



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Daniel Todeschini

Os impactos dos distúrbios da saúde mental no município de Itacurubi - RS

Florianópolis, Março de 2023

Daniel Todeschini

Os impactos dos distúrbios da saúde mental no município de
Itacurubi - RS

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

Orientador: Maria Cristina Antunes Willemann
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Daniel Todeschini

Os impactos dos distúrbios da saúde mental no município de Itacurubi - RS

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

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Maria Cristina Antunes Willemann
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: A prevalência dos transtornos mentais vem aumentando nos últimos anos, representando 13% da carga global de doenças e correspondem a 31% de anos vividos com incapacidade (WHO, 2010). Sabe-se que as consequências destes transtornos repercutem significativamente na sociedade, na economia e na política mundial, e a nível do município de Itacurubi - RS, onde estes distúrbios vem crescendo muito nos últimos anos, acarretando na piora ou novos diagnósticos em doenças crônicas não transmissíveis, como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemias, Obesidade entre outros. Na unidade onde atuo evidencia-se abuso de medicamentos psicotrópicos, de maneira indiscriminada e de difícil controle por falta de políticas públicas municipais para o enfrentamento da atual situação. Assim decidimos trabalhar esse tema em um projeto que tenhamos governabilidade. **Objetivo:** Construir juntamente com a equipe de saúde da família do município de Itacurubi um plano de ações de promoção à saúde mental. **Metodologia:** Em parceria com todos os profissionais que compoem a unidade, primeiramente, planejar quais estratégias seriam mais eficazes para elaborar os planos de ação para a promoção em saúde. Feito isso será realizado um diagnóstico de todos os pacientes em atual uso de medicações psicotrópicas em uma pesquisa em relação ao sexo, idade, moradia, acesso a unidade de saúde e comorbidades associadas, logo será realizado informativos impressos para todo pessoal da unidade, para que haja um acolhimento ao paciente em todos os níveis de atenção, propor grupos para suporte, informação e debate sobre saúde mental e suas repercussões em outras doenças subagregadas. **Resultados esperados:** Se espera desse projeto o melhor entendimento da situação atual do município de Itacurubi - RS, tanto por parte dos trabalhadores da unidade de saúde quanto por parte dos pacientes, em relação a saúde mental e suas repercussões, e como podemos juntos trabalhar para realizar ações de promoção em saúde.

Palavras-chave: Assistência à Saúde Mental, Depressão, Diabetes Mellitus, Hipertensão, Obesidade, Saúde da População Rural, Zona Rural

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral:	13
2.2	Objetivos Específicos:	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Minha unidade que se chama ESF CÂNDIA VARGAS, divide um mesmo espaço físico com a UBS IVO BRAGA FIALHO e a ESF Assentamento Conquista da Luta, localizados no bairro centro no município de Itacurubi, e possui duas equipes de saúde da família. Itacurubi é uma Cidade do Rio Grande do Sul inserido em um contexto cultural denominado Gaúchos, com varias tradições locais, e como esta cidade é muito pequena, é maiormente rural e baseada economicamente na agropecuária e em serviços públicos.

Grande parte da população vive em situação de carência econômica, muitas dessas com moradias sem saneamento básicos suficientes para um vida saudável, sem condições econômicas de propiciar a suas famílias uma alimentação saudável o que explica muitas disfunções em saúde do local. Ademais não tem uma cultura de exercícios ou esporte, sendo resultado da falta de incentivo do município, o que leva grande parte dos munícipes estarem acima do peso, com suas consequências na saúde física e mental.

Itacurubi possui 3.465 habitantes segundo o censo de 2010 realizado pelo IBGE, dos quais, 1500 vivem no centro da cidade, o restante vive em zona rural, geralmente bem afastados um do outro devido a grande área territorial, 1.120,874 km², o que explica uma baixa densidade demográfica de 3,07 hab/km². (IBGE 2010)

Há um grande fluxo de busca ao serviço de saúde, principalmente pelos portadores de Doenças Crônicas, que estão presentes em grande numero no município devido a múltiplos fatores que afetam a comunidade, como a falta de pratica de exercícios, alimentação, tabagismo, etilismo, falta de hábitos saudáveis, entre outros. Ademais ir ao posto de saúde virou rotina para muitos, que o fazem em busca de algum conforto emocional ou carêncial. Resultando em um alto índice em distúrbios em saúde mental.

