UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

ANDRÉ LUIZ BINOTTO

**Perfil epidemiológico de pacientes com transtornos mentais
acompanhados na atenção primária à saúde**

RIBEIRÃO PRETO
2014

ANDRÉ LUIZ BINOTTO

**Perfil epidemiológico de pacientes com transtornos mentais
acompanhados na atenção primária à saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo, Departamento de Medicina Social,
para obtenção do título Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Prof.^a Dr^a Aldaísa Cassanho Forster

Versão Corrigida

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Binotto, André Luiz

Perfil epidemiológico de pacientes com transtornos mentais acompanhados na atenção primária à saúde.

76 p. : il. ; 30cm

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientadora: Forster, Aldáisa Cassanho.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Saúde da Família.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Binotto, André Luiz. **Perfil epidemiológico de pacientes com transtornos mentais acompanhados na atenção primária à saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do Título de Mestre.
Área de Concentração: Saúde da Comunidade.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha esposa ***Cibele Correia Semeão Binotto***, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Anésio** e **Carmem**, e meu irmão, **Bruno**, por toda força e fé transmitidas durante todos os dias de minha vida.

À **Profª Drª Luciane Loures dos Santos**, que nos anos de convivência, muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual.

À **Rosane Monteiro**, pelo incansável apoio na elaboração das tabelas para a análise dos dados, fundamental para que este trabalho gerasse resultados.

À **Profª Drª Aldaísa Cassanho Forster**, pela atenção e apoio durante o processo de definição e orientação, além do carinho e amizade, essenciais durante a construção dessa pesquisa.

À **Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto** e ao **Departamento de Medicina Social**, pela oportunidade de realização do curso de mestrado.

RESUMO

BINOTTO, A. L. “Perfil epidemiológico de pacientes com transtornos mentais acompanhados na atenção primária à saúde.” 2014, 76 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Estudos internacionais mostram que a Atenção Primária à Saúde (APS) realiza a maioria dos atendimentos psiquiátricos, pois, mesmo nos países que mais investem em saúde mental, existe uma lacuna entre a oferta e a demanda por serviços especializados. No Brasil, preconiza-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) assista aos pacientes com problemas de saúde mental e o apoio matricial é uma ferramenta para qualificar esse trabalho. O objetivo do presente estudo foi conhecer o perfil epidemiológico dos usuários portadores de transtornos mentais, atendidos por uma Unidade de Saúde da Família. Durante dois anos (2007 a 2009), por meio da revisão dos prontuários desses pacientes. Um total de 141 (5,92%) pacientes, com alguma demanda de Saúde Mental, consumiu 612 atendimentos nesse período. As mulheres representaram 84% dos pacientes e os diagnósticos mais comuns foram Episódio Depressivo Maior, Transtorno de Ansiedade Generalizada. Seis por cento dos pacientes foram encaminhados. Os psicofármacos mais prescritos foram os inibidores seletivos da recaptação da serotonina. Esta interface representou um acesso facilitado e eficaz para o usuário com transtorno mental de maior gravidade/complexidade e abriu portas para a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade no trabalho cotidiano.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Saúde da Família.

ABSTRACT

BINOTTO, A. L. "Epidemiological profile of patients with mental disorders accompanied in primary health care." 2014. 76 f. Thesis (Master of Community Health). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

International studies show that the Primary Health Care (PHC) held the majority of psychiatric care, because even in countries that invest more in mental health, there is a gap between supply and demand for specialist services. In Brazil, it is commended that the Family Health assist patients with mental health problems and the support matrix is an important instrument to qualify this work. The aim of this study was to understand the epidemiological profile of patients with mental disorders users assisted by a Family Health Unit., during two years (2007-2009), through reviewing medical records. A total of 141 (5.92%) patients, with some demand for Mental Health, consumed 612 calls during this period. Women accounted for 84% of patients; the main diagnoses were: major depressive episode, generalized anxiety disorder .Of these, 6% were referred. The most commonly prescribed psychotropic drugs were selective inhibitors of serotonin reuptake. This interface represented a facilitated and effective access to the user with a mental disorder, and has opened doors to comprehensive health care and interdisciplinary on daily work.

Keywords: Primary Health Care, Mental Health, Family Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Justificativa do estudo.....	15
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivo Específico.....	19
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
4. MATERIAL E MÉTODO.....	27
4.1 Contexto do estudo.....	29
4.2 Sujeitos do estudo.....	30
4.3 Percurso Metodológico.....	31
4.4 Aspectos Éticos.....	31
4.5 Coleta de dados.....	32
4.5.1 Instrumentos.....	33
4.6 Análise de dados.....	34
5. RESULTADOS.....	35
5.1 Qualidade dos prontuários.....	37
5.2 Característica da Unidade.....	38
5.3 Perfil dos usuários com Transtornos Mentais.....	38
5.4 Tratamento.....	42
6. DISCUSSÃO.....	45
6.1 Qualidade dos Prontuários.....	47
6.2 Característica da Unidade.....	47
6.3 Perfil dos usuários com transtornos mentais.....	48
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	59
ANEXOS.....	67

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A prevalência de transtornos mentais na população em geral é muito significativa, com a maioria dos estudos epidemiológicos encontrando índices entre 10 a 20% em um ano e 20 a 40% ao longo da vida^{1, 2}.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, 3% da população sofrem de algum transtorno mental grave ou persistente e aproximadamente 12% necessitam de atendimento contínuo ou eventual em saúde mental em algum momento de sua vida³.

As incapacidades, o comprometimento da qualidade de vida e as consequências econômicas associadas a essas condições são, ao menos, tão importantes – individual e coletivamente – quanto aquelas associadas às doenças não psiquiátricas, como hipertensão, diabetes, asma, artrite e outras^{4, 5, 6}.

A comorbidade entre transtornos mentais e condições médicas gerais também é comum e leva a comprometimentos mais graves e piores prognósticos de ambas as condições⁷. Além disso, a presença de transtornos mentais inadequadamente manejados dificulta a aderência dos pacientes às condutas preventivas, curativas e reabilitadoras relativas às doenças não-psiquiátricas⁸.

A maioria dos estudos avaliando a prevalência de transtornos mentais na Atenção Primária à Saúde (APS), inclusive aqueles realizados no Brasil, tem encontrado que, aproximadamente, de 25 a 30% dos pacientes atendidos apresentam diagnóstico de pelo menos um transtorno mental, conforme a CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão, 1993)¹.

Mesmo nos países com sistemas de acesso universal com maior investimento per capita em saúde, é na APS onde se realizam a maioria dos tratamentos de transtornos mentais, com o conjunto dos serviços especializados em saúde mental, atendendo no máximo de 2 a 3% da população a cada momento.^{9, 10, 11}

No entanto, apenas cerca de 50% desses casos são adequadamente diagnosticados e uma percentagem menor ainda é tratada de acordo com as evidências científicas existentes².

Adicionalmente, na APS, um número significativo de pessoas recebe tratamento, principalmente por meio de psicofármacos, quando não apresentam diagnósticos de transtornos mentais justificando tal abordagem¹¹.

Nas últimas décadas, a constatação dessa situação estimulou uma série de pesquisas na APS, com o intuito de esclarecer quais fatores estão relacionados ao tratamento de maior ou menor qualidade dos pacientes com transtornos mentais e quais intervenções nesse nível de atenção podem levar a um cuidado mais adequado^{10, 11, 12, 13}.

O conjunto desses estudos tem sugerido que modelos de cuidado envolvendo colaboração intensiva entre equipes de APS e equipes especializadas de saúde mental – basicamente, uma proximidade maior, cotidiana e contínua - podem estimular abordagens mais adequadas quanto ao tratamento dos transtornos mentais ao longo do tempo^{10, 11, 12, 13}. Contudo, existem poucos estudos que descreveram o acompanhamento longitudinal do transtorno mental no âmbito da APS.

