UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LEONARDO NAVES DOS REIS

Perfil epidemiológico de um serviço ambulatorial de saúde mental – uma análise descritiva e analítica

Ribeirão Preto

2012

LEONARDO NAVES DOS REIS

Perfil epidemiológico de um serviço ambulatorial de saúde mental – uma análise descritiva e analítica

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências, Programa de Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental.

Orientadora: Profª Drª Edilaine C. S. Gherardi Donato.

Ribeirão Preto

2012

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.

Catalogação da Publicação
Serviço de Documentação
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

REIS, Leonardo Naves dos

Perfil epidemiológico de um serviço ambulatorial de saúde mental – uma análise descritiva e analítica / Leonardo Naves dos Reis; orientadora Edilaine C. S. Gherardi Donato. – Ribeirão Preto, 2012.

68p.: il; 30cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: GHERARDI-DONATO, Edilaine C. S.

1. Saúde Mental. 2. Epidemiologia. 3. Hospitalização 4. Psiquiatria

Nome: REIS, Leonardo Naves dos
Título: Perfil Epidemiológico de um serviço ambulatorial de saúde mental – uma análise descritiva e analítica

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Ao meu pai, meu exemplo de honestidade, caráter, fé e dedicação, principal razão da minha inspiração. Saudades.

AGRADECIMENTOS

À Deus, meu pai celestial, por todo o amparo, por guiar pelos caminhos tortuosos e principalmente por me tornar mais forte à cada queda.

À minha orientadora Profa. Dra. Edilaine C. S. Gherardi Donato por estar ao meu lado em toda a minha trajetória acadêmica, pela paciência, pelos valiosos ensinamentos, pela motivação e principalmente pela amizade.

À minha mãe, pelo apoio incondicional, por dividir comigo as tristezas e as felicidades, pelo esforço sobre humano de alguém que apesar de possuir limitações físicas, é uma super mulher e pelo bem dos filhos não se deixa vencer por nada. Mulher de fé! Te amo!

Ao Prof. Dr. Rodrigo Moretti Pires, o qual me apresentou à Epidemiologia, pelos conselhos e pela amizade.

À Profa. Dra. Ana Carolina Zanetti, sem a qual este projeto jamais teria acontecido.

À minha namorada, pelo carinho e por se fazer presente não apenas na vida pessoal, mas também na vida acadêmica.

A todos que me auxiliaram durante a coleta de dados, especialmente à Bruna Paiva do Carmo e Júlio Cesar Simplício.

A toda a equipe do Núcleo de Saúde Mental, pelo apoio, paciência e auxílio.

Ao Delegado Seccional de Polícia de Sertãozinho/SP, Dr. Cláudio José Ottoboni e ao Delegado assistente da mesma Delegacia Seccional, Dr. Pláucio Roberto Rocha Fernandes, sem a cooperação dos quais eu não chegaria até aqui.

Ao Delegado de Polícia Dr. Ildon Pimenta de Pádua, por todo apoio, compreensão, pelos valiosos conselhos e pela amizade.

Aos colegas Investigadores de Polícia Carina Bianca Cesca, Juliano Borges, Franklin Leandro Martins, Alcione Alves Bernardes e Sílvio Blancacco.

Aos colegas Escrivães de Polícia Cláudio Roberto de Paula Alves, Endrigo Rodrigues de Sá, Fernando Takahashi e Marcelo Ignácio de Souza.

Ao Agente de Telecomunicações Otávio Sérgio Guirro e ao Carcereiro André Alessandro Pupin.

Aos professores da banca examinadora, pelas valiosas contribuições para o meu aperfeiçoamento profissional e para a efetivação deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO
SUMMARY
RESUMÉN
1- INTRODUÇÃO..... 9
1.1 Transtornos mentais orgânicos..... 9
1.2 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa..... 10
1.3 Esquizofrenia..... 11
1.4 Transtornos esquizotípico, delirantes e psicóticos..... 12
1.5 Transtornos esquizoafetivo..... 13
1.6 Transtorno afetivo bipolar..... 14
1.7 Depressões..... 15
1.8 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes..... 15
1.9 Distorções da personalidade e do comportamento adulto..... 18
1.10 Retardo mental..... 19
1.11 Novo panorama da atenção em saúde mental..... 19
1.12 Estudos epidemiológicos em saúde mental..... 21
1.13 A epidemiologia como ferramenta de atenção psicossocial..... 22
2- OBJETIVOS..... 24
3- MÉTODOS..... 25
3.1 Desenho do estudo..... 25
3.2 Sujeitos e local do estudo..... 25
3.3 Coleta de dados e descrição das variáveis em estudo..... 26
3.4 Análise de dados..... 28
3.5 Considerações éticas..... 30
4- RESULTADOS..... 31
4.1 Caracterização do perfil de usuários do NSM..... 31
4.2 Caracterização dos usuários com diagnóstico de Depressão..... 34
4.3 Caracterização dos usuários com diagnóstico de Esquizofrenia..... 37
4.4 Caracterização dos usuários diagnosticados com Distúrbios Ansiosos. 39
4.5 Caracterização dos usuários com diagnóstico de TAB..... 42
5- DISCUSSÃO..... 46
5.1 Perfil epidemiológico do NSM..... 46
5.2 Perfil dos usuários diagnosticados com Depressão..... 48
5.3 Perfil dos usuários diagnosticados com Esquizofrenia..... 49
5.4 Perfil dos usuários diagnosticados com Distúrbios Ansiosos..... 51
5.5 Perfil dos usuários diagnosticados com TAB..... 53
6- CONCLUSÃO e CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 56
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 58
ANEXO A..... 68

RESUMO

REIS, L.N. **Perfil epidemiológico de um serviço ambulatorial de saúde mental – uma análise descritiva e analítica.** Ribeirão Preto, 2012. 68p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2012.

