espontaneamente, são desproporcionais à situação ou ao evento que os desencadeou ou este inexistente,

quando o sofrimento é acentuado, comprometendo as rotinas diárias ou as relações interpessoais, provavelmente o paciente é portador de um dos diferentes transtornos depressivos, caracterizados nos manuais de diagnósticos como o (DSM IV TR) e Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Nestes casos está indicado o tratamento, que envolve usualmente a utilização de psicofármacos associados a alguma modalidade de psicoterapia, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a terapia interpessoal (TIP), cuja eficácia, na depressão, tem sido estabelecida de forma mais consistente, (GREVET; CORDIOLI; FLECK, 2005, *online*). FONAGY).

Também relatam que as demonstrações de humor do paciente depressivo oscilam muito pouco no decorrer dos dias. É comum observarmos que os sintomas se tornam somáticos, ou seja, quando é observado o desinteresse pelo prazer, este pode vir acompanhado de insônias, perda da libido, lentidão psicomotora, dentre outros. É possível diagnosticar a gravidade dos sintomas e a variante destes, permitindo assim a possibilidade de determinar em qual grau de gravidade se enquadra um episódio (BALLONE, 2016, *online*).

O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

F32.0 Episódio depressivo leve: Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas, mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

F32.1 Episódio depressivo moderado: Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

F32. 2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos: Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da autoestima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas “somáticos” (BALLONE, 2016, *online*).

Depressão patológica

Quando os sintomas não desaparecem espontaneamente, são desproporcionais à situação ou ao evento que os desencadeou ou este inexistente, quando o sofrimento é acentuado, comprometendo as rotinas diárias ou as relações interpessoais, provavelmente o paciente é portador de um dos diferentes transtornos depressivos, caracterizados nos manuais de diagnósticos como o Manual Diagnóstico e

Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV TR) e Classificação Internacional de Doenças (CID 10), (GREVET; CORDIOLI; FLECK, 2005, *apud* ROTH e FONAGY).

Estudos têm demonstrado que a depressão não possui apenas uma causa específica, mas sim uma fisiopatologia multifatorial, que pode compreender tanto fatores somáticos quanto genéticos e ambientais. Dessa forma, os episódios depressivos geralmente ocorrem sem apresentar um fator psicobiológico desencadeante evidente, mas como um conjunto de fatores, os quais podem ser: genético-hereditários, psicossociais, psicodinâmicos, de aprendizagem, secundários a doenças já existentes, principalmente neurodegenerativas, entre outros (CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2014).

5.3.3 Diagnóstico. Sintomas da depressão

Existem dois sistemas de diagnóstico e classificação de doenças. Para os episódios depressivos encontramos dois códigos F32 e F33, disponibilizados na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2013), em sua 5ª edição, conhecido como DSM-5 (MANUAL, 2013).

Estão relacionados no Quadro 8, de forma generalizada, alguns sintomas relatados por pacientes que frequentam a Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (2014, *online*), sob a supervisão de seu Conselho Científico.

Quadro 8 - Sintomas da Síndrome Depressiva, segundo portadores de depressão

Humor depressivo ou irritabilidade, ansiedade;
Desânimo, cansaço mental, dificuldade de concentração, esquecimento;
Incapacidade de sentir alegria e prazer em atividades que antes da depressão eram agradáveis;
Isolamento tanto social como familiar;
Desmotivação, indecisão, apatia, falta de motivação;
Medo, insegurança, desespero, vazio;
Pessimismo, culpa, baixa autoestima, falta de sentido na vida, inutilidade, fracasso;
Pensamentos de morte e até de suicídio;
Dores e outros sintomas físicos geralmente não justificados por outros problemas médicos, tais como, cefaleias, sintomas gastrintestinais, dores pelo corpo, pressão no peito;
Alterações do apetite;
Redução da libido, insônia ou aumento do sono.

Fonte: Portadores de Depressão - Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA, 2014).

Gonçalves (2016, *online*) coloca as diversas dimensões com que os sintomas da depressão afetam o paciente, e quão é importante o conhecimento delas para uma abordagem mais efetiva.

Sintomas da depressão na dimensão física:

Distúrbios do sono (insônia ou excesso de sono)
 Distúrbios do apetite - muita fome (hiperfagia) ou falta de apetite (hipofagia)
 Fadiga acentuada
 Marcadas alterações no peso corporal
 Distúrbios da libido (hipersexualidade (excesso) ou hipossexualidade (falta de tesão)
 Ansiedade
 Sintomas físicos vagos sem etiologia que as justifique
 Aumento e persistência dos sintomas com uma etiologia (origem) orgânica.

Sintomas da depressão na dimensão cognitiva

Expectativas negativas
 Avaliação negativa do *self* (si mesmo)
 Interpretação negativa dos eventos
 Ideias suicidas
 Indecisão
 Confusão
 Baixo nível de concentração

Estilo de pensamento generalizado
 Sensação de ser vítima do mundo – Falta de esperança
 Falta de iniciativa
 Distorções cognitivas (padrões distorcidos de pensamento)
 Pensamento ruminativo
 Rigidez.

Sintomas depressivos na dimensão comportamental

Distúrbio nos níveis de atividade (hiper ou hipoativo)
 Atitudes agressivas ou destrutivas
 Choro constante
 Tentativas de suicídio
 Fala lenta ou apressada.
 Abuso de drogas
 Impulsividade generalizada
 Comportamentos que não condizem com os valores pessoais da pessoa.
 Comportamentos compulsivos destrutivos
 Agitação psicomotora ou retardamento psicomotor
 Comportamentos de desistir das coisas com frequência
 Comportamento perfeccionista.

Sintomas depressivos na dimensão emocional:

Ambivalência
 Perda das fontes de gratificação
 Perda do senso de humor
 Autoestima rebaixada
 Sentimentos de inadequação e inutilidade
 Perda de vínculos emocionais
 Tristeza
 Culpa excessiva
 Sentimentos de impotência
 Alta ou baixa reatividade emocional
 Aumento da irritabilidade, ódio
 Perda de motivação.

Sintomas depressivos na dimensão relacional (social)

Estilo de relacionamento onde o indivíduo aparece sempre como vítima
 Acentuada dependência de outras pessoas
 Alta reatividade aos outros
 Ganhos sociais secundários
 Afastamento social, isolamento.
 Evitação social, apatia.

Como se pode ver, a depressão é uma doença insidiosa. Os itens acima relacionados podem estar presentes de forma total ou parcial. Na grande maioria das vezes, a depressão está mascarada por sintomas somáticos ou outros problemas psicológicos não tendo, portanto, a tristeza como sinal mais evidente. Quadro de impotência sexual muitas vezes pode ser depressão mascarada, os quadros de pressão alta e gastrite desaparecem quando se trata a depressão (GONÇALVES, 2016, online)

Werneck, Bara Filho e Ribeiro (2006) nos dizem que um paciente com quadro depressivo possui uma patologia crônica e recorrente. Tanto a incapacitação funcional quanto o comprometimento da saúde física são produtos da depressão. Os

pacientes deprimidos possuem deficiência no desenvolvimento de suas atividades e bem-estar. Já está comprovado que o paciente deprimido recorre com mais frequência aos serviços de saúde. Podemos concluir que a depressão é uma doença grave, necessita de critérios e diagnósticos específicos. A seguir é de suma importância a prescrição de fármacos da classe antidepressivos no combate a patologia. Entretanto depois de realizarmos o diagnóstico situacional em nossa comunidade percebemos o uso abusivo de antidepressivos sem critérios clínicos, principalmente em mulheres abaixo dos 60 anos e de classe média (WERNECK; BARA FILHO; RIBEIRO, 2006).

O Quadro 9 mostra que “os sintomas da depressão acontecem em virtude de mudanças no processamento de informações e disfunções na transferência de sinais entre neurônios, em distintas regiões do cérebro” (STAHL, *apud* CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE SÃO PAULO (2013, *online*).