Dentre as queixas mais comuns são .Diabéticos, Hipertensos, Dislipidemicos descompensados, , transtornos mentais devido ao alto índice de idosos aposentados que vivem em situação rural, onde maioria d filhos e parentes saíram da cidade, e maiormente são auxiliados por parentes ou vizinhos, o que leva a um alto índice de depressão e ansiedade, e geralmente falta de sono um grande motivo de procura pela unidade.. Boa parte da população sofre com problemas reumatológicos, geralmente devido ao sobrepeso o que os leva com frequência a unidade devido a dor. Nas crianças a principais queixas pelos pais são doenças sazonais como resfriados, rinites, e bronquites, traumas causados por pequenos acidentes de quedas, ou com objetos cortopulsantes, e doenças diarreicas entre outras.

Nota-se então a marcada relação entre as doenças crônicas não transmissíveis e a depressão, que teremos como base a fundamentação metodologica deste presente estudo.

A depressão é um problema médico grave e altamente prevalente na população em geral, de acordo com um estudo epidemiológico a prevalência de depressão ao longo da vida

no Brasil está em torno de 15,5%, segundo a OMS, a prevalência de depressão na rede de atenção primária de saúde é de 10,4%, isoladamente ou associada a um transtorno físico, de acordo com a OMS, a depressão situa-se em quarto lugar entre as principais causas de ônus, respondendo por 4,4% dos ônus acarretados por todas as doenças durante a vida, ocupa o primeiro lugar quando considerado o tempo vivido com incapacitação ao longo da vida (11,9%), a época comum do aparecimento é o final da terceira década da vida, mas pode começar em qualquer idade, estudos mostram a prevalência ao longo da vida em até 20% nas mulheres e 12% para homens (Ministério da Saúde, 2019). Esta doença traz prejuízos importantes ao funcionamento social, profissional, educacional, motivacional, dificultando as inter-relações com familiares, amigos e companheiros de trabalho, promovidos por sintomas psíquicos de sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa; sintomas fisiológicos de perda de sono, falta ou excesso de apetite, e redução do libido e evidências comportamentais de retraimento social, crises de choro e comportamentos suicidas. (DEL PORTO, 1999) Diagnosticar corretamente e prevenir o agravamento da depressão precocemente na atenção primária é muito importante para a saúde pública. Porém, apesar da alta prevalência a depressão ainda é subdiagnosticada, e quando é feito diagnóstico, muitas vezes tratada de forma ineficaz, com subdoses medicamentosas (FLECK et al., 2002) Apenas 35% dos doentes são diagnosticados e tratados adequadamente (Hirschfeld et al., 1997)

Esta análise é de suma importância para alavancar os problemas relacionados a essa população e como o serviço único de saúde através das unidades de Equipes de saúde da família (ESF) podem alterar de alguma forma essa realidade. Estudo esse que serviria de base tanto para as ESF como para os governos Municipais e para a própria população. As probabilidades de projetos que melhorem muitos aspectos das comunidades interioranas de baixa renda são muito difíceis de entrarem em pauta porque no final das contas vivemos sobre os preceitos das leis e dos decretos municipais para iniciarmos qualquer projeto, e sabemos que para fazermos tais alterações é necessário poder político, e quando entramos nesse quesito sabe-se a grande dificuldade que é para proceder. A grande maioria dos estudos epidemiológicos e artigos científicos disponíveis sobre depressão são referentes a grandes centros ou zonas urbanas, de acordo com o censo de 2010 realizado pelo IBGE 15,6% da população brasileira mora na zona rural, sendo raramente utilizados como base de estudos de saúde a nível nacional, ficando assim difícil relatar com base em dados os reais problemas de saúde geral e mental desta parte da população, que tem problemas diferentes dos enfrentados pela população urbana, como trabalhos que exigem mais esforço físico, dificuldade de acesso a educação de nível avançado, menos recursos de saúde, difícil ou muitas vezes sem acesso a tecnologia, situações essas que podem corroborar para surgimento de sintomas depressivos.