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo e exploratório, de natureza epidemiológica, de prevalência e correlacional realizado em um serviço ambulatorial de saúde mental (Núcleo de Saúde Mental), localizado no interior paulista. O trabalho teve dois objetivos, sendo o primeiro, descrever o perfil dos usuários atendidos no referido ambulatório com base no diagnóstico, informações sobre internação psiquiátrica e dados sociodemográficos; e o segundo, testar a associação entre a necessidade de internação psiquiátrica apresentada pelos usuários e seus diagnósticos, sexo e idade e com base nesta associação, determinar a probabilidade de necessidade de internação de novos usuários ingressantes no serviço de saúde, com base nas variáveis associadas. Os dados foram extraídos dos prontuários de todos os pacientes que atualmente realizam tratamento no Núcleo de Saúde Mental (NSM), totalizando 1281 prontuários. Os dados foram compilados diretamente em planilha elaborado no Microsoft Excel 2010 para posterior análise no software estatístico Stata 11. As variáveis utilizadas foram idade, sexo, escolaridade, diagnóstico e internação (se o paciente já foi submetido à internação psiquiátrica ao menos uma vez ao longo da vida). Na primeira etapa da análise de dados realizou-se a estatística descritiva exibindo o perfil geral do NSM e em seguida comparando-o com o perfil específico dos pacientes acometidos por cada um transtornos que apresentaram significância estatística ($p<0,05$) no modelo de regressão logística empregado. Na segunda etapa da análise de dados foi testada a associação entre a necessidade de internação psiquiátrica e as variáveis sexo, idade e cada um dos grupos diagnósticos; para tanto se utilizou a regressão logística com múltiplas variáveis. Ainda na segunda etapa, após a análise de regressão, com base nos coeficientes extraídos desta e referente a cada uma das variáveis que se adequaram ao modelo de regressão ($p<0,005$), elaborou-se a equação da população do NSM, a qual apresenta como variável resposta a probabilidade de um paciente do NSM necessitar de internação psiquiátrica ao menos uma vez ao longo da vida. Os resultados apontaram que a maior parte dos pacientes em tratamento no NSM são do sexo feminino (cerca de 69%); possuem baixo nível de escolaridade (quase 67% possuem no máximo o ensino fundamental completo); possuem idade entre 40 e 59 anos (pouco mais de 50%). Os transtornos mais prevalentes foram depressão, esquizofrenia, e distúrbios ansiosos. Aqueles que apresentaram maior probabilidade de internação psiquiátrica foram o transtorno esquizoafetivo, TAB e esquizofrenia. Espera-se que os resultados aqui demonstrados sirvam para demonstrar a importância do conhecimento epidemiológico como ferramenta de gestão, neste caso em especial para os serviços de saúde mental, norteando o direcionamento dos diversos tipos de recursos e possibilitando o atendimento integral e equânime aos usuários, pautado nos princípios do SUS e nos ideais de reabilitação psicossocial.

Palavras-chave: Saúde Mental; Epidemiologia; Hospitalização; Psiquiatria.

SUMMARY

REIS, L.N. **Epidemiological profile of an outpatient mental health – a descriptive and analytical analysis.** Ribeirão Preto, 2012. 68p. Thesis (Masters) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2012.

This is a quantitative, descriptive and exploratory study. It was epidemiological type of study of prevalence and correlation performed on an outpatient mental health service (Mental Health Center), located within the state of São Paulo. The study had two objectives: first, to describe the profile of users treated in the Mental Health Center based on the diagnosis, information about psychiatric hospitalization and sociodemographic data; and the second, test the association between the need for psychiatric hospitalization presented by users and their diagnoses, sex and age; based on this association, determine the probability of need for hospitalization of new users entering the health service, based on the associated variables. Data were abstracted from medical records of all patients currently being treated at the Mental Health Center, totaling 1281 files. The data were compiled by Microsoft Excel 2010 for further analysis in Stata 11. The variables used were age, gender, education, diagnosis and hospitalization (if the patient has been subjected to psychiatric hospitalization at least once throughout their lives). In the first stage of data analysis was performed descriptive statistics showing the overall profile of the Mental Health Center and then comparing it with the specific profile of patients affected by each disorder that showed statistical significance ($p<0,05$) in model employed logistic regression. In the second stage of data analysis tested the association between the need for psychiatric hospitalization and gender, age and each of the diagnostic groups, for so we used logistic regression with multiple variables. Also in the second stage, after regression analysis, based on coefficients extracted from this and referring to each of the variables that are suited to the regression model ($p <0.005$), developed the equation of the population of Mental Health Center, which presents response variable as the probability of a patient needs psychiatric hospitalization at least once throughout life. The results showed that most patients at the Mental Health Center are female (69%), have a low educational level (almost 67% have at most completed primary education), are 40 to 59 years (more than 50%). The most prevalent disorders were depression, schizophrenia, and anxiety disorders. Those who had a higher probability of psychiatric hospitalization were schizoaffective disorder, bipolar disorder and schizophrenia. It is hoped that the results serve to demonstrate the importance of epidemiological knowledge as a management tool, in this case for mental health services in particular, guiding the direction of the various types of resources and enabling the full and equal service to users, guided by the principles of the health care system and the ideals of psychosocial rehabilitation.

Keywords: Mental Health; Epidemiology; Hospitalization; Psychiatry.

RESUMÉN

REIS, L.N. **Perfil epidemiológico de un ambulatorio de salud mental - un análisis descriptivo y analítico.** Ribeirão Preto, 2012. 68p. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, 2012.

Estudio cuantitativo, descriptivo y exploratorio, epidemiológico, de prevalencia y correlación desarrollado en un ambulatorio de salud mental, ubicado en el estado de São Paulo. El estudio tuvo dos objetivos, siendo el primero describir el perfil de los usuarios atendidos en la clínica basado en la información de diagnóstico acerca de la hospitalización psiquiátrica y los datos sociodemográficos; y segundo, probar la asociación entre la necesidad de hospitalización psiquiátrica enviados por los usuarios y sus diagnósticos, género y edad, y en base a esta asociación, determinar la probabilidad de necesidad de hospitalización de nuevos usuarios que entran en el servicio de salud, de acuerdo a las variables asociadas. Los datos fueron extraídos de los registros médicos de todos los pacientes que actualmente están siendo tratados en la clínica de Salud Mental, un total de 1281 archivos. Los datos fueron compilados directamente en Microsoft Excel 2010 para su posterior análisis en el programa estadístico Stata 11. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, educación, diagnóstico y hospitalización (si el paciente ha sido sometido a la hospitalización psiquiátrica al menos una vez durante toda su vida). En la primera etapa de análisis de datos se realizó la estadística descriptiva que muestra el perfil general de la clínica y luego compararlo con el perfil específico de los pacientes afectados por cada patología, que mostró significación estadística ($p<0,05$) en el modelo utilizado de regresión logística. En la segunda etapa de análisis de datos, la prueba la correlación entre la necesidad de hospitalización psiquiátrica y el sexo, la edad y cada uno de los grupos de diagnóstico, por lo que utilizó la regresión logística con múltiples variables. También en la segunda etapa, después de análisis de regresión, sobre la base de coeficientes extraídos de este y haciendo referencia a cada una de las variables que se adaptan al modelo de regresión ($p <0,005$), desarrolló la ecuación de la población de la clínica de salud mental, que presenta como variable de respuesta la probabilidad de que un paciente de la clínica de salud mental requiere hospitalización psiquiátrica al menos una vez durante la vida. Los resultados indicaron que la mayoría de los pacientes en el clínica de salud mental son mujeres (69%), tienen un bajo nivel educativo (casi el 67% tienen han completado la escuela primaria), tienen edades entre 40 y 59 años (algo más del 50%). Los trastornos más comunes fueron la depresión, la esquizofrenia, y los trastornos de ansiedad. Los que tenían una mayor probabilidad de hospitalización psiquiátrica fueron el trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar y la esquizofrenia. Se espera que los resultados presentados aquí sirvan para reconocerse la importancia del conocimiento epidemiológico como una herramienta de gestión, en este caso en particular para los servicios de salud mental, orientando la dirección de los distintos tipos de recursos y habilitar el servicio completo y equitativo a los usuarios, guiarse por los principios del sistema de salud y los ideales de la rehabilitación psicosocial.

