

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
JOÃO DONHA NUNES**

A stylized graphic featuring three human figures in shades of blue and green, representing a family. The figures are composed of simple shapes: a large blue figure at the top, a medium blue figure in the middle, and a smaller green figure at the bottom. They are surrounded by several thick, orange, curved lines that sweep across the scene, suggesting movement or a protective embrace.

**A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE MENTAL EM CHAPADÃO DO
SUL MS**

**CAMPO GRANDE
2015**

JOÃO DONHA NUNES

**A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE MENTAL EM CHAPADÃO DO
SUL MS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde da Família para a obtenção do título de mestre pela Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação do Prof. Dr Mauricio Antônio Pompilio.

**CAMPO GRANDE
2015**

JOÃO DONHA NUNES

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE MENTAL EM CHAPADÃO DO SUL
MS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde da Família para a obtenção do título de mestre pela Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação do Prof Dr Mauricio Antonio Pompilio.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o conceito_____

Campo Grande – MS., de de 2015.

BANCA EXAMINADORA

NOTA/CONCEITO

Mauricio Antonio Pompilio – FAMED - UFMS

Sônia Maria de Oliveira Andrade – FAMED - UFMS

Danuza Céspedes Giuzzo Ayache – FAMED - UFMS

AGRADECIMENTO

Gratidão a Deus pela benção.

Obrigado pela minha mãe e meu pai por terem me amado e me desejado.

Ei João (pai) obrigado por ter me tornado ousado a enfrentar desafios, que Deus e minha mãe Iracema estejam com você.

O homem não pode deixar de sonhar e honrar suas conquistas, perdão Natalia e Elias pela minha ausência, pela paciência que esteve ausente em alguns momentos entre nosso convívio e da atividade reduzida do lazer, mas amo muito vocês.

A caminhada até esse momento foi desafiadora, estar aqui é privilégio, mas também é sinônimo de perseverança então que se faça a luz do sol para comemorar. Mas não antes de agradecer as pessoas especiais que me ajudaram chegar aqui. Que foram as tias: Mercedes, Ivani, Albertina e Deolinda. Mulheres que me apoiaram e fizeram de uma forma ou outra o papel de minha mãe ausente por vontade de Deus, obrigado.

Retornar a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, onde ocorreu a graduação em medicina foi felicidade, lembrança dos corredores, das provas e dos meus queridos professores exigentes e carinhosos. O caminho de volta inicia com a Pós-Graduação em Saúde da Família, que trabalho lindo dessa universidade e de seus pensadores que são professores brilhantes e amantes do aprender. Foram conhecidos novos amigos e depois dessa jornada, aceitei o desafio de ser Mestre em Saúde da Família.

Agradeço a Secretária Municipal de Saúde pela colaboração e apoio e das pessoas que me atenderam e me ajudaram.

Uma gratidão ampla ao meu orientador Doutor Mauricio Antonio Pompilo pela paciência e ensinamento que teve com esse aluno. E a todos os professores maravilhosos que se dedicaram a essa realização e que o nosso governo um dia se sensibilize e dê a valorização que vocês merecem.

Obrigado a todos os funcionários da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul que participaram dessa jornada.

RESUMO

O trabalho em Saúde Mental na rede municipal de Chapadão do Sul MS, surge da necessidade de conhecer o número de casos de transtornos mentais nesta população provenientes dos números de casos de suicídio ocorridos neste município. Tem como objetivo descrever as ações de prevenção e assistência em Saúde Mental na cidade de Chapadão do Sul MS com a participação da rede de Estratégia da Saúde da Família, da referência municipal de psiquiatria e da assistência farmacêutica municipal. O estudo é descritivo, com componente de entrevistas a profissionais de saúde da atenção primária, busca de dados secundários sobre atendimentos médicos e dispensação de medicamentos na área de saúde mental, informações sobre as ações preventivas e de apoio ao uso e abuso de álcool e drogas. O número de casos de transtornos mentais em Chapadão do Sul – MS acima de 14 anos no período de 2011 foi de 929 casos, em 2012 foram 725 e em 2013 foram 609. Entre os transtornos mentais a depressão e a ansiedade foram os mais encontrados. Os resultados encontrados nas séries históricas em relação ao coeficiente de mortalidade geral por suicídio em Chapadão do Sul – MS, no período de 2005 – 2013, através da classificação de Dieskstra e Gulbinat, foram valores altos em 2005, 2011 e 2013. O número de casos de depressão no período de 2011 - 2013 encontrada no município pode estar relacionado à classificação alta de suicídio.

Palavras chave: Saúde Mental; Suicídio; Estratégia de Saúde da Família; Transtornos Mentais.

ABSTRACT

Working in Mental Health in the municipal health system of Chapadão do Sul – MS, comes from the need to know the number of cases of mental disorders in this population resulting from the numbers of suicide cases taken places at this town. This research aims to describe the prevention and assistance actions in Mental Health in Chapadão do Sul - MS, with the involvement of the Family Health Strategy system, including the municipal psychiatry and pharmaceutical references. The study is descriptive, with the component interviews with the primary health care professionals, search secondary data on medical care and dispensing medicines in mental health, information on preventive measures and support for the use and abuse of alcohol and drugs. The number of cases of mental disorders in Chapadão do Sul – MS over 14 years in the period of 2011 were 929 cases; 2012 were 725; 2013 were 609. Among mental disorders, depression and anxiety disorders are the most commonly found. The results found in the history series in general mortality rates from suicide in Chapadão do Sul – MS, from 2005 to 2013, it was checked by the Diekstra and Gulbinat classification, high values in 2005, 2011 and 2013. The number of depression cases from 2011 to 2013, found in Chapadão do Sul, it may be related to high suicide rating.

Key words: Mental Health; Suicide; Family Health Strategy; Mental Disorders.

LISTA DE SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CMS – Coeficiente de Mortalidade por Suicídio
CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental
CORSAM - Coordenação Nacional de Saúde Mental
ESF – Estratégia de Saúde da Família
GAP - Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica
MLA – Movimento de Luta Antimanicomial
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
PRH - Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar
PSF – Programa da Saúde da Família
PVC – Programa de Volta para Casa
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SNAS - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos
TCC - Terapia Cognitiva Comportamental
TM – Transtorno Mental
TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo
TP – Transtorno do Pânico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	13
2.2 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA.....	16
2.3 TRANSTORNOS MENTAIS	18
2.3.1 Conceito	18
2.3.2 Epidemiologia dos Transtornos Mentais.....	19
2.3.3 Classificação dos Transtornos Mentais	211
2.3.3.1 F00 - F09 Transtornos mentais orgânicos.....	221
2.3.3.2 F10 - F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa.....	222
2.3.3.3 F20 - F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	232
2.3.3.4 F30 - F39 Transtornos do humor [afetivos].....	233
2.3.3.5 F40 - F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao “stress” e transtornos somatoformes.	26
2.3.3.6 F50 - F59 Síndromes comportamentais associados a disfunções fisiológicas e a fatores físicos.	288
2.3.3.7 F60- F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto.....	28
2.3.3.8 F70 a F79 Retardo mental	299
2.3.3.9 F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico	30
2.3.3.10 F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou adolescência	30
2.3.3.11 F99 Transtorno Mental não especificado	30
2.4 SUICÍDIO.....	30

2.5 FORMAS DE TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS..Erro! Indicador não definido.3

2.5.1 Tratamento medicamentoso	304
2.5.2 Práticas Integrativas e Complementares	347
2.5.3 Eletroconvulsoterapia	41
3 OBJETIVOS	422
3.1 OBJETIVO GERAL	422
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	432
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	443
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	443
4.2 LOCAL DO ESTUDO	443
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	443
4.4 COLETA DE DADOS	454
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	465
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	465
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	476
5.1 SUICÍDIO.....	476
5.2 TRANSTORNO MENTAL (TM)	509
5.3 ANSIEDADE.....	51
5.4 DEPRESSÃO	532
5.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS ENCONTRADOS PELO CID 10 ENTRE OS PROFISSIONAIS DA ESF E DA MÉDICA PSIQUIATRA.....	554
5.6 Dispensação de medicamentos da farmácia da atenção básica de Chapadão do Sul MS no ano de 2013.....	565
5.7 DIAGNÓSTICOS DE TRANSTORNOS MENTAIS PELA ESF	609
5.8 AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE MENTAL EM CHAPADÃO DO SUL – MS	60

5.8.1 Comunidade Terapêutica	61
5.8.2 Ações Preventivas	62
6 CONCLUSÃO	654
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO	72
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	74
APÊNDICE C -. OTERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE BANCO DE DADOS	786p
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	797
ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DE PARA A UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE BANCO DE DADOS	80
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DOS ESF	81

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental no Brasil toma impulso com o Movimento da Reforma Psiquiátrica com o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA). O pensamento é produzir uma forma de atendimento do paciente próximo de seus familiares com processo de reinserção social. Então a reforma vem ao encontro da redução de hospitais psiquiátricos e com a redução de leitos para pacientes psiquiátricos. A Lei nº 10216 em 2001 (BRASIL, 2001) afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (TM) e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental (CARDOSO; GALERA, 2011)

Em meados de 1980 começam a ser implantados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para intermediar os casos de saúde mental mais graves entre a atenção primária e os casos de internação para psiquiatria.

A proposta política do Ministério de Saúde é descentralização do programa de saúde mental com liberação de recursos para implantação dos CAPS em municípios acima de 20.000 habitantes, logo os municípios menores que são em número importante no nosso país têm de organizar sua rede de atenção para saúde mental.

A organização pode ser construída na área de saúde mental em municípios menores, através de um diagnóstico situacional da região. Pode se formar uma Equipe de Saúde Mental com apoio matricial para as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Entre as ações tem-se a construção de Projeto Terapêutico Singular para as pessoas portadoras de TM. Entretanto, as pessoas com transtornos mentais podem melhorar não somente com a assistência terapêutica, mas com outras interferências sociais, econômicas e culturais que precisam de uma atenção ampliada.

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família, que posteriormente foi denominado como Estratégia de Saúde da Família, formando uma frente nova de estratégia de atenção à saúde na atenção primária. Tem área territorial de ação e desenvolve vínculo com as pessoas desse território, devendo funcionar como porta de entrada do fluxograma de atendimento dos usuários na saúde.

O município de Chapadão do Sul está localizado na região nordeste do Estado de Mato Grosso do Sul, na microrregião de Cassilândia e possui uma população de

19.624 habitantes. Sua fonte econômica se concentra na agricultura, prestação de serviços, comércio e indústria (BRASIL, 2010).

É possível se estabelecer diversos indicadores para analisar a situação de saúde mental em um município, entre eles os casos de suicídio que podem ser considerados como TM graves não diagnosticados ou tratados inadequadamente.

Esta dissertação teve como objetivo descrever o número de casos de TM, de ansiedade e de depressão atendidos no município de Chapadão do Sul, o coeficiente de mortalidade por suicídio local, e identificar a rede de Saúde Mental, as organizações que desempenham serviços na comunidade para recuperação e prevenção de substâncias psicoativas e do álcool. Busca-se construir uma proposta coerente de saúde mental para o município de Chapadão do Sul.



2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

A história política vem retratar a época de 1970 onde o asilo manicomial tinha forte expressão “em plena ditadura militar se construía manicômios cada vez maiores e mais lucrativos sustentados pelo poder público” (PITTA, 2011). Em 1982 os leitos psiquiátricos chegaram ao número de 98 mil o que era em 1965 14 mil leitos (RESENDE, 1987).

A Saúde Mental sofre mudança em meados de 1980 com a Reforma Psiquiátrica liderada pelo Movimento de Luta Antimanicomial (MLA). Tal reforma teve influência das ideias de Basaglia, da Itália onde ocorreu a desativação do Hospital de Gorizia (década de 1970) nascendo o que se denominava de “psiquiatria democrática”. O pensamento era produzir uma forma de atendimento do paciente com transtorno mental próximo de seus familiares e com um processo de reinserção social. Essa transformação encontra ressonância nas políticas de saúde do Brasil, por meio da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) e com a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001 (HIRDES, 2009).

Na cidade de São Paulo o encontro entre o Professor Luiz Cerqueira, que era Coordenador Estadual de Saúde Mental, e o Professor de Saúde Coletiva Guilherme Rodrigues da Silva, em 1973, dá início a um projeto experimental de saúde mental na área do Distrito de Pinheiros. Essa ação serviu de modelo para que, em meados de 1983 a 1987, esse projeto tivesse uma ampliação ambulatorial da saúde mental, criando 22 centros comunitários de saúde denominados de Ambulatório de Saúde Mental. Tais unidades seriam os precursores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (SIMON; BAPTISTA, 2011). Surge, em 1987, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira.

A partir da década de 90 há acontecimentos importantes na Política Nacional de Saúde Mental e o papel dos estados (PITTA, 2011):

- a) Criação do CORSAM (Coordenação Nacional de Saúde Mental).

- b) Realização da IX Conferência Nacional de Saúde com a Norma Operacional Básica (NOB) 91/SUS e NOB 92/SUS com ênfase municipalista. São portarias do Ministro da Saúde e reforçam o poder de regulamentação da direção nacional do SUS.
- c) Realização da X Conferência Nacional de Saúde NOB 96/SUS e início de uma retomada das atribuições do Estado.
- d) Realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM).
- e) Criação do Colegiado de Coordenadores Estaduais de Saúde Mental.
- f) Entrava em vigor as Portarias: f1) nº 189/91: ênfase na não hospitalização e qualificação; f2) nº 224/92 regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental; f3) nº 145/94 cria Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP); f4) nº15/96 ratifica a proibição de novas internações em hospitais psiquiátricos (SIMON; BAPTISTA, 2011).

São designadas atribuições aos estados como: formulação, submissão do Plano ao Conselho Estadual e participação no Colegiado de Coordenadores Estaduais; Coordenação da Atenção; cadastro dos serviços de Saúde Mental e competência exclusiva para reduzir a emissão da autorização da internação hospitalar e supervisão dos prestadores (BRASIL, 2007).

Na evolução do processo de construção vão sendo criadas Portarias no período de 1997 a 1999. Surge a Portaria GM nº 3.916/98 que aprova a Política Nacional de Medicamento e a Portaria 1.077/99 que implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de saúde mental, sendo o Estado a fonte de financiamento desse programa e colaborando com recursos financeiros à criação deste setor na rede pública para alguns municípios (LUCCHESI *et al.* 2009).

Em contínua evolução nasce a Portaria GM nº 106/00 que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e a Portaria GM nº 799/00: que institui o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental (BRASIL, 2007). É elaborado o relatório da III CNSM tido como mais completo em termos de atribuições dos Estados na política de saúde mental, sendo de sua esfera de competência a elaboração de leis e planos no financiamento e apoio ao processo da municipalização dos serviços, na fiscalização dos mesmos, na

atuação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na articulação com as instâncias de controle social (SIMON; BAPTISTA, 2011).

A Portaria Ministerial que dá existência institucional aos CAPS é a de nº 336/2001 (PITTA, 2011). No período de 2002 a 2009 ocorreram a XII e a XIII Conferência Nacional de Saúde onde nasce o Plano Diretor de Regionalização, a retomada do Colegiado de Coordenadores Estaduais.

Nasce a Portaria GM nº 336/02 que regulamenta a criação de novas modalidades de CAPS (i, AD, I, II e III); a Portaria 2077/03 que regulamenta o Programa de Volta para Casa (PVC) criado pela Lei Federal nº 10.708 em 2003 com a criação do auxílio reabilitação ao egresso do paciente de longa permanência em hospital psiquiátrico, o programa demonstra que em 2003 haviam 250 beneficiários, mas que em 2006 esse número alcançou 2519 pacientes. O PVC prioriza cidades que possuem ação de diminuir as vagas ocupadas nos manicômios (BRASIL, 2007).

Outras legislações foram criadas: a Portaria GM nº 52/04 que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH) e a Portaria nº 2.197/04 que institui o Programa de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas entre outras portarias. Em 2005 há a abertura política para questões pertinentes a saúde mental (transexualismo, racismo, discriminação contra mulheres e outros grupos minoritários) (SIMON; BAPTISTA, 2011).

O Ministério da Saúde concentrou maior investimento nos CAPS como fator de qualificação e consideração para melhoria da rede de atenção da Saúde Mental no Brasil.

Os CAPS podem ser classificados como I, II, III, i (infantil) e AD (álcool e droga), dependendo da população a ser atendida, do horário de atendimento e deve estar ligada à rede dos serviços de saúde e as outras redes sociais. Seu objetivo é de atender a crise em doença mental (BALLARIN *et al.*, 2010).

Houve uma cobertura nacional de 72% em Saúde Mental considerando a escala de um CAPS para cada 100.000 habitantes. A rede de Atenção Psicossocial possui 625 Residências Terapêuticas, 3961 beneficiários do Programa de Volta pra Casa, 92 Consultórios de Rua e 640 iniciativas de inclusão social pelo trabalho de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2012).

Mato Grosso do Sul, em 2002, tinha o indicador de Cobertura CAPS/100.000 habitantes por ano de 0,16% evoluindo para 0,69% em 2011, classificando-se como

bom parâmetro de cobertura. O Estado da Paraíba possui o melhor índice de cobertura que é de 1,27% e o pior índice se encontra-se no Distrito Federal que é de 0,25% (BRASIL, 2011).

Em Mato Grosso do Sul havia um Serviço de Residência Terapêutica (SRT) que constava com dois pacientes. Em São Paulo havia 233 SRT e 52 em implantação e esse processo acompanhou o ritmo de fechamento de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2012).

