

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA

SUELI MOREIRA FELIX OLIVEIRA

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE
MENTAL

PATOS DE MINAS
2014

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA

SUELI MOREIRA FELIX OLIVEIRA

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE
MENTAL**

Monografia apresentada à Faculdade Patos de Minas como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Psicologia. Para finalidade de obtenção do título de Bacharel em Psicologia, podendo gozar dos direitos de Psicólogo.

Orientadora: Prof^a. Ma. Vânia Cristina Alves Cunha

Co-orientador: Prof. Me. Gilmar Antoniassi Júnior

PATOS DE MINAS
2014

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Curso Bacharelado em Psicologia

SUELI MOREIRA FELIX OLIVEIRA

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE MENTAL

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Psicologia, composta em 24 de
Outubro de 2014.

Orientador: Profa. Ma. Vânia Cristina Alves Cunha
Faculdade Patos de Minas

Examinador 1 (Co-orientador): Prof. Me. Gilmar Antoniassi Júnior
Faculdade Patos de Minas

Examinador 2: Profa. Esp. Juliana de Amorim Pacheco
Faculdade Patos de Minas



ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO, APRESENTADO POR SUELI MOREIRA FELIX OLIVEIRA, COMO PARTE DOS REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE BACHAREL EM PSICOLOGIA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA.

Aos vinte e quatro de outubro de dois mil e quatorze, reuniu-se, no AUDITORIO CENTRAL, a Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas, constituída pelos professores: PROFA. MA. VÂNIA CRISTINA ALVES CUNHA (Orientadora), PROF. ME. GILMAR ANTONIASSI JÚNIOR (Titular), PROFA. ESP. JULIANA DE AMORIM PACHECO (Titular), para examinar o graduando SUELI MOREIRA FELIX OLIVEIRA na prova de defesa de seu trabalho de conclusão de curso intitulado: LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE MENTAL. O presidente da Comissão PROFA. MA. VÂNIA CRISTINA ALVES CUNHA, iniciou os trabalhos às 17:00h, solicitou ao graduando que apresentasse, resumidamente, os principais pontos de seu trabalho. Concluída a exposição, os examinadores arguíram alternadamente o graduando sobre diversos aspectos da pesquisa e do trabalho. Após a arguição, que terminou às 19:00h, a Comissão reuniu-se para avaliar o desempenho do graduando, tendo chegado aos seguintes resultados: PROFA. MA. VÂNIA CRISTINA ALVES CUNHA (Aprovada), PROF. ME. GILMAR ANTONIASSI JÚNIOR (Aprovado), PROFA. ESP. JULIANA DE AMORIM PACHECO (Aprovado). Em vistas deste resultado, o graduando SUELI MOREIRA FELIX OLIVEIRA foi considerado Aprovado, fazendo jus ao título de BACHAREL em Psicologia, podendo assim gozar da Profissão de Psicólogo, pelo Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas. Sendo verdade eu, Lúcia Helena dos Santos, Secretária do Departamento de Graduação em Psicologia, confirma e lavra a presente ata, que assino juntamente com o Coordenador do Curso e os Membros da Banca Examinadora.

Patos de Minas, 24 de Outubro de 2014.

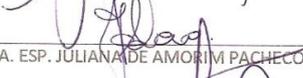
Novo título (sugerido pela banca): _____



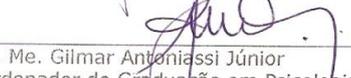
PROFA. MA. VÂNIA CRISTINA ALVES CUNHA



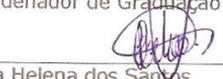
PROF. ME. GILMAR ANTONIASSI JÚNIOR



PROFA. ESP. JULIANA DE AMORIM PACHECO



Prof. Me. Gilmar Antoniassi Júnior
Coordenador de Graduação em Psicologia



Lúcia Helena dos Santos
Secretaria do Departamento de Graduação em Psicologia

DEDICO este trabalho aos pacientes e aos profissionais da saúde mental, em especial, aos do município de Varjão de Minas. Que este trabalho possa auxiliar no conhecimento e no desenvolvimento dessa área que carece tanto de atenção e cuidados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda minha família e meus amigos que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização deste trabalho, especialmente a meu marido e meus filhos que muitas vezes, mesmo não compreendendo minha ausência, a aceitaram com amor e respeito.

À minha orientadora Profa. Ma. Vânia Cristina Alves Cunha, que muito me auxiliou e me motivou, mostrando as possibilidades em um mundo de incertezas; à Profa. Ma. Luciana Araújo Mendes Silva e Prof. Me. Gilmar Antoniassi Júnior, que não mediram esforços para nos auxiliar em tornar possível esta pesquisa. E a todos os professores que muito contribuíram com seus exemplos, conhecimentos e atenção em benefício de minha aprendizagem e graduação.

Quanto a Deus, minha base e meu refúgio, meus agradecimentos são incansavelmente contínuos, pois acredito que sem o seu amparo jamais poderia ter chegado onde cheguei.

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

Charles Chaplin

RESUMO

OLIVEIRA, Sueli Moreira Felix; ANTONIASSE JUNIOR, Gilmar; CUNHA, Vânia Cristina Alves. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Mental**. 2014. 50 f. Monografia (Graduação em Psicologia). Curso de Bacharelado em Psicologia – Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas/MG.

A história da reforma psiquiátrica brasileira e a criação dos Centros de atenção Psicossocial (CAPS) proporcionaram grandes avanços na assistência às pessoas portadoras de sofrimento mental. O conjunto de patologias classificadas como transtornos mentais tem apresentado alta prevalência entre a população geral do Brasil, fazendo com que essas doenças tenham grande importância para a saúde pública nacional. O objetivo deste estudo foi levantar informações correspondentes a dados epidemiológicos em Saúde Mental em um município da Região do Alto Paranaíba do Estado de Minas Gerais. A metodologia foi do tipo exploratória, descritiva e transversal, de natureza quantitativa, a fim de levantar dados epidemiológicos em saúde mental. O Procedimento de coleta de dados deu-se por meio dos 154 prontuários de pacientes com diagnóstico de transtorno mental, atendidos nos serviços de saúde mental, no período de 01 de outubro de 2013 a 01 de abril de 2014. Os resultados obtidos demonstraram uma predominância do atendimento em mulheres (60,39%), com faixa etária de 20 a 39 anos (34,42%) e com diagnóstico de transtornos de ansiedade (38,96%) e de depressão (35,06%). Os principais medicamentos prescritos identificados foram antidepressivos (63,64%), ansiolíticos (42,86%) e benzodiazepínicos (40,91%). Dos encaminhamentos poucos são para a psicologia em controvérsia ao psiquiatra, resultando em escassez de tratamento concluído por melhora. Conclui-se que a Política Nacional de Saúde Mental, deve ser expandida a criação de serviços de saúde mental especificamente, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para atendimento e acompanhamento das pessoas com transtornos mentais em todas as fases de suas vidas com intervenção de equipe multiprofissional na lógica do modelo assistencial biopsicossocial.

Palavras-chave: Epidemiologia. Transtornos Mentais. Saúde Mental.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Sueli Moreira Felix; ANTONIASSE JUNIOR, Gilmar; CUNHA, Vânia Cristina Alves. Epidemiologic Survey on Mental Health. 2014 50 f. Monograph (Undergraduate Psychology). Course Bachelor of Psychology - Faculty Patos de Minas, Patos de Minas / MG.

The history of Brazilian psychiatric reform and the creation of Centres of Psychosocial Attention (CAPS) provided major advances in the care of people with mental distress. The set of conditions classified as mental disorders have shown high prevalence among the general population of Brazil, causing these diseases have great importance for national public health. The aim of this study was to gather information relevant to epidemiological data on mental health in a municipality of Alto Parnaíba of Minas Gerais region. The methodology was exploratory, descriptive, cross-sectional quantitative in nature, in order to raise epidemiological data on mental health. The procedure of collecting data was through records of 154 patients diagnosed with mental disorders treated in the mental health services for the period October 1, 2013 until 01 April 2014. The results showed a predominance of care in women (60.39%), aged 20-39 years (34.42%) and diagnosed with anxiety disorders (38.96%) and depression (35.06%). The main drugs prescribed antidepressants were identified (63.64%), anxiolytics (42.86%) and benzodiazepines (40.91%). Referrals to psychology are few in controversy shrink, resulting in a shortage of treatment completion for improvement. It is concluded that the National Mental Health Policy, should be expanded to create specific mental health services, the Centers for Psychosocial Care (CAPS) for care and monitoring of people with mental disorders at all stages of their lives with the use of multidisciplinary team in the logic of biopsychosocial care model.