Palabras clave: Salud Mental; Epidemiología; Hospitalización; Psiquiatría.

1 – Introdução

1. INTRODUÇÃO

Através de uma breve análise de estudos epidemiológicos sobre transtornos mentais, podemos entender o quanto essas doenças afetam a população mundial. Em 2001, 450 milhões de pessoas sofriam de transtornos mentais, resultantes da interação de fatores genéticos e ambientais. Os transtornos mentais integram o quadro de doenças crônicas não transmissíveis e se apresentam como um problema de saúde global e como uma ameaça à saúde e o desenvolvimento humano. As cargas dessas doenças recaem especialmente sobre países de baixa e média renda (VOLCAN, 2003).

Dentro dos dados epidemiológicos em saúde mental, os diferentes transtornos têm contribuído para contextualizar esse panorama, conforme discutido nos subitens a seguir.

1.1 Transtornos mentais orgânicos.

As síndromes orgânicas são constituídas pelas demências, transtornos relacionados a algum tipo de lesão ou disfunção cerebral, delirium e síndrome amnéstica (ambos não induzidos pelo álcool ou por substâncias psicoativas), sendo que estes dois últimos não serão abordados neste trabalho em razão de que no serviço de saúde mental, utilizado como campo de pesquisa, não foram encontrados pacientes portadores destes transtornos.

As síndromes demenciais são caracterizadas pela perda de várias habilidades cognitivas e funcionais, por um empobrecimento progressivo dos processos psíquicos e afetivos e estão relacionadas a doenças como Alzheimer e Parkinson. Em geral, acometem a população mais idosa (DALGALARRONDO, 2000). Por tal razão, a maioria dos estudos encontrados a respeito, analisam populações de idosos.

Estudo realizado em um serviço de emergência em saúde mental, com pessoas idosas, apontou os transtornos mentais orgânicos como a segunda causa mais frequente de atendimento (ALMEIDA, 1999). Outro estudo, realizado em uma cidade do interior paulista, com indivíduos acima de 65 anos

de idade, apontou que mais de 7% dos entrevistados apresentavam algum tipo de demência (HERRERA-JÚNIOR, 1998).

Já os transtornos ocasionados por lesão cerebral, caracterizam-se por lesões em determinadas áreas do cérebro (frontal, temporal, áreas límbicas, núcleos de base, etc.) e ocasionam, na maioria das vezes, perturbações relacionadas ao humor, aos impulsos instintivos e à personalidade (DALGALARRONDO, 2000).

Pesquisa realizada com idosos institucionalizados no Rio de Janeiro apontou que mais de 4% destes pacientes possuíam algum diagnóstico de transtorno mental relacionado à lesão ou disfunção cerebral (HANSEL, 2008). Outro achado importante, verificado entre pacientes com este tipo de transtorno, refere-se à relação entre a doença mental e a violência, sendo que cerca de 60% dos pacientes com lesões frontais apresentam comportamento violento (VALENÇA, 2006).

1.2 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa.

O abuso de substâncias é caracterizado pelo uso de substâncias psicoativas de forma excessiva ou lesiva, ocasional ou persistente. Tais substâncias, em sua grande maioria, desenvolvem no usuário a dependência e a tolerância. A dependência acontece devido à compulsão pelo uso da droga com o intuito de experimentar o efeito psíquico da mesma ou para evitar o desconforto ocasionado pela abstinência e a tolerância faz com que o indivíduo necessite de doses cada vez maiores da droga para obter o mesmo efeito de antes (DALGALARRONDO, 2000).

O uso e abuso de drogas, tratado com questão internacional, representa atualmente um tema muito discutido, no meio acadêmico, na mídia, nas esferas governamentais e em vários seguimentos da sociedade tendo em vista que seus efeitos devastadores têm ameaçado valores políticos, econômicos, culturais e humanos.

Um levantamento nacional sobre o uso de drogas estimou que mais de 11% da população é dependente de álcool e 9% do tabaco. O mesmo

levantamento aponta ainda que quase 7% da população pesquisada já fizeram uso de maconha e quase 6% de solventes (CARLINI, 2002).

Atualmente, tem se discutido muito a respeito do crack, o qual foi introduzido no Brasil, provavelmente há mais de 20 anos e desde então seu consumo tem aumentado assustadoramente, fato este evidenciado pelo aumento crescente no número de apreensões da droga. Além disso, entre 2001 e 2005 verificou-se o aumento do número de pessoas que já haviam experimentado o crack ao menos uma vez na vida. Esta droga, que tem atingido cada vez mais pessoas e que não escolhe classes sociais, tem se tornado um problema de saúde pública cada vez maior (OLIVEIRA, 2008).

Estudo realizado com usuários, institucionalizados, de cocaína, seja em pó ou crack, apontou que cerca de 30% utilizavam cocaína em pó, quase 40% usavam crack e pouco mais de 30% utilizavam ambas as formas (FERREIRA-FILHO, 2003).

1.3 Esquizofrenia.

Entre todas as doenças mentais, a esquizofrenia talvez seja aquela que cause as hospitalizações mais longas, a que mais produz efeitos negativos à família e também a que provoca mais medo entre as pessoas tendo em vista que constitui uma grande ameaça à vida e à felicidade. Por isso, esta doença tem sido mais estudada do que qualquer outro distúrbio mental. Na fase ativa da doença são proeminentes os sintomas psicóticos podendo ocorrer delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento catatônico, embotamento afetivo e apatia (TOWNSEND, 2002).