No Brasil, a APS é denominada Atenção Básica e seu modelo estruturante é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada em 1994, que tem como atributos ao acesso longitudinalidade, integralidade da assistência, criação do vínculo com a comunidade adscrita, capacitação constante do profissional e avaliação do serviço, associados à participação popular e ao controle social³.

Ao assumir seu papel de prover atenção integral à saúde, a ESF é também uma ótima ferramenta para trabalhar a saúde mental na comunidade, incluindo o tratamento dos transtornos mentais. Isso porque, por meio de seus fundamentos, pode identificar as principais dificuldades, os fatores estressores no ambiente familiar e comunitário e propiciar um seguimento mais próximo do usuário e da comunidade.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde propôs a estratégia do Apoio Matricial com as equipes de Saúde da Família, visando a facilitar o direcionamento dos fluxos na rede de atenção, promovendo assim uma melhor articulação entre as equipes especializadas (dentre elas, as de saúde mental) e os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família.¹⁴

O Apoio Matricial se apresenta como um suporte técnico especializado, ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde capaz de ampliar seu campo de atuação, proporcionando assim maior qualidade em suas ações de saúde.¹⁵

Dessa maneira, o Apoio Matricial oferece uma retaguarda assistencial e um suporte técnico pedagógico para que a Equipe de Saúde da Família cumpra um dos seus principais desafios, isto é, prover uma assistência integral à saúde da população adscrita.¹⁶

1.1 Justificativa do estudo

Esta pesquisa se justifica pela necessidade de se produzir estudos que integrem o perfil epidemiológico da saúde mental dentro da APS, considerando seu caráter longitudinal e contínuo, típico da integralidade e da longitudinalidade da atenção na Saúde da Família.

A maioria das pesquisas que abordaram esse tema avaliou e abordou principalmente a prevalência dos transtornos mentais comuns no ambiente da APS, sem, no entanto, acompanhar sua evolução ao longo do tempo¹⁷.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

2.1.1 Conhecer o perfil epidemiológico dos usuários portadores de transtornos mentais, atendidos por uma Unidade de Saúde da Família.

2.2 Objetivo Específico

2.2.1 Conhecer o perfil sócio, demográfico e assistencial dos usuários atendidos na unidade com registro de algum diagnóstico de sofrimento mental.

REFERENCIAL TEÓRICO

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Como resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980, com vistas a mudar a realidade da Atenção à Saúde Mental predominantemente hospitalocêntrica, surgiu o Movimento Social da Luta Antimanicomial. Sua proposta era substituir o modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários, com forte inserção territorial¹⁸.

Essa transformação foi organizada gradativamente, desde a crítica ao modelo hospitalocêntrico (1978-1991) até a implantação da rede de atenção psicossocial (1992-2000), culminando com a Reforma Psiquiátrica, depois da Lei Federal 10.216/01 (2001)³.

A Lei Federal 10.216/01 foi responsável por uma mudança no modelo assistencial com foco nos direitos dos usuários, como um melhor tratamento, inserção na comunidade, informação sobre o tratamento, direito a cuidados integrais e responsabilidade do estado para desenvolver políticas públicas para essa população. A internação passou a ser vista como último recurso terapêutico, necessitando de políticas específicas para pacientes internados por longos períodos de tempo³. O tratamento passou então à busca de novos objetivos, como tratar o paciente e reinseri-lo na sociedade³.

Dessa maneira, a Política Nacional de Saúde Mental propõe uma reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar, com foco na desinstitucionalização articulada à expansão e consolidação da rede de Atenção Psicossocial (expansão e qualificação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; na qualificação dos ambulatorios; na implantação de centros de convivência; na inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica; na atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; na Política de Saúde Mental Infanto-juvenil; no Programa Permanente de Formação de profissionais para a Saúde Mental; em programas de geração de renda e trabalho; em intervenções na cultura e na mobilização de usuários e familiares³.

“A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia”. Isso implica uma nova organização dos serviços, com a participação ativa dos

usuários e por meio da formação de redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura, etc.)¹⁸.

A Saúde Mental representa, nesse cenário, um enorme grupo de doenças que podem acometer a todos os indivíduos, em todos os níveis de atenção. E é na APS onde essa demanda encontra seus maiores desafios. Por ser considerada a porta de entrada no sistema de saúde brasileiro, é na APS onde essas doenças se manifestam da maneira mais precoce e diversificada possível. Dessa maneira, as unidades de saúde devem estar tecnicamente preparadas para oferecer um apoio que esteja à altura da relevância do problema.

Assim sendo, a Atenção Primária representada pela Saúde da Família e Comunidade apresenta-se como uma importante ferramenta para a detecção precoce e o tratamento adequado dessas pessoas. Isso porque a equipe de Saúde da Família conhece o indivíduo, sua família, seu ambiente de trabalho, seus hábitos e costumes, ou seja, o ambiente social e comunitário no qual essa pessoa está inserida.

Muitas vezes, o transtorno mental do usuário se manifesta de maneira tímida e discreta durante um atendimento individual por um membro da equipe, cumprindo seu cuidado de saúde, integral e longitudinal, contribuindo assim para uma maior efetividade no diagnóstico, um tratamento e, principalmente, um seguimento longitudinal da doença, auxiliando no seu controle.

Os dados anteriormente descritos e amplamente discutidos na introdução do estudo evidenciam a importância e amplitude do tema e colocam a Atenção Primária (especialmente a Saúde da Família) como peça fundamental na atenção à Saúde Mental, principalmente para aqueles casos menos graves, uma vez que esses já possuem planos e ações mais estruturados no país¹⁹.

Dessa forma, nota-se um grande empenho do Ministério da Saúde para resolver essa questão. Em 2003, foi editada uma *Circular Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica*, denominada “*Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica*”. A partir desse momento, começaram a ser desenhadas estratégias para a aproximação da Saúde Mental e Atenção Primária, por meio da inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informações da Atenção Básica, tendo o apoio matricial como sua principal ferramenta¹⁹.

Há uma aposta nos princípios da Atenção Primária e Saúde da Família, como o acolhimento da demanda do território, da intersetorialidade; da reabilitação

psicossocial; da multiprofissionalidade; da interdisciplinaridade; da desinstitucionalização; da promoção da cidadania; da construção da autonomia; do estabelecimento de vínculos entre equipe e comunidade e do incentivo à responsabilização compartilhada dos casos, como forma de combater a lógica do encaminhamento¹⁹.

Nesse sentido, e com o objetivo de fornecer meios para que se possa ampliar o escopo e a resolutividade da APS, o Ministério da Saúde criou o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), que apoia as ações da Equipe de Saúde da Família no atendimento às demandas do território, visando ao seguimento longitudinal, sob o conceito do apoio Matricial¹⁹.

[...] O Apoio Matricial introduz no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saberes entre os profissionais de saúde em diversos níveis de atenção, favorecendo, também, uma maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde²⁰.

Nesse modelo de assistência, existe uma rica troca de saberes entre os profissionais da equipe de referência e a equipe matricial, aumentando consideravelmente a resolutividade e a qualidade da assistência, sem que esse usuário tenha que se deslocar para outro nível de atenção, muitas vezes isolado e com mínima ou nenhuma comunicação entre eles.

Desse modo, a APS, por meio da Estratégia de Saúde da Família, apoiada pelo matriciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, apresenta-se como ferramenta fundamental para o manejo das ações em Saúde Mental, agregando inúmeros benefícios não só para os usuários, mas também para a equipe de Saúde.

Os usuários possuem acesso fácil ao especialista, em sua própria unidade de saúde da família, que os acompanha em todos os seus problemas de saúde, sem que precisem se deslocar para os ambulatorios de especialidades, muitas vezes estigmatizados. É o caso, por exemplo, da saúde mental; por sua vez, a equipe de saúde participa de uma rica troca de conhecimentos e experiências entre si, capacitando cada vez mais seus profissionais e funcionários.