Quadro 9 - Sintomas e circuitos da depressão

Sintomas	Região cerebral de processamento	Neurotransmissores envolvidos
Humor deprimido	Amígdala Córtex pré-frontal (ventromedial e área subgenua)	Serotonina, noradrenalina e dopamina
Apatia e perda de interesse	Córtex pré-frontal Hipotálamo <i>Nucleus accumbens</i>	Dopamina e noradrenalina
Alteração do sono	Córtex pré-frontal Hipotálamo Tálamo Prosencéfalo basal	Serotonina, noradrenalina e dopamina
Fadiga	Córtex pré-frontal Núcleo estriado <i>Nucleus accumbens</i>	Dopamina e noradrenalina
Disfunção executiva (dificuldade de planejamento e realização de atividades rotineiras em sequência)	Córtex pré-frontal	Dopamina e noradrenalina
Alterações psicomotoras (agitação e lentidão)	Núcleo estriado Córtex pré-frontal Cerebelo	Serotonina, noradrenalina e dopamina
Alterações de peso e apetite	Hipotálamo	Serotonina
Ideação suicida	Amígdala Córtex pré-frontal (ventrolateral e orbital frontal)	Serotonina
Ideação de culpa e menos-valia (inferioridade)	Amígdala Córtex pré-frontal (Ventrolateral)	Serotonina

Fonte: Adaptado de Stahl, *apud* CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE SÃO PAULO, (2013, *online*)

5.3.4 Causas de depressão

Segundo D'Elboux, (2013) ainda não foram descobertas as possíveis causas da depressão. Existem muitos estudos que indicam como genética, eventos do cotidiano, situações de estresse, algumas patologias a que têm como efeito resultante e algumas drogas que alteram o SNC e doenças crônicas. A partir do momento em que se desencadeia um quadro de depressão, existem mecanismos bioquímicos, psicológicos e sociológicos que o mantem. Yannik D'Elboux, (2013) também nos repassa informações que a OMS obteve numa pesquisa em São Paulo, Brasil:

A depressão é atualmente a quarta causa de incapacidade no mundo e deverá ser a segunda até 2020, segundo a estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em um estudo da OMS, com apoio de patrocinadores e pesquisadores de 18 países, divulgado no ano passado, o Brasil apresentou a maior prevalência de casos graves da doença: 10,4% da população investigada. Na pesquisa, foram analisados dados de 89 mil pessoas. O Japão teve o menor índice do problema, registrando 2,2% de ocorrência de depressão severa. É importante ressaltar que a amostra brasileira, com informações de 5.037 indivíduos, compôs-se exclusivamente por moradores da região metropolitana de São Paulo (D'ELBOUX, (2013, *online*).

Boing *et al.* (2012) apresentam um discurso de que quando a síndrome depressiva é decorrente de doenças crônicas, a qualidade de vida apresenta níveis baixíssimos, a evolução da patologia é exponencial e conseqüente a isto o tratamento da doença crônica fica totalmente fragilizado, muitas vezes o paciente desiste do tratamento, boicotando a si mesmo, levando em nível de morbimortalidade muito superior se comparado ao decorrente de pessoas não depressivas.

Podem ser múltiplos os fatores que proporcionam o desenvolvimento da depressão. A somatória desses fatores pode iniciar a doença. Não podemos deixar de lembrar que a constituição da pessoa é fator importante associado a fatores genéticos e neuroquímicos (neurotransmissores cerebrais) associados a fatores ambientais, sociais e psicológicos, assim podemos citar alguns: estresse; estilo de vida e

eventos do dia-a-dia, separações conjugais, óbito na família, climatério, crise da meia-idade, entre outros (DEL PORTO, 1999).

As possibilidades são assim descritas por Ballone (2005, *online*):

- ✚ Genética => 20% de possibilidade de herdar a patologia; nos casos de gêmeos este índice aumenta exponencialmente para 70%.
- ✚ Eventos cotidianos: sofrer um ato de violência, perda de um ente querido, passar por situações estressantes.
- ✚ Algumas doenças físicas: hepatite, apneia do sono, hipertensão, doenças crônicas, doenças terminais, podem desencadear quadros depressivos.
- ✚ Drogas ou fármacos: pílulas anticoncepcionais, cortisona, anfetaminas, quimioterapia, álcool.
- ✚ Drogas ilícitas: maconha, heroína, etc.

Segundo o Manual Dirigido a Profissionais das Equipes de Saúde Mental (BRASIL, 2006), algumas atitudes do médico ao atender um paciente com suposta depressão podem conduzir a erro no diagnóstico e no tratamento do paciente deprimido. O médico ao questionar o paciente deprimido deve evitar certas posturas. A seguir, algumas relacionadas no manual.

- “No lugar dele eu também estaria deprimido.”
- “Esta depressão é compreensível; não vou tratar.”
- “Depressão só dá em quem tem fraqueza de caráter.”
- “Você só está estressado...”
- “Depressão é uma consequência natural do envelhecimento.”
- “Só depende de você: força de vontade cura a depressão!”
- “Antidepressivos são perigosos; só vou passar um comprimido por dia.”
- “Primeiro vamos tentar algumas vitaminas para *stress*...”
- “Retorne daqui a um ou dois meses, e então conversaremos mais longamente...” (BRASIL, 2006)

Juruena, Cleare e Pariante (2004) nos explicam que os utilizadores de antidepressivos apresentam maiores chances de adoecer que aqueles que não sofrem de depressão, isto ocorre porque o hipotálamo - região do cérebro que tem como uma das funções o de coordenar em diferentes glândulas a produção de hormônios, recebe estímulo para a produção de cortisol (também chamado de hormônio do estresse) em excesso. Devido a esta alteração na produção o hipotálamo auxilia na liberação de fatores inflamatórios, bem como na diminuição da capacidade de defesa do indivíduo, ou seja, baixa imunologia do organismo possibilitando assim que o utilizador paciente de antidepressivos esteja mais vulnerável a outras patologias infecciosas.

Ballone (2005) nos expõe que por conta da disfunção do cortisol, a depressão pode tornar-se crônica. Nestes casos, a demora no diagnóstico e conseqüente tratamento desta patologia é inversamente proporcional às oportunidades de obter sucesso no tratamento.

Segundo Mello (2004):

A depressão não leva somente a queixas psicológicas, mas a uma série de alterações no funcionamento do organismo, afetando além do cérebro, os sistemas metabólico, endócrino e imunológico. Estas alterações, se não tratadas, levam a uma deterioração da saúde aumentando a incidência de várias doenças (infarto, acidente vascular cerebral – “derrame”, diabetes, obesidade) assim como atrofia de certas áreas cerebrais (MELLO, 2014, *online*).

De acordo com Cembrowick e Kingham, citados por Andrade (2003), as alterações no sistema límbico (hipotálamo, hipocampo, amígdala, tálamo, giro do cíngulo e os núcleos basais) são de suma importância. Alguns neurocientistas atestam que se a função do sistema límbico aumentar, em resultado teremos reações inadequadas de euforia, de humor, se sua função está diminuída teremos como resultado a depressão, e se houver um defeito nas suas funções podemos ter como resultado a psicose (CEMBROWICK e KINGHAM, *apud* ANDRADE, 2013, *online*).

De acordo com Chrousos (2002) *apud* Ayala, o estado de humor e seus transtornos correlacionam com as funções cerebrais. Podemos ver que um paciente que esteja

passando por uma fase de estresse tem alterações na sua química corporal e cerebral. A resposta corporal ao estresse é controlada pela glândula hipófise e pelo hipotálamo que determinam o aumento ou a subtração de seus hormônios cerebrais.

Tomando como exemplo o aumento da corticotrofina (CRF) – substância um estimulante na produção de esteroides e também do cortisol pela glândula hipófise–, com o aumento de esteroides cria-se uma ação nos neurotransmissores (monoaminas, noradrenalina e serotonina), que no decorrer de algum tempo propicia algumas reações depressivas, como sonolência, falta de apetite.

Os estudos neuropsicológicos associados à neuroimagem trouxeram considerável avanço para o entendimento dos correlatos neuro-anatomofuncionais dos transtornos psiquiátricos. Distinguem-se três tipos de exames, de acordo com seus objetivos: a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) avaliam alterações estruturais do cérebro; a ressonância magnética funcional (RMF), a tomografia por emissão de pósitron (PET) e a tomografia por emissão de fóton único (SPECT) geram imagens que descrevem o estado funcional e metabólico do cérebro como um todo e de determinadas regiões, permitindo a investigação sem a utilização de métodos invasivos (PORTO; HERMOLIN; VENTURA,2002, *online*).

5.3.5 Tratamento da depressão

A maioria das doenças depressivas vai melhorar com o tempo, com ou sem tratamento. No entanto, algumas formas de tratamento têm o papel muito importante por ajudar a reduzir o desagrado da doença e acelerar a recuperação, tais como a farmacologia e a psicoterapia (CEMBROWICK e KINGHAM, *apud* ANDRADE, 2013, *online*).

No tratamento de depressões leves ou moderadas, resultantes de problemas situacionais, relacionados a eventos vitais ou em resposta a estressores ambientais deve-se dar preferência ao uso de alguma modalidade de psicoterapia: terapia psicodinâmica, cognitiva, interpessoal, comportamental ou até mesmo o simples apoio psicológico, associando-se, eventualmente, por curto espaço de tempo, um ansiolítico, se houver ansiedade ou insônia associadas (GREVET; CORDIOLI; FLECK, 2005).

O Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CONSELHO, 2013), no Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde, nos descreve de forma simplificada a evolução no tratamento da depressão, que podemos ver no Quadro 10. Em grande parte dos casos depressivos o tratamento mais aplicado é o uso de substâncias farmacológicas. A prescrição é feita pelo médico e/ou psiquiatra com tratamento em simultâneo psicológico assomados de mudança de hábitos tais como alimentação, prática de exercícios físicos que preparam o paciente para sair e se manterem livres dela (STAHL, *apud* CONSELHO, 2013).

Quadro 10 - Evolução no tratamento da depressão

Nome	Categoria	Ações
ADT Antidepressivos Tricíclicos	Primeira geração de antidepressivos.	Bloqueiam o “transporte” de serotonina, noradrenalina e dopamina. Causam efeitos colaterais.
IMAO Inibidores da Monoaminaoxidase	A monoaminaoxidase: enzima responsável por “desativar” a serotonina, a noradrenalina e a dopamina.	Agem diretamente nesta enzima a fim de aumentar a disponibilidade destes três neurotransmissores que têm importante papel na depressão.
ISRS Inibidores Seletivos da Receptação de Serotonina	Pertence a segunda geração dos antidepressivos. Uma das classes mais utilizadas.	Mecanismo de ação focado no bloqueio da serotonina. Possui menos eventos adversos que medicamentos anteriores. Apresenta menos efeitos colaterais facilita a adesão do paciente ao tratamento. Não apresenta a mesma eficácia que os tricíclicos.
ISRN: inibidores Seletivos da Receptação de Serotonina) ou DUAIS: Inibidores de Recaptção de Serotonina e Noradrenalina	Terceira geração de antidepressivos.	Atuam sobre os neurotransmissores: serotonina e noradrenalina e conciliam eficácia no controle da doença com menor interação medicamentosa e menos efeitos colaterais.

Fonte: Adaptado STAHL, *apud* Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, (2013).

Mello (2014) nos esclarece sobre o avanço exponencial com a descoberta, na segunda metade do século XX, de drogas antidepressivas e a sua utilização na prática clínica. Esta nova fase da medicina fornece ferramentas novas no tratamento e na compreensão de possíveis mecanismos implícitos aos quadros depressivos. Fez com que fosse possível o tratamento de uma patologia que há tempos era

considerada como “frescura” por muitos leigos, mas que demasiado sofrível para a pessoa afetada. A prescrição de antidepressivos tricíclicos (ADT) possibilita o tratamento a esta patologia. Também nos expõe que dentre os antidepressivos, os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS ou SSRI) são os mais utilizados no tratamento da depressão, são considerados mais seguros e mais bem tolerados. No mundo e, não diferente, no Brasil, temos a fluoxetina, que é nos dias de hoje o fármaco antidepressivo mais prescrito. Existem indícios de que uma de suas ações possa promover o emagrecimento. Por este “efeito colateral” algumas literaturas expressam que uma das causas para o elevado consumo pode advir desta característica.

De acordo com, os ADT agem na melhoria do humor, aumentam o estado de alerta mental, aumentam a disposição para a prática de atividade física e proporcionam o declínio com a preocupação mórbida entre 50 a 70% dos pacientes com síndrome depressiva. A alteração no humor requer duas ou mais semanas de uso do ADT. Foi observado um desenvolvimento rápido para a tolerância aos efeitos anticolinérgicos, bem como de efeitos autonômicos dos ADT. Existem relatos na literatura de dependência: psicológica e física. Não foi constatado perda de eficácia para os tratamentos em longo prazo (WERNECK; BARA FILHO; RIBEIRO, 2006).

Segundo Sabbatini (2003), os investigadores ficaram em alerta com a descoberta de que alguns fármacos, como um anti-hipertensivo – a reserpina (a) – e um tuberculostático – a iproniazida (b) – favorecem a alterações emocionais, sendo que (a) proporciona depressão e (b) euforia. Com esta descoberta, os investigadores pesquisam se esta reação é devido a fatores biológicos. São exemplos disso a noradrenalina, a serotonina e a dopamina.

5.3.6 Prevenção da depressão

É necessário conseguir um equilíbrio diário na vida das pessoas. Esse equilíbrio somente pode ser conseguido através de qualidade de vida, o aprendizado diário de se conviver com o estresse, os conflitos recorrentes em nossas vidas. À medida que vamos envelhecendo, é necessário o aprendizado de como conviver bem sabendo

lidar com as adversidades que a vida apresenta a todos, não se permitindo sucumbir perante as diversas situações que normalmente desencadeiam a depressão. Esse é o maior desafio: apresentar alternativas aos pacientes que não sejam psicofármacos e fomentar a qualidade de vida. A necessidade de correlacionar com outras pessoas em encontros de grupos, como ações formativas da unidade de saúde; pode contribuir para evitar o isolamento que, por só, já gera momentos depressivos GUSMÃO *et al.* (2013).

Quando usar antidepressivos

No processo terapêutico, os antidepressivos são muito importantes nas abordagens em depressões moderada ou grave. Em ambos os casos o histórico da saúde mental do paciente aponta para a participação de fatores biológicos no desenvolvimento da patologia (MORENO; MORENO; SOARES, 1999).

Nos casos de sintomas persistentes leves de depressão ou depressão leve propriamente dita, o uso rotineiro de antidepressivos deve ser evitado, pois tem baixo custo-benefício, sendo mais recomendados para pacientes com história de depressão moderada ou grave; sintomas leves persistentes por mais de 2 anos; ou depressão leve resistente a outras formas de intervenção. Para pessoas com depressão moderada ou grave, uma combinação de medicamentos antidepressivos deve ser combinada à intervenção psicológica intensiva. A eficácia dos antidepressivos no tratamento da depressão aguda, de moderada a grave, encontra forte embasamento na literatura, seja melhorando os sintomas, seja eliminando-os.

Não basta fazer o diagnóstico, mas é conveniente avaliar também o grau de severidade, e se há algum outro fator, como uso de medicamentos para outros distúrbios que tenham como efeito colateral o aumento de ansiedade, o uso excessivo de cafeína, alguma doença orgânica que cursa com sintomas de ansiedade, e se há algum transtorno de humor ou psicótico que possa por si só explicar a sintomatologia ansiosa, como o transtorno de humor bipolar ou a esquizofrenia. Nesse caso, não fazemos o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada (PRADO *et al.*, p. 34)

Segundo Cordioli (2005), devemos levar em consideração a etiologia neurobiológica para uma abordagem com antidepressivos. Assim podemos considerar:

- 1) Características melancólicas do quadro clínico: sintomas são piores pela manhã - perda do apetite e do peso, diminuição da energia, agitação ou

retardo motor, insônia matinal, falta de reatividade a estímulos prazerosos, culpa excessiva;

- 2) História pessoal de episódios depressivos recorrentes;
- 3) Transtornos bipolares ou episódios depressivos em familiares;
- 4) Ausência de fatores de natureza emocional ou de eventos vitais desencadeantes que justifiquem os sintomas (CORDIOLI, 2005, p. 14).

Carlos Alberto Crespo de Souza (2012) nos expõe que para cada paciente existe uma dosagem, efeitos colaterais, etc., a resposta nos pacientes é muito individualizada.

Até há algum tempo possuíamos uma ideia mais ou menos clara entre os sintomas preponderantes na clínica psiquiátrica, destacando-se sobremaneira a ansiedade e a depressão. Alguns medicamentos foram introduzidos no mercado propondo respostas positivas na ansiedade, outros na depressão e ainda outros mistos, compreendendo ou objetivando aplacar tanto um sintoma como o outro através da combinação de fármacos. Surgiram, então, os chamados ansiolíticos e os antidepressivos, além dos com objetivos mistos, rejeitados por grande parte dos psiquiatras pelo fato de que pudessem mascarar a distinção até então bem delineada e pela impossibilidade de se saber a quem pertenceria algum efeito adverso (SOUZA, 2012, *online*).

A escolha do antidepressivo

Em princípio, todos os antidepressivos são igualmente efetivos. A escolha leva em conta a resposta e a tolerância em uso prévio, o perfil de efeitos colaterais, comorbidades psiquiátricas e problemas médicos, a presença de sintomas psicóticos e a idade (CORDIOLI, 2005).