Na esquizofrenia ocorre a quebra da curva existencial, instauram-se surtos ou o processo insidioso, os quais transformam radicalmente a vida do doente. Além disso, a doença geralmente surge muito cedo, entre 18 e 25 anos para os homens e entre 25 e 30 anos para as mulheres e para uma proporção substancial de pacientes, seus sintomas persistirão de forma contínua ou intermitente durante todo o curso da doença, ou seja, até o fim da vida (DALGALARRONDO, 2000; HAFFNER, 1998; MENEZES, 2000).

Constituindo um importante problema em saúde mental, tem sido relatadas, para esquizofrenia, taxas de prevalência próximas a 1% recentemente na América Latina e no Brasil. Na população brasileira verificou-se incidência entre 1,9 e 3,9 por 10.000 habitantes na população masculina e 1,8 e 3,2 por 10.000 habitantes na população feminina (MARI, 2000).

São aspectos importantes, quanto ao prognóstico da esquizofrenia, o número e duração das hospitalizações após a avaliação inicial e a taxa de mortalidade entre esses pacientes, sendo as taxas de suicídio particularmente altas. Estima-se que cerca de 80% dos pacientes com esquizofrenia são internados em enfermaria psiquiátrica ao menos uma vez ao longo da vida e as taxas de suicídio correspondem a cerca de 20 vezes o valor observado na população geral (MENEZES, 2000).

Cerca de 1,7 milhão de norte-americanos em idade adulta, apresentam esquizofrenia e apenas cerca de 15% destes possuem um emprego. Nos E.U.A., os esquizofrênicos representam mais da metade dos pacientes institucionalizados em hospitais estaduais e municipais (TOWNSEND, 2002).

1.4 Transtornos esquizotípico, delirantes e psicóticos.

Nesta categoria são discutidos os transtornos esquizotípico, delirantes, psicóticos agudos e transitórios, outros psicóticos não orgânicos e psicose não orgânica não especificada.

Pacientes com transtorno esquizotípico são os chamados “esquizofrênicos latentes”. Apresentam comportamento excêntrico, no entanto, não descompensado como na esquizofrenia. Estima-se que algo em torno de 3% da população apresente este transtorno (TOWNSEND, 2002).

Os distúrbios delirantes caracterizam-se pela presença de um ou mais delírios não bizarros. O subtipo de distúrbio delirante baseia no tema do delírio, podendo ser erotomaníaco, quando o paciente acredita que alguém, geralmente em posição mais elevada, está apaixonado por ele; de grandeza quando o indivíduo apresenta ideias irracionais a respeito de seu valor, talento, conhecimento ou poder; de ciúme, quando o paciente acredita que seu parceiro sexual é infiel; persecutório quando o indivíduo acredita ser vítima de uma

conspiração, espionagem ou estar sendo enganado; somático quando o paciente acredita ter algum defeito, distúrbio ou doença física (TOWNSEND, 2002).

As síndromes psicóticas são caracterizadas por sintomas como alucinações e delírios, pensamento desorganizado e comportamento claramente bizarro. O psicótico passa a viver fora da realidade (DALGALARRONDO, 2000).

Atualmente ainda existem poucos trabalhos de cunho epidemiológico sobre estes tipos de transtornos especificamente. Em geral, os trabalhos a respeito tratam sobre alternativas de tratamento, métodos diagnósticos, etc. Um dos poucos trabalhos a conter dados epidemiológicos, foi realizado em um CAPS da cidade de Santos/SP, no entanto, agrupa estes transtornos com os outros também classificados pela CID-10 entre F20 e F29, sendo que do total de pacientes atendidos naquele serviço de saúde mental, 38% possuíam algum diagnóstico entre F20 e F29 (ANDREOLI, 2004).

1.5 Transtorno esquizoafetivo.

O transtorno esquizoafetivo se caracteriza por comportamentos esquizofrênicos, no entanto, apresenta também sintomas relacionados aos distúrbios afetivos, seja mania ou depressão (SADOCK, 2007).

Assim como ocorre com relação aos transtornos descritos no subitem anterior, para o distúrbio esquizoafetivo também existem poucos trabalhos de cunho epidemiológico, sendo que a maioria deles inclui este distúrbio junto com todos os outros situados entre F20 e F29. Porém, uma pesquisa realizada em uma unidade de referência para programa de saúde da família em um município do Rio Grande do Sul, apontou que dentre os pacientes que apresentavam algum transtorno mental, 0,4% apresentavam o distúrbio esquizoafetivo (GONÇALVES, 2008).

1.6 Transtorno afetivo bipolar.

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é considerado uma doença crônica, recorrente e grave e traz prejuízos significativos à qualidade de vida dos pacientes, aos seus familiares e à sociedade em geral, levando-se em conta os custos relacionados à doença.

O TAB caracteriza-se por oscilações do humor, variando da mais acentuada depressão à extrema euforia, denominada mania, com períodos de normalidade. Durante o episódio maníaco o humor encontra-se elevado a um grau suficiente para, por exemplo, causar alterações funcionais, prejudicar relações sociais e tornar a atividade motora excessiva. Já no que se refere ao quadro de depressão relacionado ao transtorno bipolar, os sintomas são os mesmos descritos para depressão maior no subitem seguinte (TOWNSEND, 2002). Outro aspecto relevante da doença é a idade média de início, próxima de 20 anos de idade, ou seja, o início da vida profissional dos indivíduos (COSTA, 2008).

No TAB, os sintomas depressivos são predominantes, sendo cerca de 3,5 vezes mais frequentes do que a mania e 5 vezes mais frequentes do que os sintomas mistos (JUDD, 2002). O episódio depressivo é responsável pela maior carga da doença, sendo que 80% dos pacientes exibem tendência ao suicídio (GOODWIN, 1990).

Um estudo epidemiológico estimou a incidência e prevalência do TAB, sendo 0,5 E 0,6% respectivamente. Taxas de incidência e prevalência com valores próximos denotam que a duração média da doença é superior a um ano (LIMA, 2005). Na cidade de São Paulo, verificou-se prevalência de 1% (ANDRADE, 2002).

Apesar de homens e mulheres apresentarem taxas de prevalência semelhantes, verifica-se diferenças entre os sexos no que diz respeito ao curso da doença. Mulheres são mais suscetíveis a desenvolver ciclagem rápido com quatro ou mais episódios afetivos em um ano e possivelmente mania mista, além de apresentarem episódios depressivos mais frequentes e mais longos (LEIBENLUFT, 1996; HENDRIK, et al., 2000).