Keywords: Epidemiology. Mental Disorders. Mental Health.

LISTA DE SIGLAS

- CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
- CID 10 - Classificação Internacional de Doenças - 10ª Edição
- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
- CNSM - Conferências Nacionais de Saúde Mental
- DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Desordens Mentais
- INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
- NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
- PSF - Programa de Saúde da Família
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCU - Tribunal de Contas da União

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	-	Identificação de pessoas atendidas por gênero.....	29
-----------	---	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Faixa Etária dos pacientes atendidos.....	30
Tabela 2	- Diagnóstico dos pacientes atendidos no serviço de Saúde Mental	31
Tabela 3	- Medicamentos utilizados pelos pacientes do serviço de Saúde Mental	32
Tabela 4	- Encaminhamentos/desfecho dos atendimentos no serviço de Saúde Mental	33
Tabela 5	- Encaminhamentos/desfecho dos atendimentos no serviço de Saúde Mental	33

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
O MODELO PSIQUIÁTRICO NA CONTEMPORANEIDADE.....	15
A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	18
A IMPORTÂNCIA DA CRIAÇÃO DOS CAP.....	20
PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS ATENDIDOS NOS CAPS	22
OBJETIVOS	25
OBJETIVOS GERAIS.....	25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
METODOLOGIA	26
NATUREZA DA PESQUISA.....	26
LOCAL DO ESTUDO.....	26
PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	26
INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	27
COLETA DOS DADOS.....	27
ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	28
TRATAMENTO DOS DADOS.....	28
RESULTADOS	29
DISCUSSÃO	34
CONCLUSÃO	37
REFERENCIAS	38
APÊNDICES	42
ANEXOS	44

APRESENTAÇÃO

A psicologia me encanta desde criança. Sempre procurei saber qual a contribuição do psicólogo na vida das pessoas. No entanto, até hoje me surpreendo com o que ouço, percebo e espero. Sei que a ajuda dos profissionais de saúde ao sujeito depende muito do quanto este necessita, quer e permite.

Diante das várias inquietações ao longo da vida e em relação a essas questões psicológicas, meu Trabalho de Conclusão de Curso, teve seu tema escolhido a partir dessa minha procura pessoal. Sei da carência em Saúde Mental no meu município e da necessidade de melhorias nessa área.

A partir deste trabalho, com a coleta de dados de pesquisa em prontuários clínicos, com informações apuradas sobre a saúde mental no município em que resido e trabalho, acreditei apontar um diagnóstico do perfil epidemiológico em saúde mental, objetivando compreender as razões que levam às pessoas ao adoecimento psíquico, as formas de tratamento, bem como a resolução deste através da intervenção dos profissionais da área da saúde, excepcionalmente, a psicologia, buscando assim subsídio para meu conhecimento e desenvolvimento profissional diante de uma ética voltada ao respeito pela dor da alma do ser humano.

Pretendo com o resultado deste estudo, elucidar às autoridades da saúde local, a importância da criação de um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico com ênfase no atendimento à população com algum tipo de transtorno mental, em serviços mais próximos de seus vínculos familiares, afetivos e sociais, sendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o mais indicado, tido como carro chefe da atenção psicossocial e mais eficaz na estabilidade das pessoas com distúrbios mentais e na redução da internação psiquiátrica através principalmente, de intervenção e manejo adequado por equipe multiprofissional.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O MODELO PSIQUIÁTRICO NA CONTEMPORANEIDADE

A psique é uma especificidade da condição humana, sendo que sua morbidade está sendo cada vez mais abrangente, estudada, avaliada e abarcada no contexto assistencial, político, histórico e cultural. No século XVIII a doença mental foi considerada uma dificuldade médica, dando início à psiquiatria moderna. Após difuso período de tratamento asilar, com abusos e maus tratos dos pacientes com alterações mentais, o campo do amparo psiquiátrico iniciou uma transformação de paradigma na maneira de tratar a doença mental (CAMPOS e CUNHA, 2011).

Os transtornos mentais e comportamentais são condições individualizadas por alterações mórbidas relacionadas ao pensamento, humor (emoções) ou por alterações patológicas do comportamento integradas a angústia significativa e degradação do funcionamento psíquico global. O Relatório Mundial de Saúde descreve que “para todas as pessoas, a saúde mental, a saúde física e a social constituem fios de vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes.” (OMS, 2001). Assim, observa-se a necessidade das mudanças advindas da Política Nacional de Saúde Mental, que apresenta um modelo de atenção biopsicossocial com base territorial comunitária em detrimento do modelo centrado na hospitalização psiquiátrica.

O atendimento psiquiátrico passou por diversos momentos de atribuições decorrentes do modelo manicomial que a sustentou por vários anos. O modelo hospitalocêntrico já estava sendo censurado em favor de medidas que ocasionavam o tratamento do doente mental com um programa com recursos da comunidade. As revoluções assistenciais sofridas na psiquiatria nos países desenvolvidos e os avanços técnico-científicos nos conhecimentos psiquiátricos, no campo das neurociências e na ciência do comportamento, bem como na psicofarmacologia, impulsionaram as mudanças na assistência ao portador de saúde mental criando

assim, um novo modelo assistencial baseado em recursos sócio-terápicos (MESQUITA, NOVELLINO e CAVALCANTI, 2010).

Como estratégia de tratar o paciente psiquiátrico com dignidade, o Brasil nos anos 70 intensificou a reforma psiquiátrica, a qual se consolidou a partir da execução da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 enfatizando principalmente a extinção progressiva dos manicômios e hospitais psiquiátricos. A proposta nacional é substituir internações de hospitais psiquiátricos por serviços abertos, próximos da família e da sociedade. Como carro norteador da proposta de substituição do manicômio e do hospital psiquiátrico, foi criado em 1987, o primeiro serviço para esta finalidade, nomeado como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) determinado para o atendimento dos transtornos mentais graves e severos das pessoas em sofrimento mental (BRASIL, 2004).

Com as novas propostas de substituição da assistência psiquiátrica, as políticas de saúde mental e as propostas da reforma psiquiátrica de extinção do modelo asilar e hospitalocêntrico conduziu o paciente psiquiátrico para os serviços extramuros almejando oferecer a chance de inseri-lo ou reinseri-lo em sua vida familiar e social, reestruturando assim, os vínculos perdidos decorrentes da doença (GONÇALVES; SENA, 2001).

Na premissa de serviços mais próximos da sociedade, os CAPS surgiram como serviços destinados à clientela com transtornos mentais, determinados a constituir o modelo psicossocial através do atendimento multiprofissional. Para definir as categorias profissionais e suas atribuições, as características e as normas dos CAPS, o Ministério da Saúde criou a Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 que os estabelece organizados nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III específicos para assistir à clientela da infância, adolescência, adultos e usuários de drogas (CAPS Ad e CAPS I). Eles são deliberados por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, ou seja, para implantação dos CAPS. Caso a população não constitua o número estimado pela Portaria, os municípios podem se pactuarem e somarem os dados epidemiológicos para que justifiquem a instalação do serviço (BRASIL, 2004; 2013).

Os CAPS devem cumprir o projeto terapêutico designado pelo Ministério da Saúde, para isso, é constituído por equipe multiprofissional, a qual exige presença imprescindível de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, juntamente com outros profissionais da área de saúde. As atividades cotidianas devem ser

compatibilizadas com o acolhimento, assistência coletiva e individual, práticas de oficinas de reabilitação e outras atividades concernentes a cada caso em particular e ao projeto proposto conforme porte e complexidade (BRASIL, 2013).

O objetivo nacional é expandir o acesso à Atenção Psicossocial de forma unânime, de maneira articulada entre diversos pontos de atenção à saúde e da intersetorialidade. Entretanto, parâmetro de cobertura apontado na Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 conceitua que a percentual a ser pactuada para municípios acima de 20.000 habitantes deve conscientizar e orientar os gestores de saúde no projeto da expansão de suas redes de apoio psicossocial. Municípios com população inferior a 20.000 habitantes ficarão garantidos se referenciados em CAPS situados em outros municípios (BRASIL, 2011).