MATERIAL E MÉTODO

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Contexto do estudo

Em Ribeirão Preto, interior de São Paulo, a ESF teve início em 1999, com a inauguração do primeiro Núcleo de Saúde da Família (NSF), pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo – FMRP-USP¹⁷. Atualmente, são seis equipes de saúde da família nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo é a assistência à população de seu território de abrangência, constituído por cerca de 3000 pessoas; no máximo, 4000 pessoas.

Os NSF foram criados como unidades de saúde integradas à Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, para atender à necessidade de campo de ensino em atenção básica e saúde da família do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, e dos cursos de graduação da área da saúde, incluindo medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição e metabolismo e informática biomédica¹⁷.

Em 1999, as equipes da ESF iniciaram algumas discussões clínicas na própria unidade, com a participação de docentes das áreas de Clínica, Pediatria, Ginecologia e Saúde Mental.

Essa prática surgiu com o intuito de aumentar a resolubilidade da atenção, promover a educação permanente da equipe e dos estudantes de graduação e pós-graduação. Posteriormente, com o surgimento de outras necessidades, algumas consultorias das áreas básicas foram substituídas e outras adicionadas, como oftalmologia e dermatologia. Todavia, ao longo dos anos, a supervisão de Saúde Mental se manteve em todos os Núcleos, dada a prevalência e a complexidade dos casos psiquiátricos²¹.

A interface com a Saúde Mental foi desenvolvida explicitamente por meio de um modelo de colaboração intensiva, com objetivos de assistência, ensino e pesquisa.

Uma equipe de saúde mental, constituída por um psiquiatra supervisor, uma enfermeira especialista em saúde mental e médicos residentes do programa de

psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, realizava encontros semanais com duração de 90 minutos com cada equipe de APS (médico, enfermeiro, residentes de Medicina de Família e Comunidade, auxiliares de enfermagem, alunos de graduação e pós-graduação em estágio nas próprias Unidades de Saúde da Família). Os casos de maior complexidade/gravidade selecionados pela equipe da Unidade eram abordados no atendimento conjunto nesses encontros.

As atividades desenvolvidas nos encontros incluíam discussões de temas; de casos; atendimentos compartilhados com a equipe da APS; visitas domiciliares; encaminhamento para outros níveis de atenção (quando necessário); discussões sobre os aspectos organizacionais do serviço e trabalho de reflexão com a equipe de APS; avaliação da necessidade de encaminhar para atendimento especializado (como o serviço ambulatorial de saúde mental de referência; ou ainda para outros serviços especializados, como Hospital-Dia, Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas e internação integral psiquiátrica).

4.2 Sujeitos do estudo

A amostra do estudo foi composta por todos os pacientes atendidos em uma das unidades da ESF, do município de Ribeirão Preto, com diagnóstico de transtorno mental confirmado no prontuário médico, no período de agosto de 2007 a agosto de 2009.

Os critérios de exclusão foram: pacientes que mudaram da área de abrangência do serviço ou que faleceram, pois, nessas situações, os prontuários são transferidos da unidade.

4.3 Percurso Metodológico

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo de desenho transversal, por meio do levantamento das anotações contidas nos prontuários individuais e

familiares dos usuários atendidos em uma unidade da ESF, no município de Ribeirão Preto, no período de agosto de 2007 a agosto de 2009.

O local de estudo foi escolhido segundo suas características individuais; essa unidade possui uma população com evolução estacionária, composta por menores proporções de crianças pequenas, e é representada por uma alta proporção de adultos jovens e concentração de idosos acima da média brasileira²², além de possuir uma cobertura por planos privados semelhante à média municipal.

Essas características foram de fundamental importância, pois garantiram ao estudo uma avaliação longitudinal, já que a população da unidade sofreu pouca alteração ao longo do período estudado. Essa estabilidade populacional contribuiu para a seleção dessa unidade como campo de estudo. Foi realizado também um projeto piloto, para testar o formulário (anexo 1) e avaliar as características da Unidade de Saúde escolhida.

4.4 Aspectos éticos

Todas as etapas da pesquisa, revisão dos prontuários, preenchimento das tabelas e análise dos resultados, seguiram as diretrizes do Código de Ética, tomando-se cuidado para que fossem omitidas quaisquer informações que pudessem identificar os sujeitos da pesquisa, assegurando sua confidencialidade. Foi solicitada a autorização aos serviços de saúde em questão para a realização do projeto de pesquisa naqueles serviços (anexo 6).

O projeto de pesquisa foi então submetido à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- USP, em atendimento à resolução 196/96 (Número do Parecer: 314.878).

4.5 Coleta de dados

Foi feito um estudo retrospectivo de desenho transversal, cujos dados foram gerados por meio de levantamento de anotações contidas nos prontuários individuais dos usuários com transtornos mentais atendidos na Unidade de Saúde da Família. A princípio, o diagnóstico dos transtornos mentais foi dado pelo médico de família e pelos residentes de Medicina de Família e Comunidade da equipe de Saúde da Família e, posteriormente, confirmado pela equipe de apoio matricial.

A equipe médica da saúde da família foi treinada pela equipe de apoio matricial para utilizar o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), uma entrevista semiestruturada para diagnosticar transtornos mentais, traduzida e validada no Brasil para utilização na APS²³.

Foram coletadas e analisadas as seguintes variáveis: faixa etária distribuída conforme o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); sexo; doenças psiquiátricas, segundo a Classificação internacional das doenças versão 10 (CID 10)²⁴; medicamentos utilizados; número de consultas por pacientes; de encaminhamentos (psicoterapia e/ou nível secundário/terciário de atenção à saúde); profissional responsável pelo atendimento e número de atendimentos em conjunto com a estratégia de Consultoria/Matriciamiento em Saúde Mental e fatores estressores (morte de familiares, doenças crônicas, separação conjugal, violência familiar, etc.).

Foi avaliado ainda se, durante o período estudado, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) realizou algum registro no prontuário relacionado ao diagnóstico de transtorno mental referido pelo paciente, medicações (adesão, efeitos adversos), uso de álcool ou demais substâncias psicoativas, fatores estressores, indícios de descompensação (tentativa de suicídio, internações), orientações, entre outras.

4.5.1 Instrumento:

Foi utilizada como instrumento de coleta de dados a Ficha de atendimentos (anexo 1), com as seguintes variáveis:

- a) Ficha: número de identificação da ficha;

- b) Hg: número Hygia que identifica o usuário no serviço municipal de saúde de Ribeirão Preto;
- c) Fam: número da família;
- d) MA: número da Micro área da família;
- e) Inic: iniciais do nome do usuário;
- f) Faixa etária: seguiu os padrões estabelecidos pelo SIAB;
- g) Sexo: masculino ou feminino;
- h) Diag Princ: diagnósticos principais relacionados aos transtornos mentais;
- i) Medicções: principais medicações prescritas, sua dose e o número de tomadas diárias, divididas em:

1. Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina (ISRS);
2. Antidepressivo Tricíclico (ADT);
3. Antipsicótico Típico (AP TÍPICO);
4. Antipsicótico Atípico (AP ATÍPICO);
5. Anti-histamínico;
6. Benzodiazepínico (BZD);
7. Lítio;
8. Anticonvulsivante;
9. Outros: outras medicações prescritas que não constem na lista.

- a) N Cons ESF: esta variável estudou o número de consultas realizadas pela equipe de Estratégia de Saúde da Família;
- b) N Cons SM: esta estudou o número de consultas realizadas em conjunto com a equipe de consultoria em Saúde Mental;
- c) Enc: esta estudou o número de encaminhamentos realizados para outros serviços.

Esse instrumento foi preenchido com dados dos prontuários individuais dos pacientes. Para tal, foi solicitada ao Comitê de Ética em Pesquisa dispensa do termo de consentimento para manipulação dos prontuários (Anexo 2).

4.6 Análise de dados

Os dados coletados foram digitados no programa Epidata, versão 3.2, simultaneamente à coleta para análise. Após toda a coleta e digitação, foi criada uma máscara do banco de dados no programa Epi Info 6, e teve início a análise descritiva dos dados.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 Qualidade dos Prontuários

O trabalho foi realizado mediante levantamento de dados primários contidos nos prontuários da unidade de saúde. Desse modo, a qualidade desses prontuários está diretamente relacionada à qualidade dos dados.