1.7 Depressões.

O distúrbio depressivo maior caracteriza-se por humor deprimido ou perda de interesse nas atividades rotineiras. Os episódios depressivos podem ser únicos ou recorrentes e ainda leve, moderado ou grave, de acordo com os sintomas apresentados, bem como a intensidade destes (TOWNSEND, 2002).

A depressão, tão comentada hoje na mídia, ocupa atualmente a quarta posição no ranking das causas de anos de vida perdidos por morte prematura ou incapacidade no Brasil, atrás apenas do diabetes mellitus, das doenças isquêmicas do coração e das doenças cerebrovasculares. Projeta-se que até 2020 ocupará a segunda posição neste ranking (SCHRAMM, 2004).

Uma vez que a depressão maior é comum e tende à remissão e recorrência, a incidência é relativamente alta. Estudo realizado com cerca de 20 mil pessoas, nos Estados Unidos, apontou incidência anual de depressão maior equivalente a 1,59% (SADOCK, 2007). Estimativas apontam que aproximadamente 20% dos norte americanos terão algum episódio depressivo ao menos uma vez ao longo da vida (TOWNSEND, 2002).

LIMA (1999), ao relacionar diversos estudos sobre depressão, avaliou como fatores de risco da doença, a idade, sendo que o transtorno geralmente inicia-se entre 20 e 40 anos e a incidência e prevalência aumentam com a idade; o sexo, sendo que as mulheres possuem duas vezes mais chances de apresentar depressão; a escolaridade, verificando-se que pessoas com menor escolaridade são mais acometidas pelo transtorno; entre outros.

Alguns estudos, realizados na comunidade, em diferentes décadas e com diferentes metodologias, apontam que a depressão atinge cerca de 15% da população idosa (BLAZER, 1980; AGUIAR, 1993).

1.8 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes.

Nesta categoria incluem-se os transtornos fóbico-ansiosos, outros transtornos ansiosos (transtornos do pânico e de ansiedade generalizada), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), reações ao estresse grave e

transtornos de adaptação, transtornos dissociativos e transtornos somatoformes.

Os transtornos fóbico-ansiosos caracterizam-se por extrema sensação de medo irracional, relacionada a objetos ou animais que na verdade não oferecem perigo real e proporcional à intensidade do medo. As síndromes fóbicas classificadas pela CID-10 são a agorafobia que constitui o medo a espaços amplos com muitas pessoas; a fobia social caracterizada pelo medo a expor-se ao contato interpessoal e a fobia específica que se caracteriza pelo medo irracional e desproporcional de objetos ou animais (DALGALARRONDO, 2000).

Um estudo realizado a nível nacional nos E.U.A. aponta que os transtornos de ansiedade representam pouco mais de 18% dos transtornos psiquiátricos, sendo que dentre estes, a fobia específica é a mais prevalente (quase 9%), seguida pela fobia social (quase 7%). Agorafobia aparece com quase 1% (KESSLER *et al*., 2005).

A doença do pânico é caracteriza por ataques recorrentes de pânico, sendo imprevisível o início destes ataques os quais são constituídos por grande apreensão, medo ou terror, muitas vezes associado à sensação de morte iminente e desconforto físico. Já o distúrbio de ansiedade generalizada é caracteriza por preocupação crônica, excessiva por motivos infundados (TOWNSEND, 2002).

Na cidade de Nova Iorque, E.U.A., verificou-se prevalência de 8,3% para o transtorno do pânico (GOODWIN, 2001). Na população geral, estima-se que a prevalência do transtorno do pânico esteja entre 1,5 e 3,5% (DEL-PORTO, 2003).

O transtorno de ansiedade generalizada caracteriza-se pela presença de sintomas de ansiedade excessiva. Por vezes o indivíduo também vivencia sintomas físicos como taquicardia, tontura, cefaleia e outros (DALGALARRONDO, 2000). O transtorno de ansiedade generalizada foi verificado em pouco mais de 3% dos norte americanos que possuem algum transtorno mental (KESSLER, 2005).

O TOC, como o próprio nome diz, é caracterizado por obsessões e compulsões, sendo que obsessões consistem em ideias, pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos e persistentes sobre os quais são

reconhecidos como “intrusos” pelo indivíduo; as obsessões provocam ansiedade em quem as vivencia. Já as compulsões são comportamentos repetitivos ou pensamentos que visam afastar as obsessões (GONZALEZ, 1999).

Verificou-se para o TOC, prevalência de 0,6% e idade média de 19 anos para o início da doença. Vale ressaltar também que 2% dos suicídios ocorridos nos Estados Unidos podem ser atribuídos ao TOC. Trata-se de uma doença que pode gerar inúmeros custos, diretos e indiretos, incluindo incapacidade para o trabalho, impacto sobre a família, aposentadoria precoce, etc. (DEL-PORTO, 2001).

No que se refere aos transtornos relacionados ao estresse, basicamente ocorrem quando um evento estressante é vivenciado e as estratégias de ajuste do indivíduo se mostram ineficientes ou não adaptativas, desta forma, o conflito não é resolvido ou se intensifica. O corpo passa a lutar para compensar a ativação fisiológica e psicológica, que se torna crônica, até que se chegue à exaustão (TOWNSEND, 2002).

Entre as doenças relacionadas à não adaptação ao estresse, pode-se encontrar, por exemplo, o estado de estresse pós-traumático, o qual constitui uma resposta retarda a um evento de estresse de natureza ameaçadora ou catastrófica e que produziria sinais de perturbação na maioria dos indivíduos (SADOCK, 2007). Nos E.U.A. verificou-se que o estresse pós-traumático é a terceira patologia psiquiátrica mais prevalente entre os transtornos de ansiedade (KESSLER, 2005).

Os transtornos dissociativos são caracterizados por distúrbios relacionados a funções que normalmente são integradas como consciência, memória, percepção do ambiente ou identidade. A amnésia e fuga dissociativas e o transtorno dissociativo de identidade podem ser citados como exemplo neste grupo de transtornos mentais, pois indicam transtornos na integração da memória e identidade (DSM-IV; NEGRO-JÚNIOR, 1999).

Um estudo epidemiológico sobre transtornos mentais em mulheres verificou que os distúrbios dissociativos são mais frequentes entre as mulheres do que entre os homens (ANDRADE, 2006). Em uma amostra de 714 pacientes de uma unidade do programa de saúde da família em Petrópolis/RJ, verificou-se que 215 apresentavam algum diagnóstico relacionado à saúde

mental e destes, pouco mais de 20% apresentavam algum distúrbio dissociativo (FORTES, 2007). Na cidade de São Paulo, verificou-se prevalência de 2,2% ao longo da vida para os transtornos dissociativos (ANDRADE, 1999).