Para a efetivação da Política Nacional de Saúde Mental quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) foram realizadas, cuja última evidenciou a necessidade do trabalho multiprofissional e com a intersetorialidade, visando essencialmente, a reinserção social, a reabilitação psicossocial e cidadania do portador de sofrimento mental. Dentre as várias propostas arquitetadas na IV CNSM, frisou-se a importância da interação e concretização da rede de atendimentos aos usuários do sistema de saúde brasileiro, especificamente o SUS - Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

O Tribunal de Contas da União (TCU) analisou a cobertura e a estrutura física e de recursos humanos dos CAPS, e constatou que a principal fragilidade da rede é a insuficiência de serviços no Brasil. Até o final de 2010, o TCU verificou que existiam 1.620 CAPS no país, distribuído em 1.118 municípios. Ao avaliar a taxa média de desenvolvimento da quantidade de municípios com CAPS implantado entre 2002 a 2010, chegou-se à conclusão de que apenas em 2015 todos os 1650 municípios terão pelo menos um CAPS instalado. Destes 1620 CAPS, 233 estão implantados no Estado de Minas Gerais, abrangendo apenas 14,38% de assistência psicossocial por este serviço (BRASIL, 2012).

Os CAPS são as menores instituições de saúde mental existentes na contemporaneidade. Sobretudo, estes, preenchem significativo papel na vida da clientela portadora de sofrimento mental, pois é um local onde existe a possibilidade dos pacientes revelarem sua singularidade, envolverem-se socialmente e demandar suas pretensões de retornar ou de adquirir uma melhor qualidade de vida

vislumbrada para a cidadania e a reabilitação psicossocial (CAMPOS e CUNHA, 2011).

A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

As mudanças socioeconômicas e culturais ocorridas no Brasil no início dos anos de 1800, principalmente em relação à chegada da Família Real Portuguesa ao país, provocou um acelerado crescimento da cidade do Rio de Janeiro trazendo, conseqüentemente, uma série de problemas, incluindo alguns de ordem médico-sanitária. Com o movimento social higienista no continente Europeu, médicos brasileiros criaram uma Comissão de Salubridade que tinha o objetivo de diagnosticar as condições sanitárias na então capital nacional, propondo uma reorganização dos seus espaços públicos, chamando atenção para a realidade dos loucos, mendigos e de toda a população marginalizada, apresentando como sugestão a criação de um hospital destinado aos alienados (AMARANTE, 2003).

Com assinatura do Decreto n°. 82, no ano de 1841, foi regulamentada a construção do primeiro manicômio brasileiro, localizado na cidade do Rio de Janeiro, o qual começou a funcionar em 1852, estando vinculado à Santa Casa de Misericórdia (RESENDE, 2001).

De acordo com Amarante (2003), com a criação dos primeiros hospícios, os loucos sofriam a falta de assistência médica adequada, além de sofrer violências de todos os tipos, com muitos casos de morte em decorrência dos maus tratos. Até então, tal fato não chegava a incomodar, uma vez que a grande preocupação estava na necessidade de remover sujeitos perturbadores e indesejados do convívio social.

Assim, pode-se afirmar que a instituição asilar surge com a função de realizar o controle, normatização, moralização e segregação dos alienados e desregrados do espaço urbano, tendo sua finalidade terapêutica ausente ou subordinada às exigências sanitárias dos higienistas.

A partir da década de 1960, a área psiquiátrica brasileira sofreu os efeitos da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a redução dos recursos financeiros destinados à saúde e o incentivo à construção de hospitais psiquiátricos particulares com a compra de serviços médicos a estes hospitais.

Neste período, a assistência psiquiátrica passa a ser estendida a todos os trabalhadores e seus dependentes, adquirindo uma característica de prática assistencial de massa, com a multiplicação do quantitativo de leitos e internações psiquiátricas (RESENDE, 2001; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Segundo Filippou (2009), o auge da ditadura brasileira representou um avanço no processo de mercantilização da loucura, uma vez que esse período se caracterizou pelo forte incentivo às clínicas privadas de assistência psiquiátrica. Por outro lado, a assistência prestada pelo Estado nos serviços de psiquiatria pública, colocavam os pacientes sobre condições degradantes nos manicômios estatais. As mudanças na assistência psiquiátrica tiveram como consequência um aumento exacerbado do número de internações nos hospitais psiquiátricos privados conveniados com o Estado.

As últimas décadas do século XX se caracterizaram por uma verdadeira ebulição social, com a crescente participação de movimentos sociais frente a incapacidade do governo militar na condução dos problemas do país. Neste período, movimentos de trabalhadores passaram a mobilizar a população em relação ao direito sanitário, denunciando condições subumanas em que muitos pacientes vinham sendo expostos. Este período marcou a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), sendo este um grupo que luta contra a instituição manicomial, exigindo amplas reformas na assistência psiquiátrica nacional. Tal grupo liderou, por um tempo, o movimento de reforma psiquiátrica (FILIPPON, 2009; CARNIEL, 2008).

Segundo Hirdes (2009), um evento que marcou o processo de reestruturação do setor de saúde mental foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizado em 1990 na cidade de Caracas, que culminou com a assinatura da Declaração de Caracas. Neste encontro, países da América Latina, incluindo o Brasil, se comprometeram a reestruturar a assistência psiquiátrica, a partir de uma revisão crítica do papel do hospital psiquiátrico, garantindo os direitos civis, a dignidade pessoal e os direitos humanos dos usuários, propiciando a sua permanência em seu meio comunitário. A Declaração de Caracas marca o compromisso firmado pelo Brasil para a instituição das “[...] primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia.” (BRASIL, 2005, p. 8), além do

estabelecimento das primeiras normas para o trabalho de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Apesar da proposta de reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira, sobretudo a partir da assinatura da Declaração de Caracas, a Lei Paulo Delgado, que buscava redirecionar a assistência em saúde mental, foi sancionada somente em 2001, com 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. Ainda que o projeto aprovado tenha apresentado modificações importantes, a promulgação da Lei 10.216 representou um novo impulso, além de dar um novo ritmo ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005).

A IMPORTÂNCIA DA CRIAÇÃO DOS CAPS

A crescente demanda pela construção de uma rede de assistência às pessoas com transtornos mentais, portadores de diagnósticos graves e persistentes, levou o Ministério da Saúde a instituir os CAPS. Seu objetivo era o de receber os encaminhamentos de casos de transtornos mentais que pudessem ser detectados pelos Programas de Saúde da Família (PSF), com o respectivo encaminhamento àqueles que necessitassem de cuidados intensivos por uma equipe multidisciplinar (DELGADO et al., 2007). Assim, segundo o Manual do CAPS, este é:

É um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (BRASIL, 2004, p. 13).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), os CAPS surgiram na década de 1980, como estratégia alternativa de organização de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos.

Neste contexto, Delgado et al. (2007) afirmam que a rede de atenção à saúde mental brasileira encontra-se inserida no SUS. Com organização do sistema de saúde brasileiro em forma de rede, este sistema atende a necessidade de responder à complexidade das demandas de inclusão de pessoas tradicionalmente

estigmatizadas. Deste modo, a organização do sistema visa promover a resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania de pessoas com transtornos mentais.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), as diretrizes orientadoras à formação dos CAPS estão fundamentadas no compromisso firmado pelo Brasil, na assinatura da Declaração de Caracas, e pela realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Assim, a população alvo de atendimento dos CAPS são aqueles que necessitam de tratamento por sofrerem com transtornos mentais (psicoses, neuroses graves e demais quadros), cuja severidade ou persistência justifique sua permanência em um órgão ou programa de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O sistema de atendimento ao portador de transtorno mental brasileiro caracteriza-se ainda pela articulação entre a rede básica de saúde (PSF) e o CAPS, efetivando a diretriz de acessibilidade estabelecida na legislação do SUS, ampliando e tornando mais eficazes os serviços oferecidos.