Em 2013 a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) estimou que 7,6% de 62.986 mil entrevistados, de pessoas com 18 anos ou mais foram diagnosticados com depressão o que

representa 11,2 milhões de pessoas, para os da zona rural a prevalência teve uma menor taxa, de 5,6%, com relação a zona urbana de 8%, mostrando então os impactos das diferenças citadas acima entre essas populações. Em uma análise realizada separadamente por região a PNS constatou uma maior prevalência do diagnóstico de depressão na região Sul, onde o Rio Grande do Sul encontra-se em primeiro lugar com 13,2%, seguido por Santa Catarina com 12,9% e Paraná com 11,7% (IBGE 2013). Portanto, a realização de um projeto em equipe para alavancar esses dados do município e em comuna criar um projeto de grupo para debate e informação serviria não só para uma promoção a saúde, tanto de paciente como para trabalhadores da unidade de saúde, como também para levantar dados para estudos epidemiológicos futuros.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral:

- Avaliar a prevalência de sintomas e diagnóstico de depressão e os fatores associados em pacientes do Município de Itacurubi-RS, e partir disso criar ações para promoção a saúde mental e prevenção de suas consequências.

2.2 Objetivos Específicos:

- Estimar a prevalência de pacientes com depressão, subdiagnosticados ou subtratados;
- Criar panfletos informativos para a equipe de saúde da família;
- Realização de grupos de debate e informação com pacientes e equipe.

3 Revisão da Literatura

O termo depressão tem sido empregado tanto para designar tristeza quanto um sintoma, uma síndrome e uma ou varias doenças. Como sintoma a depressão pode surgir de quadros clínicos de transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Como síndrome, ademias de incluir alterações de humor, inclui alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas a exemplo de sono e apetite (PORTO, 1999). Para a definição e classificação dos transtornos mentais, a nível mundial, as principais referências são a Classificação Internacional de Doenças (CAETANO, 1993) porém está previsto que para o dia primeiro de Janeiro de 2022 entre em vigor o CID-11 que está em elaboração há 10 anos e foi lançado dia 18 de Junho de 2018, com uma organização mais acessível e facilitada para todos os profissionais da saúde e será totalmente eletrônica (OMS, 2018) e o Manual Estatístico de Transtornos Mentais, que foi revisado com compartilhamento de informações entre este e o CID 11 para uma harmonização das duas classificações porque a existência de duas classificações principais de transtornos mentais dificulta a coleta e o uso de estatísticas nacionais de saúde, o delineamento de ensaios clínicos destinados ao desenvolvimento de novos tratamentos e a consideração de aplicabilidade global dos resultados por agências de regulação internacional, complica as tentativas de replicar resultados científicos entre países, mesmo quando a intenção era a de identificar populações idênticas de pacientes, nem sempre os diagnósticos do DSM-IV e da CID-10 concordavam (ASSOCIATION, 2013).

No CID-10 de 1993, o episódio depressivo pode ser classificado de acordo com sua gravidade e tempo de duração em leve, moderada ou grave, onde o paciente apresenta rebaixamento do humor, redução da energia, e diminuição da atividade, alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após esforço mínimo, alterações do sono e diminuição do apetite, quase sempre associado a uma diminuição de autoestima, autoconfiança e ideia de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. Estes sintomas podem variar em intensidade e tempo de acordo com o dia a dia e as situações enfrentadas pelo paciente, e nessa intensidade de resposta é que se pode classificar o tipo de episódio depressivo. Um episódio leve se dá quando verifica-se dois ou três sintomas porém o paciente consegue desempenhar a maior parte de suas atividades diárias. No moderado estão presentes quatro ou mais sintomas e há grande dificuldade de realizar atividades diárias. Nos casos de episódio grave vários sintomas são marcantes e angustiantes, quase sempre associado a perda de autoestima e sentimento de culpa, comumente há ideias suicidas e sintomas somáticos como agitação e tipicamente dor.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais definem categorias, como transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo

episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado, a partir de parâmetros clínicos como duração, persistência, abrangência, perturbação do funcionamento psicológico e fisiológico. Presença de pelo menos cinco entre os nove critérios, os sintomas devem persistir por pelo menos duas semanas e um deles deve ser obrigatoriamente humor deprimido ou perda de interesse/prazer. Critérios diagnósticos: (1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo, ou por observação feita por outra pessoa, em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável, (2) Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (3) Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias, em crianças, se considera o insucesso em obter o peso esperado, (4) Insônia ou hipersonia quase diária, (5) Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias, (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias. (7) sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias, (8) Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias, (9) Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. Outros sintomas, ainda que não diretamente contemplados nas classificações diagnósticas, podem estar presentes, como desesperança, pessimismo, irritabilidade, retraimento social, esquecimentos, ansiedade, sintomas físicos sem explicação, sintomas paranoides, sintomas obsessivos e compulsivos e baixa autoestima. (ASSOCIATION, 2013)