O termo somatização, diretamente ligado aos transtornos somatoformes, refere-se ao processo pelo qual o indivíduo utiliza-se de seu corpo para fins psicológicos, relatando sintomas de doenças inexistentes ou quando existentes, intensificando-os. Este processo pode ocorrer consciente ou inconscientemente, ocorrendo normalmente, devido a um desejo por parte do indivíduo, de obter ganhos psicológicos ou sociais (DALGALARRONDO, 2000).

O mesmo trabalho citado anteriormente, realizado com pacientes de uma unidade de saúde da família de Petrópolis/RJ, também aponta que 22% daqueles com algum transtorno mental apresentaram transtornos somatoforme (FORTES, 2007). Um outro estudo realizado na cidade de São Paulo verificou prevalência de 6% ao longo da vida para o transtorno somatoforme (ANDRADE, 1999).

1.9 Distorções da personalidade e do comportamento adulto.

Nesta categoria estão agrupados os diferentes tipos de transtornos de personalidade, transtornos dos hábitos e dos impulsos, transtorno de identidade de gênero e transtorno da preferência sexual.

Os transtornos de personalidade constituem um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento destoante das normas sociais e da cultura vigente. É generalizado, inflexível e mal adaptativo, inicia-se na adolescência ou no começo da idade adulta é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo (SADOCK, 2007).

No Brasil, verificou-se prevalência dos transtornos de personalidade de 0,9% ao longo da vida e predominância de indivíduos do sexo feminino entre os acometidos pela doença (MORGADO, 1985).

Estima-se que a prevalência do transtorno de personalidade antissocial na população geral seja 3% para homens e 1% para mulheres. No caso do distúrbio de personalidade paranoide, é difícil estabelecer a prevalência, tendo em vista que as pessoas acometidas pelo transtorno raramente buscam ou

ajuda ou necessitam de hospitalização. Quanto ao distúrbio de personalidade esquizoide, a prevalência estimada foi entre 3 e 7,5%. No que se refere ao transtorno de personalidade esquizotípico estima-se 3% da população possuam o distúrbio e quanto ao transtorno borderline, varia entre 2 e 3% sendo duas vezes mais comum entre mulheres do que em homens (SADOCK, 2007).

1.10 Retardo mental.

Define-se como retardo mental (RM) o déficit no funcionamento intelectual geral, medido pelo quociente de inteligência (QI), e no funcionamento adaptativo o qual significa a capacidade de o indivíduo adaptar-se às necessidades da vida cotidiana e às expectativas de sua idade e grupo cultural (TOWNSEND, 2002).

Quanto à prevalência do RM, ainda não existe um consenso na literatura, o valor mais citado estima 1%, no entanto atribui este valor à população jovem (CROEN, 2001; YEARGIN-ALLSOPP, 1997). Outros autores mencionam taxas de 2 a 3% (KABRA, 2003; SOTO-ARES, 2003), e há estimativas de até 10% (BATTAGLIA, 2003). Já com relação à distribuição por sexo, existe um consenso de que é mais comum no sexo masculino em razão de um achado atribuído a numerosas mutações do cromossomo X (PATTERSON, 2003).

No tocante às estimativas brasileiras, de acordo com um censo realizado em 1987, pela Organização das Nações Unidas (ONU) e Confederação Nacional dos Bispos no Brasil (CNBB), cerca de 5% da população possui algum tipo de retardo mental (ONU e CNBB, 1994).

1.11 Novo panorama da atenção em saúde mental

Como descrito nos subitens anteriores, os transtornos mentais compreendem um grupo de patologias que trazem forte impacto sobre a saúde da população, de forma significativa e de diferentes formas, portanto, merece

atenção por parte dos serviços de saúde. No entanto, o modelo adotado para as ações em saúde mental vem passando por mudanças ideológicas e estruturais com base na chamada Reforma Psiquiátrica.

Com o advento da Constituição de 1988 e da lei 8.080/90, a qual estipulou os princípios do Sistema Único de Saúde, vivenciamos um processo de transformações no modelo de assistência em saúde, inclusive no que se refere ao campo da saúde mental, através do entendimento da saúde-doença como um processo social, o que tem trazido a consequente proposição das práticas de desinstitucionalização (CAMPOS e SOARES, 2003).

Com a criação dos Centros Atenção Psicossocial (CAPs), ainda que o número de pacientes atendidos tenha aumentado, o número de tranquilizantes e indutores do sono baixou de 4.500 para 1.500 comprimidos por mês. Dado este, muito significativo em termos de saúde pública e para além da reforma psiquiátrica (SAMPAIO, 1996). Este tipo de serviço, de característica ambulatorial, visa de maneira geral, suprir a demanda de atendimentos que necessitam de uma assistência especializada intermediária entre o nível de atenção terciário e primário. Estima-se que no Brasil dez milhões de pessoas demandam atenção psiquiátrica especializada (MELLO, 2008).

Levando-se em conta os crescentes esforços direcionados à desinstitucionalização dos pacientes acometidos de transtornos psiquiátricos, e outros fatores como o aumento da expectativa de vida da população, podemos inferir que tem ocorrido um aumento na demanda e na importância dos serviços de níveis primário e secundário em saúde mental. Tais mudanças observadas trazem consigo alguns desafios a estes serviços, para que possam se adequar ao novo contexto e atender de forma eficaz as necessidades de sua clientela.

Um dos principais desafios consiste em conhecer o público atendido, conhecer o perfil dos usuários, buscando uma caracterização que permita direcionar melhor as ações do serviço.

1.12 Estudos epidemiológicos e saúde mental.

Estudo realizado nas cidades de Brasília, São Paulo e Porto Alegre, com o objetivo de estimar as prevalências globais de distúrbios psiquiátricos, utilizando metodologia do tipo corte transversal, numa amostra de casas randomicamente selecionadas em cada cidade, apontou taxas entre 30 e 50 por cento incluindo qualquer nível de sintomatologia. Mostrou também que ansiedade e fobias constituíam os principais problemas de saúde mental da população (ALMEIDA FILHO, 1992).

Em um inquérito realizado de janeiro a março de 2001, em áreas periféricas da cidade de São Paulo, com 2337 indivíduos maiores de 15 anos de idade, observou-se que a prevalência de transtornos mentais foi significativamente maior entre as mulheres (RP= 1,34), idosos (RP= 1,56) e nas categorias de menor renda (RP= 2,64) ou de menor escolaridade (RP= 2,83) (MARAGNO, 2006).