Mesmo sabendo que quando se escolhe uma unidade escola que é utilizada como campo de estágio de alunos e residentes seus prontuários tendem a ser mais bem organizados, optou-se por analisar se os prontuários da unidade continham as informações necessárias condizentes com as orientações do Conselho de profissões, como, por exemplo, o Conselho Federal de Medicina e o Ministério da Saúde^{25, 26}. Seguem os dados utilizados no gráfico adiante:

Gráfico 1. Qualidade das informações contidas nos prontuários da unidade estudada. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2007 a 2009.

5.2 Características da Unidade

A Unidade de Saúde da Família vinculada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP abrangia, segundo dados do SIAB, uma área em que 2380 pessoas (748 famílias) estavam cadastradas e eram acompanhadas na unidade. A distribuição dessa população conforme idade e sexo está esquematizada na tabela a seguir:

Tabela 1. População da unidade segundo faixa etária e sexo. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2007 a 2009.

Idade (anos)	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	Total
Masc	5	37	13	33	65	61	365	137	133	259	1108
Fem	4	28	22	40	46	76	357	176	163	360	1272
Total	9	65	35	73	111	137	722	313	296	619	2380

Fonte: SIAB (Sistema de informação da Atenção Básica) 2009.

5.3 Perfil dos usuários com Transtornos Mentais:

Dos 2380 usuários cadastrados na unidade, foram identificados 141 (5,92%) que precisaram de algum atendimento em Saúde Mental durante o período estudado. Cabe destacar que os 141 usuários com diagnóstico de transtorno mental foram responsáveis por gerar um total de 612 consultas ao longo dos dois anos avaliados, o que variou conforme a necessidade e complexidade de cada caso.

Segue na tabela 2, adiante, o número de atendimentos necessários durante o período do estudo:

Tabela 2. Número necessário de consultas realizadas na Unidade de Saúde da Familiar a pacientes com transtornos mentais em Ribeirão Preto (SP), 2007 a 2009.

Nº de pacientes (%)	Nº de consultas por paciente
7 (5,0)	Uma
19 (13,7)	Duas
23 (16,5)	Três
26 (18,7)	Quatro
15 (10,8)	Cinco
24 (17,3)	Seis
25 (18,0)	Sete
141 (100,0)	Total

Desses usuários, 84% eram do sexo feminino e 16% do sexo masculino, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 2. População atendida na Unidade de Saúde da Família, segundo o sexo. Ribeirão Preto (SP) entre 2007 e 2009.

Os Transtornos Mentais se concentram principalmente na faixa etária dos adultos jovens e idosos, embora também apareçam em menor grau em crianças e adolescentes, de acordo com o gráfico 3, em seguida:

Gráfico 3. População atendida na Unidade de Saúde da Família segundo a faixa etária. Ribeirão Preto (SP) 2007 a 2009.

Durante a revisão dos prontuários, foram identificados os seguintes fatores estressores/ agravantes registrados durante as consultas:

Gráfico 4. Fatores estressores associados aos pacientes atendidos na Unidade de Saúde da Família. Ribeirão Preto (SP), 2007 a 2009.

Os diagnósticos encontrados estão dispostos no gráfico 6, adiante, com destaque para depressão, identificada em 71,2% das pessoas, e ansiedade, identificada em 43,8%. Cabe destacar que, em alguns casos, esses transtornos coexistiam em um mesmo indivíduo:

Gráfico 5. Diagnósticos (%) de Transtornos Mentais dos pacientes atendidos na Unidade de Saúde da Família. Ribeirão Preto (SP) 2007 a 2009.

Durante a coleta de dados, foram identificados nesses prontuários registros de alguns fatores referentes aos hábitos dos pacientes. A distribuição desses fatores está descrita na tabela adiante:

Tabela 3. Pacientes segundo hábitos associados, Ribeirão Preto (SP) 2007 e 2009.

Fatores Associados	Pacientes %	Pacientes Nº
Álcool	8,6	12
Tabagismo	13,6	19
Drogas	2,9	4

Segundo os achados, o hábito de fumar foi o mais frequente entre os usuários (13,6%), seguido do uso de álcool (8,6%) e drogas ilícitas (2,9%).

5.4 Tratamento

Alguns exemplos de orientações não farmacológicas e sua frequência de registro nos prontuários estudados estão descritos na tabela 4, a seguir:

Tabela 4. Tratamento não farmacológico proposto na Unidade de Saúde da Família. Ribeirão Preto (SP) entre 2007 e 2009.

Tratamento não-Farmacológico	%	Nº
Atividade Física	36,6	51
Atividades Prazerosas	25,2	35
Exercícios de Respiração	2,8	4
Higiene do Sono	5,7	8

A recomendação mais encontrada nos prontuários dos pacientes foi a atividade física, com 37%, seguida pela recomendação de se praticar atividades prazerosas, 26%, higiene do sono, 6%, e exercícios de respiração, 3%.

Quanto aos medicamentos utilizados no tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais atendidos na Unidade de Saúde da Família I, foram encontradas as seguintes classes:

Tabela 5. Classe medicamentosa utilizada na Unidade de Saúde da Família. Ribeirão Preto (SP). 2007 a 2009.

Classes de medicamentos	Geral	Depressão	Ansiedade
Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina	81,5	86,5	85,7
Antidepressivo Tricíclico	6,5	9,9	1,3
Antipsicótico típico	3,9	3,8	0,0
Antipsicótico atípico	1,5	0,2	0,0
Anti-histamínico	8,6	7,9	9,6
Benzodiazepínico	13,5	12,0	17,6

O medicamento mais utilizado dentre os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina foi a Fluoxetina (72%), seguida pela Sertralina (26%). Entre os benzodiazepínicos, o mais utilizado foi o Diazepam (66%), seguido pelo Clonazepam (25%) e Bromazepam (7%). O antidepressivo tricíclico mais prescrito foi a Amitriptilina (75%), seguida pela Nortriptilina (7%). Por fim, o anti-histamínico mais utilizado para auxiliar como indutor de sono foi a Prometazina (100%).

Após análise da resposta terapêutica, encontrou-se, conforme tabela 6, a seguir, que 70,3% dos 612 atendimentos apresentaram registro de melhora parcial ou total dos sintomas durante o período estudado:

Tabela 6. Resposta ao tratamento na Unidade de Saúde da Família de Ribeirão Preto (SP) entre 2007 e 2009.

Resposta ao Tratamento	%	
Resposta Total	43,0	263
Resposta parcial	27,3	167
Sem Resposta	27,8	170
Em branco	1,9	12

Os casos mais graves, em que o acompanhamento se mostrou mais complexo, foram encaminhados aos demais níveis de atenção da secretaria de saúde do município. Sua distribuição está exposta na tabela 7, adiante:

Tabela 7. Necessidade de encaminhamentos a outros níveis de atenção em Ribeirão Preto (SP) entre 2007 e 2009.

Encaminhamento	%	Nº
Psicoterapia	16,0	24
Ambulatório de Saúde Mental	0,6	1
Unidade de Urgência e Emergência	1,8	3
Consultoria em Saúde Mental	15,9	23
Acompanhado na Unidade de Saúde da Família	65,7	93

Os casos mais complexos foram encaminhados para os outros níveis de atenção, como psicoterapia (16%), ambulatório de Saúde Mental (0,6%), Unidade de Urgência e Emergência (1,8%) e consultoria em Saúde Mental (realizada na própria unidade) (15,9%). A equipe de saúde da família conduziu 65,7% dos pacientes.

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

6.1 Qualidade dos Prontuários

Para efeito de análise da qualidade do prontuário, neste trabalho, foi considerada a presença dos atributos nos prontuários, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina e *Portaria GM nº. 3.947/98*, do Ministério da Saúde, que regulamentam o prontuário médico e os sistemas de informações em saúde^{25, 26}.