Souza (2012) relata a necessidade de se ter informações mais abrangentes acerca do paciente. Informações sobre quando o paciente necessita de prescrição de antidepressivos, se é a primeira vez que utilizará de tal medicação, se há casos relatados na família. O médico terá de realizar uma pesquisa sobre os medicamentos já utilizados pelo paciente, reações alérgicas, etc., para que seja possível criar um perfil do paciente e escolher um medicamento condizente com suas características. Observar as reações dele geradas e se houve uma tolerância.

- Quais medicamentos o paciente está tomando no momento?

- Quais reações adversas foram vivenciadas previamente?
- Quando tomar conhecimento das evidências é essencial aplicar o processo terapêutico pensado e executá-lo mediante a avaliação do risco-benefício.
- Estar alerta sobre a síndrome serotoninérgica e a educação sobre seus efeitos são procedimentos vitais. Esses fatores devem ser considerados a fim de que todos os “buracos de um queijo suíço estejam alinhados” e de que o paciente não venha a se causar dano (SOUZA, 2012, *online*).

Em observância a alguns sintomas da depressão, que varia de pessoa para pessoa, o médico utiliza determinados fármacos para sanar determinados sintomas como relata Kennedy, 2001, *apud* Cordioli (2005).

- † Insônia: amitriptilina, mirtazapina (apresenta tendência a desaparecer decorrente da melhora do quadro depressivo);
- † Ansiedade: paroxetina, mirtazapina, sertralina ou venlafaxina;
- † Euforia: amineptina e bupropiona, reboxetina.

Em contrapartida, devem-se observar pacientes com sobrepeso e com risco de suicídio:

- † Evitar: os tricíclicos e a mirtazapina em pacientes com sobrepeso ou obesidade;
- † Evitar: tricíclicos e IMAO em pacientes com risco de suicídio, pois são perigosos em overdose;
- † Na depressão crônica ou distímia: preferir a fluoxetina, fluvoxamina, moclobemida, nefazodona, sertralina ou paroxetina (CORDIOLI, 2005, p. 16-17).

Quando há sintomas psicóticos:

- ✚ Associar aos antidepressivos os antipsicóticos. A ação dos antidepressivos é insuficiente para sanar os sintomas psicóticos. Assim que os sintomas psicóticos desaparecerem, deve-se suspender o uso do antipsicótico. Neste caso obtém-se boa resposta à eletroconvulsoterapia (ECT), (CORDIOLI, 2005).

De acordo com Cordioli (2005), há alguns problemas de saúde de ordem física que impossibilitam a prescrição de antidepressivos tricíclicos: cardiopatias, hipertrofia prostática e glaucoma contraindicam o uso dos tricíclicos; epilepsia contraindica o uso de maprotilina, clomipramina ou bupropiona; disfunções sexuais podem ser agravadas pelos ISRSs, e favorecidas pelo uso da trazodona, nefazodona ou da bupropiona; em insuficiência hepática deve-se evitar drogas de intensa metabolização hepática como a fluoxetina e em princípio as doses a serem utilizadas devem ser menores, assim como em idosos (CORDIOLI, 2005).

5.4 Drogas psicotrópicas: antidepressivos

Antidepressivos (DeCS): Drogas estimuladoras do humor usadas inicialmente no tratamento de distúrbios afetivos e outras afecções relacionadas. Vários Inibidores da Monoaminoxidase são úteis como antidepressivos, aparentemente como consequência tardia da modulação de seus níveis de catecolaminas. Os compostos tricíclicos usados como agentes antidepressores (Antidepressivos Tricíclicos) também parecem agir através dos sistemas de catecolaminas do cérebro. Um terceiro grupo (Antidepressivos de Segunda Geração) diferente inclui algumas drogas que atuam especificamente sobre os sistemas serotoninérgicos. (BRASIL, 2016, *online*).

A história nos relata que ao longo dos séculos houve várias tentativas de influenciar o cérebro humano. Ao longo deste tempo os médicos tentaram várias substâncias.

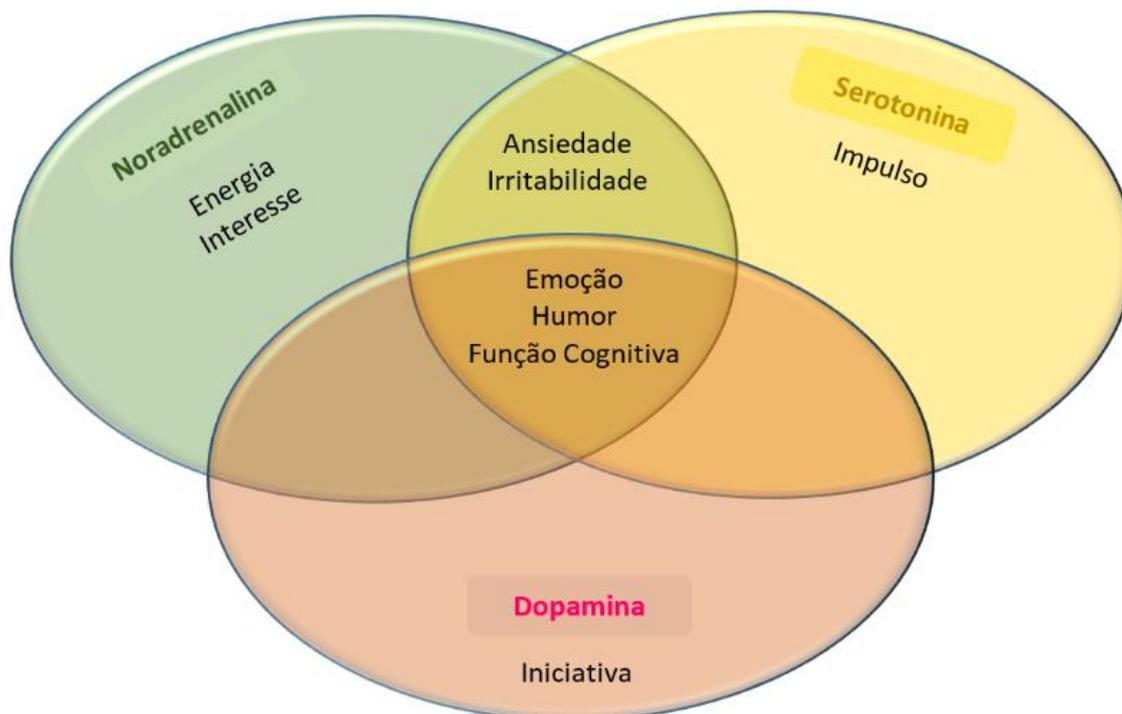
Testaram substâncias hoje conhecidas como ilícitas e até desenvolveram outras que ainda hoje são vendidas no mercado farmacológico. A listagem destas substâncias, que “deveriam” subjugar os transtornos depressivos, mas apenas ajudavam alguns afetados é extensa. Uma das substâncias já conhecidas no passado e que foi largamente utilizada por ser considerado um meio eficaz de alteração do ânimo foi o ópio, palavra de origem grega que significa suco, deriva-se de uma planta *Papaver somniferum*, mais popularmente conhecida como papoula do Oriente, cultivada na China, Irã, Índia, Líbano, Iugoslávia, Grécia, Turquia e sudoeste da Ásia (DUARTE, 2004).

Podem-se extrair várias outras substâncias com propriedades farmacológicas, como a morfina, codeína, dentre outros. Com o passar dos tempos, os médicos europeus introduziram uma nova sistemática no tratamento, foi então que o britânico *Thomas Sydenham* (1624-1689) misturou o “suco” da papoula ao álcool e produziu o láudano que foi difundido e comercializado largamente pelos seus efeitos (DUARTE, 2004).

Rebeca Steiman, 1995, *apud* Souza, 2012, em sua dissertação sobre o Mapa da Droga, nos mostra que por volta de 1803, o cientista alemão *Frederick Sertuener*, observou que a papoula poderia produzir diferentes subprodutos. Isolou os elementos narcóticos do ópio e conseguiu criar um cristal alcaloide, a morfina. Podemos assim perceber o longo caminho percorrido pela ciência a fim de descobrir o “elixir da felicidade”. Na metade do século XX, foi sintetizada, por *Roland Kuhn* (1956), psiquiatra suíço, a imipramina (Tofranil), o primeiro antidepressivo tricíclico, fármaco com capacidade de alterar o estado de humor de pacientes com depressão. Desde então, novas classes de antidepressivos foram criados. Popularizou-se devido à diminuição dos efeitos colaterais. Hoje em dia, é largamente utilizado em todo o mundo algum tipo de antidepressivo (SOUZA,2012).