Na cidade de São Paulo, em uma área definida como “área de captação” do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, foram entrevistadas 1464 pessoas com 18 anos de idade ou mais. Cerca de 45% dos entrevistados apresentaram pelo menos um diagnóstico, relacionado à saúde mental, ao longo da vida. Verificou-se com relação aos transtornos depressivos prevalência de 18,5% ao longo da vida, 7,6% no ano anterior à entrevista e 5% no mês anterior à entrevista. Quanto aos transtornos ansiosos, apurou-se taxas de 6%, 4,2% e 3,2% (ANDRADE, 1999).

Verificou-se em um serviço de emergência de saúde mental, no ano de 1997, que a população idosa já representava uma parcela importante dos atendimentos realizados, sendo que pouco mais de 7% dos indivíduos atendidos eram idosos e que a maioria era do sexo feminino. Apurou-se ainda que dentre os idosos atendidos 40% foram diagnosticados com algum tipo de transtorno de humor, 14% apresentavam síndrome demencial, em cerca de 15% observou-se transtornos ansiosos e em aproximadamente 14% verificou-se algum transtorno esquizofreniforme (ALMEIDA, 1999).

Na cidade de Montes Claros, no norte de Minas Gerais, analisou-se uma amostra de 327 idosos (60 anos ou mais de idade), dos quais cerca de 29% apresentou algum tipo de transtorno mental. Observou-se também associação

da presença do transtorno com sexo feminino, capacidade funcional e local de residência (favela/ não favela) (MAIA, 2004).

Uma discussão sobre a epidemiologia da depressão, baseada em dados de importantes pesquisas populacionais, realizadas nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e Brasil, chama atenção para os altos valores das taxas de prevalência de transtornos depressivos, independente do local onde a pesquisa foi conduzida ou do tipo de instrumento utilizado. A depressão é mais comum entre as mulheres, pessoas com baixo nível de escolaridade (LIMA, 1999).

1.13 A epidemiologia como ferramenta de atenção psicossocial

Dentre os princípios que norteiam o SUS destaca-se o da equidade, que busca diminuir as desigualdades, tratando os diferentes de forma diferente e o da integralidade que, entre outros aspectos, visa garantir o fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos em todos os níveis de assistência (SCÓZ, 2003). O conhecimento epidemiológico constitui importante ferramenta na manutenção destes princípios, fornecendo dados capazes de apontar peculiaridades do público atendido bem como explicitar suas reais necessidades de saúde.

Modelos assistenciais, modelos de atenção ou modos de intervenção em saúde são entendidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde. Portanto, não se tratam de normas ou exemplos a serem seguidos, mas sim de racionalidades diversas que informam as intervenções em saúde (PAIM, 2002). Então, podemos concluir que através do perfil epidemiológico de uma dada população, no caso deste trabalho, a população atendida por um serviço ambulatorial de saúde mental, pretende-se oferecer subsídios para que se possa definir com mais exatidão quais combinações tecnológicas são mais adequadas ao atendimento da população.

A importância da epidemiologia nos serviços de saúde se deve em grande parte, ao seu papel na produção de conhecimentos para a tomada de decisões que se refere à formulação de políticas de saúde, à organização do

sistema e às intervenções destinadas a dar solução a problemas específicos (PAIM, 2002).

Nesta perspectiva de planejamento das ações de saúde mental, faz-se necessário conhecer a demanda real que cada transtorno imprime ao serviço, considerando a especificidade de cada patologia, como o curso da doença, os prejuízos sociais da mesma e o tipo de tratamento estabelecido. Esse panorama permite melhorar a estrutura dos serviços em termos de recursos físicos e humanos.

ALMEIDA (2008) mostra que o levantamento epidemiológico constitui um importante instrumento norteador do planejamento e realização das ações, lembrando inclusive que o Ministério da Saúde classifica os sistemas de informações, como SIAB (Sistemas de Informação da Atenção Básica) e SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais) como instrumentos de gestão, tamanha a importância atribuída ao conhecimento epidemiológico.

Através do perfil epidemiológico, pode-se entender quais os transtornos mais prevalentes entre a clientela atendida, qual a faixa etária predominante, a distribuição entre os sexos, verificar quais tipos de transtornos são responsáveis pelo maior número de internações e muitos outros dados norteadores ao trabalho da equipe. Desta forma, pretende-se usar as ferramentas epidemiológicas a fim de produzir um panorama/perfil detalhado do serviço em termos de caracterização dos usuários.

2 – Objetivos

2. OBJETIVOS

- Caracterizar o perfil de usuários atendidos em um núcleo de saúde mental com base no diagnóstico, informações sobre internação e dados sociodemográficos.
- Testar a associação entre a necessidade de internação psiquiátrica apresentada pelos usuários e seus diagnósticos, sexo e idade e com base nesta associação, determinar a probabilidade de necessidade de internação de novos usuários ingressantes no NSM, com base nas variáveis associadas.

3 – Métodos

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Desenvolveu-se um estudo quantitativo descritivo e exploratório, de natureza epidemiológica, de prevalência e correlacional.

A escolha do desenho não experimental mencionado, justifica-se pela necessidade de se coletar descrições detalhadas sobre as variáveis que possibilitassem uma avaliação sociodemográfica do público estudado, bem como entender a relação entre as variáveis estudadas (LOBIONDO-WOOD, 1998).

Optou-se pelo estudo descritivo por este possibilitar a caracterização da clientela do serviço e exploratório pela necessidade de se acessar dados, referentes ao público em questão, até então desconhecidos. Também pode ser considerado de prevalência e correlacional, por descrever o comportamento de determinadas variáveis ao longo de um período e avaliar a relação entre as mesmas (SAMPIERI, 2006).

3.2 Sujeitos e local do estudo

A amostra foi composta por todos os indivíduos em tratamento no Núcleo de Saúde Mental (NSM) do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, no período da coleta de dados, nos meses de abril e maio de 2012. Não foram incluídos na pesquisa os cadastros do arquivo inativo de prontuários, ou seja, aqueles que um dia fizeram seguimento no NSM e atualmente já deixaram o serviço.

O NSM é uma unidade especializada de atendimento ambulatorial, composta por médicos, enfermeiro, médicos residentes de Psiquiatria, auxiliar de enfermagem e psicóloga, e que oferece assistência em saúde mental gratuita à população maior de 18 anos de idade, do Distrito Sanitário Oeste do município de Ribeirão Preto.