No período entre 2005 e 2010, em Mato Grosso do Sul, o número de iniciativas de geração de renda através do Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, foram de 13, enquanto no Estado do Rio de Janeiro essa iniciativa tem destaque alcançando 114 pacientes (BRASIL, 2012)

Com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surge o consultório de rua como uma estratégia para promoção de acesso e vinculação de pessoas em situação de rua, com grave grau de vulnerabilidade e com maior dificuldade de adesão ao tratamento. Objetiva acolher e oferecer cuidados básicos em saúde aos dependentes de drogas e oferecer noção sobre direitos e políticas públicas. Os Consultórios de Rua com a Portaria nº122/11 poderão integrar as ações da atenção básica como Equipes dos Consultórios na Rua. A Portaria GM nº 3089/11 dispõe de aumento de recurso federal para custeio dos CAPS (BRASIL, 2012).

Na rede observa-se a presença de Supervisão Clínico-Institucional que é importante estratégia de educação permanente na saúde mental. Tem como função proporcionar trocas de saberes, construção de novos conhecimentos e fortalecer a articulação entre os princípios e diretrizes da Saúde Mental e as suas práticas no território. No Estado de Mato Grosso do Sul há a Escola de Supervisores Clínico-Institucional do Pantanal apoiada pelo Ministério da Saúde. Faz parte das Estratégias do Plano de Enfrentamento do Crack (BRASIL, 2012).

2.2 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere à existência aproximada de 700 milhões de pessoas portadoras de enfermidades neuropsiquiátricas (WORLD

HEALTH ORGANIZATION, 2013). Acredita-se que 24% dos pacientes atendidos na atenção básica possuem algum tipo de transtorno mental (BRASIL, 2004).

De acordo com estudos realizados, a prevalência de transtornos mentais varia de 3% a 52,2%, sendo ansiedade e depressão os mais frequentes distúrbios psiquiátricos. Chama atenção que um em cada seis idosos da comunidade apresenta um histórico de doença mental (MAIA *et al.*, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta para a importância da atuação da Atenção Primária à Saúde para a promoção de saúde mental nas comunidades alavancando o princípio da reforma psiquiátrica. No Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF) há de desenvolver as ações na saúde mental procurando identificar os casos de transtornos mentais e seus familiares. Há poucos estudos realizados no Brasil em relação à prevalência de transtornos mentais comuns especificamente em uma população territorial do PSF (MOREIRA *et al.*, 2011).

O Ministério da Saúde tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal instrumento a reorganização do acesso da população aos serviços de saúde básica (BRASIL, 2005).

Há necessidade de discutir o planejamento, a organização dos serviços e as formas de gestão para atenção à saúde mental nos municípios sem CAPS (SANTOS; FILHO, 2008). Observa-se que a falta de capacitação profissional é um entrave importante no bom atendimento para os portadores de transtornos mentais. Existe a falta de acolhimento adequado para esses pacientes e à responsabilização da demanda de atendimento, já que a ESF recebe diversos casos de sofrimento psíquico.

A ESF não se responsabiliza pela demanda e encaminha com frequência grande número de pacientes para a atenção especializada. Outro fato é que as equipes de saúde da família recebem programas do Ministério da Saúde onde os trabalhadores devem cumprir metas, como programa do hipertenso e diabético. Os casos de transtornos mentais possuem demanda e escapam a esses progressos. Como agravante há informações em pesquisa da área de saúde mental de diversos países que em dias anteriores ao suicídio cerca de 40% das vítimas procuram o serviço de saúde (MAIA *et al.*, 2004).

Em municípios com população menor de 20.000 habitantes, existem casos de transtornos mentais, sem cuidado por parte do Ministério da Saúde e da Secretaria

Estadual e Municipal de Saúde. Acrescentar somente o profissional de saúde mental na atenção básica não é suficiente para a resolução. É preciso profissionais capazes de detectar problemas de saúde mental em seu território, criar redes de cooperação e coordenação com participação dos trabalhadores da ESF (CAMURI, 2010)

Dentro desse contexto a ESF, deve se ter um olhar importante ao cuidador, devido sobrecarga familiar existente. Os serviços de saúde mental precisam oferecer assistência à saúde do cuidador para facilitar e aliviar a carga de trabalho do mesmo. Oferecer treinamento de habilidades que estimulem a autonomia e reabilitação dos pacientes. A maioria dos cuidadores são as mães, casadas e com filhos (CARDOSO e GALERA, 2011).

2.3 TRANSTORNOS MENTAIS

2.3.1 Conceito

Doença na língua inglesa seria “disease” podendo ser mencionada quando há um conjunto de sinais e sintomas que pode ser distinguida de outra síndrome, através da investigação clínica, com prognóstico e identificação de lesão orgânica, encontradas pelo exame anátomo patológico. Existe na psiquiatria entidades clínicas que se aproximam deste modelo, como mal de Alzheimer, sífilis na fase terciária e a pelagra. Nas demais entidades psiquiátricas, como ansiedade, depressão, esquizofrenia é difícil aplicar o conceito de doença, uma vez que a etiologia destas condições seja mal conhecida, há fatores ambientais e experiências psicologicamente significativas que são influentes.

Então pode adotar um critério mais flexível de doença, como a tradução da palavra “illnes”, uma disfunção que provoca sofrimento, nem sempre acompanhada de lesão orgânica, assim formulou o conceito de psicose funcional para designar a esquizofrenia e os transtornos afetivos.

Como consequência das dificuldades de se caracterizar o comportamento aberrante como doença, as classificações modernas utilizam a expressão “disorder”, que pode ser traduzida como transtorno, distúrbio ou mesmo desordem, para designar determinadas síndromes psiquiátricas (GRAEFF, 1997).

O Transtorno Mental segundo a CID-10 (Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento) se classificam com alterações psicológicas relacionadas com disfunção biológica, social, genética, física ou química (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Várias são as causas que fazem o indivíduo desenvolver em uma fase de sua vida um TM. Três grupos de fatores influenciam o surgimento da doença mental: físicos ou biológicos, emocionais e ambientais.

Quanto aos fatores genéticos, a predisposição genética pode ser uma facilidade ao surgimento de transtornos mentais, o belga B.A. Morel em 1857 destacou que determinadas perturbações mentais se transmitiam através de diversas gerações de uma mesma família. A genética está evidenciada em pesquisa de gêmeos, em grupos familiares e na população em geral, mas não há uma garantia que a pessoa irá desenvolver um TM ao longo da sua vida, somente por ter traços de genes compatíveis com determinada doença mental, logo são necessários outros fatores (PAIM, 1980).

Entre os fatores ambientais encontramos as causas sociais, que seriam nossas relações pessoais, profissionais e com outros grupos, reproduz uma extensão de atitudes de pessoas que partilharam da nossa infância como a forma de pensar e agir; culturais: o que a família e a sociedade vão colocando como regras, de valores do que é certo ou errado e os econômicos, onde o poder aquisitivo alto pode gerar situação de conforto e o poder aquisitivo baixo gerar frustrações que se repetitivas podem desenvolver no futuro uma doença mental. Alguns autores relacionam essa situação como uma raiz para casos de psicoses e síndrome do pânico (BRASIL, 2003).

Muitas situações de estresse existem hoje como trânsito, atritos no trabalho, ameaça de desemprego, resultado de exame importante e desarmonia na relação conjugal. Esse conjunto leva a sofrimento mental decorrente das respostas fisiológicas e emocionais que o organismo constrói perante as mesmas (BRASIL, 2003).

2.3.2 Epidemiologia dos transtornos mentais

Os TM possuem importância na questão de saúde pública. Estudo realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) encontrou que 12% da carga mundial de doenças e 1% da mortalidade correspondem a TM, enquanto somente se investe menos de 1% dos recursos de saúde nas ações de saúde mental (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Em 1996, um estudo da Universidade de Harvard e da Organização Mundial de Saúde, identificou que das 10 principais causas de incapacitação em todo mundo cinco delas eram de TM, assim distribuídas; depressão (13%), ingestão de álcool (7,1%), a esquizofrenia (4%), os distúrbios bipolares (3,3%) e os distúrbios obsessivo-compulsivo (2,8%) (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

De acordo com estudos anteriores a prevalência oscila entre 3% até 52%, onde observa que ansiedade e depressão são as doenças mentais mais comuns.

Nas pessoas idosas em Montes Claros (MG), foi realizada uma pesquisa utilizando um questionário de rastreamento psicogeriatrico (QRP), e encontraram que os TM são mais comuns nas mulheres, em pessoas que residem em favelas ou com baixa renda salarial; e em indivíduos que recebiam mais de quatro salários mínimos tinham menores índices de TM. Quanto ao estado civil as pessoas casadas apresentavam menos TM em relação a outras categorias dos idosos (MAIA *et al.*, 2004).

Os transtornos mentais e comportamentais ocupam no Brasil o terceiro lugar entre as causas de concessão da aposentadoria por invalidez ou incapacidade definitiva para o trabalho segundo dados do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) Entre as doenças mais comuns que afastaram os trabalhadores em 2011 estão: depressão, transtornos ansiosos, reação ao estresse e transtorno da adaptação (SOUZA, 2013).

Os métodos diagnósticos são necessários para identificação e posteriormente início do tratamento adequado. Os mais utilizados são: avaliação psiquiátrica, testes

e questionários psicológicos, exames laboratoriais e de neuroimagem, principalmente para afastar transtornos mentais orgânicos.

Cerca de 25% a 50% dos pacientes que procuram assistência médica em centros de atenção primária de saúde têm pelo menos um transtorno psiquiátrico ou neurológico. Dentre estes casos estima-se a não detecção de 55% de depressão e de até 77% para ansiedade generalizada. Há recursos para suprir essa deficiência em subdiagnóstico, como a aplicabilidade de método de baixo custo para rastreamento psiquiátrico (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

A OMS recomenda o *Self Report Questionnaire* (SRQ – 20: versão em que são utilizadas 20 questões para rastreamento de transtornos não psicóticos). A nota de corte é 7/8, onde valor igual ou maior que 8 são considerados positivos para TM não psicóticos. Mas para boa efetividade necessita de uma forma de discriminação dos casos positivos e negativos, onde essa população rastreada pelo SRQ-20 deverá ser submetida a uma entrevista psiquiátrica por meio de um instrumento denominado de SCID-IV-TR (*Structure Clinical Interview for DSM-IV-TR*). Essa aplicação tem por finalidade um diagnóstico mais aprimorado, que pode ser realizada por clínico familiarizado com o mesmo por meio de treinamento. É dividido em seis módulos, sendo que cada um direciona a entrevista para os prováveis diagnósticos. Esses módulos são sobre o humor, episódios psicóticos; transtornos psicóticos; transtornos de humor; transtornos por abuso de substâncias e transtornos de ansiedade, alimentares e somatoformes (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

2.3.3 Classificação dos transtornos mentais

Os TM são classificados pelo Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais pela Associação de Psiquiatria Americana já com nova versão o DSM- V e pela CID 10. (ARAÚJO; NETO, 2014).

De acordo com a CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008), essas são as principais categorias de transtornos mentais:

2.3.3.1 F00 - F09 Transtornos mentais orgânicos

Série de transtornos reunidos tendo em comum a etiologia demonstrável, tal como doença ou lesão cerebral ou outro comprometimento que leva a disfunção cerebral.

Pode ser primário: quando as lesões afetam diretamente o cérebro (alterações marcantes das funções corticais superiores como doença de Alzheimer); secundário quando as doenças atacam o cérebro apenas como um dos múltiplos órgãos envolvidos (esclerose múltipla).

2.3.3.2 F10 - F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

Compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que tem em comum o fato de serem todas atribuídas ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico.

O diagnóstico principal deverá ser classificado, se possível em função da substância tóxica ou da categoria da substância tóxica que é a maior responsável pelo quadro clínico.

Diagnósticos suplementares devem ser codificados quando outras drogas ou categorias de drogas foram consumidas em quantidades suficientes para provocar:

- uma intoxicação (exemplo: intoxicação alcoólica aguda)
- efeitos nocivos à saúde (exemplo: hepatite pós-injeção de drogas)
- dependência (exemplo: alcoolismo crônico)
- outros transtornos (exemplo: abstinência).

2.3.3.3 F20 - F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

Reúne a esquizofrenia, categoria mais importante deste grupo, o transtorno esquizotípicos e os transtornos delirantes. Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem a imposição ou roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos.

Não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando o quadro clínico comporta sintomas depressivos ou maníacos no primeiro plano, a menos que se possa estabelecer sem equívoco que a ocorrência dos sintomas esquizofrênicos foi anterior à dos transtornos afetivos.

Não se deve fazer diagnóstico de esquizofrenia quando existe uma doença cerebral manifesta, intoxicação por droga ou abstinência por droga.

2.3.3.4 F30 - F39 Transtornos do humor [afetivos]

Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associado), a maioria destes transtornos tendem a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais podem frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes. Os principais subtipos são:

- episódio maníaco
- hipomania
- mania com ou sem sintomas psicóticos

- transtorno bipolar afetivo
- episódios depressivos
- transtorno depressivo recorrente
- ciclotimia
- distimia

A depressão faz parte do transtorno do humor [afetivo] e é caracterizada por um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Os sintomas identificados pela CID 10 são: concentração e atenção reduzidas; autoconfiança reduzida, ideias de culpa, visões pessimistas em relação ao futuro, dificuldades em relação ao sono e apetite, alteração da capacidade de sentir prazer, perda de interesse, atos destrutivos ou suicídio. A prevalência da depressão no Brasil ao longo da vida é de aproximadamente 17,9%. Nas pessoas que procuram atendimento no nível primário de atenção em saúde, a prevalência da depressão pode alcançar o valor aproximado de 29,5% (MOLINA *et al*, 2012).

A depressão pode ser classificada em relação à causa:

a) depressão endógena: de origem interna e indefinida. O primeiro episódio pode ser desencadeado por uma crise ou perda importante, mas os outros episódios não são relacionados com causas observáveis. Caracterizada como forma grave de depressão, mas que responde a terapêutica medicamentosa.

b) depressão somatogênica: relacionada com alterações orgânicas como efeitos colaterais de alguns medicamentos, como anticoncepcionais orais ou por interrupção no uso de psicoestimulante.

c) depressão psicogênica: relacionada com fatos e história do indivíduo que precede os sintomas. Respondem melhor a psicoterapia do que a uso de medicamentos.

Importante é relatar que a depressão é subdiagnosticada; cerca de 50 a 60% dos casos de depressão não são detectados pelo médico clínico. O impacto da doença se resume que na década de 90 ela ocupava a 4ª posição como causa específica de incapacitação, sendo estimada como 2ª causa de incapacitação em 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011) Causas prováveis de subdiagnóstico seriam; preconceito do paciente, falta de treinamento do médico, falta de tempo, reconhecimento somente dos sintomas físicos da depressão e identificação de depressão como uma reação “compreensível”.

O rastreamento da depressão pode ser realizado através de questionários, como o de Anderson e colaboradores. Há a escala de Goldberg para detecção de depressão, que realiza as perguntas:

- você vem tendo perda de interesses?
- você vem tendo perda de confiança em si mesmo?
- você vem se sentindo sem esperança?
- você vem tendo dificuldade para se concentrar?
- você vem tendo perda de peso (devido a pouco apetite)?
- você tem acordado cedo?
- você vem se sentindo mais devagar?
- você tende a se sentir pior de manhã?

Quando obtém sim, para três ou mais alcança uma sensibilidade aproximada de 85% e uma especificidade aproximada de 90% (GOLDBERG *et al*, 1988).

A Escala de Hamilton para Depressão é uma das mais utilizadas pelos psiquiatras. É composta por perguntas sobre alterações do sono, do apetite entre outras, que conforme as respostas somam valores denominados de escores e quando alcançam os valores de 8 a 18 são considerados como depressão leve, de 18 a 25 são considerados como depressão moderada e de 25 ou mais é de depressão-grave (MORENO *et al.*, 2004).

De acordo com a gravidade o diagnóstico de episódio depressivo segundo a CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008) podem ser:

Episódio leve: dois sintomas fundamentais mais dois sintomas acessórios;

Episódio moderado: dois sintomas fundamentais mais três ou quatro sintomas acessórios

Episódio grave: três sintomas fundamentais mais quatro ou mais sintomas acessórios.

Os sintomas fundamentais são: Humor deprimido, perda de interesse e fadigabilidade.

Os sintomas acessórios são: Concentração e atenção reduzidas, autoestima e autoconfiança reduzidas, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, sono perturbado, apetite diminuído.

Nos casos de depressão moderada e grave é mandatório o uso de antidepressivos. A eletroconvulsoterapia é considerada uma escolha aos casos de

depressão grave e com risco de suicídio, que não responderam há várias associações medicamentosas. A sua aplicação ocorre com três vezes por uma semana com cerca de 8 a 12 sessões e obtém cerca de 60 a 80% de remissão do quadro depressivo, atualmente emprega técnicas mais seguras e com menos efeitos colaterais sobre a memória.

Pertencendo aos transtornos de humor há os quadros de mania e hipomania. O paciente portador de mania apresenta fala excessiva, energia de sobra, dificuldade de dormir, há euforia, com exacerbação da autoestima e da sexualidade, gosta de atrair a atenção e por não achar que possui problema de TM dificulta aceitar o tratamento; mas quando os sintomas possuem menor intensidade é denominado de hipomania.

Pode evoluir com episódios psicóticos tendo delírio, alucinações e comportamento estranho.

Em relação alteração do humor se encontra o Transtorno Bipolar, caracterizado por apresentar ora mania e ora depressão. A alternância pode durar semanas ou meses, recebendo denominação de “fase de mania” ora “fase de depressão”. A fase depressiva do transtorno bipolar deve ser preferencialmente tratada com estabilizadores do humor e evitar antidepressivos, a fim de não correr o risco de provocar a fase maníaca.

2.3.3.5 F40 - F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao “stress” e transtornos somatoformes.

Nesta categoria, estão presentes os transtornos fóbicos ansiosos caracterizados pela ansiedade que é desencadeada por situações nitidamente determinadas, mas não representam perigo real e que são evitadas ou suportadas com temor. Há nesse grupo as obsessões e compulsões; pessoas com respostas inadaptadas a um estresse grave ou persistente que prejudique o funcionamento social do indivíduo e pacientes com presença de sintomas físicos repetitivos associados à busca persistente de assistência médica, mas os sintomas não possuem nenhuma base orgânica.