O CAPS tem como desígnio oferecer atendimento clínico diariamente, evitando as reinternações hospitalares, promovendo a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais, regulando a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental em sua área de abrangência e dar suporte à equipe que presta serviços de atenção à saúde mental na rede básica. Assim, conforme afirmam Delgado et al. (2007), a responsabilidade pela rede de atenção à saúde mental foi descentralizada para os municípios, através da prestação de serviços em saúde mental pelo CAPS. Assim, estes centros passam a oferecer uma atenção extra-hospitalar em saúde mental, preservando e fortalecendo os vínculos sociais das pessoas com transtornos mentais em sua comunidade de origem.

Apesar da evolução no número de CAPS no país nos últimos anos, Kohn et al. (2007) afirmam que sua distribuição no país apresenta-se de forma muito desigual. Apesar do número de CAPS nas regiões mais pobres ter, ao menos dobrado, o ritmo de crescimento do número destes serviços na região sudeste é muito mais elevado.

Os CAPS são classificados de acordo com “[...] tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas.” (BRASIL, 2004, p. 22), além de critérios segundo a especificidade da demanda atendida. Deste modo, segundo a publicação Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção

Psicossocial, podem ser diferenciados por CAPS I e II, destinados ao atendimento diário de adultos, os quais apresentam transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS III possui as mesmas características de atendimento dos CAPS I e II, porém seu atendimento é realizado diário e noturno, durante os 7 dias da semana. Existem ainda o CAPSi, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e o CAPSad, direcionado a assistência de “[...] usuários de álcool e drogas, atendendo a população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.” (BRASIL, 2004, p. 22).

PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS ATENDIDOS NOS CAPS

Desde os mais remotos tempos da humanidade, existe a percepção de comportamento normal, padrão e comportamento desviante. A cada tempo, tais comportamentos desviantes receberam vários nomes e classificações. Com o surgimento da psiquiatria moderna, novos olhares foram lançados sobre esses problemas, os quais passaram a ser caracterizados como doenças mentais. Nas últimas décadas, ocorreram muitos avanços no campo da psiquiatria e da psicopatologia, sendo que a criação dos testes de inteligência fez com que alguns transtornos mentais passassem a ser classificados como retardos mentais ou déficits de inteligência (ASSIS, s.d.).

Com a evolução do processo de diagnóstico dos transtornos mentais, foram estabelecidos novos critérios para nomear tais fenômenos com a criação, em 1952, pelo Comitê de Nomenclatura e Estatística da *American Psychiatric Association*, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM). Este tornou-se um importante instrumento, utilizado inicialmente nos Estados Unidos, tendo sido posteriormente utilizado também em diversos países no mundo, com a finalidade de uniformizar a linguagem utilizada para a classificação das perturbações mentais (BURKLE, 2009).

O DSM encontra-se atualmente em sua quinta edição, oficialmente publicado em 18 de maio de 2013, é o resultado de mais de 10 anos de trabalho de especialistas de todo o mundo.

De acordo com conceito do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), transtornos mentais compreendem um conjunto de doenças crônicas que representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Tais doenças ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas, gerando um grande impacto na economia dos países.

Os transtornos mentais somente foram reconhecidos como um sério problema de saúde pública a partir de 1996, quando pesquisadores da Universidade de Harvard e da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicaram um estudo utilizando como medida a combinação do número de anos vividos com a incapacidade e o número de anos perdidos por morte prematura causada pela doença (que tem como indicador os DALY – *disability adjusted life of years*, ou anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), obtendo resultados que confirmam esse reconhecimento. Nesse estudo, das 10 principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco delas estavam associadas aos transtornos mentais, entre elas a depressão (13%), a ingestão de álcool (7,1%), os distúrbios afetivos bipolares (3,3%), a esquizofrenia (4%) e os distúrbios obsessivo-compulsivos (2,8%) (LOPEZ e MURRAY, 1998).

Atualmente, estudos epidemiológicos demonstram que milhões de pessoas lidam com algum tipo de doença mental no mundo e que este número vem sofrendo um aumento progressivo. Estima-se que em cada quatro habitantes do planeta, um enfrentará algum tipo de transtorno mental, tais como a depressão, a esquizofrenia, o atraso mental, o distúrbio da infância e adolescência, a dependência de álcool ou de drogas ou Alzheimer (OMS, 2001). Segundo Machado (2012) dados do Ministério da Saúde apontaram que 3% da população geral tem transtornos mentais graves e persistentes, 6% destes decorrentes de uso de álcool e outras drogas.

O relatório da OMS (OMS, 2001) assinala que os transtornos mentais correspondem a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade, quando menos de 1% dos recursos da saúde é investido em ações para a saúde mental. Apesar disso, mais de 40% dos países ainda carecem de políticas em saúde mental e 30% não têm programas nessa esfera. Sabe-se ainda que a maioria dos transtornos seja tratável e evitável, legitimando a premissa de que, quando se investe na prevenção e promoção da saúde mental, se pode reduzir bastante o número de incapacidades resultantes desses transtornos.

O índice de utilização dos serviços de saúde ainda é baixo, está em torno de 13%. A maioria das pessoas com algum transtorno mental não busca atendimento psiquiátrico, por razões que estão ligadas, muitas vezes, ao estigma, ao desconhecimento da doença, ao preconceito, à falta de treinamento das equipes para lidar com esses transtornos, à falta de serviços adequados para atendimento psiquiátrico, ao medo, entre outras (BRASIL, 2007).

No Brasil, ainda não se tem um estudo representativo dos índices de prevalência de indivíduos afetados pelos transtornos mentais, mas sim, uma estimativa da extensão do problema encontrada em alguns estudos. Os estudos epidemiológicos são de grande importância para determinar essa magnitude, sendo muito úteis e relevantes nas decisões e no planejamento de políticas públicas de saúde mental, na organização dos serviços e no desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento (MOHER et al., 2009).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Levantar informações correspondentes a dados epidemiológicos em Saúde Mental em um município da Região do Alto Paranaíba do Estado de Minas Gerais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Averiguar os principais transtornos mentais atendidos na rede de saúde pública do município.

Identificar a característica do serviço de saúde que envolva a condição de saúde mental das pessoas atendidas no município.

Levantar o perfil do atendido no serviço de saúde.

METODOLOGIA

NATUREZA DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter descritivo e transversal de natureza quantitativa, a fim de levantar dados epidemiológicos em saúde mental.

LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um município da região do Alto Paranaíba no Estado de Minas Gerais, que possui uma população estimada de 6.559 habitantes (IBGE, 2010). Nas instituições: Centro de Saúde Ana Teodoro Alves, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) número 2101866 e no Núcleo Municipal de Saúde de Varjão de Minas, CNES número 6795358, onde acontecem os atendimentos psiquiátricos e psicológicos.

PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi realizado com base nos prontuários dos atendimentos do serviço de psiquiatria e psicologia do município na rede de saúde.

Tendo como critério de inclusão para o estudo os 154 prontuários referente aos atendimentos desses serviços que correspondessem no período de 01 de outubro de 2013 a 01 de abril de 2014. Foram excluídos do estudo aqueles prontuários que não atendiam a proposta do estudo e os critérios de inclusão.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para se atingir o objetivo proposto, foi utilizado um roteiro de coleta de dados (APÊNDICE A), estruturado de forma objetiva a fim de identificar nos prontuários clínicos, as informações correlacionadas à proposta do estudo. Dividido em três partes que corresponde: **a identificação do serviço de saúde e do paciente** (dados da instituição, tipo de atendimento, sexo e idade); **diagnósticos ou agravos relacionados a saúde mental** (ao qual visa apontar o diagnóstico dos principais transtornos mentais); **as medicações prescritas e em uso** (a qual contemple as principais medicações psicotrópicas); **o encaminhamento e o desfecho do caso** (que corresponde a informações referentes a internações, encaminhamentos para outros serviços, número de tentativas de autoextermínio, tipo de tratamento oferecido).

COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu primeiramente com visita *in loco* aos serviços de saúde do município, momento em que se realizou a separação dos prontuários, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Após a separação dos 154 prontuários foi preenchido o roteiro de identificação dos dados epidemiológicos em saúde mental e cada prontuário foi identificado numericamente, a fim de extrair as informações necessárias para o estudo.

Os dados foram coletados entre os dias 17 de junho de 17 de julho de 2014, respeitando os critérios de inclusão e exclusão dos participantes de estudo.

ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo atendeu aos princípios éticos segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, para pesquisa com seres humanos. O qual foi submetido, através da documentação imprescindível para análise ética e acompanhamento do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca. A pesquisa somente foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFRAN, conforme parecer consubstanciado (ANEXO A), e da autorização do gestor de saúde do município (ANEXO B) e dos profissionais do setor de psiquiatria e psicologia.

TRATAMENTO DOS DADOS

Para as análises estatísticas aplicou o procedimento analítico bivariado, utilizando o auxílio do programa *Epi Info*® versão 3.5.2. Afim de proceder o processo analítico separadamente e comparativo com a descrição das características da amostra, possibilitando indicar os percentis que melhor descrevessem os indicadores encontrados.

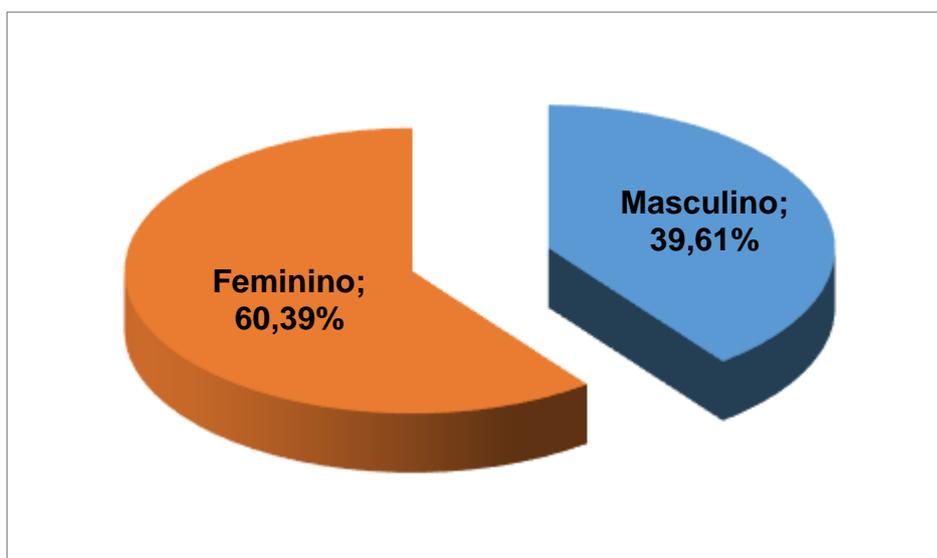
É válido pontuar que dados foram extrapolados ao 100%, pois havia a possibilidade de indicar mais de uma alternativa.

RESULTADOS

Em relação à Parte I da pesquisa observou-se que as instituições do estudo foram no Centro de Saúde e no Núcleo de Saúde do município. Dentre os 154 prontuários identificados, observou-se o predomínio dos atendimentos psiquiátricos (61,69%), em proporção ao atendimento psicológico (38,31%), evidenciando o modelo biomédico de assistência à saúde mental.

Na investigação realizada em relação ao sexo (Gráfico 1), a maioria (60,39%) das pessoas acometidas pelos transtornos mentais são do sexo feminino, enquanto que 39,61% são do sexo masculino.

Gráfico 1. Identificação de pessoas atendidas por gênero.



Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à faixa etária, verificou-se que a maior parte dos pacientes são jovens e encontram-se na faixa etária entre 20 a 39 anos (34,42%). Seguido de 16,88% com idade de 40 a 49 e 16,23% entre 5 a 9 anos.

Tabela 1. Faixa Etária das pessoas atendidas.

Faixa Etária	Quantidade	Percentual
< 1	0	0
1-4	02	1,29
5-9	25	16,23
10-14	11	7,14
15-19	10	6,49
20-39	53	34,41
40-49	26	16,88
50-59	12	7,79
> 60	15	9,74

Em relação ao diagnóstico sugerido às consultas psiquiátricas das pessoas atendidas nos serviços de saúde, constam na Tabela 2 que o diagnóstico mais prevalente de acordo com a Classificação Internacional de Doenças da décima revisão (CID 10), foi o Transtorno de Ansiedade (38,96%). Observa-se ainda a alta incidência dos transtornos afetivos, com predomínio do Episódio Depressivo e dos Transtornos Depressivos Recorrentes com 35,06% enunciados nos prontuários dos sujeitos da pesquisa. Os diagnósticos psiquiátricos não enunciados no instrumento da pesquisa aparecem no gráfico como outros e referem-se a 50% dos resultados.

Apesar de ter se apresentado em menores percentuais, outras doenças têm papel importante nos atendimentos realizados: Transtorno de Personalidade (5,84%); Transtorno Afetivo Bipolar (5,19%); Esquizofrenia (4,55%) e Tentativas de Suicídio (4,55%).

Tabela 2. Diagnóstico dos pacientes atendidos no serviço de Saúde Mental.

Diagnóstico	Quantidade	Percentual
Abuso de Álcool/Drogas	02	1,29
Alcoolismo/Abstinência/Coma	02	1,29
Ansiedade	60	38,96
Bulimia Nervosa	01	0,65
Demências	03	1,95
Depressão	54	35,06
Drogas e seus efeitos	05	3,25
Esquizofrenia	07	4,54
Retardo Mental	02	1,29
Surto Psicótico	01	0,65
Tabagismo	01	0,65
Transtorno Afetivo Bipolar	08	5,19
Tentativas de Suicídio	07	4,54
Transtorno Obsessivo Compulsivo	02	1,29
Transtorno de Personalidade	09	5,84
Outros	77	50
Não Consta	02	1,29

Os psicofármacos mais utilizados pelos pacientes, identificados no estudo são os da classe de Antidepressivos, dos quais representa 63,64%, seguidos de Ansiolíticos (42,86%) e Benzodiazepínicos (40,91%).

Tabela 3. Medicamentos utilizados pelos pacientes do serviço de Saúde Mental.

Medicações	Quantidade	Percentual
Antidemenciais	04	2,60
Antidepressivo	98	63,64
Ansiolítico	66	42,86
Anticonvulsivante	35	22,73
Antimania	08	5,19
Antiparkinsoniano	04	2,60
Antipsicótico	21	13,64
Benzodiazepínico	63	40,91
Moderador de Humor	03	1,95
Sedativos	04	2,60
Outros	13	8,44

Nas Tabelas 4 e 5, estão descritos os manejos relacionados aos quadros psiquiátricos dos pacientes do estudo e a intervenção descrita nos prontuários dos mesmos. A necessidade de acompanhar a pessoas com episódio ou transtorno depressivo é uma prática complementar à saúde mental destas pessoas. Assim, observa-se nesta pesquisa que a continuidade da terapêutica se faz pelo encaminhamento aos outros profissionais ou serviço. Dos casos avaliados no estudo, 23,38% teve como conclusão de seu atendimento o abandono.

Tabela 4. Encaminhamentos/desfecho dos atendimentos no serviço de Saúde Mental.

ENCAMINHAMENTO / DESFECHO DO CASO	Quantidade	Percentual
Encaminhamento para consulta psiquiátrica	76	49,35
Encaminhamento para psicologia	34	22,07
Encaminhamento para internação em Comunidade Terapêutica	01	0,65
Encaminhamento para internação em Clínica de Reabilitação	01	0,65
Encaminhado para atendimento no CRAS	03	1,95
Encaminhamento para UBS/PSF/ESF (NASF)	11	7,14
Tentativa de Suicídios	07	4,54

Tabela 5. Encaminhamentos/desfecho dos atendimentos no serviço de Saúde Mental.

ENCAMINHAMENTO / DESFECHO DO CASO	Quantidade	Percentual
Abandono	36	23,38
Alta	14	9,09
Encaminhado para APAE	02	1,29
Encaminhado para Neurologista	04	2,60

DISCUSSÃO

O estudo apontou o predomínio dos atendimentos psiquiátricos nos serviços de saúde mental do município estudado. Dados estes que podem ser fundamentados nos escritos de Cruz et al. (2013) que mencionam que a maior efetividade das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente no Brasil aparece decorrente da necessidade da busca do resgate do modelo biopsicossocial e da centralidade na pessoa e na comunidade.