A Figura 2 demonstra-nos alguns efeitos dos neurotransmissores noradrenalina, serotonina e dopamina, para podermos compreender o mecanismo dos antidepressivos sobre os neurotransmissores.

Figura 2 - Neurotransmissores



Fonte: MELO (2014)

O Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (2012) apresenta o tema: Antidepressivos no Transtorno Depressivo Maior em Adultos, e coloca a impossibilidade de identificar clara e exatamente as causas da depressão, mas a concentração cerebral de neurotransmissores está envolvida neste processo. A regulação dessas substâncias é o objetivo dos antidepressivos. As principais substâncias são: serotonina, noradrenalina e a dopamina.

A imipramina e as outras drogas desta família (clomipramina-anafranil, amitriptilina-tryptanol) e outra classe que surgiu nesta época como a trancilpromina (parname), tem ação em neurotransmissores (são substâncias produzidas pelo organismo que participam da comunicação entre as células do cérebro) responsáveis pelo controle do humor, dor e outras sensações (estes neurotransmissores são a **serotonina, dopamina e a norepinefrina**). Contudo, além da ação nestes neurotransmissores, muitos outros neurotransmissores são afetados pela droga responsáveis pelos efeitos colaterais (MELLO (2014, *online*)).

Cordioli (2005), em seu trabalho "Psicofármacos nos Transtornos Mentais", relata que:

Os antidepressivos tricíclicos (ATC) vêm cedendo espaço para os ISRS em razão do seu perfil mais favorável de efeitos colaterais. Os ATCs são considerados por alguns como as drogas de escolha em depressões graves e em pacientes hospitalizados. Além disso, são efetivos no transtorno do pânico (imipramina e clomipramina), no transtorno de ansiedade generalizada (imipramina) (ROCCA *et al.* 1997), na dor crônica: (amitriptilina), no déficit de atenção com hiperatividade (imipramina), e no transtorno obsessivo-compulsivo (clomipramina) (De VEAUGH-GEISS *et al.* 1991; PICINELLI, 1995, GREIST *et al.*, 1995). São contraindicados em pacientes com problemas cardíacos (bloqueio de ramo, insuficiência cardíaca) ou após o infarto recente do miocárdio (3 a 4 semanas), em pacientes com hipertrofia de próstata, constipação intestinal grave e glaucoma de ângulo estreito. Devem ser evitados ainda em pacientes idosos pelo risco de hipotensão postural e conseqüentemente de quedas, e em pacientes com risco de suicídio, pois são letais em overdose. São também contraindicados em obesos, pois provocam ganho de peso. Em pacientes com mais de 40 anos é recomendável que antes do seu uso seja feito um eletrocardiograma. Deve-se iniciar com doses baixas (10-25mg/dia), para o paciente adaptar-se aos efeitos colaterais. Na depressão são efetivos com doses diárias acima de 75-100 mg.

E, ainda que:

Todos os antidepressivos afetam os sistemas serotoninérgicos (5HT) ou catecolaminérgicos (dopamina ou norepinefrina) do sistema nervoso central, seja por bloquear a recaptação pré-sináptica, estimular sua liberação na fenda, inibir seu catabolismo (IMAO) ou por efeitos agonistas ou antagonistas nos receptores. O aumento da disponibilidade destes neurotransmissores na fenda sináptica é imediato, mas o efeito clínico em geral demora várias semanas, e correlaciona-se com outro efeito neuroquímico: a *down regulation* de autorreceptores pré-sinápticos, responsáveis por modularem a liberação dos neurotransmissores na fenda sináptica. É importante assinalar ainda que a ação da maioria dos receptores está ligada à proteína G, substância envolvida numa cascata de eventos intracelulares relacionada com a síntese proteica, como a transcrição genética. Postula-se que através da ação prolongada dos antidepressivos sobre os receptores haveria uma modulação da proteína G e de outros sistemas de segundos mensageiros, e uma alteração na conformação dos novos receptores na medida em que forem sendo sintetizados, tendo como resultante a sua dessensibilização, a qual poderia contribuir tanto para a ação terapêutica dos antidepressivos como para o desenvolvimento de tolerância a muitos dos seus efeitos colaterais (Cordioli, 2005, *online*).

Conforme Bernik (2015), a totalidade dos antidepressivos é eficaz no tratamento da ocorrência depressiva, antecipam-se ao surgimento de novas ocorrências. Esta peculiaridade faz com que alguns utilizadores se considerem “dependentes”, devido à possibilidade de surgirem novas ocorrências depressivas quando suspendem a ingestão do medicamento. Realmente a recaída ocorre após um mês e meio da suspensão do tratamento. Isto decorre pelo próprio histórico da depressão.

Renata Giraldi, Repórter da Agência Brasil em seu artigo: “Mais de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão no mundo”, para a Agência Brasil (2012), nos mostra trechos sobre tratamentos para combater a depressão.

Temos alguns tratamentos muito eficazes para combater a depressão. Infelizmente só metade das pessoas com depressão recebe os cuidados de que necessitam. De fato, em muitos países, o número é inferior a 10%, disse o diretor do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, Shekhar Saxena. “É por isso que a OMS está trabalhando com os países na luta contra a estigmatização como ato essencial para aumentar o acesso ao tratamento” (GIRALDI, 2012, *online*).

Em 1992, a Federação Mundial para Saúde Mental lançou o Dia Mundial de Saúde Mental na tentativa de aumentar a conscientização sobre as questões na área e estimular a discussão sobre os transtornos mentais e a necessidade de ampliar os investimentos na prevenção, na promoção e no tratamento (GIRALDI, 2012, *online*).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A nossa proposta de intervenção deve-se ao fato de atualmente estarmos enfrentando na Unidade de Saúde da Família São Judas, Município de Ouro Fino, Minas Gerais, elevados níveis de Abuso de Antidepressivos Tricíclicos.

6.1 Descrição do problema selecionado

O problema escolhido depois de observar o dia a dia das consultas e seguindo o roteiro da estimativa rápida foi o “uso abusivo de medicamentos antidepressivos pela comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família São Judas, em Ouro Fino, Minas Gerais”.

Pelos registros nos prontuários podemos concluir que a principal causa é a prescrição indiscriminada dos médicos. Essa atitude serve muitas vezes para agradar o paciente e ele voltar a consultá-lo ou para “acabar “mais rapidamente com a consulta, o qual é sabido que alguns médicos têm “preguiça” de ouvir as lamúrias dos pacientes, e com isso já vão prescrevendo essa classe de medicamentos.

O ideal seria que o paciente, primeiramente, tivesse o contato com uma equipe multiprofissional, passando por um psicólogo e depois, se houver necessidade, com um especialista, que no caso é o psiquiatra, que por fim analisaria se é o caso de prescrever a medicação ou não. São várias as dificuldades para o enfrentamento desse problema, como, por exemplo, o difícil descondicionamento que deve ser iniciado, que muitos pacientes se negam a fazer devido ao vício, possivelmente psicológico, que esta classe de medicamentos causa.

Outro fator é o paciente que se acostuma com a medicação; digamos fica “acomodado”, acabando por não fazer um acompanhamento multiprofissional, que talvez já seria o suficiente para a resolução de seus problemas de ordem psíquica.

Após entrevista com a psicóloga da unidade como entrevistada chave, e análise e observação de registros do posto e SISAB, Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, chegamos ao diagnóstico situacional, que a maioria que usa

antidepressivos, é mulher entre 35 e 55 anos, casada, dona de casa e da classe média.

Podemos concluir que é importante encontrar meios para conscientizar os pacientes dos perigos do uso indiscriminado de antidepressivos, pois são conhecidos os efeitos colaterais destes; no caso dos tricíclicos (comprometimento cardíaco) e nos IRSS (síndrome metabólica).

Através de registros da equipe, SISAB e estudos epidemiológicos, traçamos um perfil dos usuários de antidepressivos, para nos auxiliar na tomada de futuras decisões. No Quadro 11 vemos essas informações.

Quadro 11 - Descritores do problema selecionado “uso abusivo de psicotrópicos” – comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família São Judas, município de Ouro Fino, Minas Gerais

Descritores	Valores	Fontes
Usuários atendidos, com uso de psicotrópicos	2107	Registro da equipe
Usuários esperados	210	Estudos epidemiológicos
Pacientes cadastrados na ESF São Judas (Geral)	3422	Registro da equipe
Usuários confirmados	300	Registro da equipe
Usuários acompanhados conforme protocolo	188	Registro da equipe
Usuários em uso esporádico	63	Registro da equipe
Usuários > 60 anos	73	Estudos epidemiológicos
Usuários < 60 anos	217	SISAB
Usuários empregados	198	Registro da equipe
Usuários desempregados	102	Registro da equipe
Usuários há mais de um ano	195	Registro da equipe
Sexo feminino	210	Registro da equipe
Sexo masculino	90	Registro da equipe

Fonte: Desenvolvido pelo autor

Por meio da elaboração da Planilha de monitoramento será possível planejar, executar e melhorar as atividades do Plano de Ação.