A ansiedade é uma experiência humana decorrente de uma resposta a situação de perigo, de estresse e desafios na vida. Palavra de origem grega denominada de “anshein” que quer dizer sufocar ou estrangular. Pode ser um alarme diante de situações perigosas e um mecanismo de sobrevivência, aumenta a vigilância e os reflexos e proporciona ao indivíduo a aptidão para lutar ou fugir.

Torna-se patológica quando a emoção é desagradável e a intensidade e duração são muito intensas a ponto de instalar o prejuízo do desempenho social ou profissional do paciente. (ANDRADE, GORENSTEIN; 1998).

Os sintomas de ansiedade podem ocorrer como resultados do uso de drogas e nas situações de abstinência de substâncias, nos transtornos de ansiedade onde a manifestação da ansiedade é primária e na depressão, transtornos psicóticos e transtornos do humor, quando a ansiedade está presente em um plano secundário. Pode estar associada a doenças físicas.

Em alguns estudos no Brasil os transtornos de ansiedade também se encontram em primeiro lugar na prevalência de transtornos psiquiátricos (ANDREOLI *et al.*, 1994).

O quadro clínico é constituído de sintomas de excitação autonômica como dispneia, tremores, sudorese, boca seca, dor torácica, calorões e disfagia, sem disfunção orgânica que justifique esses sintomas. O paciente pode ter dificuldade de concentração, medo de perder o controle e enlouquecer e pensamentos catastróficos. Em relação ao comportamento pode ter isolamento ou inquietude. Atentar para situações quando os sintomas físicos não conseguem ter sua origem explicada e esses pacientes apresentem mais de cinco consultas no ano, associado com dificuldade no trabalho, alteração do peso e problemas de sono.

Para melhorar o diagnóstico, deve-se estar atento para situações que podem provocar os sintomas de ansiedade como:

- a) Efeito adverso de certos medicamentos como os corticóides, anticonvulsivantes, antimicrobianos, broncodilatadores, indometacina, dopamina, anti-histamínicos, bloqueadores do canal de cálcio, antidepressivos e estimulantes; pode ocorrer também na retirada de substâncias psicoativas (álcool e drogas).

- b) Doenças físicas como o hipertireoidismo, dor crônica, síndrome de tensão pré-menstrual, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças cardiocirculatórias e doenças do sistema nervoso central.
- c) Presença de outros transtornos psiquiátricos como a depressão, transtornos psicóticos, transtornos do humor ou transtornos de personalidade.

Os principais subtipos da ansiedade pela CID 10 são:

- transtorno fóbico-ansiosos, exemplo: fobias sociais e agorafobia;
- outros transtornos ansiosos, exemplo: transtorno de pânico, ansiedade generalizada e transtorno misto ansioso e depressivo;
- transtorno obsessivo-compulsivo;
- reação ao "stress" grave e transtorno de adaptação;
- transtorno dissociativo [conversão], exemplo: fugas dissociativas e convulsão dissociativa;
- transtorno somatoforme, exemplo: transtorno hipocondríaco;
- outros transtornos neuróticos, exemplo: neurastenia.

ansiedade pela CID 10 são:

2.3.3.6 F50 - F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e fatores físicos.

Nesta categoria, encontram-se os transtornos da alimentação, do sono, da atividade sexual, do puerpério e outras. A anorexia nervosa é caracterizada por uma perda de peso intencional, induzida e mantida pela paciente. Há restrições das escolhas alimentares, a prática excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e utilização de laxantes, anorexígenos e de diuréticos.

A Bulimia nervosa é caracterizada por uma preocupação excessiva com relação ao controle do peso corporal com uma alternância de hiperfagia e vômitos e uso de purgativos. Pode haver ainda o transtorno de compulsão alimentar, que é caracterizado por períodos de hiperfagia associada a outros distúrbios psicológicos ou eventos estressantes como luto, acidentes e outros.

Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais: compreende unicamente os transtornos do sono que são essencialmente imputáveis a fatores emocionais não-orgânicos e não devidos a transtorno físico identificáveis em outra parte. Há nesta categoria transtornos do sono com insônia, hipersonia não orgânica, sonambulismo e terrores noturnos.

Transtornos relacionados a função sexual de causa não orgânica (aversão sexual, perda do desejo sexual, ausência de prazer sexual, ninfomania).

Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao puerpério.

2.3.3.7 F60- F69 Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto

Compreende diversos estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e é a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros. Pode encontrar desvios extremos ou significativos das percepções, dos pensamentos, das sensações, e particularmente das relações com os outros em relação a um indivíduo médio de uma dada cultura. Frequentemente estão associados a sofrimento subjetivo e a comprometimento de intensidade variável do desempenho social.

2.3.3.8 F70 a F79 Retardo mental

Há um comprometimento da inteligência, das funções cognitivas, da linguagem, da motricidade e do comportamento social. É o desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, que pode ser acompanhado de outro transtorno mental ou físico.

2.3.3.9 F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

Os transtornos desta classificação possuem em comum:

- início obrigatório na primeira e segunda infância;
- comprometimento ou retardo de desenvolvimento de funções estreitamente ligadas à maturação biológica do sistema nervoso central;
- evolução contínua sem remissões nem recaída.

As funções atingidas podem ser, na maioria dos casos, a linguagem, as habilidades espaço-visuais e a coordenação motora.

Habitualmente o retardo ou a deficiência já estavam presentes mesmo antes de ser posta em evidência, diminui progressivamente com a idade, mas déficits mais leves podem, contudo, persistir na idade adulta.

2.3.3.10 F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e adolescência.

Nesta categoria estão presentes os transtornos hiperativos, distúrbios de conduta, transtornos misto de conduta e emoções, transtornos emocionais com início na infância; transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou adolescência, tiques e outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou adolescência.

2.3.3.11 F99 Transtorno mental não especificado

Inclui todos os outros transtornos mentais não especificados anteriormente.

2.4 SUICÍDIO.

De acordo com a OMS, o suicídio é um ato intencional do indivíduo para pôr fim a sua própria vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002), sendo considerado um fenômeno individual pela psiquiatria e como um comportamento social pelas ciências sociais. (DURKHEIM, 1977).

Na antiguidade, suicídio era sinônimo de “morte voluntária”. Na Grécia Antiga existiam pessoas que acreditavam ter o direito de determinar a forma e a hora de sua morte, mas Aristóteles e Pitágoras classificavam o suicídio como atitude covarde. Na história antiga determinadas nações consideravam o suicídio como crime, como no caso dos países islâmicos, Inglaterra em meados de 1961 e a Irlanda até 1993. Na cidade de Roma os bens do suicida não eram recebidos pelos herdeiros, como uma tentativa de coibir essa atitude (ARAÚJO; BICALHO, 2012).

Existia um estigma em relação aos casos de suicídio, na Alemanha. Os corpos dos suicidas eram colocados em barris e lançados ao rio para ficarem distantes do local onde ocorreu o suicídio. No ano de 1800 os casos de suicídio eram considerados uma insanidade nos Estados Unidos. No Brasil é crime quem induz outra pessoa ao ato de retirar a própria vida.

O suicídio é uma realidade importante para saúde pública em qualquer região do mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que até 2020 o suicídio possa alcançar 1,5 milhão de pessoas (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002). Mundialmente, a taxa de suicídios teve aumento em cerca de 60% na última metade do século XX.

Diekstra e Gulbinat (1993) classificam a mortalidade por suicídio:

- d) Baixa quando os coeficientes são: menores que 5 óbitos/100 mil habitantes;
- e) Média quando os coeficientes se situam entre 5 e menos de 15 óbitos/100 mil habitantes;
- f) Alta quando entre 15 e menos de 30 óbitos/100 mil habitantes;
- g) Muito alta quando os coeficientes são de 30 óbitos/100 mil habitantes.

O Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPREMISS) da OMS foi realizado em 10 países incluindo o Brasil. Envolveu 1867 casos de tentativas de suicídio que foram avaliados e aleatorizados em dois grupos e acompanhadas por 18 meses. As pessoas que receberam “intervenção breve” tiveram dez vezes menos suicídios em relação ao grupo que recebeu intervenção casual. A intervenção breve consistia de entrevista motivacional, telefonemas ou

visitas domiciliares e a intervenção casual é o caso que recebia alta do pronto-socorro sem encaminhamento a serviço de saúde mental (BOTEGA, 2010).

Em 2010, a taxa de suicídio no Brasil era de 5,0 suicídios por 100 mil habitantes. Entre 1996 e 2010, de acordo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde existiram 119.514 mortes por suicídio no Brasil (ARAÚJO; BICALHO, 2012).

A região mais acometida no Brasil é a região Sul com valores de 11 a cada 100.000 habitantes (SCHMITT *et al.*, 2008).

A mortalidade proporcional corresponde ao percentual, do total de óbitos, devido a suicídio; no Brasil como um todo atinge 0,9%. Quando se compara algumas regiões isoladas, encontra-se em Roraima e no Amapá mortalidade proporcional maior que a média, esse valor chega respectivamente a 2,7% e 2,1%. Estes resultados podem estar relacionados à existência de grande população indígena nessa região (BOTEGA, 2010). Não se pode deixar de relatar a cidade de Venâncio Aires no Rio Grande do Sul que em 2006 chegou a ter coeficiente de mortalidade por suicídio de 26,2% (BRASIL, 2009). Essa análise relatada pelo Professor Neury Botega da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas aponta para aumento das taxas de mortalidade por suicídio nas cidades com até 50.000 habitantes chegando a valores maiores que nos municípios mais populosos.

O professor Neury Botega mostra a importância do comportamento suicida após estudo realizado pela OMS em Campinas no estado de São Paulo onde apurou que ao longo da vida 17,1% das pessoas pensaram sobre suicídio; 4,8% chegaram a elaborar um plano para tanto e 2,8% efetivamente tentaram o suicídio (BOTEGA, 2010).

Em estudo de análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006, a cidade de Campo Grande (MS) no estado de Mato Grosso do Sul teve, entre 2004 a 2006, 6,9 casos de morte por suicídio a cada 100.000 habitantes. No mesmo estudo observaram que os homens e idosos eram a maioria dentre os casos de suicídio. O número de casos de suicídio em jovens entre 15 a 24 anos aumentou entre as décadas de 1980 a 2000 (LOVISI *et al.*, 2009).

Os principais fatores associados ao suicídio são: doenças mentais (principalmente depressão e abuso/dependência de álcool e drogas), tentativas

anteriores de suicídio, ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, eventos estressantes, pobreza, desemprego e baixo nível educacional.

Os casos de transtornos mentais mais comuns relacionados ao suicídio são: depressão, transtorno bipolar, abuso de álcool e de outras drogas e esquizofrenia (BERTOLOTE *et al*, 2003). O risco aumenta quando há comorbidade entre os transtornos mentais citados acima e a existência de fatores sociais como a violência e a falta de expectativa de vida. Como se observou no estudo da OMS os casos de tentativas de suicídio devem ser encaminhados para o serviço de saúde mental.

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio de agosto de 2006 pouco avançou na prática. Por ocasião da portaria nº 1.876/06 o Ministério da Saúde lançou um manual de prevenção de suicídio destinado a equipes de saúde mental e uma bibliografia comentada sobre comportamento suicida. Outra publicação, destinada ao treinamento de equipes da rede básica em prevenção do suicídio já está pronta, mas ainda não foi publicada.

No Congresso da Associação Brasileira de Psiquiatria, em novembro de 2009, foi realizada uma campanha de prevenção ao suicídio. Dentre as instituições de ensino, a Universidade de Campinas tem se destacado nas linhas de pesquisa relacionadas ao suicídio e comportamento suicida pelo Professor Neury Botega (HETEM, 2010).

Para a prevenção do suicídio há de se ter mais atenção aos fatores de risco relacionados ao suicídio entre dependentes químicos (álcool e drogas). Exemplo: episódio depressivo, comunicação de intenção suicida, desemprego recente, viver sozinho e perdas interpessoais recentes (BESSA, 2010).

Em um trabalho desenvolvido na cidade de Candelária (RS) no Rio Grande do Sul, membros de equipe de saúde desenvolveram um Programa de Prevenção de Suicídio, obtendo no período de 2007 a 2009 uma redução de quase metade dos casos de suicídio nesse município. Realizaram organização da rede de fluxo de pacientes com tentativas de suicídio, sendo os mesmos encaminhados ao CAPS e melhorando a comunicação entre os serviços de atendimentos de atenção aos pacientes e construindo Programas Terapêuticos Individuais de acordo com a necessidade do paciente naquele instante. Capacitaram profissionais do serviço de saúde e ampliaram a discussão sobre suicídio em toda parte do serviço de saúde e desenvolveram oficinas terapêuticas e busca ativa de pessoas que por acaso tinham

pensado sobre suicídio com a colaboração dos agentes comunitários de saúde (CONTE *et al.*, 2012).

2.5 FORMAS DE TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Os recursos terapêuticos podem ser medicamentosos, psicoterapia ou associação de ambos.

2.5.1 Tratamento medicamentoso

O medicamento é uma ferramenta da psiquiatria para remissão dos sintomas e controle dos mesmos. Há um estigma de se usar os psicofármacos, levando as pessoas portadoras de TM não realizarem o tratamento. E a falta de adesão à medicação para o tratamento pode alcançar 50% dos pacientes (GRAY, WYKES, GOURNAY, 2002)

As drogas utilizadas nos transtornos mentais são denominadas de psicofármacos. São drogas que modificam as funções psíquicas normais ou alteradas. Embora na maior parte dos transtornos mentais não seja possível uma cura, com as medicações há um controle da doença e alívio do sofrimento.

Elas são classificadas em:

Ansiolíticos: os mais difundidos são os benzodiazepínicos que também são denominados de hipnóticos, por induzirem o sono. Eles agem nos receptores de neurotransmissores inibitórios diretamente ativados pelo aminoácido ácido γ -aminobutírico (GABA). Os mais proeminentes efeitos são: sedação, hipnose, redução da ansiedade, relaxamento muscular, amnésia anterógrada e atividade anticonvulsivante. Nos tecidos periféricos podem ocasionar vasodilatação coronariana em doses terapêuticas e bloqueio neuromuscular quando utilizadas doses elevadas (BRASIL, 2013).

O agente hipnótico útil seria o que tivesse rápido início de ação quando ingerido ao deitar, uma ação contínua durante a noite facilitando o sono e nenhuma ação residual durante o dia (HOBBS; RALL; VERDOORN, 1996).

O diazepam e clordiazepóxido, podem ser usados em casos de insônia terminal pela sua meia vida longa. Como indutor de sono há o alprazolam. De forma intermediária há o clonazepam que age nos distúrbios convulsivos e determinados distúrbios de movimentos e o lorazepam também podem ser usados em distúrbios de ansiedade. O midazolam indutor de sono e bem útil na forma injetável em caso de agitação. (BRASIL, 2013).

Neurolépticos (antipsicóticos): são utilizados nos casos de doenças psiquiátricas graves marcadas por agitação e pensamento comprometido. A clorpromazina e o haloperidol são comumente tomados como protótipos para o grupo dos antipsicóticos. Os sintomas-alvo que essas drogas parecem ser especificadamente eficazes incluem a tensão, hiperatividade, combatividade, hostilidade, alucinações, delírios agudos, insônia e anorexia. O prognóstico mais favorável é para pacientes com patologias agudas de curta duração que exibiam personalidades relativamente saudáveis antes da doença.

Sua ação é basicamente bloqueando a transmissão da dopamina no cérebro com ação motora, hormonal (aumento da prolactina) e torna o pensamento mais lento (BRASIL, 2013).

Os neurolépticos podem ser de alta potência como o haloperidol que causam mais efeitos extrapiramidais, mas são eficazes nos sintomas psicóticos como delírio e alucinações (sintomas positivos) e os de baixa potência como a clorpromazina e levomepromazina tendem a ser mais sedativos e a provocar maior ganho de peso, ambos são denominados de neurolépticos típicos.

Os neurolépticos atípicos produzem menos efeitos motores e são mais bem tolerados, mas proporcionam importante ganho de peso, exemplos: a risperidona e a olanzapina. A eficácia é semelhante aos típicos, embora alguns, como a clozapina, tenha um efeito significativamente melhor quanto aos sintomas negativos, como o isolamento social e embotamento afetivo.

Efeitos indesejados que podem ocorrer, são os sintomas extrapiramidais, mais comuns no uso de haloperidol. Estes podem ser diminuídos pelo uso de biperideno de 2 mg e ou prometazina de 25 mg. Pode haver também inquietação motora

denominada de acatisia, que melhora com uso de propranolol e clonazepan e o quadro de discinesia tardia que é a marcha em círculo ou movimentos repetitivos; nessa situação convém ajuda da equipe de saúde mental. Outros efeitos indesejados seriam boca seca e retenção urinária, visão borrada e constipação devido ação anticolinérgica; hipotensão no caso de uso de clorpromazina que deve ser evitada em idosos e pacientes portadores de epilepsia porque diminuem o limiar para convulsões, aumentam a prolactina surgindo galactorréia e alteração da menstruação, diminuem a libido sexual, o orgasmo e levam a aumento do peso.