Ao analisar o gráfico 1, considera-se que os prontuários estudados são de boa qualidade, pois, praticamente, todos apresentaram os dados completos dos usuários e dos profissionais responsáveis pela assistência.

Entre todos os prontuários, mais de 99% continham o nome completo do usuário, endereço, data de nascimento, anamnese e o exame físico de forma legível, e apenas 5% não continham o nome completo e legível da mãe do usuário. Entretanto, essa informação constava na ficha da família do usuário, não prejudicando seu atendimento na unidade e no sistema de saúde municipal. A assinatura do profissional que realizou o atendimento estava presente em todos os prontuários, e em 39,6%, vinha acompanhada do número do registro profissional.

Em todos os prontuários familiares estudados, foi encontrado ao menos um registro do ACS a respeito da saúde mental durante o período. Por exemplo, o diagnóstico, as medicações utilizadas, os fatores estressores, a resposta terapêutica e as orientações gerais. Esse fato evidencia o bom vínculo entre o ACS e a população assistida, além de destacar a importância desse profissional no seguimento dos pacientes.

6.2 Característica da Unidade

A população cadastrada a essa unidade é composta principalmente por adultos e idosos, com poucas crianças e adolescentes, conforme a tabela 1. Característica bem diferente da distribuição populacional da cidade de Ribeirão Preto, do estado de São Paulo e do Brasil, composta por um grande número de

crianças, adolescentes e adultos jovens, com poucos idosos. Existe uma proporção muito equilibrada entre homens (47%) e mulheres (53%).

Essas características podem contribuir para o acometimento da população por transtornos mentais comuns, em razão de seu ciclo de vida atual, principalmente nos idosos, com limitações fisiológicas e perdas familiares que podem, muitas vezes, ser responsáveis pelo adoecimento psíquico do indivíduo.

6.3 Perfil dos usuários com transtornos mentais:

Dos 2380 usuários cadastrados na unidade, foram identificados 141 que precisaram de algum atendimento em Saúde Mental durante os dois anos de análise de dados, resultando em uma prevalência de 5,92%.

Devido à prevalência de portadores de sofrimento mental nos usuários da Estratégia de Saúde da Família, é necessária a inclusão de algumas medidas, por exemplo, intervenção preventiva e terapêutica em saúde mental, assim como já existem nos casos de problemas clínicos, como hipertensão arterial e diabetes.

Dessa maneira, a Estratégia de Saúde da Família poderá contemplar o atendimento aos portadores de condições médicas prevalentes, inclusive para que usuários portadores de outras morbidades além dos transtornos mentais possam aderir melhor ao tratamento²⁷.

Essas 141 pessoas com algum transtorno mental foram responsáveis por gerar um total de 612 consultas ao longo dos dois anos avaliados, que variou conforme a necessidade e complexidade de cada caso, representando mais de um atendimento focado em saúde mental por dia de trabalho.

Na tabela 2, foi registrado o número de atendimentos necessários ao longo do período do estudo. Durante a análise desses dados, cabe lembrar a continuidade e a longitudinalidade do seguimento na saúde da família, pois a observação dos casos ocorreu em um período de dois anos (agosto de 2007 a agosto de 2009).

Dessa forma, a duração de cada episódio em particular foi extremamente variável dentro desse período; ou seja; existiram pacientes que já estavam em tratamento há alguns anos antes do estudo e outros que foram diagnosticados no

final dessa avaliação e mantiveram o seguimento na unidade após o término dessa avaliação.

Ao analisar a tabela 2, é possível notar que apenas 5% dos pacientes realizaram apenas uma consulta, provavelmente por se tratar de episódios pontuais que se resolveram após uma breve intervenção ou por ter iniciado esse episódio no fim do período de estudo, não sendo possível acompanhar sua evolução.

A moda encontra-se em quatro consultas, com 18,7% dos pacientes. A grande maioria, 64,8% dos indivíduos, necessitou de quatro ou mais consultas nesse período.

A maior parte dos pacientes com transtornos mentais acompanhados na unidade é do sexo feminino (84%). Essa maior prevalência encontrada nos estudos pode ser resultado da mudança de papel que a mulher tem assumido na sociedade e na economia nos últimos anos.

As mulheres têm buscado o mercado de trabalho para complementar a renda familiar e alcançar sua realização profissional, sem se descuidar de outras atividades relacionadas ao cuidado com a família, casa e maternidade. O manejo dessa dupla jornada de trabalho pode contribuir para um maior sofrimento psíquico²⁸.

O perfil etário dos pacientes seguidos na unidade de Saúde da Família I apresentou um predomínio na faixa etária de 20 a 39 anos, com 28,8%, seguida pela faixa etária de 50 a 59 anos e 60 anos ou mais, com 24,5% cada. Com o aumento da expectativa de vida, as pessoas estão cada vez mais expostas a doenças crônicas, limitações físicas, prejuízo cognitivo, possibilidade de acidentes e de isolamento social, podendo contribuir para um maior comprometimento da saúde mental nos idosos²⁹.

É possível notar, no cotidiano da atenção à saúde e na literatura científica, a presença de alguns fatores estressores associados a pacientes portadores de transtornos mentais. Neste estudo, foi identificada a descrição no prontuário de comorbidades, como doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes, demência, dentre outras), dor crônica (fibromialgia, doenças reumáticas, dor pélvica crônica, osteoartrose), violência doméstica, morte na família, desemprego, drogadição, dentre outros, em mais da metade dos pacientes.

As doenças crônicas e os fatores estressores parecem estar associados aos transtornos mentais, pois demandam cuidados e impõem limitações. No entanto, o

número de enfermidades e fatores apresentados pelo indivíduo tem se mostrado mais relevante do que cada enfermidade isoladamente³⁰.

Os transtornos mentais mais frequentemente encontrados neste trabalho foram o transtorno depressivo maior e o transtorno de ansiedade generalizada, descritos como duas das condições psiquiátricas mais prevalentes na população geral. Em estudo semelhante, realizado apenas com os pacientes considerados mais complexos e atendidos por uma equipe de matriciamento em saúde mental, foram encontrados resultados parecidos: 61% de transtornos depressivos e 33% de transtornos ansiosos, 11% de esquizofrenia e 11% de transtornos de personalidade^{27, 31}.

O tratamento não farmacológico pode e deve ser indicado em todos os casos de transtornos mentais, seja de maneira exclusiva nos casos mais leves, ou como adjuvante nos casos mais graves. Alguns exemplos de terapia não farmacológica que auxiliam no tratamento dos transtornos mentais comuns são: a atividade física, com benefícios em todos os transtornos mentais, atividades prazerosas, principalmente em transtornos de humor, exercícios de respiração nos transtornos ansiosos e a higiene do sono nos transtornos que cursam com insônia.

Nos prontuários estudados, havia registro direto de orientações a respeito do tratamento não farmacológico oferecido aos pacientes. Dentre essas orientações, a atividade física foi a mais prescrita (36,6%), seguida por atividades prazerosas (25,2%)³².

Essas recomendações auxiliam consideravelmente no tratamento e podem ser oferecidas em conjunto, independentemente do diagnóstico. Contudo, destaca-se que foi encontrado um pequeno número de recomendações, pois o trabalho se baseou em informações colhidas nos prontuários, e muitas vezes, as orientações não farmacológicas são realizadas nas consultas, mas não são registradas no prontuário.

Quanto ao tratamento medicamentoso, os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) foram os mais prescritos em 81,5% dos casos, seguidos pelos benzodiazepínicos, 13,5% dos casos, anti-histamínico, 8,6%, e antidepressivos tricíclicos, 6,5%, seja nos transtornos de humor (Depressão e ansiedade) ou em todas as doenças psiquiátricas de uma maneira geral. A fluoxetina pode ter sido o ISRS mais utilizado (72%) por ser amplamente conhecido entre os médicos, seguido pela Sertralina (26%)³².