6.2 Explicação do problema selecionado

Consideramos como sendo este o momento de perceber a origem do problema ao qual é necessário enfrentar, tomando como ponto de partida a identificação das suas possíveis causas.

As possíveis causas para o aumento expressivo do abuso de antidepressivos tricíclicos na ESF-São Judas, em Ouro Fino podem ser:

Por parte dos médicos: Falta de preparo para o diagnóstico correto; falta de aperfeiçoamento constante em saúde; falta de acesso fácil, ao serviço de psiquiatria; falta de informação dos médicos sobre os efeitos colaterais de cada medicação; falta de conhecimento de opções terapêuticas, falta de conhecimento sobre indicação correta de cada medicação, falta de esclarecimento quanto à posologia e duração do tratamento.

Por parte do processo de trabalho: médicos e agentes não anotam no prontuário data do início do tratamento, diagnóstico, posologia e tempo de tratamento, bem como não informam equipe sobre os perigos de tais medicações; grande número de diagnósticos de ansiedade, depressão e transtornos.

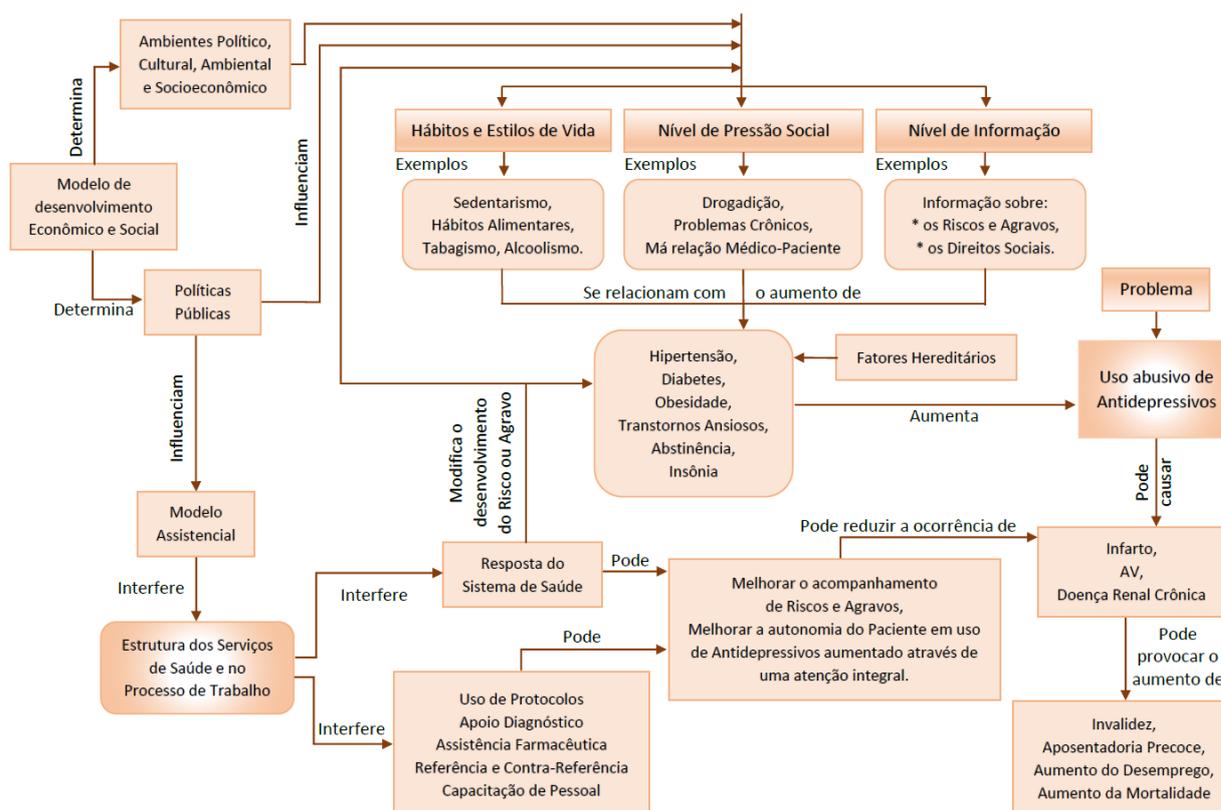
Por parte da equipe: agentes facilitavam o acesso, (tive uma dificuldade imensa em explicar o motivo da não renovação de algumas medicações, e houve forte insistência para tal, pelas ACS); ACS não controlavam as medicações, deixando de perceber detalhes básicos como cálculo de duração das medicações, etc.; agentes desconheciam efeitos colaterais e chegam a sugerir psicoativos para as visitas.

Por parte dos pacientes: preço das consultas psiquiátricas não é tolerado por parte da população devido à sua situação financeira; não acompanhamento devido à dificuldade de marcação (o psiquiatra que atendo o município trabalha apenas uma vez por semana); distância até o centro de referência mais próximo; evitam a consulta e solicitam renovação compulsória pelo medo de ficar sem a medicação e dos “benefícios” por ela apresentados.

Por parte de fatores sociais e culturais: características de ócio na comunidade onde não há opções culturais, personalidade dependente, integração e sensação de participação de grupo ao usar a medicação, ócio e pensamento concreto de grande parte da população.

A Figura 7 apresenta um Organograma da estrutura dos serviços de saúde e do processo de trabalho, que ajuda a compreender suas interferências e consequências.

Figura 3 - Organograma da estrutura dos serviços de saúde no processo de trabalho



Fonte: Desenvolvido pelo autor

Após entrevista com a psicóloga da unidade como entrevistada chave, e análise e observação de registros do posto e SISAB, chegamos ao diagnóstico situacional, que a maioria que usa antidepressivos é mulher entre 35 e 55 anos, casada, dona de casa e da classe média.

É importante encontrar meios para conscientizar os pacientes dos perigos do uso indiscriminado de antidepressivos, pois são sabidos os efeitos colaterais destes; no caso dos tricíclicos (comprometimento cardíacos e nos IRSS (síndrome metabólica).

6.2 Descrição dos nós críticos

O conceito de “nós críticos” – tipo de causa de um problema que, quando abordado, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo – traz uma ideia de algo suscetível à intervenção, dentro do espaço de governabilidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foram assim definidos:

1. Insuficiente nível de informação da equipe de saúde sobre os efeitos colaterais dos antidepressivos.
2. Má relação médico-paciente: não apresentação de alternativas ao uso de antidepressivos.
3. Renovação compulsória: falta de orientação adequada dos pacientes sobre início e término de medicação, quantidade de comprimidos, etc.

Um dos objetivos específicos deste Plano de Intervenção é o de criar e fomentar uma sistematização de formação/informação continuada, independente de que médico esteja atuante na unidade de saúde.

6.3 Desenho das operações

Selecionamos como nós críticos os problemas intermediários, causas dos problemas prioritários, e sobre os quais podemos ter atuação mais direta, para uma resolubilidade efetiva.

São propostos, de acordo com os “nós críticos” identificados, as operações e planos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações, os recursos necessários à sua execução e os responsáveis e prazos. Esses desenhos das operações estão registrados nos Quadros 12, 13 e 14.

Quadro 12 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Uso abusivo de medicamentos antidepressivos pela comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família São Judas, em Ouro Fino, Minas Gerais”

Nó crítico 1	Necessidade de formação e atualizações periódicas da equipe de saúde sobre os efeitos colaterais dos antidepressivos.
Projeto	Saber +
Operação	Aumentar o baixo nível de informação dos agentes comunitários e da equipe sobre saúde mental, tratamento não medicamentoso e indicações, formas de uso e efeitos colaterais dos antidepressivos.
Resultados esperados	Diminuição em 5% de um total de 20%, que representa o consumo de antidepressivos pela comunidade.
Produtos esperados	Palestras
Recursos necessários	Estrutural: Reservar salão paroquial. Cognitivo: Organizar agenda da ESF-São Judas. Financeiro: Político: Envolver toda a comunidade atendida pelo ESF São Judas.
Recursos críticos	Estrutural: Falta de espaço amplo para a realizações de encontros. Cognitivo: Impresso informativo com os principais tópicos da palestra. Financeiro: Político:
Controle dos recursos críticos: ator que controla/ Viabilidade	Estrutural: Gerente da ESF Cognitivo: Enfermeira. Financeiro: Político: Gerente da ESF
Ação estratégica	Não será necessária.
Responsáveis pelo plano:	Enfermeira e Médico autor do plano de intervenção.
Prazo de início para o plano	Imediato.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Enfermeira e Médico autor do plano de intervenção. Prazo: Início imediato e finalização em 1-2 semanas. Situação atual: em andamento.