Antidepressivos: Utilizados de forma a melhorar os casos de depressão, os antigos são denominados de tricíclicos; seus efeitos colaterais são maiores, logo os mais novos como a fluoxetina que surgiu da década de 1990 são mais bem aceitos pelos pacientes, sua ação é esperada com 14 dias de tratamento, mas pode aumentar a dose a cada três dias se necessário, respeitando o limite de efeitos indesejados caso ocorram. Os antidepressivos são utilizados para casos de depressão aguda moderada a grave, quer melhorando os sintomas ou eliminando-os, mas nos casos depressão leve, não há evidências de que sejam superiores ao placebo (BRASIL, 2013). Os antidepressivos são divididos em:

- a) Inibidores não seletivos de recaptura de monoaminas (os tricíclicos): Amitriptilina, Clomipramina, Imipramina, Nortriptilina;
- b) Inibidores seletivos da recaptura da serotonina (ISRS): sertralina, fluoxetina, paroxetina, escitalopram, fluvoxamina;
- c) Inibidores seletivos da recaptura da dopamina: bupropiona, amineptina;
- d) Inibidores seletivos de recaptura de noradrenalina: reboxetina; viloxazina
- e) Inibidores da recaptura da serotonina e da adrenalina: venlafaxina e duloxetina.

Os sintomas alvos são o de tristeza profunda, perda de interesse pelas coisas, sentimento de ausência de esperança relacionada à depressão. Sintomas de ansiedade como palpitação, suores e irritabilidade e sintomas obsessivo-compulsivos.

Os antidepressivos podem ainda ser utilizados nos transtornos de ansiedade (pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social e outros).

Efeitos colaterais dos ISRS: cefaleia, em alguns casos pode haver ausência do orgasmo, retardo da ejaculação, insônia, alteração do apetite (anorexia), ansiedade, irritabilidade, erupções cutâneas e acne (GOLDSTEIN, 1998).

Importante é saber que se há risco do paciente realizar suicídio o medicamento deve permanecer com o cuidador e em idosos ter cautela com dose a ser utilizada. Evitar utilizar os antidepressivos tricíclicos em idosos.

Importante é orientar o paciente e a família sobre depressão, realizar acompanhamento para melhor adesão do paciente com entrevistas semanais. O tratamento deve ter duração de no mínimo um ano após a melhora total dos sintomas. O tratamento de manutenção é baseado em evidências presentes nas seguintes circunstâncias:

- a) Três ou mais episódios de depressão maior nos últimos cinco anos;
- b) mais que cinco episódios ao longo da vida;
- c) número inferior de episódios, mas com persistência de fatores de risco para recaída/recorrência.

A descontinuação do uso de antidepressivo tem ser realizada de forma gradativa ao longo de quatro semanas. Retiradas abruptas são realizadas em casos de efeitos colaterais importantes e em situação de desencadeamento de episódios maníacos (BRASIL, 2013).

Situações em que o clínico deve encaminhar o paciente ao psiquiatra:

- a) Quadro clínico complicado com sintomas de vários transtornos psiquiátricos além da depressão;
- b) Primeiro episódio grave com pensamentos suicidas;
- c) História de episódios graves que exigem intervenção psiquiátrica;
- d) Paciente deseja ser tratado com especialista;
- e) Doenças ou tratamentos concomitantes que possam ter contra-indicação ao uso de antidepressivo;
- f) Depressão em paciente bipolar.

Estabilizadores do Humor: A droga de eleição é o carbonato de lítio que atua de forma eficaz nos episódios de mania, hipomania e depressão nos pacientes portadores de transtorno bipolar. Seu uso previne principalmente a elevação do humor, bem como a depressão. Medicamento utilizado na manutenção do transtorno afetivo bipolar e também na potencialização do antidepressivo.

Além do carbonato de lítio podem ser utilizados como estabilizadores do humor a carbamazepina e o ácido valpróico.

Os efeitos indesejados do lítio são: diarreia, gosto metálico, ganho de peso, aumento do apetite, polidipsia e poliúria. Deve-se monitorar função renal e tireoidiana. Deve realizar a aferição da concentração do lítio no sangue que não deve passar de 1,5 mEq/L. Acima desse valor pode aparecer disartria, tremores grosseiros e desidratação. O uso de diuréticos pode precipitar a intoxicação (BRASIL, 2013).

A carbamazepina pode ter efeitos colaterais, no caso de intoxicação pode apresentar sintomas como: ataxia, diplopia persistente, prurido, sonolência e tontura; taquicardia e arritmia, respiração irregular e convulsões; deve-se no seu uso monitorar a função hepática e hematológica (MORENO, MORENO; 1999).

O ácido valpróico pode ter efeitos gastrointestinais e neurológicas como: queda de cabelo, náuseas, sedação, tremores e ganho de peso (MORENO, MORENO; 2001).

2.5.2 Práticas integrativas e complementares

O Ministério da Saúde aprovou a política nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Portaria MS/ GM nº 971, 3 de Maio de 2006), que fornece diretrizes para inserção de ações, serviços e produtos da Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia.

- a) A Medicina Tradicional Chinesa é o equilíbrio do Yin e Yang e dos cinco elementos (madeira, fogo, terra, metal e água) no indivíduo e deste com o meio e que são fundamentais para manutenção da saúde. Nesse modelo cultiva-se a saúde, busca-se a prevenção da enfermidade, por meio do incentivo do auto - conhecimento e da percepção do estado de saúde, além da promoção de hábitos de vida saudáveis. Yin e Yang compõem um dos fundamentos básicos da sabedoria chinesa antiga (LUZ, 2012)

As ações terapêuticas disponíveis são: acunpuntura, auriculopuntura, eletroacupuntura, massoterapia, ventosaterapia, dietoterapia, práticas corporais e mentais.

b) Homeopatia

Desenvolvida pelo médico Samuel Hahnemann, possui como princípios fundamentais: lei dos semelhantes, experimentação no homem sadio, uso de doses infinitesimais, busca a compreensão e o alívio do sofrimento físico e mental em todas as fases da vida.

c) Fitoterapia e plantas medicinais

É a terapêutica com uso de plantas medicinais, indicada para estados depressivos leves, ansiedade leve e distúrbios do sono associados à ansiedade. Há uma lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado. (BRASIL, 2008)

d) Medicina Antroposófica

Conhecimentos aplicados no campo da saúde, mas com base na antroposofia, proposta pelo austríaco Rudolf Steiner em 1920. A antroposofia afirma que o ser humano está ligado a natureza e aos seus elementos, constituindo um organismo complexo e profundamente integrado. Entre os princípios que conduzem o cuidado médico antroposófico, estão o reconhecimento da autonomia, da dignidade do paciente e o estímulo para que as pessoas auxiliem a si mesmas. O objetivo é através da higiogênese criar uma regulação autonômica coerente do organismo e da salutogênese criar uma autorregulação psicoemocional e espiritual coerente a fim de fortalecer a constituição do paciente como um todo (ANTONOVSKY, 1997). Contribui de forma importante na promoção da saúde, prevenção e a reabilitação tanto no individual como no coletivo, compreendendo as fases do ciclo da vida humano. Na área da psicologia antroposófica utiliza terapia artística, cantoterapia e musicoterapia. A euritmia (ritmo harmonioso), pode ser usada nos casos de ansiedade, os pacientes são instruídos a realizar movimentos específicos com as mãos, com os pés ou com o corpo inteiro (SCWAB, MURPHY, ANDERSSON, 2011)

e) Intervenções psicossociais avançadas:

- Reatribuição de sintomas somáticos sem explicação médica. Significa fazer a relação entre as queixas somáticas e o sofrimento psíquico. Atribuir o sintoma a um sofrimento que pode não ter origem no corpo. Dar ao

sofrimento o cuidado que ele necessita. Então deve ter abordagem da situação; elaborar ações para que a situação seja melhor compreendida e construir a resolução dos problemas psicossociais. Um trabalho que demanda tempo para sua realização. Há um Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (BRASIL, 2011).

- Terapia Comunitária

Uma ferramenta a mais na atenção básica para aplicação na saúde mental. Necessita de um terapeuta comunitário e de um local adequado para realizar o trabalho. Exige um clima acolhedor e de empatia. Possui etapas como: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, conotação positiva e avaliação.

Associado há necessidade de regras como: respeitar quem fala e saber escutar; falar da própria história, não realizar aconselhamento, discurso ou sermão; de acordo com o tema pode associar piadas, histórias relacionadas com o tema ou músicas. Desenvolvida a partir de 1987 na comunidade de Pirambu em Fortaleza (CE), pelo professor Adalberto Barreto, é uma ferramenta de cuidado nos programas de inserção e apoio à saúde mental (BARRETO, 2005).

Possui alguns objetivos, como a promoção da autonomia e independência dos sujeitos, melhorar a autoestima do indivíduo e do coletivo e reforçar o papel das famílias e da comunidade.

- Terapias Cognitivas Comportamentais (TCC): é uma intervenção semi -- estruturada, objetiva e orientada, que aborda fatores cognitivos, emocionais e comportamentais no tratamento dos transtornos psiquiátricos.

Beck, observou que humor e comportamentos negativos da depressão, eram usualmente resultados de pensamentos e crenças distorcidas. Os pacientes com depressão acreditam e agem como se a situação estivesse pior do que realmente estaria. A TCC nos pacientes com depressão ajuda a modificarem crenças e comportamentos que produzem certos estados do humor. A TCC é uma boa forma de tratamento envolvendo qualquer transtorno psiquiátrico (BECK, 2005).

As pessoas com grau importante de sofrimento psíquico deixam de realizar atividades prazerosas relacionadas com o lazer. O profissional de saúde e o

usuário podem construir uma agenda positiva para retomada das atividades relacionadas com o prazer. A avaliação pode ser registrada no prontuário do paciente e de dados fornecidos pelas agentes comunitárias de saúde ou pelas visitas domiciliares.

- Terapia ocupacional que pode ter diferentes atividades laborativa, em forma de oficinas terapêuticas, grupo de pessoas reunidas para desenvolver determinado trabalho. Importante modalidade para os casos mais graves de doença mental como, a esquizofrenia. Oferece ao paciente um canal de comunicação melhor, estimula o relacionamento interpessoal, ajuda o paciente a lidar com conquistas e frustrações e a desenvolver maior independência. Tipos de oficina terapêutica: de poesia, de teatro, de música, de radiofonia, de marcenaria, de jardinagem e de práticas corporais como a dança.

- Terapia recreativa: ações voltadas para recreação como atividades esportivas, festas e comemorações. (BRASIL, 2003).

g) Mediação de Conflitos

O conflito é um fenômeno social decorrente do confronto de interesse entre dois ou mais autores. O profissional de saúde mais próximo ou com mais vínculo com o usuário em conflito, assume um papel neutro para mediar a situação. Há treinamento de negociação e gestão de conflitos (BRASIL, 2013).

h) Terapia Interpessoal Breve (TIB): intervenção breve na dependência de álcool e outras drogas. Utilizado na abordagem das pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, mas não são consideradas dependentes, ou seja, pessoas que necessitam de quantidades crescentes da substância para se obter o efeito desejado (BRASIL, 2013).

2.5.3 Eletroconvulsoterapia (ECT)

É prescrito somente pelo psiquiatra com uso restrito para casos de depressão grave sem resposta a medicamentos e terapias e em estados de grande agitação e desorganização mental. Usa dois eletrodos na região frontal bilateral cada eletrodo e a descarga elétrica dura cerca de 5 a 15 segundos produzindo alteração neuroendócrina e neuroquímica.

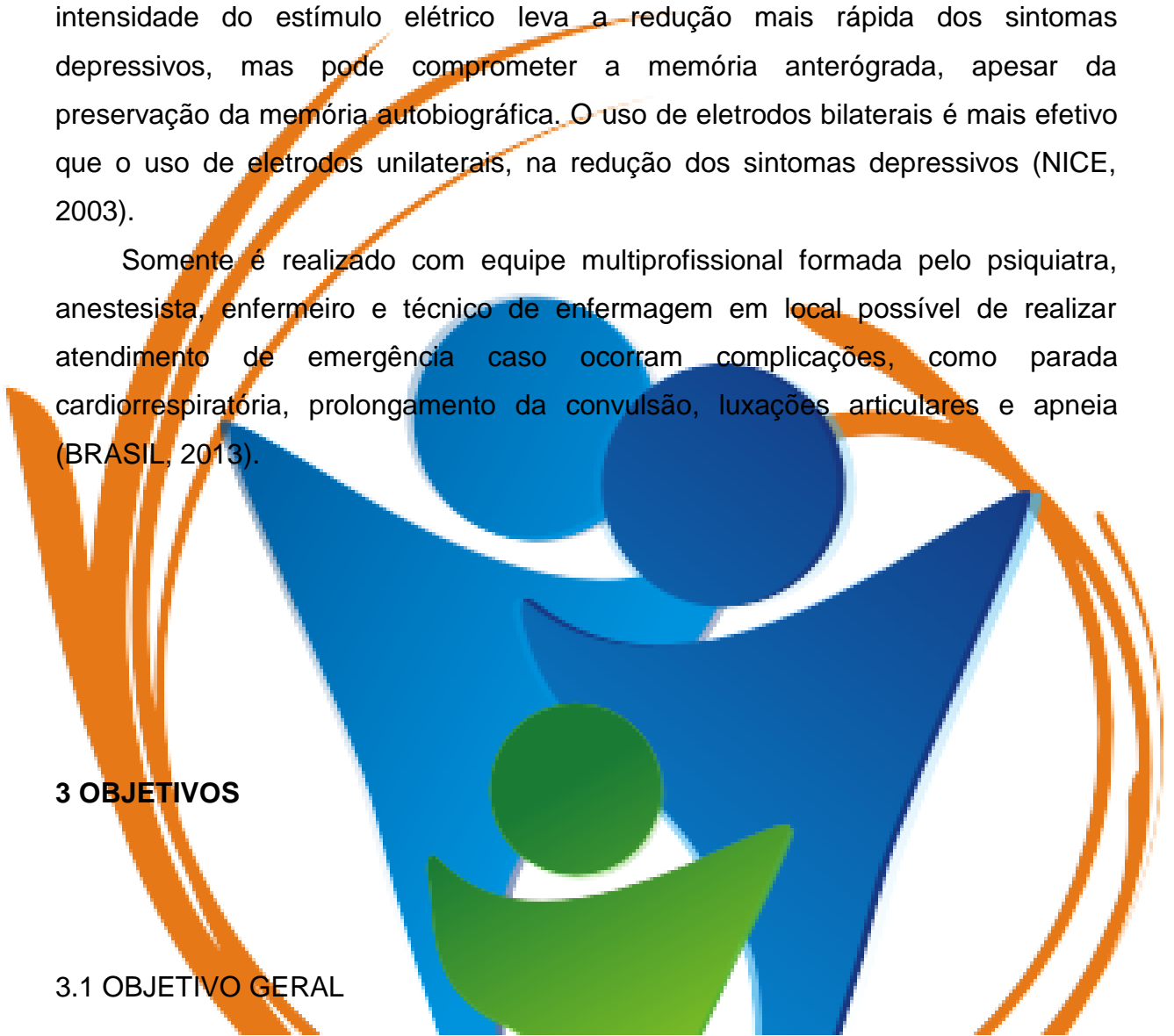
A frequência da ECT é cerca de duas a três vezes por semana; o aumento da intensidade do estímulo elétrico leva a redução mais rápida dos sintomas depressivos, mas pode comprometer a memória anterógrada, apesar da preservação da memória autobiográfica. O uso de eletrodos bilaterais é mais efetivo que o uso de eletrodos unilaterais, na redução dos sintomas depressivos (NICE, 2003).

Somente é realizado com equipe multiprofissional formada pelo psiquiatra, anestesista, enfermeiro e técnico de enfermagem em local possível de realizar atendimento de emergência caso ocorram complicações, como parada cardiorrespiratória, prolongamento da convulsão, luxações articulares e apneia (BRASIL, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a atenção à Saúde Mental no município de Chapadão do Sul MS.



3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Calcular a taxa de mortalidade por suicídio na série histórica de 2005 a 2013 no município de Chapadão do Sul MS;
- b) Identificar o número de casos de transtornos mentais, depressão e ansiedade na Estratégia de Saúde da Família (2011 a 2013); o número de pacientes atendidos e os principais diagnósticos encontrados na referência municipal de psiquiatria (2012 a 2013) no Município de Chapadão do Sul MS;
- c) Identificar os medicamentos psicotrópicos dispensados na Assistência Farmacêutica da atenção básica em 2013;
- d) Mencionar os critérios utilizados para identificação dos transtornos mentais pelos profissionais graduados em saúde da Estratégia de Saúde da Família de Chapadão do Sul MS;
- e) Descrever as ações de prevenção e promoção à Saúde Mental no município de Chapadão do Sul MS;



4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo com base em dados primários e secundários.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Município de Chapadão do Sul (MS), localizado no nordeste do estado de Mato Grosso do Sul, microrregião de Cassilândia (MS).

Os dados referentes a registros oficiais foram obtidos na secretaria municipal de saúde (sede) e a abordagem aos profissionais de saúde foram realizadas nas quatro Unidades Básicas da Saúde da Família (UBSF) de Chapadão do Sul MS.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Para os objetivos específicos de um a três, foram utilizados os dados secundários dos serviços públicos locais. Os transtornos mentais encontrados pela CID 10, foram obtidos nas bases de dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Para o quarto objetivo específico foi aplicado questionário aos graduados em área da Saúde lotados nas UBSF. Foram quatro odontólogos, quatro enfermeiras e três médicos.

Critério de inclusão: ser graduado em odontologia, enfermagem ou medicina e estar trabalhando na Estratégia de Saúde da Família do município de Chapadão do Sul MS no ano de 2014.

Critério de exclusão: Não atender os itens acima e ser pesquisador deste estudo.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados referentes à mortalidade por suicídio foram retirados do banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do município de Chapadão do Sul (MS) no período de 2005 a 2013. Para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade por Suicídio foi utilizado a fórmula abaixo. A população do município utilizada no denominador foi obtida pelo Censo de 2010 (BRASIL, 2010) e considerada apenas as pessoas maiores ou igual a 15 anos de idade (14.605 habitantes).

$$\text{CMS} = \frac{\text{número de casos de suicídio, ano}}{\text{população do município, ano}} \times 100.000$$

CMS = Coeficiente de Mortalidade por Suicídio

Os dados referentes aos objetivos específicos dois e três, foram obtidos do banco de dados do Consulfarma que foi implantando no município em Dezembro de 2010.