Entre os benzodiazepínicos, o mais utilizado foi o Diazepam (66%), seguido pelo Clonazepam (25%) e Bromazepam (7%). O antidepressivo tricíclico mais prescrito foi a Amitriptilina (75%), seguida pela Nortriptilina (7%). Por fim, o único anti-histamínico utilizado para auxiliar como indutor de sono foi a prometazina³².

Conforme exposto na tabela 6, nota-se que houve resposta terapêutica satisfatória em 70,3% dos 612 atendimentos realizados. Em 27,8% dos atendimentos, não houve melhora terapêutica, porque esses pacientes estavam em processo de ajuste terapêutico. Esse número não significa falha terapêutica, visto que, em apenas 17% dos atendimentos, foi necessário encaminhar o paciente.

Os atendimentos em que a resposta terapêutica esperada não ocorreu tiveram seu tratamento medicamentoso ajustado (seja pelo aumento na dose do medicamento atual, substituição ou associação de outra medicação). Infelizmente, nesses casos, não foi possível, pela metodologia utilizada, descrever como esse manejo foi realizado.

A equipe de Saúde da Família conduziu 65,7% dos atendimentos sem a necessidade de encaminhar os pacientes para os demais níveis de atenção. Quando somados aos atendimentos em conjunto com a equipe de consultoria e Saúde Mental, nota-se que a capacidade de seguimento na própria unidade sobe para 81,6% dos problemas em saúde mental. Esse resultado foi possível porque a equipe de saúde da família foi preparada ao longo dos anos de matriciamento em saúde mental. Essa acessibilidade gerou a experiência e segurança necessárias para conduzir os casos.

É de surpreender a diversidade dos problemas de saúde que fazem parte do escopo de atuação do médico de família e comunidade e da equipe de saúde da família e comunidade na prática diária dentro da APS ³².

Eventualmente, um problema de saúde mental pode ser o principal motivo que leva a pessoa a procurar o serviço de saúde, seja um transtorno definido ou alguma crise em seu ciclo de vida. Portanto, a saúde mental deve fazer parte das ferramentas de atuação do médico que trabalhe com cuidados primários, pois, em algum momento, essa demanda irá surpreendê-lo³².

De acordo com os dados encontrados, foi observado que a prevalência encontrada está bem próxima da de outros estudos que avaliaram a Saúde Mental na Atenção Primária, e que esses usuários receberam tratamento adequado, pois os

resultados revelaram uma ótima resolutividade. O acesso constante e sistemático à equipe matriciadora foi fundamental para esse resultado.

Esse contato possibilitou o acompanhamento de casos considerados mais graves ou complexos pela equipe de ESF e auxiliou na sua capacitação para manejá-los, provavelmente ajudando a evitar o sentimento de insegurança perante os problemas de saúde mental, tão comumente descritos entre as equipes de APS¹⁵.

Essa experiência de colaboração intensiva vem ao encontro da normatização das atividades do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) pelo Ministério da Saúde em 2008, que tinha como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica e sua resolubilidade³³. Ademais, está em conformidade com a estratégia de humanização da assistência ao usuário que o MS conceituou, em 2004, como Equipe Matricial:

[...] que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência (equipe da ESF). A equipe de referência e o apoio matricial, juntos, permitem um modelo de atendimento voltado para as necessidades de cada usuário: as equipes conhecem os usuários que estão sob o seu cuidado e isso favorece a construção de vínculos terapêuticos e a responsabilização (definição de responsabilidades) das equipes. Permite ainda a expressão dos saberes, desejos e práticas dos profissionais, bem como um melhor acompanhamento do processo saúde/doença/intervenção de cada sujeito-usuário³⁴.

Organizada desse modo, a colaboração entre os níveis de atenção facilita a disponibilidade de cuidados para cada indivíduo e o uso mais eficiente dos recursos do sistema de saúde coletivamente, por meio da organização do atendimento em etapas específicas, conforme diretrizes previamente pactuadas e constantemente atualizadas e flexibilizadas segundo a necessidade, nos espaços e tempos de encontros das equipes de APS e Especializadas em Saúde Mental.

Potencialmente, pode tanto evitar o acúmulo de casos de pouca complexidade/gravidade nos serviços especializados, quanto permitir acesso rápido e ágil aos tratamentos que só podem ser realizados por profissionais especializados para casos/situações de maior complexidade/ gravidade ^{11, 12,13}.

Assim, a descrição dessa experiência pode ajudar na organização detalhada da cooperação entre saúde da família/saúde mental em outros sistemas locais de saúde, possibilitando incluir, desde o início, os componentes estruturais necessários

para o seu bom desenvolvimento. Foi possível constatar que, com essa organização do atendimento, mesmo nesse grupo de pacientes com transtornos mentais de grande complexidade/gravidade, apenas uma pequena parcela necessitou de acompanhamento em serviço especializado de saúde mental.

Uma limitação identificada nas atividades desenvolvidas foi a indisposição de alguns pacientes em participar do atendimento conjunto, em razão da presença de vários profissionais na sala de atendimento (médico, enfermeiro, psicólogo, residentes, alunos de graduação).

Além disso, cabe ressaltar que os estudos foram realizados em unidades de saúde vinculadas a uma universidade pública, que dispõe dessa atividade de matriciamento em saúde mental e que não representa a realidade do município. Isso porque essa, por vezes, esbarra em entraves técnicos, principalmente pela falta de capacitação por parte dos profissionais que trazem consigo o modelo de atenção tradicionalmente ensinado nas faculdades, com pouco ou nenhum incentivo para o apoio matricial.

Dentro da universidade, esse modelo de colaboração intensiva também pode colaborar para a formação adequada em Saúde Mental/Psiquiatria, tanto na graduação médica quanto na residência de Medicina de Família e Comunidade, conforme descrito em outros trabalhos, ao oferecer uma educação permanente adequada às necessidades e demandas encontradas em APS²². Todavia, não deveriam limitar-se exclusivamente a unidades de saúde atreladas ao ensino, uma vez que a interface entre a Saúde da Família e a Saúde Mental representa um importante instrumento para a integralidade do cuidado.

A inserção do cuidado em saúde mental na APS é fundamental, pois, com ações específicas, é possível fornecer um diagnóstico mais preciso, um tratamento mais bem planejado e, conseqüentemente, uma diminuição nos gastos públicos com suas possíveis complicações.

Modelos de intervenções psicossociais leves e de baixo custo podem auxiliar na atenção ao sofrimento mental no contexto de saúde oferecido na APS, com a ideia de resolver crises vitais e resolver sintomas agudos, contribuindo para um melhor cuidado do usuário e do ambiente onde se insere. Com a utilização desses recursos e de recursos medicamentosos quando necessário, seria possível diminuir a superutilização dos serviços de saúde e a demanda³⁵.

[...] Nascidas com a redemocratização, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica são parte de um Brasil que escolheu garantir a todos os seus cidadãos o direito à saúde. Não é por acaso que, tanto no campo da Atenção Básica quanto da Saúde Mental, saúde e cidadania são indissociáveis¹⁸.

Apesar de algumas limitações - como a indisposição que alguns pacientes encontram em um atendimento com vários profissionais (médico, enfermeiro, psicólogo, residentes, alunos de graduação) na confusão da demanda daquela consulta (saúde mental ou outra condição médica geral) - além da dificuldade de organizar e reservar um espaço na agenda da unidade para contemplar os atendimentos conjuntos em meio às várias demandas do cotidiano da atenção primária - os resultados ilustram que a interface entre a Saúde da Família e a Saúde Mental representa um importante instrumento para a integralidade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, objetivou-se a descrever o perfil do acompanhamento do paciente portador de um transtorno mental na APS. Nesse contexto, a metodologia utilizada foi fundamental para atingir esse objetivo.

Foram apresentadas algumas limitações, como a dificuldade de utilizar os dados contidos nos prontuários dos pacientes, já que esses, muitas vezes, não apresentavam todos os dados colhidos durante a consulta médica. Assim, sugerem-se outros estudos que se aprofundem nessa temática, como a influência desses fatores estressores na gênese dos transtornos mentais.