No que refere ao sexo dos pacientes, o presente estudo apontou para uma ampla maioria de mulheres (60,39%). Para Ludermir e Melo Filho (2005), as desigualdades de gênero são muito comuns quando se refere a ocorrência de transtornos mentais em que as mulheres têm uma prevalência de ansiedade e depressão entre duas a três vezes maior que os homens. Pereira et al. (2012) mencionam uma semelhança de sua pesquisa com o resultado atual em que 67,6% do sexo feminino procuraram serviços de saúde a 32,4% do sexo masculino.

Outro aspecto da desigualdade de sexo no adoecimento mental é citado por Santos (2009) onde os resultados demonstram que o adoecimento psíquico feminino possui uma estreita correlação com o problema da violência contra as mulheres. Em suas entrevistas, o autor verificou que as pacientes que foram casadas relataram ter sofrido agressões físicas e psicológicas de seus ex-maridos.

No que tange ao resultado da faixa etária dos pacientes, houve um predomínio de pacientes na faixa etária de 20 a 39 anos (34,42%). Farias e Araújo (2010) mencionam que dentre os riscos ocupacionais causadores de estresse, os fatores psicossociais têm sido privilegiados. A faixa etária predominante em sua pesquisa identificou que as pessoas entre 20 e 39 anos (55,4%) se encontram mais adoecidas por transtornos mentais, mesmo sendo mais jovens e em possível fase produtiva para funções laborativas.

Rocha et al. (2010) elucidam que o adoecimento psíquico é um dos extensivos problemas enfrentados na contemporaneidade, afetando a saúde das populações e significando elevado ônus para a saúde pública. Os transtornos

mentais comuns constituem patologia psíquica de significativa prevalência nas sociedades atuais, comprometendo pessoas de distintas faixas etárias, ocasionando sofrimento tanto para o indivíduo como para a família e comunidade.

Os diagnósticos dos atendimentos demonstram que a maioria dos pacientes são portadores de transtornos de ansiedade. Os transtornos de ansiedade no último século são considerados mistérios revelados através das pesquisas básicas e clínicas, e possuem diagnóstico e tratamento eficiente para os casos assustadores, segundo consideram Nardi; Fontenelle; Crippa (2012), ainda tidas no cotidiano das práticas clínicas com necessidades de aperfeiçoamento na busca de continuação de conhecimento sobre esta doença.

Outras doenças também foram citadas no presente estudo, transtorno de personalidade (5,84%), transtorno afetivo bipolar (5,19%) e esquizofrenia (4,55%). Pereira e Vianna (2009) descrevem que no Brasil, ainda são poucas as investigações sobre os transtornos mentais originários de pessoas que frequentam as unidades básicas de saúde e, em especial, as unidades vinculadas à estratégia Saúde da Família. Andrade et al (2009) acreditam que as mudanças de cunho social-político e econômico advindo nas últimas décadas refletem em todos os setores da sociedade e estas transformações refletem na alteração da saúde mental da população. Assim, evidenciaram a associação do risco para Depressão e Ansiedade maior para o sexo feminino com faixa etária de 40 a 65 anos e em pessoas com ocupação de serviços domésticos impelidos a reconhecer que o sofrimento mental tem aumentado relativamente e a partir dessa comprovação faz-se imprescindível uma vigilância imediata aos problemas de saúde mental nas pessoas da comunidade.

Quanto ao uso e prescrição de psicofármacos, evidenciados no estudo com um alto índice de utilização pelos pacientes, Ferrazza et al. (2010), destaca que tem sido comum diante de qualquer tipo de angústia, tristeza ou desconforto psíquico, os clínicos passarem a prescrever, sem uma maior avaliação, o uso de psicofármacos mágicos, tais como os ansiolíticos e antidepressivos.

Rodrigues (2013) afirma que o uso abusivo de medicamentos, sobretudo aqueles de característica psicotrópica representa atualmente um importante problema de saúde pública. Assim, seja pela automedicação, seja pela prescrição inadequada desse tipo de medicamento, seu uso inadequado tem feito parte da realidade de muitas pessoas.

O abandono do tratamento representa 23,38% dos pacientes portadores de transtornos mentais, permanecendo no tratamento até obter alta, apenas 9,09% dos pacientes. Moll et al. (2012) mencionam em sua pesquisa que a principal causa para o abandono foi a não adaptação ao tratamento, o que confirma a maior incidência de abandono no início do tratamento.

É importante ressaltar que o presente estudo ocorreu a partir da análise dos prontuários dos pacientes do serviço de Saúde Mental, incluindo aqueles que ainda encontravam-se em tratamento, razão pela qual não existe o registro de encaminhamento para todos os pacientes.

Cabe destacar porém que, de acordo com as orientações do Caderno de Atenção Básica em Saúde Mental (BRASIL, 2013), para se garantir a efetividade no tratamento, sua assistência deve incluir intervenções psicoeducacionais simples e, principalmente, a intermediação de ações intersetoriais, visando aumentar a capacidade das pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes de exercitarem sua cidadania.

CONCLUSÃO

Assistência às pessoas com transtornos mentais ainda é incipiente no território brasileiro. O acelerado número de transtornos mentais que acometem a sociedade, tem se identificado um número insuficiente de CAPS para substituir as internações psiquiátricas. Observa-se ainda que as equipes de PSF da atenção básica não estão qualificadas à atenderem esta população, o que condiz com elevado índice de medicação psicotrópica prescrita na rede do SUS. E isso fica evidente no município da pesquisa que apresenta um elevado uso de medicações e conta com apenas um profissional de psicologia e de psiquiatria, responsáveis pelo atendimento de um grupo bastante diverso de pacientes de saúde mental.

A hegemonia do poder médico se esbarra na clínica de atendimento ao portador de sofrimento mental, uma vez que os encaminhamentos desta clientela aos outros profissionais ou serviços são insuficientes, foi que acusou nossa pesquisa, um baixo número de encaminhamentos.

O modelo biomédico ainda é prescrito e aceito pela maior parte de profissionais. No município da pesquisa o grande percentual de atendimentos psiquiátricos quando comparado ao total de atendimentos psicológicos, evidencia a supremacia desse modelo de assistência à saúde mental.

A caracterização do perfil dos pacientes atendidos demonstrou a predominância do atendimento de mulheres, no grupo etário de 20 a 39 anos. Os principais diagnósticos apresentados foram a Depressão e a Ansiedade, sendo mais frequente o uso de Antidepressivos, Ansiolíticos e Benzodiazepínicos.

É preciso implementar o projeto terapêutico aos serviços de saúde pública, trabalhar as ações de saúde mental na atenção primária, realizar educação continuada das equipes de PSF, priorizando o apoio matricial, a escuta, o acolhimento e o vínculo. A partir daí evidencia-se a necessidade de aumentar o número de CAPS pelo Brasil, para um melhor atendimento ao portador de sofrimento mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

ANDRADE, F.B.; BEZERRA, A.I.C.; PONTES, A.L.F.; FERREIRA FILHA, M.O.; VIANNA, R.P.T.; DIAS, M.D.; SILVA, A.O. Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 675-680, set.out.2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S003471672009000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 ago.2014.

ASSIS, P. **Um breve manual de transtornos mentais**: um guia introdutório à psicopatologia e os sistemas de diagnósticos de classificação. Curitiba: [s.d]. Disponível em: <pablo.deassis.net.br/podpress_trac/web/.../Transtornos-Mentais.pdf>. Acesso em: 07 jul.2014.

BITTENCOURT, S. C; CAPONI, S.; MALUF, S. Medicamentos Antidepressivos: inserção na prática biomédica (1941 a 2006) a partir da divulgação em um livro-texto de farmacologia. **Revista Mana**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 219-247, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132013000200001>. Acesso em: 24 ago.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. Brasília – DF, 2004. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 24 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, 2005, Brasília. **Documento apresentado a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas** Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental em Dados**. Brasília, DF, ano II, n. 4, agosto de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088/GM ,de 30 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 22 jul.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dados em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em 22 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental**. Brasília – DF, 2013.

BURKLE, T.S. **Uma reflexão crítica sobre as edições do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM**. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CAMPOS, G.W.S.; CUNHA, G.T. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p.961-70, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013>. Acesso em: 12/07/2014.