As informações dos pacientes atendidos com transtornos mentais foram transferidas para uma planilha de Excell, com conferência nominal para excluir as duplicidades e selecionados pacientes com 15 anos acima. Para o cálculo de número de TM foi utilizado a função de macro "Active Sheet Cells" para os anos de 2011, 2012 e 2013 o mesmo foi aplicado para o cálculo de depressão e ansiedade.

Os dados referentes ao serviço especializado em psiquiatria foram analisados em 2012 e 2013 devido à implantação em 2012.

Foi utilizado como base o ano de 2013 para a análise dos psicotrópicos dispensados na farmácia da rede pública do município de Chapadão do Sul MS.

Para alcançar o objetivo específico quarto foi aplicado questionário aos onze profissionais de saúde da ESF descritos acima (Apêndice A). Após análise dos questionários os resultados foram apresentados de forma descritiva.

Os dados referentes às ações de prevenção e promoção de saúde pela rede municipal, Organização Não Governamental (ONG) e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), foram obtidos por consulta de relatórios e a cadastro de prefeitura municipal.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos. Não se aplica análise estatística devido ao tipo de estudo.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMS. Parecer número 814.790. (Anexo A). Os dados secundários foram obtidos após assinatura do Termo de Compromisso para utilização de informações de Banco de dados pelo pesquisador. O mesmo foi entregue a Prefeitura Municipal com cópia ao CEP.

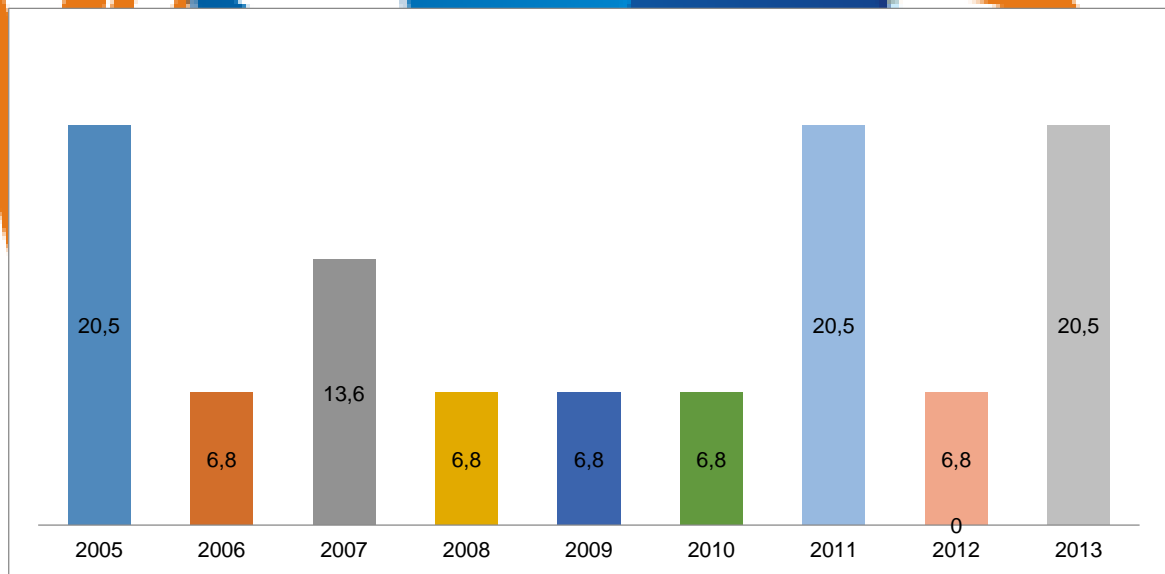
Para a aplicação dos questionários aos profissionais da ESF foi obtida autorização da coordenação de cada ESF (Esperança, Flamboyant, Saúde Lar e Sibipiruna). Os sujeitos da pesquisa receberam TCLE, foi realizada a leitura e posterior coleta de assinatura como critério para inclusão. Foi garantido aos mesmos a não identificação nos questionários respondidos e que não haveria prejuízo profissional pela participação na pesquisa.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

5.1 SUICÍDIO

No município de Chapadão do Sul MS foi observado o valor de 6,8 casos de morte devido a suicídio por 100.000 habitantes, nos anos de 2006, 2008, 2009, 2010 e 2012; de 13,6 casos por 100.000 habitantes no ano de 2007 e de 20,5 casos por 100.000 habitantes no ano de 2005, 2011 e 2013 (Figura 1).

Figura 1 - Coeficiente de Mortalidade Geral por suicídio (/100.000) em Chapadão do Sul - MS, 2005 - 2013.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) / Elaboração: Grupo Técnico de Informação de Saúde – CIDS/SES/MS

Em alguns países como a Rússia a taxa era de 43,1 casos a cada 100.000 habitantes, no Canadá 15 casos a cada 100.000 habitantes e no Uruguai chegava a 12,8 casos por 100.000 habitantes no período compreendido entre 1980 a 2000 (LOVISI *et al.*, 2009).

De acordo com o relatório da OMS mais de 800.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos. Cerca de 75% dos suicídios ocorrem em países de baixa e média renda. Mundialmente as taxas de suicídio são mais altas em pessoas com 70 anos ou mais, entretanto em alguns países as taxas mais elevadas estão entre jovens (FERREIRA-JUNIOR, 2014) Os países com mais mortes são: Índia, China, Estados Unidos, Rússia, Japão, Coreia do Sul e Paquistão. O Brasil é o oitavo país em número de suicídio com 11.821 mortes, na América Latina (VENANCIO, 2014).

Comparando com a taxa de suicídio no Brasil que em 2010 era de 5 casos por 100.000 habitantes, foi encontrado em nosso estudo valores acima do nível nacional. Em relação a valores encontrados na cidade de Campo Grande (MS), que entre 1980 a 1982 era de 3,7 casos por 100.000 habitantes, e entre 2004 a 2006, foi de 6,9 casos por 100.000 habitantes (BERTOLOTE; SANTOS; BOTEGA, 2010), mais uma vez verificamos que em alguns anos os índices em nosso trabalho foram mais altos.

Na região do Estado do Rio Grande do Sul foi encontrado taxa de 11 casos por 100.000 habitantes (SCHIMITT *et al.*, 2008), em alguns anos da série estudada do suicídio em Chapadão do Sul (MS) os índices foram mais altos.

Na série de nove anos de avaliação do suicídio em Chapadão do Sul (MS), observou-se que em cinco anos houveram valores próximos ao encontrado na cidade de Campo Grande MS (2006). Entretanto em 2007 o valor encontrado foi de quase duas vezes maior e que nos anos de 2005, 2011 e 2013 o número de casos foi de 20,5/100.000 habitantes, bem maior do que valores encontrados na capital sul-mato-grossense (SCHIMITT *et al.*, 2008).

A classificação de Diekstra e Gulbinat classifica o município de Chapadão do Sul (MS), através dos números encontrados no coeficiente de mortalidade por suicídio como, na média para os valores entre 5 a 15 casos de morte por suicídio a cada 100.000 habitantes. É alta para os valores encontrados entre 15 a 30 mortes por suicídio a cada 100.000 habitantes, indicando necessidade de intervenção preventiva.

Quanto à variação anual dos valores encontrados não houve causas correlacionadas. Há registros de que através de dados empíricos os picos de

suicídio seriam consistentes durante determinadas estações do ano. Alguns autores afirmam que no verão e na primavera haveria uma alta de casos de suicídio, outros até citam que nas primeiras horas do dia é mais comum a presença dos comportamentos suicidas e no norte europeu é mais comum o suicídio no inverno (PETRIDOU *et al.*; 2002). Nos Estados Unidos em 2010, segundo dados do *Center for Disease Control and Prevention*, a taxa no país era de 12,4 casos a cada 100.000 habitantes sendo considerada a maior taxa dos últimos 15 anos (ARAÚJO; BICALHO, 2012).

O Rio Grande do Sul, de todos os estados do Brasil, apresenta o maior valor de morte por suicídio a cada 100.000 habitantes, principalmente nos trabalhadores rurais, o que pode estar relacionado às precárias condições de vida ou da alta exposição a pesticidas, que pode levar a transtornos depressivos, relacionados por mecanismos neurológicos ou endócrinos (BERTOLOTE; MELLO; BOTEGA, 2010). Esta relação entre suicídio, trabalhador rural e uso de agrotóxicos poderia ter semelhança nos registros de Chapadão do Sul (MS), pois este município tem a agricultura como base econômica e se utiliza de volume importante de agrotóxicos.

Embora os Transtornos Mentais estejam associados a mais de 90% de todos os casos de suicídio, ele pode ser resultado de muitos fatores culturais e sociais complexos (BERTOLOTE; MELLO; BOTEGA, 2010). Portanto este trabalho tem limitações na análise de fatores associados ao suicídio no município.

Os quadros clínicos relacionados ao suicídio podem ser diagnosticados e acompanhados pelo médico da estratégia de saúde da família contribuindo para a redução da taxa de suicídio (BRASIL, 2009).

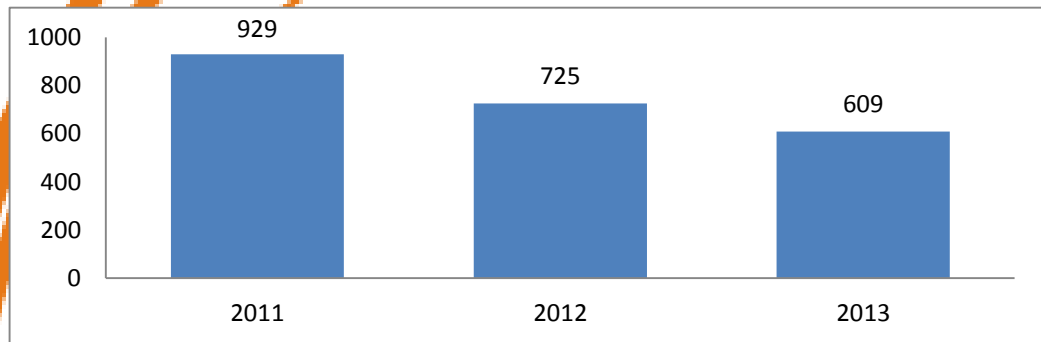
Alguns países construíram plano nacional de prevenção do suicídio como Portugal, com estratégia e metas bem definidas para curto e médio prazo. (PORTUGUAL, 2013).

Em Maio de 2013, a 66ª Assembléia da OMS adotou o primeiro Plano de Saúde Mental da OMS. A Prevenção do Suicídio é uma parte integral deste plano, com o objetivo de reduzir a taxa de suicídios em 10% até 2020 nos países que tem um sistema de informações qualificadas e estratégias. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

5.2 TRANSTORNO MENTAL (TM)

O número de casos de TM encontrados no município de Chapadão do Sul (MS) em 2011 foram 929 casos, 2012 foram 725 casos e 2013 foram 609 casos, de acordo com o registro de diagnóstico do CID 10.

Figura 2 - Número de casos de Transtornos Mentais, Chapadão do Sul (MS) 2011 - 2013.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Chapadão do Sul – MS. Consulfarma Saúde.

Esses casos em relação à faixa etária foram distribuídos na tabela 1.

Tabela 1 - Transtornos Mentais por faixa etária, Chapadão do Sul (MS), 2011 - 2013

Faixa etária	2011	2012	2013
15 a 19 anos	48	50	44
20 a 29 anos	163	155	135
30 a 39 anos	205	163	152
40 a 49 anos	220	161	122
50 a 59 anos	169	104	98
60 a 69 anos	67	56	32
70 anos e +	57	36	26
Total	929	725	609

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Chapadão do Sul – MS. Consulfarma Saúde.

Os números de TM encontrados em relação à faixa etária em Chapadão do Sul (MS) foram maiores entre 20 a 59 anos no período de 2011 a 2013. Tomando a idade como referência, uma revisão sistemática de prevalência de TM na população adulta brasileira no período de 1997 a 2009, indivíduos na faixa etária de 25 a 54 anos apresentam maiores índices de TM (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Em relação ao sexo os números de transtornos mentais em Chapadão do Sul – MS são demonstrados na tabela abaixo.

Tabela 2 - Números de casos de TM, segundo sexo, Chapadão do Sul – MS, 2011 - 2013.

Sexo	2011	2012	2013
Feminino	623	505	419
Masculino	306	220	190
Total	929	752	609

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Chapadão do Sul – MS. Consulfarma Saúde.

Em relação ao sexo, em Chapadão do Sul (MS) os números de casos de TM encontrados foram maiores no sexo feminino. Este dado coincide com outros estudos, em que o número de TM encontrados nas mulheres foram maiores do que nos homens (TAVARES, SOUZA, PONTES, 2013).

Analisando resultados de pesquisas em outros países, as prevalências de TM encontradas foram de 26% a 50%, na Dinamarca alcançaram 50%, 33,9% no sul da Índia, 42% na Bélgica e 26% na Bósnia. Em Porto Alegre e em São Paulo mostraram em 1980 prevalências de aproximadamente 50% (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

A prevalência de transtornos mentais ao longo da vida é entre 12,2% a 48,6%, dependendo da população estudada e das características do instrumento de rastreamento ou diagnóstico utilizados. No estudo desenvolvido no município de Santa Cruz (RS) observou que cerca de 90% dos TM são consequência dos casos de THAS (transtorno do humor, ansiedade e ou somatoforme). O valor da prevalência para THAS nesse município foi considerada alta (38%) e a relevância é que esse município tem apresentado nos últimos anos alta incidência de mortalidade por suicídio (21/100 mil habitantes no ano de 2001). Ressalta-se que a prevalência

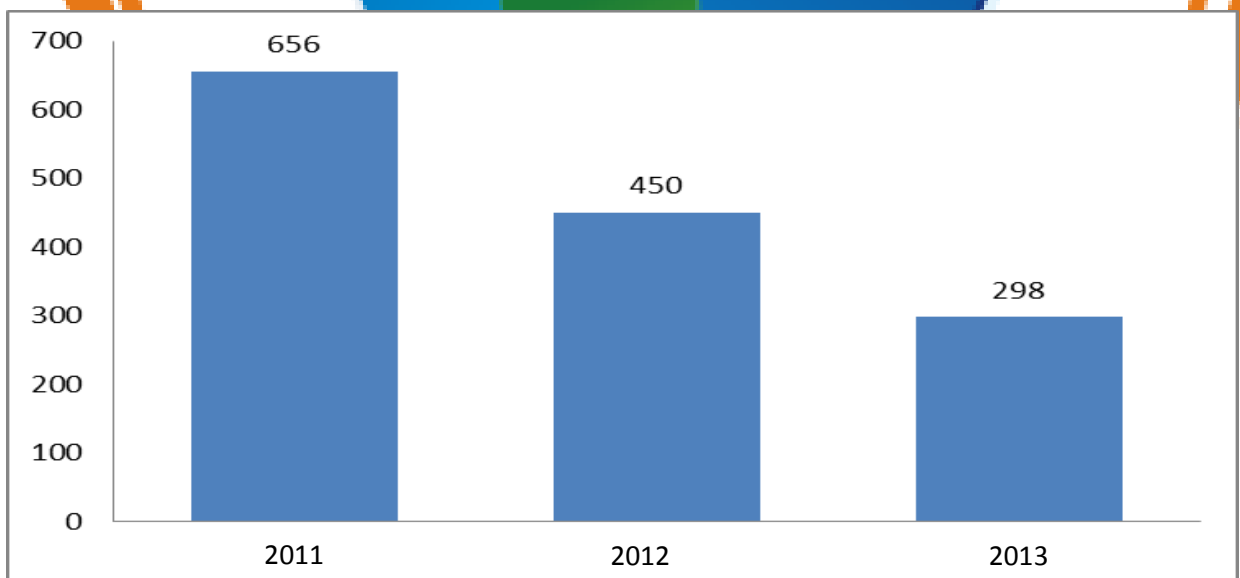
encontrada de THAS é de uma área de ESF e não de todo município de Santa Cruz RS (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

É necessário ressaltar que os TM acarretam impacto negativo, em relação à funcionalidade e qualidade de vida dos seus portadores e membros de sua família. Indivíduos com diagnóstico de TM sobrecarregam o serviço de saúde com números de atendimentos realizados, apresentam maior número de consultas a clínicos gerais ou médicos da ESF. Assim é necessário investir em programa de saúde mental na atenção primária de saúde que é a porta de entrada na rede de atendimento da saúde a população.

5.3 ANSIEDADE

No trabalho realizado em Chapadão do Sul MS os números de casos encontrados de ansiedade foram de 656 casos em 2011; de 450 em 2012 e de 298 em 2013. Os números de casos de ansiedade pela CID 10 estão apresentados na figura três.

Figura 3 - Número de casos de ansiedade, Chapadão do Sul (MS) 2011 – 2013.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Chapadão do Sul – MS. Consulfarma Saúde.

A ansiedade foi o TM com maior número de casos em Chapadão do Sul (MS), alguns estudos demonstram que em comunidades, a ansiedade como um sintoma possui alta prevalência (50-60%), sendo geralmente classificada como de intensidade leve a moderada. Nos Estados Unidos, sintomas de ansiedade com intensidade suficientemente forte para serem considerados um transtorno possuem prevalência de 3 a 17%. No Brasil, os transtornos de ansiedade também se encontram em primeiro lugar em prevalência entre os transtornos psiquiátricos (CORDIOLI; MANFRO, 2006).