Dessa maneira, com esta pesquisa, foi possível contribuir para estimular novas discussões na área da Saúde Mental dentro do âmbito da APS, para que mais pacientes também tenham um acompanhamento adequado durante esse período de suas vidas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2009; 18(1):23-33.
2. Vazquez-Barquero JL, Herran A, Simon JA. Epidemiology of mental disorders in the community and primary care. In: Tansella M, Thornicroft G, editors. *Common Mental Disorders in Primary Care*. London, UK: Routledge; 1999. p. 3–16.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, s/d. Disponível em [[http://portal da saúde. gov.br](http://portal.da.saude.gov.br)]. Acessado em setembro de 2008.
4. Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, Bienvenu OJ, Clarke D, Alexandre P. The burden of mental disorders. *Epidemiol Rev.* 2008; 30:1-14.
5. Jenkins R, Singh B. Mental disorder and disability in the population. In: Thornicroft G, Szukler G, editors. *Textbook of Community Psychiatry*. Avon, UK: Oxford University Press; 2001. p. 101–16.
6. Knapp M. The costs of mental disorders. In: Thornicroft G, Szukler G, editors. *Textbook of Community Psychiatry*. Avon, UK: Oxford University Press; 2001. p. 129–40.
7. Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet E, Fayyad J et al. Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychol Med.* 2009;39(1):33-43.
8. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, World Health Organization, 2003.

9. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 2007; 370(9590): 841-50.
10. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization, 2001.
11. Integrating mental health in primary care: a global perspective. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca) 2008.
12. Kates N, Craven M; Collaborative Working Group of the College of Family Physicians of Canada, Canadian Psychiatric Association. Shared mental health care. Update from the Collaborative Working Group of the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association. *Can Fam Physician*. 2002;48:936.
13. Unutzer J, Schoenbaum M, Druss BG, Katon WJ. Transforming mental health care at interface with general medicine: report for the President's commission. *Psychiatr Serv*. 2006;57(1):37-47.
14. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*. 2009;18(1):63-74.
15. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(1):129-138.
16. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.
17. SOUZA, LGS et al . Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, Dec. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

- 12902012000400019&lng=en&nrm=iso>. access on 06 May 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400019>.
18. 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. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)
19. Campos RO, Gama C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada / Gastão Wagner de Sousa Campos, André Vinicius Pires Guerrero, organizadores; autores Adriana Cosserat al...2ª ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. P.221-46.
20. Oliveira GN. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada / Gastão Wagner de Sousa Campos, André Vinicius Pires Guerrero, organizadores; autores Adriana Cosserat al...2ª ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. P.273-82.
21. Campos MAF, Forster AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. Rev. bras. educ. med. [online] 2008; 32(1) [capturado 15 ago. 2008]: 83-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n1/11.pdf>
22. Caccia-Bava MC, Forster AC, Laprega MR, Silva AS, Santos LL. A Atenção Básica à Saúde e a estratégia Saúde Familiar. In: Santoro JR. Ecologia e Desenvolvimento Humano. 1ª ed. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2008. P.253-68.
23. De Azevedo Marques JM, Zuardi AW. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. Gen Hosp Psych. 2008; 30: 303-310. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.02.001>

24. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997
25. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União 2002; 9 ago.
26. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 3.947 de 25 de novembro de 1998. Trata da compatibilização de Sistemas de Informação Saúde de base nacional. Diário Oficial da União 1998; 26 nov.
27. Gonçalves Daniel Maffasioli, Kapczinski Flavio. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2008 Sep [cited 2013 Nov 05] ; 24(9): 2043-2053. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900010>.
28. Gastal Fábio Leite, Leite Sérgio Soares Olivé, Treptow Erika Cristine, Marini Stela Scaglioni, Noal Maurício Vargas, Binz Mario Arthur Rockenbach et al . Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [periódico na Internet]. 2006 Dez [citado 2013 Nov 05] ; 28(3): 245-254. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300004&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000300004>.
29. Borim Flávia Silva Arbex, Barros Marilisa Berti de Azevedo, Botega Neury José. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2013 July [cited 2013 Nov 05] ; 29(7): 1415-1426. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700015>.

30. Coelho Fábio Monteiro da Cunha, Pinheiro Ricardo Tavares, Horta Bernardo Lessa, Magalhães Pedro Vieira da Silva, Garcias Carla Maria Maia, Silva Cibele Vargas da. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2009 Jan [cited 2013 Nov 05]; 25(1): 59-67. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100006>.
31. Binotto AL, Santos LL, Lourosa QL, Sant'Anna SC, Zanetti ACG, Forster AC, Marques JMA. Interface saúde da família&saúde mental: uma estratégia para o cuidado. *Ver bras med fam comunidade*. Florianópolis, 2012, Abr.-Jun.; 7(23):83-9.
32. Albuquerque MAC, Dias LC. Abordagem em Saúde Mental pelo Médico de Família In: Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática/Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes. – Porto Alegre: Artmed 2012. P. 233-40.
33. Brasil. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 jan. 2008. Seção 1, n. 18, p. 47-49.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
35. Molina Mariane Ricardo Acosta Lopez, Wiener Carolina David, Branco Jerônimo Costa, Jansen Karen, Souza Luciano Dias Mattos De, Tomasi Elaine et al . Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev. psiquiatr. clín.* [serial on the Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 05]; 39(6): 194-197. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000600003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000600003>.

ANEXOS

ANEXO 1

Município de Ribeirão Preto Núcleo Saúde da Família
Atendimentos realizados NSF - Consultoria FICHA: 2010

Preenchimento dos dados no prontuário (1=sim 2=não)

Nome usuário Nome da mãe Data nascimento Endereço
Identificação Profissional Anamnese Exame físico Dados legíveis

Higiê: Família: Micro: Iniciais:

Faixa etária SIAB: 5 a 9 10 a 14 15 a 19 20 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 e + Sexo: 1-masc 2-fem Gestação: 1=sim 2=não

Condições associadas (1=sim 2=não)

AVC IRC Morte Separação
Dor Crônica Doença crônica IAM CA Desemprego Violência doméstica

DIAGNÓSTICOS: 1- EDM; 2-TAG; 3-ESQ; 5-TEPT; 6-TPEI; 7-TOC; 8-SPA; 9-Outro

PRIMEIRA CONSULTA

Data 1ª consulta FR: 1=sim 2=não Álcool Tabagismo Drogas
DPrinc T.DP DSec T.DS
outro: outro: outro: outro:
Não Farmacológico (1=sim 2=não): Ativ. Física Ativ Prazerosas Respiração Hig. sono
Farmacológico TP (tempo) 1=contínuo 2=não (ADESÃO: 1-SIM sem EA; 2-SIM com EA; 3-NÃO sem EA; 4-NÃO com EA)
1-ISRS: dose: outro: dose: TP: Adesão 5-Ant H: dose: outro: dose: TP: Adesão
2-ADT: dose: outro: dose: TP: Adesão 6-BZD: dose: outro: dose: TP: Adesão
3-Ap T: dose: outro: dose: TP: Adesão 7-Litio: dose: outro: dose: TP: Adesão
4-Ap At: dose: outro: dose: TP: Adesão 8-Ant C: dose: outro: dose: TP: Adesão
9 - Outra classe: dose: outro: dose: TP: Adesão Encaminhamento: Resposta ao tto:

SEGUNDA CONSULTA

Data 2ª consulta FR: 1=sim 2=não Álcool Tabagismo Drogas
DPrinc T.DP DSec T.DS
outro: outro: outro: outro:
Não Farmacológico (1=sim 2=não): Ativ. Física Ativ Prazerosas Respiração Hig. sono
Farmacológico TP (tempo) 1=contínuo 2=não (ADESÃO: 1-SIM sem EA; 2-SIM com EA; 3-NÃO sem EA; 4-NÃO com EA)
1-ISRS: dose: outro: dose: TP: Adesão 5-Ant H: dose: outro: dose: TP: Adesão
2-ADT: dose: outro: dose: TP: Adesão 6-BZD: dose: outro: dose: TP: Adesão
3-Ap T: dose: outro: dose: TP: Adesão 7-Litio: dose: outro: dose: TP: Adesão
4-Ap At: dose: outro: dose: TP: Adesão 8-Ant C: dose: outro: dose: TP: Adesão
9 - Outra classe: dose: outro: dose: TP: Adesão Encaminhamento: Resposta ao tto:

TERCEIRA CONSULTA

Data 3ª consulta FR: 1=sim 2=não Álcool Tabagismo Drogas
DPrinc T.DP DSec T.DS
outro: outro: outro: outro:
Não Farmacológico (1=sim 2=não): Ativ. Física Ativ Prazerosas Respiração Hig. sono
Farmacológico TP (tempo) 1=contínuo 2=não (ADESÃO: 1-SIM sem EA; 2-SIM com EA; 3-NÃO sem EA; 4-NÃO com EA)
1-ISRS: dose: outro: dose: TP: Adesão 5-Ant H: dose: outro: dose: TP: Adesão
2-ADT: dose: outro: dose: TP: Adesão 6-BZD: dose: outro: dose: TP: Adesão
3-Ap T: dose: outro: dose: TP: Adesão 7-Litio: dose: outro: dose: TP: Adesão
4-Ap At: dose: outro: dose: TP: Adesão 8-Ant C: dose: outro: dose: TP: Adesão

ANEXO 2

Universidade de São Paulo

Campus de Ribeirão Preto

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Telefone: PABX 633-3035 - Telex (0166)354 - FAX (016)633-1586

14049-900 - Ribeirão Preto - São Paulo

Prezado Coordenador

Conforme resolução CNS 196/96/IV.3.C vimos por meio deste, solicitar a dispensa do termo livre esclarecido para utilizarmos os prontuários individuais dos usuários atendidos nos Núcleos de Saúde da Família I e IV dado que se trata de um levantamento retrospectivo, em fontes de dados secundários.

Atenciosamente,

André Luiz Binotto

Pesquisador e mestrando do programa de pós-graduação Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP.

Prof.^a. Dra. Aldaísa Cassanho Foster

Orientadora e Docente do Departamento de Medicina Social

ANEXO 3

Universidade de São Paulo

Campus de Ribeirão Preto

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Telefone: PABX 633-3035 - Telex (0166)354 - FAX (016)633-1586

14049-900 - Ribeirão Preto - São Paulo

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Eu, abaixo assinado, tenho recebido as informações sobre a pesquisa: *“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS ACOMPANHADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA.”* declaro estar ciente e de que estou de acordo com a realização da pesquisa no Núcleo de Saúde da Família I do Centro de Atenção Primária da FMRP - USP, no município de Ribeirão Preto.

Ribeirão Preto, data: _____/_____/_____

Núcleo de Saúde da Família I

ANEXO 4

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

PROJETO DE PESQUISA

Ribeirão Preto, 10 de Abril 20 13.

Ilustríssima Senhora
Dr.^a Marcia Guimarães Villanova
MD. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Sistema UPC nº 6932

Senhora Coordenadora,

Encaminho em anexo o projeto de pesquisa intitulado

Perfil epidemiológico de pacientes com transtornos mentais acompanhados na atenção primária à saúde

juntamente com a documentação necessária para avaliação ética deste Comitê.

O projeto acima mencionado será desenvolvido no (a) departamento de medicina social

Informo também que o pesquisador responsável e o orientador possuem currículo Lattes.

O orçamento do presente projeto foi analisado pela equipe técnica da UPC antes da submissão ao Comitê e foi aprovado.

Equipe Técnica UPC

Ligia Moreira de Freitas

Ligia Moreira de Freitas
Auxiliar de Trabalho Científico
Matrícula 5149

Atenciosamente,

Cendri Luiz Binotto Cendri Luiz Binotto
Pesquisador Principal ou Aluno (nome completo e assinatura)

ALDAISA C FORSTER Aldais C. Forster
Pesquisador Principal ou Orientador (nome completo e assinatura)

De acordo:

Afor
Chefe de Departamento (assinatura e carimbo)
Prof. Dr. Afonso Dinis Costa Passos
Chefe do Depto de Medicina Social

Chefe do Ambulatório/ Laboratório (assinatura e carimbo)

Obs.: Caso algum chefe possua vínculo com a pesquisa, deverá ser solicitada assinatura do suplente.

Após assinatura em todos os campos, digitalizar toda a documentação do check list e encaminhar ao CEP via Plataforma Brasil.

HC - Campus Universitário
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

UNIDADE DE PESQUISA CLÍNICA
Fone: (16) 3602-2956 FAX: 3602-2956

Anexo 5

FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto SP.
Telefone: (0**16) 3602-0000/0001
Fax: (0**16) 3602-0029

Ribeirão Preto, 24 de outubro de 2012.

DECLARAÇÃO

Declaramos que o pesquisador **ANDRÉ LUIZ BINOTTO**, Mestrando do Programa Saúde na Comunidade, apresentou o projeto de Pesquisa intitulado: **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**, para apreciação sendo aprovado nos Núcleos de Saúde da Família I e IV do CSE-Sumarezinho-FMRP-USP. A Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa aguarda as questões éticas a serem apreciadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa, para que se inicie o desenvolvimento do estudo.

Profª. Dra. Nereida Kilza da Costa Lima
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa
CSE-FMRP-USP

Ilma. Senhora.

Profa. Dra. Aldaisa Cassanho Forster (orientadora)
Docente do Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Anexo 6

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Pesquisador: Andre Luiz Binotto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07447713.8.0000.5440

Instituição Proponente: Departamento de Medicina Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 314.878

Data da Relatoria: 20/05/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo retrospectivo de desenho transversal, que será realizado através do levantamento de prontuários individuais e familiares de usuários que foram atendidos no Núcleo de Saúde da Família I e IV (município de Ribeirão Preto-SP), durante o período de agosto de 2007 a agosto de 2009. O estudo terá amostra de conveniência considerando todos os atendidos nesses núcleos durante o período que compreende o estudo, que contenha no registro algum diagnóstico de sofrimento mental. Serão coletadas e analisadas variáveis como faixa etária, sexo, doenças psiquiátricas (CID-10), medicamentos utilizados, número de consultas, número de encaminhamentos (psicoterapia e/ou nível secundário e terciário de atenção à saúde), profissional responsável pelo atendimento em conjunto com a estratégia de consultoria/matriciamento em Saúde Mental, fatores estressores, registros do agente comunitário de saúde (saúde mental do paciente, diagnóstico, medicação, uso de substâncias como álcool e psicoativas, entre outras informações). Pacientes que mudaram de área de abrangência ou que faleceram, serão excluídos da amostra.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer e analisar o perfil epidemiológico dos usuários, portadores de transtornos mentais atendidos na atenção primária à saúde (Núcleo de Saúde da Família I e IV); conhecer e analisar o

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 314.879

perfil sócio, demográfico e assistencial dos usuários atendidos na unidade com registro de algum diagnóstico de sofrimento mental; Identificar presença ou não de fatores estressores durante o período da doença.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores não existem riscos visto que farão consultas a prontuários, no entanto, sabe-se que existem riscos quanto a identificação dos usuários. Quanto aos benefícios o estudo pode trazer conhecimento da realidade da Saúde Mental na atenção primária à saúde e trazer possibilidades de planejamento de melhorias do acesso e qualidade do atendimento dessa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa mostra-se relevante podendo contribuir para conhecimento específico desse tipo de população e para o aprimoramento de serviços.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O trabalho apresenta todos os termos necessários, sendo a dispensa do TCLE adequada.

Recomendações:

Não são necessárias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências o trabalho está aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 314.878

RIBEIRÃO PRETO, 25 de Junho de 2013

Assinador por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br