No livro *A História da Melancolia* escrito pelo professor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP Taki Athanássios Cordás, com ajuda do historiador Matheus Schumaker Emilio, o que é descrito como a depressão tomou forma desde o início da história documentada, onde em tempos bíblicos e mitológicos a depressão era vista como loucura ou melancolia ligadas a superstições de que esse estado resultava de uma punição divina, posteriormente na Grécia surge a observação da natureza e difusão do conhecimento, no qual Hipócrates cria a teoria humoral segundo o qual a vida é um equilíbrio entre quatro humores, que são fluidos ligados a um tipo de humor a exemplo, a bile negra que seria característica do ser melancólico, uma teoria simples porém importante para substituir a supersticiosa pela biológica. Na idade média há pouco estudo no campo da psiquiatria pelo pensamento de desassociação do corpo e da mente influenciado pela igreja Católica, onde a loucura e a melancolia eram associados a possessões demoníacas e também aos sete pecados capitais. No renascimento algumas teorias de que o corpo poderia influenciar a mente já começam a aparecer, contudo, é apenas no iluminismo que as teorias religiosas começam a entrar em declínio, dando espaço as teorias racionalistas, surge então a anatomia, época em que o médico William Cullen emprega o termo *neurosa*

e classifica melancolia como uma alteração da função nervosa. No século 19 surge pela primeira vez o termo depressão com o sentido mais próximo do atual, e por volta de 1860 a palavra começa aparecer nos dicionários médicos onde surjem tratamentos mais humanizados. O medico Philippe Pinel classifica a melancolia como doença e associa com a predisposição ao suicídio. No século 20 se difunde o conceito de "purificação", que se daria pela purificação social, onde teorias como a da evolução são adaptadas para justificar atitudes de separação das classes denominadas inferiores como pobres, negros, homossexuais, deficientes, inclusive pacientes com doenças mentais, conceitos que fundamentam o nazismo. Só em 1952 surge o primeiro Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, e recém na sexta versão aparece na Classificação Internacional de Doenças (CID-6) da OMS.([CORDÁS; EMILIO, 2017](#))

A depressão é um transtorno mental frequente, estima-se que em todo o mundo mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades, sofram com este transtorno, sendo a principal causa de incapacidade no mundo, contribuindo de forma importante para a carga global de doenças, afeta mais mulheres (20%) do que homens (12%), porcentagens essas que demonstram a prevalência ao longo da vida, e na pior das hipóteses levar ao suicídio, cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano, sendo a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos ([OPAS, 2018](#)).

Já no Brasil, 5,8% da população sofre com essa enfermidade, ficando acima da média mundial de 4,4%, afetando 11,5 milhões de brasileiros, deixando o país com a maior prevalência de depressão da América Latina e o segundo maior das Américas, em primeiro vem os Estados Unidos com 5,9. Uma folha informativa de setembro de 2018 da Organização Pan-Americana de Saúde revelou que uma a cada seis pessoas com depressão tem entre 10 e 19 anos sendo responsável por 16% da carga global de doenças e lesões nessa faixa etária. Metade de todas as condições de saúde mental começam aos 14 anos de idade, mas a maioria dos casos não é detectada nem tratada ([OPAS, 2018](#)).

No Brasil as políticas públicas em saúde mental iniciaram no final dos anos de 1970, com intuito de descentralização dos hospitais psiquiátricos que na época eram de baixa qualidade de cuidados e frequentemente violavam os direitos humanos, sendo escandalosamente arcaicos. Nos anos de 1980 juntamente com o processo de redemocratização foram implantadas as primeiras reformas em saúde mental em algumas cidades, tendo papel decisivo no contexto nacional. Em busca da substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços comunitários, inspirado pelos centros de saúde mental desenvolvidos na Itália e em outros países europeus, iniciou-se o conceito dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que teve seu primeiro centro inaugurado em março de 1986 em São Paulo([ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006](#)). A Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos definidos como moradias de preferência na comunidade, com objetivo de cuidar dos portadores de transtornos mentais,