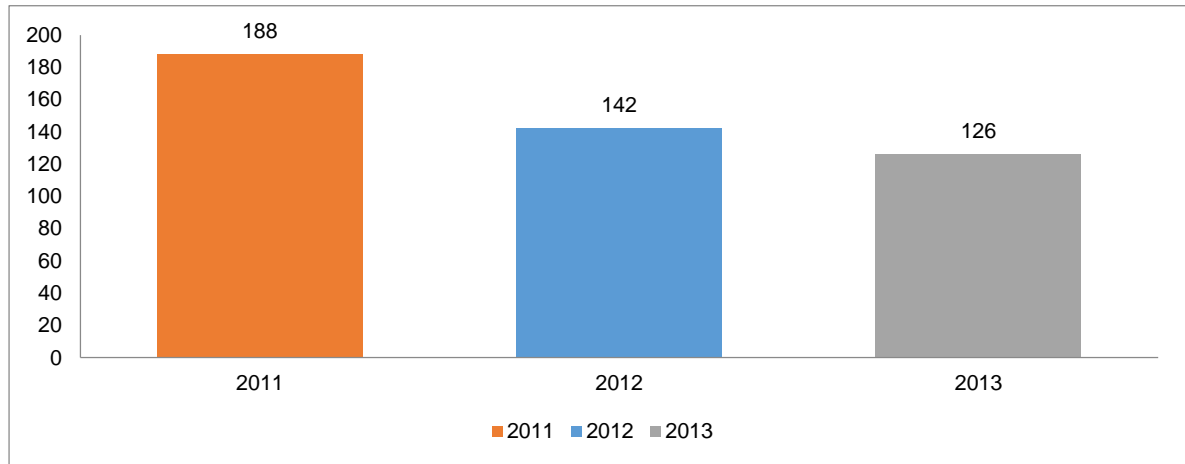
No estudo de prevalência de ansiedade na atenção primária em Fortaleza (CE), utilizaram o *General Health Questionnaire* (GHQ 12) e o *Hospital Anxiety and Depression Severe* (HAD) e encontraram a prevalência de 43% de ansiedade no período de 2009 a 2010 (GONÇALVES *et al.*, 2014).

O que se pode informar é que pessoas com transtorno de ansiedade podem vir a tentar o suicídio. Em Pelotas (RS); de cada 1621 jovens entrevistados, 20,9% apresentavam transtornos de ansiedade e risco de 8,6% de suicídio. As tentativas de suicídio são 2,48 vezes mais prevalentes nos indivíduos com transtorno de ansiedade (RODRIGUES *et al.*, 2012).

5.4 DEPRESSÃO

Os números de casos de depressão encontrados no município de Chapadão do Sul MS foram de 188 em 2011; de 142 em 2012 e de 126 em 2013. Representados na Figura 4.

Figura 4 - Número de casos de depressão, Chapadão do Sul (MS) 2011 - 2013.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Chapadão do Sul – MS. Consulfarma Saúde.

Na revisão de literatura, algumas localidades como Porto Alegre (RS) alcançam 10% (FLECK, 2004). A prevalência de depressão em São Paulo (SP) foi de 25,3% e no Rio de Janeiro (RJ) foi de 25% no período de 2009 a 2010 (GONÇALVES *et al.*, 2014).

Em estudos internacionais realizados em 2011 em 18 países, a prevalência de depressão foi de 11,1% (BROMET *et al.*, 2011). Ressalta-se a importância do impacto da depressão, pois 80% dos indivíduos que tiveram depressão poderão ser acometidos por mais de um episódio depressivo. Importante saber que o diagnóstico de depressão é importante fator de risco para suicídio.

Há trabalho que relata que cerca de 20% dos pacientes atendidos em ambulatórios médicos gerais podem ser portadores de sintomas depressivos, preenchendo ou não critérios para os transtornos depressivos (MICHELON; CORDEIRO; VALLADA, 2008).

Importante em relação à depressão é que há risco de suicídio na vigência da doença, mas quando tratada adequadamente esse risco diminuiu. Um estudo realizado em Gotland na Suécia, reduziu em dois anos 60% no coeficiente de mortalidade por suicídio. Nesse projeto foi realizada capacitação dos profissionais

para maior detecção e tratamento adequado da depressão (CHACHAMOVIC *et al.*, 2009)

5.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS ENCONTRADOS PELA CID 10 ENTRE OS PROFISSIONAIS DA ESF E DA PSIQUIATRA

Na tabela 3 estão apresentados os diagnósticos de TM pela CID 10, realizados pelas ESF no período de 2011 a 2013.

Tabela 3 - Diagnósticos realizados pelos médicos das ESF, Chapadão do Sul (MS) 2011 - 2013.

ESF	ESPERANÇA	FLAMBOYANT	SIBIPIRUNA	SAUDE LAR
Ansiedade	119	109	31	15
Depressão	163	12	25	83
Outros	95	14	43	21
Transtornos Mentais	377	135	99	119

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Chapadão do Sul – MS. Consulfarma Saúde.

Na tabela a seguir estão apresentados os diagnósticos do CID 10, realizado por uma médica psiquiatra no período de 2012 a 2013.

Tabela 4 - Diagnósticos realizados pela Psiquiatra na UBS, Chapadão do Sul MS 2012 - 2013

Unidade Básica de Saúde	Ambulatório de Psiquiatria
Ansiedade	87
Depressão	207
Outros	231
Transtornos Mentais	525

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Chapadão do Sul – MS. Consulfarma Saúde.

Na ESF Esperança e Saúde Lar os CID de números F30 a F39, (transtornos do humor, entre eles a depressão) foram os mais presentes enquanto que nos ESF Sibipiruna e Flamboyant os CID de números F40 a F49, (transtorno da ansiedade) foram os mais encontrados. Já nos diagnósticos realizados pela médica psiquiatra, na UBS no período de 2012 a 2013, foram mais frequentes os CID de números F30 a F39 (transtorno de humor, entre eles a depressão).

De acordo com Fráguas e Figueiró (2001), na população que procura atendimento em serviço geral de saúde a prevalência de transtorno depressivo alcança 10% (FRÁGUAS; FIGUEIRÓ, 2001).

Nos quadros atípicos de transtorno depressivo, o paciente pode apresentar sonolência excessiva, aumento exagerado do apetite e sintomas ansiosos proeminentes.

O profissional da ESF, quando diante de quadro atípico de transtorno depressivo maior com ansiedade importante corre o risco de classificá-lo de forma incorreta, como por exemplo, um transtorno ansioso. E muitos episódios depressivos cursam com sintomas ansiosos, o que também pode gerar uma dificuldade no diagnóstico diferencial. A fronteira entre a normalidade e a doença se apresenta como uma questão importante na psiquiatria, estando sujeita a conceitos controversos (MICHELON; CORDEIRO; VALLADA, 2008).

5.6 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DA FARMÁCIA DA ATENÇÃO BÁSICA DE CHAPADÃO DO SUL (MS) NO ANO DE 2013

As drogas antidepressivas encontradas na farmácia foram: a fluoxetina pertencente à classe dos antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina e os antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina, imipramina e cloimipramina. As drogas ansiolíticas disponíveis na rede eram o clonazepam de 2 mg, diazepam de 10 mg e clonazepam de 2,5mg/ml frascos com 20 ml.

Os anticonvulsivantes encontrados foram: carbamazepina de 200 mg e suspensão a 2%, fenitoina de 100 mg, fenobarbital de 100 mg e de 40mg/ml e o

ácido valpróico de 250 mg. O estabilizador de humor encontrado foi o carbonato de lítio de 300 mg. Os antipsicóticos encontrados foram o haloperidol de 5 mg e a clorpromazina de 25 mg e 100 mg.


O bloqueador da acetilcolina biperideno e os precursores da dopamina levodopa/carbidopa e levodopa/cloridrato de benserazina foram encontrados para controle do tremor muscular, da rigidez e síndrome extrapiramidais presentes na doença de Parkinson.

No período de 2013 foram distribuídos, 136.438 unidades de psicotrópicos no município de Chapadão do Sul (MS) pela farmácia da Atenção Básica (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014). Os fármacos dispensados e suas respectivas apresentações encontram-se na tabela 5:

Tabela 5 - Psicotrópicos dispensados na farmácia básica, Chapadão do Sul (MS) 2013

Nome do Fármaco	Apresentação	Número dispensado (unidades)
Fluoxetina	20 mg	28.729
Carbamazepina	200 mg e 2% suspensão	20.257
Clonazepan	2 mg e 2,5mg/mL	16.840
Amitriptilina	25 mg	14.663
Diazepam	10 mg e 5 mg	12.106
Fenobarbital	100 mg e 40mg/mL	9.861
Fenitoina	100 mg	7.922
Carbonato de lítio	300 mg	6.970
Clorpromazina	25 mg e 100 mg	6.140
Haloperidol	5 mg	3.080
Imipramina	25 mg	3.020
Ácido Valpróico	250 mg	1870
Biperideno	2 mg	1.561
Prometazina	25 mg	1430
Divalproato de Sódio	500 mg	210
Levodopa/Bensirazida	200/50 mg	210
Cloimipramina	10 mg	180
Carbidopa/Levodopa	25/250 mg	120

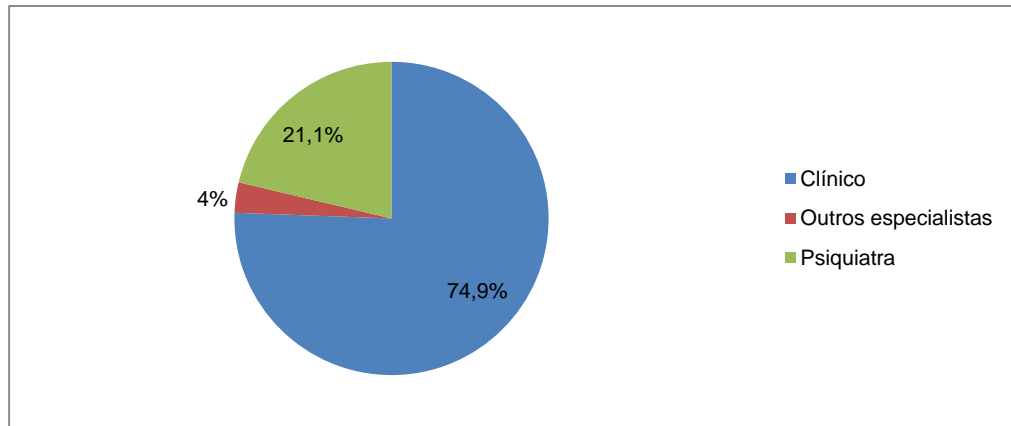
Lamotrigina	50 mg	120
Sertralina	50 mg	56



Fonte: SMS. Farmácia básica de saúde

Em Chapadão do Sul (MS), no período de 2013, os psicotrópicos prescritos por profissionais de medicina foram: clínico geral 74,9%, outros especialistas 4% (pediatria, ginecologia e ortopedia) e psiquiatra 21,1%. As prescrições do serviço de psiquiatria foram em número inferior ao dos clínicos, pois este atendimento é realizado por apenas um profissional uma vez por semana.

Figura 5 - Psicotr3picos dispensados por m3dicos em, Chapad3o do Sul - MS, 2013.



Fonte: SMS. Farm3cia b3sica de sa3de

Os cl3nicos foram os principais prescritores dos psicof3rmacos na cidade de Pelotas RS (41%), os psiquiatras contribuíram com 20% das prescri33es e outros especialistas 31%, onde tamb3m foi verificado 8% de automedica33o (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006).

Em Chapad3o do Sul (MS) a classe de psicof3rmaco mais prescrita foi a de antidepressivo, que alcan3ou 21% das prescri33es, seguida dos anticonvulsivantes (sendo que alguns, como a carbamazepina pode ser prescrito como estabilizador de humor) que alcan3ou 14,8% e a classe dos ansiol3ticos que atingiu o percentual de 11,9%.

Um estudo verificou que a preval3ncia e padr3o do consumo de psicof3rmacos, no Rio Grande do Sul (RS), comparando o ano de 1994 ao ano de 2003, encontrou a predomin3ncia de consumo em mais de 50% de ansiol3tico no per3odo analisado, mas tamb3m destacou-se o aumento de consumo de antidepressivos, que em 1994 era de 8,4% evoluindo para 31,6% em 2003 (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006).

Em uma unidade de sa3de da fam3lia no munic3pio de Porto Alegre (RS) verificou-se que a classe mais utilizada de psicof3rmacos foi de antidepressivos, por 63,2% dos usu3rios da unidade. A fluoxetina foi o medicamento mais utilizado com 24,8% e a amitriptilina com 20,4%, 3 semelhan3a do encontrado neste estudo com 21,2% para fluoxetina e 10,9% para amitriptilina. Rocha e Werlang (2013) descreveram que os antiepil3pticos foram a segunda medica33o mais prevalente

com 29,7% dos usuários, sendo a carbamazepina com 10% a medicação antiepiléptica que foi mais dispensada. Estes dados são semelhantes ao encontrado em Chapadão do Sul MS em 2013, com 15% de carbamazepina entre os psicofármacos dispensados (ROCHA; WERLANG, 2013).

O diagnóstico dos transtornos mentais deve ser baseado em critérios universalmente aceitos, bem como classificação da intensidade e tempo dos sintomas, evitando-se o uso desnecessário de medicamentos. Quanto mais precocemente for estabelecido o tratamento, mais rapidamente o paciente poderá controlar sua doença, diminuindo os sintomas e consumo de medicamentos, bem como contribuir para diminuição do risco de suicídio (VIDAL *et al.*, 2013).

No período de 2013 os psicotrópicos dispensados pela farmácia no município alcançaram o valor total de R\$ 19.207,00. Os psicofármacos presentes na farmácia do município de Chapadão do Sul são da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) e o recurso financeiro obedece a Portaria nº 1.555 de 30 de Julho de 2013, onde consta que a União contribui com R\$ 5,10 por habitante/ano, o Estado com R\$ 2,36 por habitante/ano e o Município com R\$ 2,36 habitante/ano. A referência habitante por ano é relacionada com a população do município (BRASIL, 2013).

Existem alguns medicamentos especializados que não se encontram no RENAME e que são obtidos através da Portaria GM/MS nº 1554/13. Para isso é necessário um processo administrativo na SMS e o preenchimento pelo médico do Laudo para solicitação de medicamento especializado. Essa ação é desenvolvida no município de Chapadão do Sul (MS).

5.7 DIAGNÓSTICOS DE TRANSTORNOS MENTAIS PELA ESF

Os membros das equipes de ESF entrevistados nesse estudo são graduados em saúde na área de medicina, enfermagem e odontologia. O total de entrevistados foram três médicos da atenção primária, quatro enfermeiras e quatro odontólogos.

As respostas dos profissionais sobre a utilização da CID-10 como critério diagnóstico para classificação de transtornos mentais foram divergentes conforme a categoria profissional. Os odontólogos não utilizam o critério CID 10. Em relação à enfermagem, E 1 (enfermeira número um) usa a CID 10 e relata “a saúde mental é ampla...não há protocolo na saúde mental”; E 2 (enfermeira número dois) “sigo o diagnóstico do clínico”; E 3 (enfermeira número três) “eu não realizo ...muitas vezes a gente nem sabe se o paciente que sai do consultório tem depressão e é pouca a comunicação”; E 4 (enfermeira número quatro) não faz diagnóstico. Em relação ao profissional médico, M 1 (médico número um) “consigo classificar depressão e distúrbios do sono”; M 2 (médico número dois) “sim através da graduação”; M 3 (médico número três) “sim, através dos sintomas e história do paciente”.

Os profissionais não médicos apesar de não estabelecerem o diagnóstico de TM, poderiam triar pacientes com sinais e sintomas para o médico avaliar, o que foi pouco observado neste estudo.

Pelas respostas encontradas identifica-se que os profissionais da ESF não têm um protocolo pactuado para diagnóstico e classificação destes TM.

Há ferramentas que fornecem critérios para o diagnóstico de transtornos mentais, como o SRQ (*Self Reporting Questionarie*) para rastreamento psiquiátrico (GONÇALVES, STEIN, KAPCZINSKI, 2008). O DSM-V, Manual Estatístico e Diagnóstico de TM da Associação Psiquiátrica Americana na sua quinta versão, é mais aplicável pelos psiquiatras, necessitando da habilidade do especialista (ARAÚJO, NETO, 2014).

A CID- 10 pode auxiliar na identificação de pacientes deprimidos e permite a classificação de episódio depressivo leve, moderado e grave, através da associação de sintomas fundamentais e acessórios. Hamilton é outra escala que pode ser empregada (HAMILTON, 1960).

Outra ferramenta de auxílio ao diagnóstico de depressão, que pode ser utilizada de forma mais fácil é a escala de avaliação para depressão de Montgomery e Asberg (MADRS), desenvolvida especialmente para medir mudanças clínicas no uso de tratamento (MONTGOMERY, ASBERG, 1979).

Em se tratando de ansiedade, o diagnóstico pode ser realizado através do Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory*); que possui vinte e um item, para cada item o indivíduo pode escolher um ponto numa escala likert de quatro pontos, variando de 0 a 3. A soma dos escores obtidos em cada item pode variar de 0 a 63 pontos e permite a classificação: sem sintomas de ansiedade valor quando escore alcança de zero a dez; ansiedade leve quando o escore está entre 11 e 19, ansiedade moderada quando o escore varia de 20 a 30 e ansiedade grave quando no escore de 31 a 63; o índice de precisão é de 0,83 a 0,92 em amostras não clínicas, ou seja, usuários sem doenças psiquiátricas ou clínicas (BAPTISTA; CARNEIRO, 2011).

Essas ferramentas podem ser utilizadas pelos profissionais graduados das unidades de ESF presentes no município e algumas escalas até mesmo pelos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde após treinamento. Tal prática poderia melhorar a eficiência no estudo dos transtornos da ansiedade e da depressão.

Considerando o número de TM diagnosticados e a prescrição de psicofármacos seria oportuno, a capacitação permanente em saúde mental para os profissionais (CAMURI, 2010).