Fonte: Desenvolvido pelo autor

Quadro 13 - Operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema “Uso abusivo de medicamentos antidepressivos pela comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família São Judas, em Ouro Fino, em Minas Gerais”

Nó crítico 2	Má relação médico-paciente: não apresentação de alternativas ao uso de antidepressivos.
Projeto	Cuidar +.
Operação	Ações para melhorar a relação profissionais / pacientes – comunidade e o processo de trabalho da equipe.
Resultados esperados	Diminuição em 20%.de quê?
Produtos esperados	Consulta individualizada do médico.
Recursos necessários	Estrutural: Reservar Salão paroquial Cognitivo: Acompanhamento e Remarcação de Consultas dos pacientes. Financeiro: Criação de panfletos informativos. Político: Equipe de saúde
Recursos críticos	Estrutural: Salas amplas, com cadeiras. Cognitivo: Folheto informativo sobre efeitos colaterais dos ADTs. Financeiro: Político: Equipe de Saúde e o Médico (autor do plano de intervenção)
Controle dos recursos críticos: ator que controla/ Viabilidade	Estrutural: Gerente da ESF. Cognitivo: Enfermeira. Financeiro: Político:
Ação estratégica	Não será necessária.
Responsáveis pelo plano:	Enfermeira e Médico (autor do plano de intervenção).
Prazo de início para o plano	Imediato.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médico (autor do plano de intervenção). Prazo: Início em 1 semana e término em 6-7 Meses. Situação atual: em andamento.

Fonte: Desenvolvido pelo autor

Quadro 14 - Operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema “Uso abusivo de medicamentos antidepressivos pela comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família São Judas, em Ouro Fino, em Minas Gerais”

Nó crítico 3	Renovação compulsória: Falta de orientação adequada dos pacientes sobre início e término de medicação, quantidade de comprimidos, etc.
Plano	Educar +
Operação	Orientação adequada dos pacientes sobre início e término de medicação, quantidade de comprimidos, efeitos, etc. Orientação à equipe de saúde sobre as especificações da medicação e individualização dos tratamentos. Propor mecanismos para renovar as receitas, evitar abusos e dependência aos antidepressivos.
Resultados esperados	Diminuição da automedicação.
Produtos esperados	Palestra para a equipe de saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Organizar agenda Cognitivo: Mobilizar equipe de saúde. Financeiro: Político:
Recursos críticos	Estrutural: Cognitivo: Formar e informar os agentes de saúde para a severidade da responsabilidade na distribuição de BZD Financeiro: Político:
Controle dos recursos críticos: ator que controla/ Viabilidade	Estrutural: Médico (autor do plano de intervenção) e Enfermeira Cognitivo: Enfermeira Financeiro: Enfermeira Político: Enfermeira
Ação estratégica	Não será necessária.
Responsáveis pelo plano:	Equipe de Saúde.
Prazo de início para o plano	Imediato.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médico (autor do plano de intervenção). Prazo: Início imediato e término em 1 Semana. Situação atual: em andamento.

Fonte: Desenvolvido pelo autor

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em consideração aos resultados obtidos na avaliação dos prontuários da Equipe de Saúde da Família São Judas, município de Ouro Fino, Minas Gerais, verificou-se a necessidade da criação e organização de plano de intervenção que atuasse sobre um problema prioritário, o uso abusivo de antidepressivos. Baseados em três nós críticos definidos, foram propostos três planos, com suas operações:

1. **Saber+** Aumentar o baixo nível de informação dos agentes comunitários e da equipe sobre saúde mental e tratamento não medicamentoso e indicações, formas de uso e efeitos colaterais dos antidepressivos;
2. **Cuidar+** Melhorar a relação profissionais / pacientes – comunidade e o processo de trabalho da equipe.
3. **Educar+** Orientar adequadamente os pacientes sobre início e término de medicação, quantidade de comprimidos, efeitos, etc. Orientação à equipe de saúde sobre as especificações da medicação aos pacientes.

A implantação do plano de intervenção, visa dimensionar o problema, intervir e criar meios para perpetuar esta intervenção, desenvolvendo ferramentas para que a ESF possa manter a ação mesmo com outros profissionais médicos de família atuando.

Apenas pela formação contínua é que se poderá melhorar o acesso a informações e consequente conscientização tanto da equipe de saúde quando dos pacientes em quadros depressivos. A equipe de saúde possui uma posição de extrema importância no desenvolvimento do plano, pois suas ações refletem diretamente no tratamento desta, e de tantas outras, patologias.

É importante encontrar meios para conscientizar os pacientes dos perigos do uso indiscriminado de antidepressivos, pois são conhecidos os efeitos colaterais destes; no caso dos tricíclicos (comprometimento cardíaco) e nos IRSS (síndrome metabólica), e envolver a comunidade na definição de seus próprios problemas e na busca de soluções eficazes. Esperamos com esse Plano de Intervenção diminuir o uso de antidepressivos em longo prazo na comunidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. M. A. Depressão: O Mal do Século. **Psicologado**, 2013. Disponível em: <https://psicologado.com/psicopatologia/transtornos-psiquicos/depressao-o-mal-do-seculo>. Acesso em: 7 jan. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FAMILIARES, AMIGOS E PORTADORES DE TRANSTORNOS AFETIVOS. ABRATA. **Depressão**, 2014. Disponível em: www.abrata.org.br/new/oqueE/depressao.aspx. Acesso em: 1 fev. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA –ABP. **Por dentro da depressão: conheça melhor essa síndrome**. Disponível em: <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=17695>. Acesso em: 1 fev. 2016.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Associação Brasileira de Psiquiatria. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar **Depressão unipolar. Diagnóstico**. Disponível em: http://www.projtodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/depressao_unipolar-diagnostico.pdf. Acesso em: 17 de jan. 2016.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2010. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/ouro%20fino_mg. Acesso em: 30 ago. 2015.

BALLONE G. J. PsiquWeb. **Depressão: Tipos**, 2010. Disponível em: <http://psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=54>. Acesso em: 11 nov. 2015.

BALLONE G. J., ORTOLANI, I. V., PEREIRA, N. E. – PsiquWeb GJ Ballone. Psicofarmacologia para Não Psiquiatras - **Da Emoção à Lesão**, ed. Manole, 2a. Ed., SP, 2007. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=273>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BALLONE, G. J. PsiquWeb. **Causas da Depressão**. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/>, atualizado em 2005. Acesso em: 20 dez. 2016.

BALLONE, J. Psiquweb. **Depressão F32 – F33**, 2016. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/DefaultLimpo.aspx?area=ES/VerClassificacoes&idZClassificacoes=140>. Acesso em: 12 mar. 2016.

BERNIK, M. Laboratório de Neurociências - IPq - Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP **Antidepressivos**. Disponível em: <http://www.neurociencias.org.br/pt/525/antidepressivos/>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BEZERRA, J. T. R. EBAH Rede Social Acadêmica – PsicoFarmacologia. **Fármacos Antidepressivos**. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAQsEAG/psicofarmacologia-parte-3>. Acesso em: 13 nov. 2015.

BOING, A. F. *et al.*, *apud* WANG H. M. *et al.* Health related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: cross sectional survey. BMC Public Health. 2008. DOI:10.1186/1471-2458-8-246. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional, publicado na ver. **Rev Saúde Pública** 2012;46(4):617-23Saúde Pública de 2011, pág. 06. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2012nahead/aop3321.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

BOLETIM BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE, Ano VI nº 18 p. 1, de Março de 2012 – Portal ANVISA. **Antidepressivos no Transtorno Depressivo Maior em Adultos**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/e7487b8044ae520a95f7b56b0d9f14d3/Antidepressivos+no+Transtorno.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 15 mar. 2016.

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. Estratégia Nacional de Prevenção do suicídio. **Prevenção do Suicídio. Manual Dirigido a Profissionais das Equipes de Saúde Mental**, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf. Acesso em: 24 jan. 2016.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2015. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 10 out. 2015.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Equipamentos de Saúde da Cidade de Ouro Fino, Minas Gerais**. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=31&VMun=314600. Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Cadernos da Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 10 dez. 2015.