CARNIEL, A.C.D. **O acompanhamento terapêutico na assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental**. 2008. 102 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

CRUZ, C.S.S.; FERNANDES, D.R.F.; PIMENTA, M.L.P.; OLIVEIRA, L.C.. Do pensamento clínico, segundo Foucault, ao resgate do modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n. 1, p. 30-39, jan./jul. 2013. Disponível em: <<http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/974/0>>. Acesso em 26 ago.2014.

DELGADO, P.G.G; SCHECHTMAN, A; WEBER, R; AMSTALDEN, A.F; BONAVIGO, E; CORDEIRO, F.; PÔRTO, K; HOFFMANN, M.C.C.L; MARTINS, R; GRIGOLO, T. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. In: MELLO, M.F; MELLO, A.A.F; KOHN, R. (orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FARIAS, M.D.; ARAÚJO, T.M. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 25-39, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n123/a04v36n123.pdf>>. Acesso em: 26 ago.2014.

FERRAZZA, D.A.; LUZIO, C.A.; ROCHA, L.C.; SANCHES, R.R.. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. **Paidéia**, Belo Horizonte, v. 20, n. 47, p. 381-390, set/dez.2010. Acesso em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n47/a10v20n47.pdf>>. Acesso em 27 ago.2014.

FILIPPON, J.G. **Democracia e conquista: saúde mental como política pública**. 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

GONÇALVES, A.M; SENA, R.R. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9 n. 2. Mar/Abril.2001.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Gravataí/RS, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 24 ago.2014.

KOHN, R; MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed; 2007.

LOPEZ, A.D; MURRAY, C.C. A carga global de doenças, 1990-2020. **Revista Nature Medicina**, n. 4, v. 11, p. 1241-1243, 1998.

LUDERMIR, A.B.; MELO FILHO, D.A. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213-231, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n2/9214.pdf>>. Acesso em 25 ago.2014.

MESQUITA, J.F.; NOVELLINO, M.S.F.; CAVALCANTI, M.T. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental**. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 2010. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf>. Disponível em: 24 ago.2014.

MOHER, D; LIBERATI; A; TETZLAFF, J; ALTMAN, D. G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. **PLoS Med** v. 6, n. 7, 2009.

MOLL, M.F; SILVA, K.J.A.O.; DIAS, E.R.; VENTURA, C.A.A. O abandono ao tratamento entre pacientes assistidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **Journal Nursing Health**, Pelotas, v. 2, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3446/2831>>. Acesso em: 22 ago.2014.

NARDI, A.E.; FONTENELLE, L.F.; CRIPPA, J.A.S. Novas tendências em transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, supl. 1, jun/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34s1/pt_v34s1a02.pdf>. Acesso em 27 ago.2014.

OLIVEIRA, J. E; TEIXEIRA, S. **(Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. **Saúde Mental**: nova concepção, nova esperança. OMS; 2001.

PEREIRA, A.A.; VIANNA, P.C.M. **Saúde Mental**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2º ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 110p.

PEREIRA, M.O.; SOUZA, J.M.; COSTA, Â.M.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F.; MOURA, W.N.. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena – São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 48-54, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-210020120001009>. Acesso em 25 ago.2014.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A; COSTA, N. R. **Cidadania e Loucura. Políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2001.

ROCHA, S.V.; ALMEIDA, M.M.G.; ARAÚJO, T.M.; VIRTUOSO JÚNIOR, J.S.. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 630-640, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/08.pdf>>. Acesso em 25 ago.2014.

RODRIGUES, R.D.F.. **O uso abusivo de psicofármacos na atenção primária no município de Lassance**. 2013. 33 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

SANTOS, A.M.C.C.. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 agos.2014.

PARTE III – MEDICAÇÕES PRESCRITAS / EM USO	SIM	NÃO	N/C
Nenhuma			
Antidemenciais			
Antidepressivo			
Ansiolíticos			
Anticonvulsivante			
Antimania			
Antiparkinsonianos			
Antipsicótico			
Benzodiazepínico			
Moderador do humor			
Sedativos			
Outros			

- NC = Nada Consta

PARTE IV – ENCAMINHAMENTO / DESFECHO DO CASO	SIM	NÃO	N/C
Encaminhamento para consulta psiquiátrica			
Encaminhamento para psicologia			
Encaminhamento para internação hospital geral			
Encaminhamento para internação em Comunidade Terapêutica			
Encaminhamento para internação em Clínica de Reabilitação			
Encaminhado para internação em ILPI			
Encaminhado para atendimento no CRAS			
Encaminhado para atendimento no CREAS			
Encaminhamento para UBS/PSF/ESF			
Encaminhamento para Conselho Tutelar			
Encaminhamento para Unidade de Pronto Atendimento			
Óbito			
Tentativa de Suicídios			
Quantas tentativas: () 1 a 3 () 4 a 6 () Acima de 7 vezes			

NC = Nada Consta

ANEXOS



UNIVERSIDADE DE FRANCA-
UNIFRAN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Levantamento epidemiológico em Saúde Mental

Pesquisador: VANIA CRISTINA ALVES CUNHA

Área Temática: Versão: 4

CAAE: 25697414.4.0000.5495

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 688.119

Data da Relatoria: 13/06/2014

Apresentação do Projeto:

A psique é uma especificidade da condição humana, sendo que sua morbidade está sendo cada vez mais abrangente, estudada, avaliada e abarcada no contexto assistencial, político, histórico e cultural. No século XVIII a doença mental foi considerada uma dificuldade médica, dando início à psiquiatria moderna. Após difuso período de tratamento asilar, com abusos e maus tratos do paciente com alterações mentais, o campo do amparo psiquiátrico iniciou uma transformação de paradigma na maneira de tratar a doença mental (CUNHA, 2011).

Os transtornos mentais e comportamentais são condições individualizadas por alterações mórbidas relacionadas ao pensamento, humor (emoções) ou por alterações patológicas do comportamento integradas a angústia significativa e degradação do funcionamento psíquico global. O Relatório Mundial de Saúde descreve que “para todas as pessoas, a saúde mental, a saúde física e a social constituem fios de vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes”. Assim, observa-se a necessidade das mudanças advindas da Política de Saúde Mental, que apresenta um modelo de atenção biopsicossocial, com base territorial comunitária em detrimento do modelo

centrado na hospitalização (SADOCK; SADOCK, 2007; OMS, 2001, p.07).

O atendimento psiquiátrico passou por diversos momentos de atribuições decorrentes do modelo manicomial que a sustentou por vários anos. O modelo “hospitalocêntrico” já estava sendo censurado em favor de medidas que ocasionavam o tratamento do doente mental com um programa com recursos da comunidade. As revoluções assistenciais sofridas na Psiquiatria nos países desenvolvidos e os avanços técnico-científicos nos conhecimentos psiquiátricos, no campo das neurociências e na ciência do comportamento, bem como na psicofarmacologia, impulsionaram as mudanças na assistência ao portador de saúde mental, criando assim um novo modelo assistencial baseado em recursos sócioterápicos (CAVALCANTI, 2005).

Como estratégia de tratar o paciente psiquiátrico com dignidade, o Brasil nos anos 70, intensificou a reforma psiquiátrica a qual se consolidou a partir da execução da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 enfatizando principalmente, a extinção progressiva dos manicômios e hospitais psiquiátricos. A proposta nacional é substituir internações de hospitais psiquiátricos por serviços abertos, próximos da família e da sociedade. Como carro norteador da proposta de substituição do manicômio e do hospital psiquiátrico, foi criado em 1987, o primeiro serviço para esta finalidade, nomeado como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) determinado para o atendimento dos transtornos mentais graves e severos das pessoas em sofrimento mental (BRASIL, 2004; 2004a, 2004b).

Com as novas propostas de substituição da assistência psiquiátrica, as políticas de saúde mental e as propostas da reforma psiquiátrica de extinção do modelo asilar e hospitalocêntrico conduziu o paciente psiquiátrico para os serviços extramuros almejando oferecer a chance de inseri-lo ou reinseri-lo em sua vida familiar e social, reestruturando assim, os vínculos perdidos decorrentes da doença (GONÇALVES; SENA, 2001). Os CAPS são serviços destinados à clientela com transtornos mentais determinados a constituir o modelo psicossocial através do atendimento multiprofissional. Para definir as categorias profissionais e suas atribuições, as características e as normas dos CAPS, o Ministério da Saúde criou a Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 que os estabelece organizados nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III específicos para assistir à clientela da infância, adolescência, adulto e usuários de drogas. Eles são deliberados por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, ou seja, para implantação do CAPS I. Caso a população não constitua o número estimado pela Portaria, os municípios podem se pactuarem e somarem os dados epidemiológicos para que justifiquem a instalação do serviço (BRASIL, 2002; 2004a; 2013a).