5.8 AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE MENTAL EM CHAPADÃO DO SUL MS

Após consulta ao cadastro da prefeitura municipal foram identificadas algumas organizações não governamentais (ONG) e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), além de Organizações Governamentais (OG) que serão apresentadas como comunidades terapêuticas e ações preventivas.

5.8.1 Comunidade terapêutica

Comunidades terapêuticas oferecem serviço residencial e de apoio aos pacientes dependentes de substâncias psicoativas e do alcoolismo, desenvolvem terapia pela atividade ocupacional e recreativa. São três em Chapadão do Sul (MS).

- a) **Ágape:** - possui o objetivo de cuidar dos dependentes de substâncias psicoativas e do alcoolismo, mas voltado atendimento somente ao gênero feminino. Possui capacidade para vinte pessoas, e em Setembro de 2013 estava atendendo oito pacientes. A faixa etária atendida é a de 14 a 59 anos. Para admissão o residente tem de ter escolhido o tratamento. A duração do tratamento é de seis a nove meses. A Ágape é composta por pedagogo, assistente social, enfermeira, psicóloga, fisioterapeuta e voluntários;
- b) **Gileade:** - voltado para reabilitação de dependentes de substâncias psicoativas, mas do gênero masculino, possui capacidade de atender cinquenta e dois residentes. Não é considerada clínica de recuperação. Trabalha nas dimensões: o corpo qual está dependente da substância química, a alma em relação a emoção e o espírito relacionado a Deus independente da religião. Realiza a laboroterapia onde combate a ociosidade. Período de tratamento de seis meses. Em Outubro de 2013 atendia trinta e seis pessoas. Equipe formada por técnico em dependência química. Após período de tratamento desenvolve a reinserção do residente na sociedade pelo trabalho. Durante o tratamento tem de praticar alguma religião;
- c) **Cotonec:** - atende pessoas dependentes de substâncias psicoativas e portadores de alcoolismo. Voltado para o gênero masculino, localizado em área rural, não dispõem de medicamentos, com exceção dos que já fazem uso de medicamentos previamente prescritos. Regime fechado, tratamento com duração de seis meses, recebem visita de familiares uma vez por mês, durante o tratamento permanece sete dias com a família, processo denominado de ressocialização, possui capacidade de até trinta e cinco residentes.

5.8.2 Ações preventivas

Há no município o Programa Saúde na Escola (PSE) multiprofissional com ações voltadas aos jovens na prevenção do uso e abuso de drogas.

Os profissionais envolvidos são: sete enfermeiras, três nutricionistas, seis psicólogas, cinco odontólogos e todas as agentes comunitárias de saúde do município. Atua em parceria com a comunidade terapêutica Gileade. Foram realizados atendimentos a mil quinhentos e noventa e três alunos nas escolas municipais Cecília Meireles e Carlos Drummond. O programa iniciou em Chapadão do Sul (MS) em 2014, a responsável foi uma enfermeira. A articulação entre a saúde e a educação é de fundamental importância e precisa ser ampliada.

Há o Amor Exigente que visa através de depoimentos e palestras a prevenção contra o uso de bebida alcoólica e de drogas. As palestras são mais dirigidas aos familiares principalmente e os dependentes são atendidos em separado. O objetivo principal é a prevenção através da concepção do indivíduo na família, seus afazeres, disciplina e responsabilidade. Os encontros são realizados uma vez na semana às 19 horas e teve início no ano de 2000. Composto por voluntários e atendem uma média de oito pessoas na semana (AMOR EXIGENTE,2004).

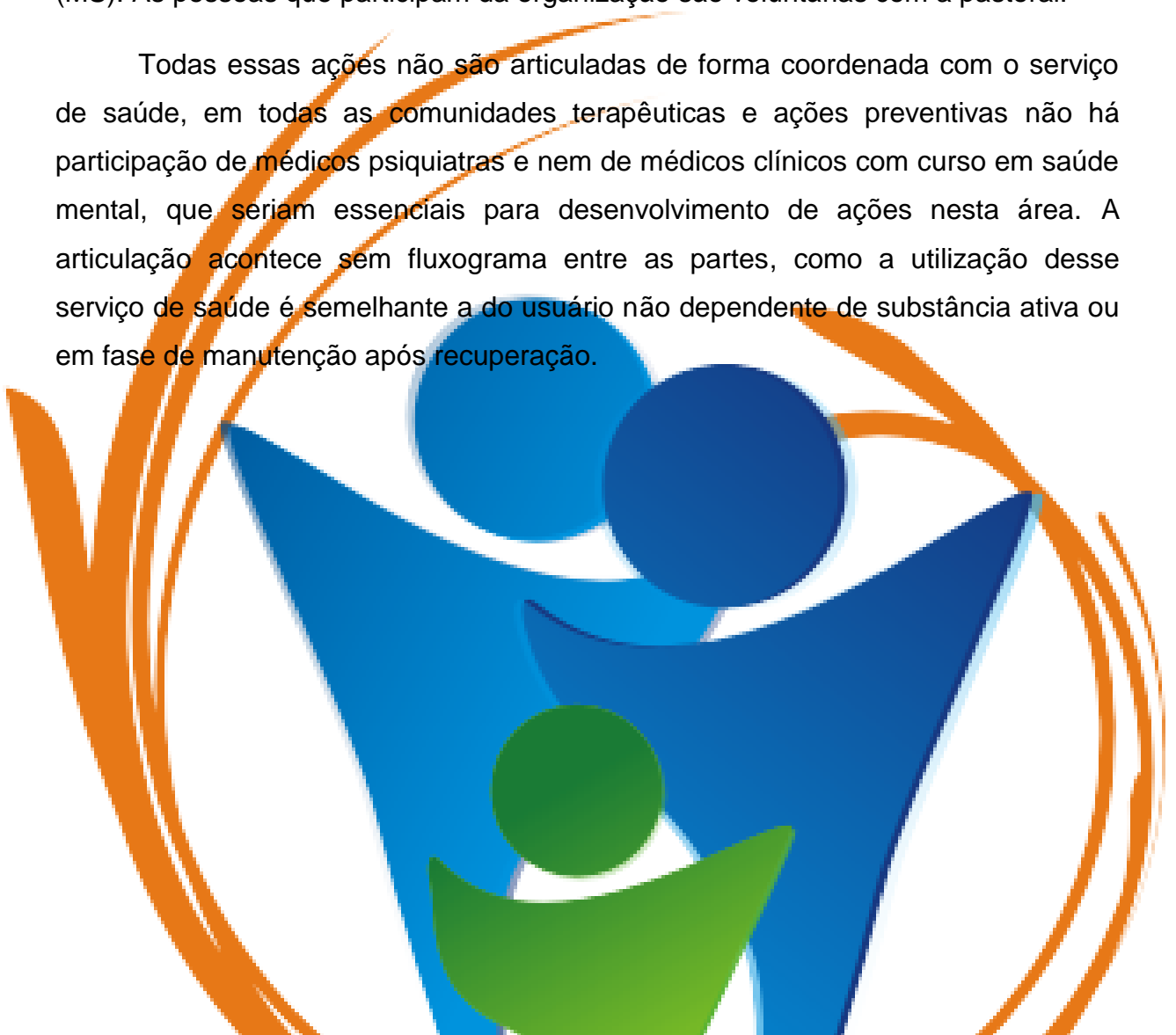
A Pastoral da Sobriedade, vinculada a igreja católica no município. É coordenada pela Conferência nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) que tem sede nacional em Curitiba (PR) (PASTORAL DA SOBRIEDADE). Tem como objetivo geral: prevenir e recuperar da dependência química e outras dependências, a partir da vivência dos “12 passos da Pastoral da Sobriedade”. Tem como objetivos específicos: implantar grupos de auto ajuda da Pastoral da Sobriedade nas paróquias; formar e capacitar novos agentes da Pastoral da Sobriedade; desenvolver a formação permanente dos agentes capacitados; atuar politicamente junto às forças vivas da comunidade pela exigência da fé, à luz dos ensinamentos de Cristo.

É uma ação concreta da igreja que evangeliza pela busca da Sobriedade como um modo de vida. Existe uma atuação especial em resposta ao problema

social e de saúde pública que surge das drogas. Consideram que a prevenção é a forma mais eficaz para se proteger do uso de drogas e que “Quem sabe lidar com a vida não entra nas drogas”.

Através de informação obtida onde os números de pessoas atendidas são de cinco a oito pessoas por semana na Pastoral da Sobriedade em Chapadão do Sul (MS). As pessoas que participam da organização são voluntárias com a pastoral.

Todas essas ações não são articuladas de forma coordenada com o serviço de saúde, em todas as comunidades terapêuticas e ações preventivas não há participação de médicos psiquiatras e nem de médicos clínicos com curso em saúde mental, que seriam essenciais para desenvolvimento de ações nesta área. A articulação acontece sem fluxograma entre as partes, como a utilização desse serviço de saúde é semelhante a do usuário não dependente de substância ativa ou em fase de manutenção após recuperação.



6 CONCLUSÃO

O coeficiente de mortalidade geral por suicídio no município de Chapadão do Sul MS foi elevado na maioria dos anos estudados e a identificação das causas relacionadas precisam ser esclarecidas, para implantação de um programa municipal (ou estadual) de prevenção.

Entre os diagnósticos médicos por TM no município, destacaram-se a ansiedade e depressão entre as pessoas maiores de 15 anos e do sexo feminino. Os diagnósticos foram estabelecidos tanto na ESF quanto no ambulatório de psiquiatria.

Na dispensação dos psicofármacos na rede municipal, destacaram-se os antidepressivos, anticonvulsivantes e ansiolíticos, com maior quantitativo para fluoxetina, carbamazepina, clonazepan e amitriptilina.

Nos questionários aplicados aos profissionais graduados da ESF, foi observado que apenas os médicos empregam critérios diagnósticos de TM, principalmente pela CID 10, porém outros profissionais poderiam triar pacientes pela identificação de sinais e sintomas para encaminhar ao médico da equipe. A oportunidade de capacitação dos profissionais da ESF pode melhorar o diagnóstico e tratamento dos TM de forma mais precoce, reduzindo a taxa de suicídio.

Há Organização Governamental, Organização não Governamental e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público que atuam na promoção e prevenção de TM, principalmente relacionados ao uso e abuso de drogas ilícitas e lícitas (álcool). Entretanto estas ações ocorrem de forma paralela sem articulação e coordenação do setor de saúde ou educação.

O trabalho aponta para a necessidade de capacitação da equipe de atenção primária que é a porta de entrada, representada pelas equipes da saúde da família para o diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais nos municípios com população menor de 20.000 habitantes onde não existem CAPS.

Sugere-se a implantação de um Programa de Saúde Mental neste município a fim de atuar na assistência, promoção e prevenção dos agravos em saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMOR EXIGENTE. www.amorexigente.com.br. Acesso em: set. 2014.

ANDRADE, L.H.S.G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.25, n.6, p.285-290, 1998.

ANDREOLI, S. B.; MARI, J. J.; BLAY, S. L.; ALMEIDA, N. F.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.; FERNANDES, J. G.; BUSNELLO, E. D. Estrutura fatorial do questionário de morbidade psiquiátrica de adultos aplicado em amostras populacionais de cidades brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v.28, n.4, p.249-260, 1994.

ANTANOVSKY, A. Salutogenese. Tübingen, Germany: Dgvt-Verlog; 1997. 224p.

ARAUJO, A. C.; NETO, F. L. A Nova Classificação americana para os transtornos mentais o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 16, n.1, p 67-82, 2014.

ARAÚJO, E. S.; BICALHO, P. P. G. Suicídio: crime, pecado, estatísticas, punição. **Revista de Psicologia do IMED**, v.4, n.2, p. 723-734, 2012.

BALLARIN, S., GAZABIM, M. L.; MIRANDA, I. M. S.; RAMOS, A. C.; FUENTES, C. Centro de Atenção Psicossocial: panorama das publicações de 1997 a 2008. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n.4, p.726-737, 2010.

BAPTISTA, M. N.; CARNEIRO, A. M. Validade da escala de depressão: relação com ansiedade e stress laboral. **Estudo de Psicologia**, v. 28, n.3, p.345-352, 2011.

BARRETO, A. Terapia Comunitária passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR; 2005.

BERTOLETE, J.M.; FLEISCHMANN, A.; LEO, D.; WASSERMANN, D. Suicide and mental disorders: do we know enough. **Br. J Psychiatry**, 183. p. 382-3, 2003.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. A global perspective in the epidemiology of suicide. **Suicidology**. v.7, n.2, p. 6-7, 2002.

BERTOLETE, J. M.; MELLO-S., C.; BOTEGA, N. J. Detecção de risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n.2, p. 87-95, 2010.

BESSA, A. M. Suicídio, álcool e outras drogas. **Revista Debate Hoje Psiquiatria**, n.1, p. 19-20, 2010.

BOTEGA, N. Comportamento suicida em números. **Revista Debate Hoje Psiquiatria**, n.1, p.11-14, 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010. Resultados do universo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2000/ufs.php?tipo=31>> Acesso em: 18 de jul. 2013.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção de pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, seção 1, p.2, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderno de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas e estratégicas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Comunicação e Educação em Saúde**. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** Informativo eletrônico. Brasília, n. 6, v. 4, jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**. Informativo eletrônico. Brasília, n.9, v. 6, jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**. Informativo eletrônico. Brasília, n. 10, v. 7, mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**. Informativo eletrônico. Brasília, n. 11, v. 7, out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 5, de 11 de dezembro 2008. Determina a publicação da Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 56-58, 11 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. Prevenção do suicídio. **Manual**

dirigido profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1555 de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do componente básico da assistência farmacêutica no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**, seção 1. p.72. 31 jul. 2013.

BROMET, E.; ANDRADE, L. H.; HWANG, I.; SAMPSON, N. A.; ALONSO, J.; GIROLAMO, G.; GRAAF, R.; DEMYTTENARE, K.; HU, C.; IWATA, N.; KARAM, A. N.; KAUR, J.; KOSTYUCHENCO, S.; LÉPINE, J. P.; LEVINSON, D.; MATSCHINGER, H.; MORA, M. E. M.; BROWNE, M. O.; VILLA, J. P.; VIANA, M. C.; WILLIAMS, D. R.; KESSLER, R. C. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Med.** 2011; 9:90.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4. P.803-813, 2010.

CARDOSO, L; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.3; p. 687-91, jun. 2011.

CHACHAMOVIC, E.; STEFANELLO, S.; BOTEGA, N; TURECKI, G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31 n. 1. p.18-25, 2009.

CONTE, M., MENEGHEL, S. N.; TRINDADE, A. G.; CECCON, R. F.; HESLER, L. Z.; CRUZ, C. W.; SOARES, R.; PEREIRA, S.; JESUS, I. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, V. 17, N. 8. p. 2017-2026, 2012.

CORDIOLI, A. V.; MANFRO, G. G. Transtornos de Ansiedade. In: DUNCAN B.B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.), **Medicina Ambulatorial**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 87, p.863-872.

DURKHEIM, É O Suicídio. In: CARY, L.; GARRIDO, M.; ESTEVES, J. V. **Estudo sociológico** 2. ed. Lisboa: Editorial Presença, 1977.

FERREIRA-JUNIOR, A. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**. Salvador, v. 2, n.1, p.15-28, 2014.

FLECK, M. P. A. Depressão. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2004. cap. 88, p. 874-884.

FRÁGUAS, R. Jr, FIGUEIRÓ, J. A. B. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias**. São Paulo: Atheneu, 2001.

GOLDBERG, D.; BRIDGES, K.; DUNCAN, J. P.; GRAYSON, D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. **BMJ**.1988; 297 (6653):897-9

GOLDSTEIN, B. J. SSRIs in the treatment of affective disorders-III. Tolerability, safety and pharmacoeconomics. **J Clin Psychopharmacol**. 1998; 12 (3 suppl. B); S55-S88.

GONÇALVES, D. A.; MARI, J. J.; BOWER, P.; GASK, L.; DOWRICK, C.; TÓFOLI, F.; CAMPOS, M.; PORTUGAL, F. B.; BALLESTER, D.; FORTES, S. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n. 3, p. 623-632, 2014.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self Report Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com a Structure Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24 n.2. p.380-390, 2008.

GONÇALVES, D M; KAPCZINSKI, F. Transtornos Mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cadernos de. Saúde Pública**, v. 24, n. 7. p. 1641-1650, 2008.

GRAEFF, F.G. Doença Mental. **Neurobiologia das Doenças Mentais**. 4. ed. São Paulo: Lemos, 1997. p. 19-30.

GRAY, R.; WYKES, T.; GOURNAY, K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. **J PPsychiatr Ment Health Nurs**, 2002; 9(3). p. 277-84.

HAMILTON, M. A rating scale for depression. **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 1960; 23: 56-62.

HETEM, L. A. Prevenção do Suicídio. **Revista Debates Psiquiatra Hoje**, n. 1, p. 17-18, 2010.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma revisão. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

HOBBS, W. R.; RALL, T. W.; VERDOORN, T. A. Hipnóticos sedativos e etanol. In: MCGraw HILL (Org.). **As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman**. 9. ed. Brasil: McGraw Hill, 1996, cap.17, p.264-289.

LOVISI, G. M.; SANTOS, S. A.; LEGAY, L.; ABELHA, L.; VALENCIA, E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, suppl. II, p. 86-93, 2009.

LUCHESE, R; OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E.; MARCON, S. R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.

LUZ, D. Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (ORG.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em**

saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro. UERJ/IMS/LAPPIS. 2012. 452p.

MAIA, L C; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L. R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 650-6 fev.2004.

MICHELON, L.; CORDEIRO, Q.; VALLADA, H. Depressão. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 65, n.12, p.15-25, 2008.

MOLINA, M.R.A.L.; WIENER, C.D.; BRANCO, J.C.; JANSEN, K.; SOUZA, L.D.M.; TOMASI, E.; SILVA, R.A.; PINHEIRO, R.T. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.39, n.6, p.194-197, 2012.