BRASIL. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). **Antidepressivos**. Identificador: D000928. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>. Acesso em: 17 jan. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Cidades@ Minas Gerais. Ouro Fino**. [online], 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=314600>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília, [online], 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em: 15 jan. 2016.

CADASTRO NACIONAL DE EMPRESAS (SIDRA - IBGE). **Salário médio mensal por trabalhador assalariado** – Ouro Fino, MG. [online], 2012. Disponível em: <http://www.deepask.com/goes?page=ouro-fino/MG-Confira-o-valor-dos-salarios-e-remuneracoes-pagos-pelo-mercado-de-trabalho-do-seu-municipio>. Acesso em 7 jan. 2016.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 15 jun. 2015.

CHROUSOS, G. P. Reproductive placental corticotrophin releasing hormone and its clinical implications. Am J Obstet Gynecol 1999. *Apud* AYALA, A.R. Antagonistas do Hormônio Liberador da Corticotrofina: Atualização e Perspectivas. **Arq Bras Endocrinol Metab** vol 46 nº 6 Dezembro 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n6/a04v46n6.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidados Farmacêuticos no Tratamento de Pacientes com Depressão** - Fascículo X., 2014. Disponível em: http://portal.crfsp.org.br/phocadownload/fasciculo10_web.pdf. Acesso em: 1 abr.2016.

CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos nos transtornos mentais** (2005). [online]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0275.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2016.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>. Acesso em: 15 jan. 2016.

COSTA, R. A.; SOARES, H. L. R.; TEIXEIRA, J. A. C. Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão. **Rev. Dep. Psicol.**, UFF vol.19 no.1 Niterói 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232007000100022. Acesso em 12 mar. 2016.

D'ELBOUX, Y. Causas da depressão são multifatoriais. **Profissão Mestre**, 2013 Disponível em: <http://www.profissaomestre.com.br/index.php/especiais/saude-do-professor/434-causas-da-depressao-sao-multifatoriais>. Acesso em: 10 dez. 2015.

DEL PORTO, J. A. Depressão: Conceito e Diagnóstico **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Online versão ISSN 1809-452X. São Paulo maio 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003. Acesso em: 10 out. 2015.

DUARTE, D. F., **Uma breve história do ópio e dos opioides**. Rev Bras Anestesiol 2005; Vol. 55, nº 1: 135 – 146. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v55n1/v55n1a15.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016.

GIRALDI R., **Mais de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão no mundo**. Agência Brasil (2012). Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-10-09/mais-de-350-milhoes-de-pessoas-sofrem-de-depressao-no-mundo>. Acesso em: 24 jan. 2016.

GONÇALVES M. Depressão em patologias orgânicas – o melhor é prevenir (2011). **Psy psychiatry online Brasil**, v. 21, 2016 Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano11/prat1211.php>. Acesso em: 1 mar. 2016.

GUIA DO TURISMO BRASIL. **Turismo em Ouro Fino, Minas Gerais**. Disponível em: <http://www.guiadoturismobrasil.com/cidade/MG/528/ouro-fino>. Acesso em: 10 jun. 2015.

GUSMÃO, R., *et al.* (2013). Antidepressant utilization and suicide in Europe: an ecological multi-national study. In: Aliança Europeia Contra a Depressão (EAAD). **PLOS ONE** - June 2013 - Volume 8 - Issue 6 - e66455. Disponível em: <http://ifightdepression.com/pt/index.php?id=8044>. Acesso em 23 fev. 2016.

JURUENA, M. F.; CLEARE, A. J., PARIANTE, C. M. O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, a função dos receptores de glicocorticoides e sua importância na depressão. **Bras. Psiquiatr.** vol.26 no. 3 São Paulo, set. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000300009>. Acesso em: 20 jan. 2016.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas Sul, 1997, 7ª. Acesso em: 23 jan. 2016.

KENNEDY S. H. *et al.* Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. IV. Medications and other biological treatments. Can J Psychiatry 2001;46 Suppl. :38S-58S.). *Apud* CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos nos Transtornos Mentais** (2005). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0275.pdf>. Acesso em: 10

mar. 2016.

KOCH, A. S. ROSA, D. D. Depressão. **ABC da Saúde**. Online, 2016. Disponível em: <https://www.abcdasaude.com.br/psiquiatria/depressao>. Acesso em: 20 nov. 2015.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (2013) - DSM-5, 5ª ed. Disponível em: <http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeducador/2015/DSM%20V.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2016.

MELLO, M. F. Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência – PROVE UNIFESP. **Antidepressivos: evolução no tratamento da Depressão** (2014). Disponível em: <http://provepsico.com.br/antidepressivos-evolucao-tratamento-da-depressao/>. Acesso em: 15 jan. 2016.

MORENO, D. H.; MORENO R. A.; SOARES, M. B. M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.21. São Paulo, 1999. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500006>. Acesso em: 10 fev. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mais de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão no mundo**. Online, 2015 b. In: FIOCRUZ. Canal Saúde: Construindo Cidadania. Disponível em: <http://www.canal.fiocruz.br/destaque/index.php?id=722>. Acesso em: 18 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. **Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança**. Online, 2015 a. Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2015.

PORTO, P.; HERMOLIN, M.; VENTURA, P. Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. **Rev. bras. ter. comport. cogn.** vol.4 no.1 São Paulo jun. 2002. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000100007. Acesso em: 25 jan. 2016.

PRADO, E. *et al.*, UNA-SUS - Curso Especialização Saúde da Família, Módulo 2: **Cuidado integral em Saúde Mental** p. 34. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:00Xel38mktEJ:https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/1684/Cuidado%2520Integral%2520em%2520Sa%25C3%25BAde%2520Mental.pdf%3Fsequence%3D4+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 2 abr. 2016.

SABBATINI, R. M. E. **A descoberta das drogas para tratamento de doenças mentais** (2003). Instituto Edumed para Educação em Medicina e Saúde, 2003. Disponível em: http://www.cerebromente.org.br/n21/history/drogas_p.htm. Acesso em: 10 nov. 2015.

SISAB, Sistema de Informação de Atenção Básica, 2015. Disponível em: <http://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 dez. 2015.

SOUZA, C. A. C. Uso racional de antidepressivos. **Psychiatry on line** - Brasil de junho/2012. Disponível em <http://www.polbr.med.br/ano12/art0712.php#cima>. Acesso em: 10 abr. 2016.

SOUZA, C. A. C., Histórico dos Antidepressivos, Novos Compostos e Precauções - Parte 1 . **Psychiatry online** – Brasil. Maio de 2013 -. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano12/art0712.php#cima>. Acesso em: 10 abr. 2016.

STAHL, S. M. (1997), apud CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos nos Transtornos Mentais** (2005). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0275.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016

STAHL, S. M. **Psicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas**. 3^o edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Brasil. Cuidados Farmacêuticos no Tratamento de Pacientes com Depressão. *Apud*; Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, Fascículo X, 2014. Disponível em: http://portal.crfsp.org.br/phocadownload/fasciculo10_web.pdf. Acesso em: 4 mar 2016.

STEIMAN, R. **O Mapa da Droga**. Monografia. Rio de Janeiro, 1995. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995 / UFRJ. Disponível em: <http://docplayer.com.br/12906406-Universidade-federal-do-rio-de-janeiro-centro-de-ciencias-matematicas-e-da-natureza-instituto-de-geociencias-departamento-de-geografia.html>. Acesso em: 14 maio 2016.

VALENTINI, W. et al. Treinamento no diagnóstico da depressão. **Rev. Saúde Pública** 2004; p. 522. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n4/21081.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2016.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S.M. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 73p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3873.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2016.

WERNECK, F. Z.; BARA FILHO, M. G.; RIBEIRO, L. C. S. **Efeitos dos exercícios físicos sobre os estados de humor: uma revisão**. Revista Brasileira de Psicologia do Esporte e do Exercício. V.0, p. 22-54, 2006. Disponível em: <http://www.ufjf.br/reabilitacaocardiaca/files/2008/07/Exerc%25C3%25ADcio-F%25C3%25ADsico-e-Estados-de-Humor.pdf>. Acesso em 15 abr. 2016.

WIKIPÉDIA. **Antidepressivo tricíclico** (2016). Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Antidepressivo_tric%C3%ADclico. Acesso em 10 mar. 2016.

WIKIPÉDIA. **História de Ouro Fino em Minas Gerais**. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Ouro_Fino. Acesso em 23 ago. 2015.

WIKIPÉDIA. **Localização de Ouro Fino em Minas Gerais**. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Ouro_Fino. Acesso em 23 ago. 2015.