que saíram de internações psiquiátricas de longa permanência sem suporte social e laços familiares, dificultando a reinserção na sociedade (BRASIL, 2000). A Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002 estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPSi, definindo-os por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002b). A Portaria/GM n° 251 de 31 de janeiro de 2002 estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Estabelece ainda que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser avaliados por meio do PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (BRASIL, 2002a). A Lei N° 10.708 de 31 de Julho de 2003 institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, projeto denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003). A Portaria n° 52, de 20 de janeiro de 2004 institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Propõe que o processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário. O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria); o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH); a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, permitiram a redução de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004). Em fevereiro de 2005 a Portaria n° 245 destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e a Portaria n° 246 destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2005). A Portaria n° 1.876 de 14 de Agosto de 2006 instituiu Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2006b). E a Lei 11343 de 23 de agosto de 2006 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, com atenção a prevenção do uso indevido, a reinserção social (BRASIL, 2006a)

4 Metodologia

O embasamento do estudo será do tipo transversal, tendo como ponto chave a população da abrangência da ESF Candida Vargas. Este delineamento é o mais indicado para este estudo que tem como objetivo principal estimar a prevalência, os fatores associados à depressão e o que podemos fazer como equipe básica de saúde para interferir neste cenário e melhora-lo.

População Alvo

Indivíduos residentes na zona de abrangência da ESF Candida Vargas do município de Itacurubi-RS que tem diagnóstico de alguma alteração de saúde mental.

Definição operacional do desfecho

Para avaliar a prevalência de diagnóstico de sintomas de depressão será utilizado o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)([SHEEHAN; LECRUBIER; SHEEHAN, 1998](#)) que é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, e pode ser utilizada por clínicos, que é organizado por módulos diagnósticos independentes, elaborados de forma a otimizar a sensibilidade do instrumento, a despeito de um possível aumento de falso-positivos. Para permitir a redução da duração da entrevista são utilizadas as seguintes estratégias:

- a prioridade é a exploração dos transtornos atuais, de forma a guiar o clínico na escolha da terapêutica mais adaptada;
- a cotação das questões é dicotômica (SIM/NÃO);
- para todas as seções diagnósticas (exceto a seção transtornos psicóticos), uma ou duas questões de entrada que exploram critérios obrigatórios permitem excluir o diagnóstico em caso de respostas negativas;
- a disfunção induzida pelos transtornos e a exclusão de causas somáticas e/ou tóxicas dos sintomas não são sistematicamente exploradas;
- os algoritmos são integrados à estrutura do questionário, permitindo estabelecer ou excluir os diagnósticos ao longo da entrevista.

Para este projeto será utilizado o módulo de Episódio depressivo maior da versão brasileira do MINI 5.0.

Uma vez reunido os dados referentes ao MINI, estes serão analisados para realização de uma triagem para separar os pacientes em três grupos de ordem de urgência, onde o primeiro grupo entrarão os pacientes com uso de mais de duas medicações psicotrópicas sem acompanhamento psiquiátrico por mais de 1 ano, o segundo grupo pacientes com menos de 3 medicações psicotrópicas sem acompanhamento psiquiátrico por mais de 6

meses, terceiro grupo pacientes sem diagnóstico prévio de alteração da saúde mental ou uso de medicação psicotrópica.

Então será apresentada a proposta de intervenção para as equipes das ESF, que iniciará com revisão de cascata medicamentosa de pacientes com muitas comorbidades associadas pelo farmacêutico, e com base em informações de interações medicamentosas e análise clínica será avaliado a necessidade de encaminhamento para serviço de psiquiatria para reavaliação. Com isso se dará início ao planejamento com a realização de quatro encontros probatórios iniciais, que acontecerão a cada 30 dias em uma sala disponibilizada pela UBS. Os grupos de saúde serão realizados no turno da tarde, com duração de aproximadamente uma hora, iniciando na primeira semana pelo grupo 1, na segunda pelo grupo 2 e na terceira pelo grupo 3. Será utilizada como metodologia a explanação dos temas, com auxílio do serviço de psicologia disponível na ESF Candida Vargas, rodas de conversa e dinâmicas, de modo que possibilite a troca de conhecimentos e experiências entre o grupo. Além disso, o grupo é um espaço de escuta, onde é permitido que o usuário realize a livre manifestação de suas emoções a qualquer momento, assim como a exposição de condições estressantes e conflitos internos responsáveis, muitas vezes, pelo agravamento de suas doenças.