Os CAPS I devem cumprir o projeto terapêutico designado pelo Ministério da Saúde, para isso, é constituído por equipe multiprofissional, a qual exige presença imprescindível de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, juntamente com outros profissionais da área de saúde. As atividades cotidianas devem ser compatibilizadas com o acolhimento, assistência coletiva e individual, práticas de oficinas de reabilitação e outras atividades concernentes a cada caso em particular e ao projeto proposto conforme porte e complexidade (BRASIL, 2013). O objetivo nacional é expandir o acesso à Atenção Psicossocial de forma unânime, de maneira articulada entre diversos pontos de atenção à saúde e da intersectorialidade. Entretanto, parâmetro de cobertura apontado na Portaria

3.088 de 23 de dezembro de 2011 conceitua que a percentual a ser pactuada para municípios acima de 20.000 habitantes deve conscientizar e orientar os gestores de saúde no projeto da expansão de suas redes de apoio psicossocial. Municípios com população inferior a 20.000 habitantes ficarão garantidos se referenciados em CAPS situados em outros municípios. (BRASIL, 2011).

Para a efetivação da Política Nacional de Saúde Mental quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) foram realizadas, cuja última evidenciou a necessidade do trabalho multiprofissional e com a intersectorialidade, visando essencialmente, a reinserção social, a reabilitação psicossocial e cidadania do portador de sofrimento mental. Dentre as várias propostas arquitetadas na IV CNSM, frisou-se a importância da interação e concretização da rede de atendimentos aos usuários do sistema de saúde brasileiro, especificamente o Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2010). O Tribunal de Contas da União (TCU) analisou a cobertura e a estrutura física e de recursos humanos dos CAPS, e constatou que a principal fragilidade da rede é a insuficiência de serviços no Brasil. Até o final de 2010, o TCU verificou que existiam 1.620 CAPS no país, distribuído em 1.118 municípios. Ao avaliar o taxa média de desenvolvimento da quantidade de municípios com CAPS implantado entre 2002 a 2010, chegou-se à conclusão de que apenas em 2015 todos os 1650 municípios terão pelo menos um CAPS instalado. Destes 1620 CAPS, 233 estão implantados no Estado de Minas Gerais, abrangendo apenas 14,38% de assistência psicossocial por este serviço (BRASIL, 2012; DATASUS, 2013).

Os CAPS são as menores instituições de saúde mental existentes na contemporaneidade. Sobretudo, estes, preenchem significativo papel na vida da clientela portadora de sofrimento mental, pois é um local onde existe a possibilidade dos pacientes revelarem sua singularidade, envolverem-se socialmente e demandar suas pretensões de retornar ou de adquirir uma melhor qualidade de vida.

Hipótese:

Com o aumento considerável do número de transtornos mentais na contemporaneidade, acredita-se que no município em estudo será encontrado resultado com dados epidemiológicos condizentes com esta realidade, principalmente decorrente do elevado número de usuários de álcool e outras drogas. Assim, acredita-se que o gestor do SUS deste município, autorizará tal pesquisa e a população, principalmente as pessoas portadoras de transtornos mentais, se favorecerão em receber assistência multiprofissional em um serviço de saúde mental próximo de suas famílias, amigos e vínculos sociais, entre outros benefícios. Um projeto para implantação de um CAPS, como trabalho de conclusão de curso é certamente inovador na área de pesquisa, o que privilegia o curso de psicologia e a instituição, Faculdade Patos de Minas.

Metodologia Proposta:

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter descritivo de natureza quantitativa, a fim de

levantar e classificar dados epidemiológicos em saúde mental, em um município da região do Alto Paranaíba no Estado de Minas Gerais, que possui uma população estimada de 6.559 habitantes (IBGE, 2010). A pesquisa será realizada com base nos prontuários dos atendimentos do setor de Psiquiatria e Psicologia do município sendo levantados os prontuários de atendimentos desses setores no período de 01 de outubro de 2013 a 01 de abril de 2014.

O projeto atenderá aos princípios éticos segundo Resolução do CNS 466/12 para pesquisa com seres humanos, para tanto será submetido, através de documentação necessária para análise ética e acompanhamento do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca. A pesquisa somente será realizada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFRAN, da autorização do Gestor de Saúde do Município.

Para se atingir o objetivo proposto, será utilizado um roteiro estruturado de forma objetiva a fim de identificar nos prontuários clínicos, as informações correlacionadas à proposta do estudo. Tal roteiro se encontra dividido em três partes que corresponde: a identificação do serviço de saúde e do paciente (dados da instituição, tipo de atendimento, sexo e idade); diagnósticos ou agravos relacionados a saúde mental (ao qual visa apontar o diagnóstico dos principais transtornos mentais); as medicações prescritas e em uso (ao qual contemple as principais medicações psicotrópicas); o encaminhamento e o desfecho do caso (que corresponde a informações referente a internações, encaminhamentos para outros serviços, número de tentativas de autoextermínio, tipo de tratamento oferecido).

A coleta de dados dar-se-á primeiramente com a visita aos serviços de psiquiatria e de psicologia momento em que se realizará a separação dos prontuários levando em consideração os critérios de inclusão da pesquisa. Após a separação dos prontuários será preenchido o roteiro de identificação dos dados epidemiológicos em saúde mental, para cada prontuário que estará identificado numericamente, a fim de extrair as informações.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Levantar informações correspondentes a dados epidemiológicos em Saúde Mental em um município da Região do Alto Paranaíba do Estado de Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

- Averiguar os principais transtornos mentais atendidos na rede de saúde pública do município;
- Identificar característica do serviço de saúde que envolva a condição de saúde mental dos atendidos no município.
- Discorrer sobre a autonomia, reabilitação psicossocial e qualidade de vida que os pacientes com transtornos mentais poderão adquirir.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não apresenta risco uma vez que se configura apenas no levantamento de dados a serem coletados em prontuários, porém é válido ressaltar que o risco mais expresso é interferência pessoal do pesquisador. Porém cabe a cautela e o cuidado em zelar pelos preceitos éticos e os pesquisadores se comprometem em respeitar as prescrições da resolução 466/2012 evitando qualquer tipo de identificação dos pacientes em relação as informações extraídas.

Benefícios:

Possível implantação do CAPS I.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa viável e de interesse.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados. Dispensa do TCLE.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As indicações foram atendidas: substituição da resolução 196/96 pela 466/12, exclusão dos TCLEs apresentados e inclusão da fase de coleta de dados em data posterior à aprovação do CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi acatado, projeto aprovado. Solicitamos o envio da Declaração da Instituição Co-Participante até o dia 08/08/2014 (se houver), utilizando o botão “Notificações” para fazer o upload do documento pela Plataforma Brasil. O relatório final e demais documentos deverão ser entregues até 29/08/2014. Importante lembrar que todas as folhas do TCLE deverão ser rubricadas pelo sujeito da pesquisa e também pelo pesquisador responsável e equipe, quando houver. Que continuem sendo cumpridas as determinações da Resolução CNS 466/12, na realização da pesquisa.

FRANCA, 16 de Junho de 2014.

**Assinado por: CLÉRIA MARIA LOBO BITTAR
(Coordenador)**



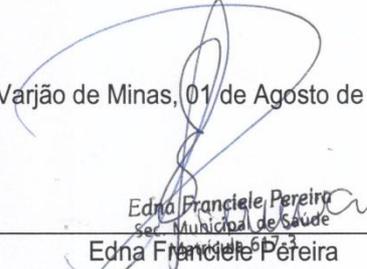
PREFEITURA MUNICIPAL DE VARJÃO DE MINAS
ESTADO DE MINAS GERAIS
CNPJ: 01.609.780/0001-34

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. A Secretaria Municipal de Saúde está ciente de suas co-responsabilidades como instituição colaboradora do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Varjão de Minas, 01 de Agosto de 2014.


Edna Franciele Pereira
Sec. Municipal de Saúde
Edna Franciele Pereira
Secretária Municipal de Saúde