MONTGOMERY, S. A.; ASBERG, M. A new depression rating scale designed to be sensitive to change. **Br J Psychiatry**. 1979. 134. p. 382-389.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H. Novos anticonvulsivantes no tratamento do transtorno do humor bipolar: manejo clínico, eficácia e tolerância. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, p.288-296, 1999.

MORENO, D. H.; MORENO, R. A. Estabilizadores do humor. In: CARLOS, T.A.; MORENO, R.A., editores. **Conduta em psiquiatria**. 4. ed. São Paulo: Lemos; 2001.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. M.; RATZKE, R. Anticonvulsivantes e antipsicóticos no tratamento bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n.3, p. 37-43, 2004.

MOREIRA, J. K. P.; BANDEIRA, M.; CARDOSO, C. S.; SCALON, J. D. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipe do Programa Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 3. p. 221-226, 2011.

NATIONAL INSTITUTE CLINICAL EXCELLENCE. **Guidance on the use of electroconvulsive therapy**. 2003 . 36p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em: 10 jun. 2013

PAIM, I. Etiologia dos transtornos mentais. **Tratado de Clínica Psiquiátrica**. 3ª ed. EPU, 1980. p.41-60.

PASTORAL DA SOBRIEDADE. Disponível em: www.sobriedade.org.br. Acesso em: 12 set. 2014.

PETRIDOU, E.; PAPADOPOULOS, F. F.; CONSTANTINE E.; SHALKIDOU, A.; TROCHOPOULOS, D. A role of sunshine in the triggering of suicide. **Epidemiology**, vol. 13, n. 1, p. 106-109, jan. 2002.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 12. p. 4579-4589, 2011.

PORTUGUAL. Ministério da Saúde. Plano nacional de prevenção do suicídio. **Plano Nacional para Saúde Mental**. Portugal: Ministério da Saúde, 2013.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: BEZERRA, J. B.(Org.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 1-73.

ROCHA, B. S.; WERLANG, C. M.; Psicofármacos na estratégia saúde da família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 11, p. 3291-3300,2013.

RODRIGUES, M. E. S.; SILVEIRA, T. B.; JANSEN, K.; CRUZEIRO, A. L. S.; ORES, L.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A.; TOMASI, E.; SOUZA, L. D. M. Risco de suicídio em jovem com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. **Psico-USF**, vol. 17, n. 1, p. 53-62, abr. 2012.

RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L. A.; LIMA, M. S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, vol. 18, n. 11, p. 3291-3300, 2013.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SANTOS - FILHO, S. B. Articulando planejamento e contratos de gestão na organização de serviços substitutivos de saúde mental: experiência do SUS em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78-80, p. 172-181, jan./dez. 2008.

SCHMITT, R.; LANG, M. G.; QUEVEDO, J.; COLOMBO, T. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 2, p. 115-123, 2008.

SCWAB, J. H.; MURPHY, J. B.; ANDERSSON, P. Eurythmy therapy in anxiety – a case report. **Altern Ther Health Med.**, vol. 17, n. 4, p.58-65, 2011.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL. **Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2013** Disponível em: www.saude.ms.gov.br/templates/template21/print/print/php?tem Acesso em: 18 de jul. 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CHAPADÃO DO SUL – MS. **Consulfarma Saúde**, 2013. Disponível em:

<http://consulfarma.chapadaodosul.ms.gov.br/tmp/sinteticoPorUnidadeAmb_RCID_2-1.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2013.

SIMON, A. G.; BAPTISTA, T. W. F. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 27, n. 11, p. 2227-2241, 2011.

SOUZA, W. F. Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho: o que a psicologia tem a dizer e a contribuir para a saúde de quem trabalha. **Revista de Psicologia**, vol.25, n. 1, p. 99-108, 2013.

TAVARES, A. L. B.; SOUZA, A. R.; PONTES, R. J. S. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira Medicina Família Comunidade**, vol. 8, n. 26, p. 35-42, 2013.

VENANCIO, T. Morte em número: as principais causas de óbitos no Brasil e no mundo. **ComCiência**, n.163, nov. 2014.

VIDAL, C. F. L.; YAÑEZ, B. de F. P.; CHAVES, C. V. S.; YAÑEZ, C. de F. P.; MICHALAROS, I. A.; ALMEIDA, L. A. S. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Cadernos de Saúde Coletiva**, vol. 21, n. 4, p. 457-464, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors – SUPRE-MISS**. Genebra: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression**. Genebra: WHO 2011

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Action Plan 2013 – 2020**. Geneva: WHO 2013

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide Prevention – SUPRE**. Genebra: WHO 2013

Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família

Tema de pesquisa: Estratégia da Saúde da Família e a Saúde Mental em Chapadão do Sul MS.

Instrumento de coleta de dados entregue diretamente aos profissionais graduados que trabalham nas ESF do município de Chapadão do Sul - MS de interesse da pesquisa. A razão do questionário é coletar dados para esclarecimento de critérios utilizados pelos profissionais das ESF para a classificação dos transtornos mentais. As respostas encontradas terão importância para o conhecimento e para as ações desses profissionais com a saúde mental nas suas ESF. Ressalta-se que será mantido o anonimato dos profissionais participantes. Essas questões serão abertas e fechadas deverão ler e responder com atenção. As questões abertas deverão ser respondidas com letra legível. Nas questões fechadas a resposta escolhida deverá ser assinalada com X.

1 - Há quanto tempo desenvolve seu trabalho no ESF?

2 - Qual a sua percepção da saúde mental no seu ESF?

3 - Como é acolhido paciente portador de transtorno mental?

4 - Que etiologia mais comum da doença mental é atendida no seu ESF?

5 - Sabe afirmar quantos pacientes com doenças mentais existem na área adscrita do seu ESF?

6 - Há alguma atenção diferenciada para o familiar de pacientes portadores de doença ou transtorno mental?

7 - Quando realiza o diagnóstico de doença mental usa de algum critério para o CID 10. Qual?

8 - Há referência e contra – referência desses pacientes com doença mental. Como são efetuadas?

9 - Há uma ação no ESF relacionada à inclusão do paciente com doença mental na família e na vida produtiva?

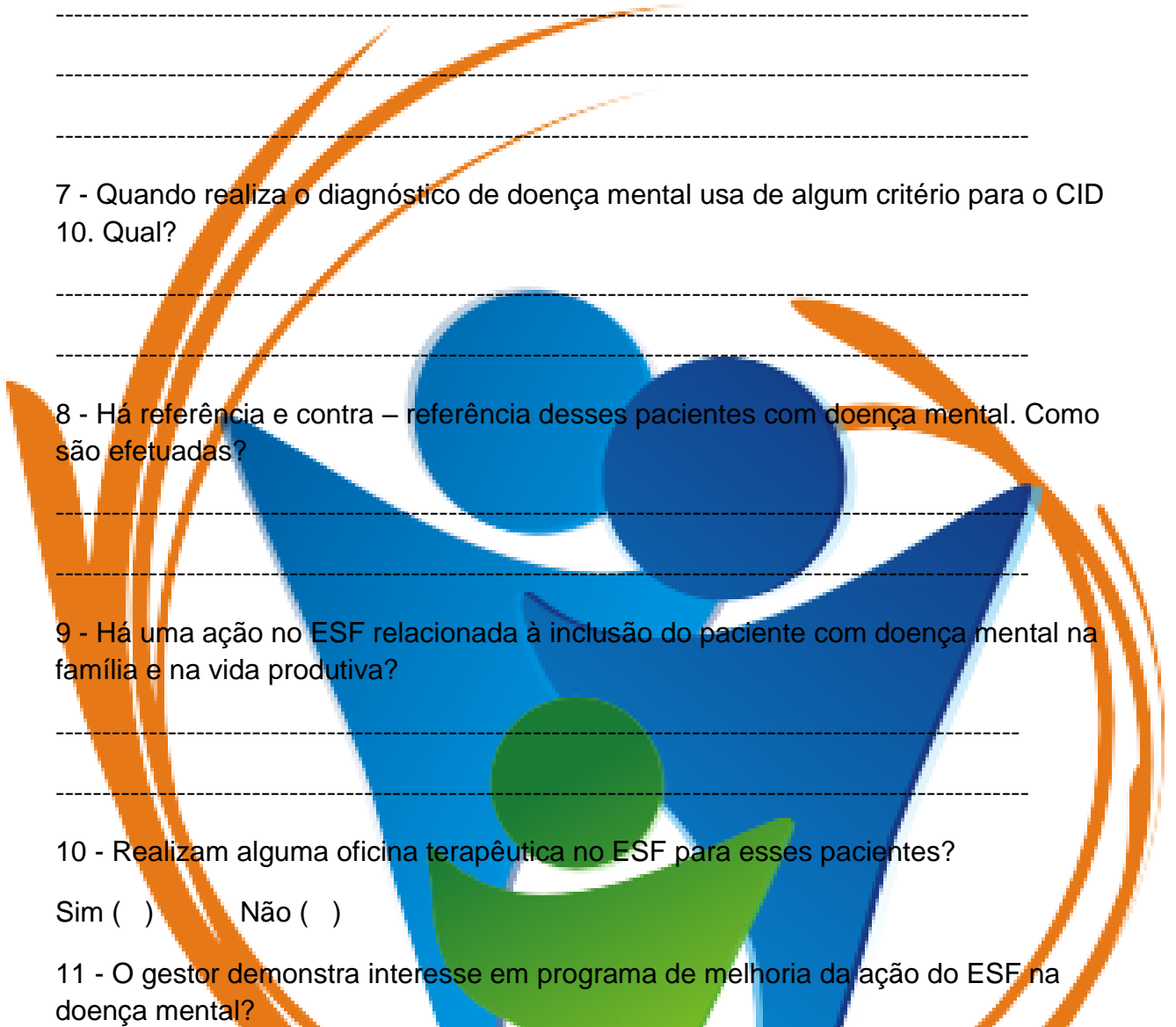
10 - Realizam alguma oficina terapêutica no ESF para esses pacientes?

Sim () Não ()

11 - O gestor demonstra interesse em programa de melhoria da ação do ESF na doença mental?

Sim () Não ()

12 - Há alguma sugestão para o ESF na saúde mental?



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: Saúde Mental na Estratégia da Saúde da Família em Chapadão do Sul MS.

O estudo da pesquisa almeja avaliar a saúde mental na estratégia de saúde da família, é de conhecimento que a estratégia da saúde da família é a porta de entrada da atenção primária de saúde em nosso país. Os transtornos mentais se fazem presentes nos atendimentos das estratégias de saúde da família, na área adscrita de cada ESF. Há pacientes com doença mental e familiares cuidadores que necessitam de atenção do serviço de saúde, assim se faz necessário ter o conhecimento da percepção dos profissionais graduados em saúde sobre o tema de saúde mental. De acordo com a análise dos resultados da pesquisa pretende realizar recomendação de melhora para o serviço do ESF em relação à saúde mental.

Para participar da pesquisa os profissionais graduados em saúde que trabalham no ESF responderão um formulário com questões abertas que exige uma leitura atenta. Todo material da pesquisa será mantido em sigilo e sua identidade será preservada. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em responder não resultará em penalidade ou perda de benefícios.

O pesquisador irá proteger a sua identidade com rigoroso sigilo. O participante não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento será arquivada no Curso de Mestrado em Atenção Básica em Saúde da Família da UFMS – Fiocruz e outra com o participante.

A participação no estudo não acarretará custos para o participante e o mesmo não receberá compensação financeira.

Pesquisador : _____

Participante: _____

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e

motivar minha decisão se assim desejar. O (a) professor (a) orientador (a) **Mauricio Antonio Pompilio** e o Mestrando **João Donha Nunes** certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de duvidas poderei chamar o mestrando **João Donha Nunes** no telefone **(67)3562-2749** ou o comitê de ética em Pesquisa da UFMS **(67) 3345-7187**.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma copia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome

Assinatura do participante

Data

Nome

Assinatura do pesquisador

Data



APÊNDICE C -. TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÕES DE INFORMAÇÕES DE BANCO DE DADOS

Titulo da pesquisa: Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família em Chapadão do Sul – MS

Nome do Pesquisador: João Donha Nunes

Base de Dados a serem utilizadas: Consulfarma Saúde

Como pesquisador supra qualificado comprometo-me com a utilização das informações contidas nas bases de dados acima citado, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantido a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de auto-estima, prestígio e/ou econômico-financeiro.

Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados e que os dados desta base serão utilizados somente neste projeto, pelo qual vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por esta a legitima expressão de verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

Campo Grande (MS), ____/____/____.

Pesquisador responsável

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Programa de Saúde Mental no município de Chapadão do Sul MS

Pesquisador: joao donha nunes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 23638814.7.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 814.790

Data da Relatoria: 04/07/2014

Apresentação do Projeto:

O trabalho em Saúde Mental na rede municipal de Chapadão do Sul MS, surge de estudos recentes que tem demonstrado altas prevalências de transtornos mentais nesta população. Tem como objetivo avaliar a Saúde Mental na cidade de Chapadão do Sul MS com a participação da rede de Estratégia da Saúde da Família, da referência municipal de psiquiatria e da assistência farmacêutica municipal. O estudo é descritivo, com componente de entrevistas à profissionais de saúde da atenção primária, busca de dados secundários sobre atendimentos médicos e dispensação de medicamentos na área de saúde mental, informações sobre as ações preventivas e de apoio ao uso e abuso de álcool e drogas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Este trabalho tem como objetivo avaliar o Programa de Saúde Mental no município de Chapadão do Sul MS

Objetivo Secundário:

a) Identificar os critérios utilizados para identificação dos transtornos mentais pelos profissionais graduados em saúde das Estratégias de Saúde da Família de Chapadão do Sul MS;b) Estimar o número de casos diagnosticados como depressão, ansiedade e outros transtornos mentais nas Estratégias da Saúde da Família, no período de 2011 a 2013 no Município de Chapadão do Sul MS;c) Identificar o número de pacientes atendidos na referência municipal de psiquiatria e os

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 814.790

principais diagnósticos encontrados no período de 2011 a 2013;d) Estimar a taxa de mortalidade por suicídio na série histórica do período de 2005 a 2013 no município de Chapadão do Sul MS;e) Identificar os medicamentos psicotrópicos disponíveis na Assistência Farmacêutica local e os mais prescritos;f) Descrever as terapias não medicamentosas da Saúde Mental disponíveis na rede;g) Identificar ações de prevenção ao alcoolismo e uso de drogas ilícitas no município de Chapadão do Sul MS;h) Identificar ONGs ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público que atuem na prevenção e recuperação na área de Saúde Mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Critério de Inclusão: Profissionais graduados em saúde que trabalham na Estratégia de Saúde da Família.

Critério de Exclusão: O pesquisador que é graduado em saúde e trabalha na Estratégia de Saúde da Família.

Riscos:

Não há risco aos participantes

Benefícios:

Serão obtidas informações após análise do trabalho que poderão dar início a melhora no Programa de saúde Mental do município de Chapadão do Sul MS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 814.790

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 01 de Outubro de 2014

Assinado por:
Edilson dos Reis
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DE PARA A UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE BANCO DE DADOS

Termo de compromisso para Utilizações de Informações de Banco de Dados

Titulo da pesquisa: Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família em Chapadão do Sul – MS

Nome do Pesquisador: João Donha Nunes

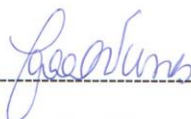
Base de Dados a serem utilizadas: Consulfarma Saúde

Como pesquisador supra qualificado comprometo-me com a utilização das informações contidas nas bases de dados acima citado, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantido a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de auto-estima, prestígio e/ou econômico-financeiro.

Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados e que os dados desta base serão utilizados somente neste projeto, pelo qual vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o tramite legal institucional para o fim a que se destina.

Por esta a legitima expressão de verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

Campo Grande (MS), 30/04/2014.



Pesquisador responsável

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DOS ESF

Autorização da Coordenadora do E.S.F Esperança

Declaro que autorizo a entrevista do profissional médico e da enfermeira que desenvolvem sua atividade de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Desde que seja respeitada à vontade do profissional graduado em participar da entrevista.

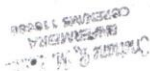
Que os dados não ocasionem nenhuma forma de prejuízo ao entrevistado.

Chapadão do Sul MS, 05 de Maio de 2014



Cristiane Zanini

Coordenadora do ESF Esperança


BRASIL - GOIÁS
SECRETARIA DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE
ESPERANÇA

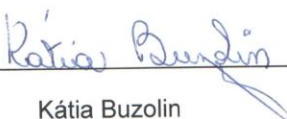
Autorização da Coordenadora do E.S.F Flamboyant

Declaro que autorizo a entrevista do profissional médico e da enfermeira que desenvolvem sua atividade de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Desde que seja respeitada à vontade do profissional graduado em participar da entrevista.

Que os dados não ocasionem nenhuma forma de prejuízo ao entrevistado.

Chapadão do Sul MS, 05 de Maio de 2014



Kátia Buzolin

Coordenadora do ESF Flamboyant


Autorização da Coordenadora do E.S.F Saúde Lar

Declaro que autorizo a entrevista do profissional médico e da enfermeira que desenvolvem sua atividade de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Desde que seja respeitada à vontade do profissional graduado em participar da entrevista.

Que os dados não ocasionem nenhuma forma de prejuízo ao entrevistado.

Chapadão do Sul MS, 05 de Maio de 2014



Vanessa Rech

Coordenadora do ESF Saúde Lar

Autorização da Coordenadora do E.S.F Sibipiruna

Declaro que autorizo a entrevista do profissional médico e da enfermeira que desenvolvem sua atividade de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Desde que seja respeitada à vontade do profissional graduado em participar da entrevista.

Que os dados não ocasionem nenhuma forma de prejuízo ao entrevistado.

Chapadão do Sul MS, 05 de Maio de 2014



Selo Weber

Coordenadora do ESF Sibipiruna