Os encontros serão mediados pelos profissionais de saúde da UBS (médicos, enfermeiros, farmacêutico, psicólogo e dentista), com a contribuição dos saberes de diversas áreas. As temáticas abordadas serão: 1º encontro: conhecimentos gerais sobre depressão; 2º encontro: conhecimentos específicos sobre episódios depressivos, transtorno de ansiedade e risco de suicídio; 3º encontro: prevenção e mudança de estilo de vida para uma melhor saúde mental e física; 4º encontro: Tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e o prejuízo à saúde mental de dependência a psicotrópicos. Ao final de cada encontro, será proposto que cada paciente cite algum hábito de lazer que tenha, como costura, leitura, artesanato e será realizadas atividades relacionadas a isso compartilhando novos interesses entre todos. Ao final dos quatro encontros, os usuários serão convidados a realizar uma explanação sobre a contribuição do grupo para suas vidas e, se for de interesse geral, o grupo poderá ser implantado definitivamente na UBS.

5 Resultados Esperados

Com a implantação dessa prática de intervenção, espera-se que seja implantado um grupo de saúde permanente para a assistência dos pacientes com distúrbios mentais, com cerca de 30 participantes em todos os encontros, para que participem de todo o processo de construção de conhecimento do grupo. Espera-se que a realização do grupo de saúde permita conhecer a realidade desses paciente, além de promover educação em saúde através de práticas educativas e realizar trocas de experiências.

Ao final dos quatro encontros previstos, será realizado avaliação das atividades. Espera-se que os usuários do grupo sejam capacitados em relação ao conhecimento sobre sua doença, de modo que possam exercer maior autonomia acerca de sua saúde e tomar decisões que melhorem seu modo de vida. Além disso, a metodologia escolhida permite que sejam criados e estabelecidos vínculos entre usuários e profissionais de saúde, de modo a fortalecer o trabalho realizado na UBS.

Cronograma

As atividades da prática de intervenção serão desenvolvidas conforme tabela a seguir:

Tabela 1 – Cronograma de atividade do projeto

Apresentação da prática de intervenção para a equipe da UBS	10/01/2021
Convite aos usuários	15/01/2021
Primeiro encontro	15/02/2021
Segundo encontro	15/03/2021
Terceito encontro	17/04/2021
Quarto encontro	14/05/2021
Avaliação do projeto	24/05/2021

Referências

- ALVERGA, A. R. de; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, v. 10, n. 20, p. 299–316, 2006. Citado na página 17.
- ASSOCIATION, A. P. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: ARTMED, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- BRASIL. Portaria/gm nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 (nº 39-e, seção 1, pág. 23). Diário Oficial da União, Brasília, n. 106, 2000. Citado na página 18.
- BRASIL. Portaria nº 251/gm, em 31 de janeiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, n. 251, 2002. Citado na página 18.
- BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, n. 336, 2002. Citado na página 18.
- BRASIL. Lei nº10.708, de 31 de julho de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, n. 10708, 2003. Citado na página 18.
- BRASIL. Portaria nº 52 , de 20 de janeiro de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, n. 52, 2004. Citado na página 18.
- BRASIL. Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005. Diário Oficial da União, Brasília, n. 245, 2005. Citado na página 18.
- BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, n. 11343, 2006. Citado na página 18.
- BRASIL. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, n. 1876, 2006. Citado na página 18.
- CAETANO, t. C.-. D. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID - 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. porto alegre: Artmed, 1993. Citado na página 15.
- CORDÁS, T. A.; EMILIO, M. S. *História da Melancolia*. Porto Alegre: Artmed, 2017. Citado na página 17.
- OMS. *CID-11*. 2018. Disponível em: <[https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))>. Acesso em: 25 Jun. 2020. Citado na página 15.
- OPAS. *Folha informativa - Depressão*. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095>. Acesso em: 10 Mai. 2020. Citado na página 17.
- PORTO, J. A. D. Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 21, n. 1, p. 6–11, 1999. Citado na página 15.

SHEEHAN, D. V.; LECRUBIER, Y.; SHEEHAN, K. H. The mini-international neuropsychiatric interview (m.i.n.i.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for dsm-iv and icd-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, p. 34–57, 1998. Citado na página [19](#).