Os serviços prestados pelo NSM são consultas médicas agendadas e eventuais, consultas de psicoterapia, consultas de Enfermagem, medicação supervisionada para alguns pacientes com dificuldades na adesão ao tratamento medicamentoso e também visitas domiciliares realizadas por alunos estagiários de Graduação em Enfermagem e alunos de Pós-Graduação, visto que o referido serviço de saúde constitui cenário de ensino teórico-prático e local de estudo para pesquisas.

Os usuários podem chegar referenciados da atenção básica, contra referenciados da atenção terciária, ou ainda transferidos dos outros serviços também de nível secundário em saúde mental, quando passam a residir na área de abrangência do Núcleo.

O NSM foi escolhido como local do estudo por constituir um serviço de atendimento ambulatorial em saúde mental localizado na região mais populosa do município (cerca de 170 mil habitantes, correspondendo a cerca de 25% da população total) e por constituir campo de ensino aos alunos de Graduação e Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.

3.3 Coleta de dados e descrição das variáveis em estudo.

Os dados foram digitados, no momento da coleta, em planilha específica, elaborada no Microsoft Excel. Foram extraídas dos prontuários dos pacientes as seguintes variáveis:

- Idade: anos completos no momento da pesquisa, agrupados por faixa etária conforme o quadro abaixo:

Quadro 1 – Faixas etárias

Faixa etária 1	18 a 29 anos
Faixa etária 2	30 a 39 anos
Faixa etária 3	40 a 49 anos
Faixa etária 4	50 a 59 anos
Faixa etária 5	60 a 69 anos
Faixa etária 6	70 a 79 anos
Faixa etária 7	80 anos ou mais

- Sexo: masculino ou feminino.

- Diagnóstico principal: classificados conforme a codificação utilizada pela CID-10. Para efeito da análise de dados, os diagnósticos encontrados no NSM serão agrupados e denominados conforme o quadro abaixo:

Quadro 2 – Patologias encontradas no NSM, classificadas conforme codificação da CID-10.

Cód. CID-10	**Denominação adotada neste estudo**
F02, F03, F06 e F07	Transtornos orgânicos.
F13 e F17	Transtornos devido ao uso de substância psicoativa.
F20	Esquizofrenia.
F25	Transtorno esquizoafetivo.
F21-F23, F28 e F29	Transtornos esquizotípico, delirantes e psicóticos.
F30	Episódio maníaco.
F31	Transtorno afetivo bipolar (TAB).
F32 e F33	Depressão.
F34	Distimia.
F40-F45	Distúrbios ansiosos.
F60-F65 e F68	Transtornos de personalidade.
F70-F72 e F79	Retardo mental.
G40	Epilepsia

Fonte: CID-10

Utilizou-se também a categoria “Diagnóstico não informado” para aqueles pacientes que não apresentaram nenhum diagnóstico em seu prontuário no momento da pesquisa.

- Nível de escolaridade: divididos conforme quadro abaixo:

Quadro 3 – Níveis de escolaridade

Nível 1	Não Alfabetizado
Nível 2	Ensino Fundamental incompleto
Nível 3	Ensino Fundamental
Nível 4	Ensino Médio incompleto
Nível 5	Ensino Médio
Nível 6	Ensino Superior Incompleto
Nível 7	Ensino Superior

Disponível em: www.mec.gov.br

- Será Descrita ainda a variável denominada "internação" dividida em "sim", se o paciente já foi internado em unidade psiquiátrica pelo menos uma vez e "não", caso nunca tenha sido submetido a internação.

Sabe-se que o diagnóstico psiquiátrico depende de vários fatores, entre eles a forma de interpretação do profissional (Dalgalarrondo, 2000), e levando-se em conta que o atendimento médico no NSM é feito por 3 psiquiatras diferentes, sendo que a maior parte dos pacientes é dividida entre eles e a pequena parte restante, é atendida por médicos residentes, foi admitido um viés relacionado à variável "diagnóstico" sendo aceito o diagnóstico mais recente constante no prontuário do paciente, independentemente do profissional responsável pelo seu tratamento.

3.4 Análise de dados

Para a análise dos dados, foram utilizados os *softwares* Microsoft Excel 2010 e Stata 11.

Na primeira etapa de análise dos dados, realizou-se a estatística descritiva das características sociodemográficas da população em questão e demais variáveis analisadas. Ainda nesta etapa, foi efetuada a comparação entre as características do perfil geral do NSM e as do perfil específicos de

pacientes das categorias diagnósticas que apresentaram significância estatística ($p<0,05$) no modelo de regressão empregado (descrito abaixo), exceto do transtorno esquizoafetivo em razão da baixa prevalência observada.

Na segunda etapa da análise de dados foi testada a associação entre a variável dependente "internação" e as variáveis independentes (sexo, idade e o diagnóstico, dividido em suas diversas modalidades). Para tanto, utilizou-se a análise de regressão logística com múltiplas variáveis e processo de seleção *stepwise backward*. Na análise de regressão, a variável denominada "faixa etária" na primeira etapa da análise dos dados, será classificada como "idade", sendo então admitida como uma variável contínua (PAGANO & GAUVREAU, 2010).

Após a análise de regressão, utilizou-se os coeficientes extraídos desta e relativos a cada uma das variáveis independentes que se adequaram ao modelo ($p<0,05$) e foi elaborada a equação da população (Figura 1) a qual possui como variável resposta a probabilidade de um paciente do NSM necessitar de internação psiquiátrica ao menos uma vez ao longo da vida. A mesma equação pode ser aplicada a pacientes novos no serviço como forma de estimativa da probabilidade de internação (PAGANO & GAUVREAU, 2010).

Figura 1 – Função logística (NSM)

$$P(\mathrm{I}) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \Sigma \beta_i X_i)}}$$

P(I) = Probabilidade de um paciente do NSM necessitar de pelo menos uma internação ao longo da vida.

α = parâmetro constante estimado com base nos dados amostrais.

β = parâmetro constante estimado com base nos dados amostrais, no entanto, haverá um β diferente para cada uma das variáveis dependentes.

Uma vez elaborada a equação, foram traçadas as retas relativas a cada transtorno, em função da idade e probabilidade de internação (PAGANO & GAUVREAU, 2010).

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi apresentado à equipe profissional do NSM e foi autorizado pelo responsável junto ao CSE. Após a autorização do serviço, o mesmo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, atendendo às normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, onde foi aprovado mediante protocolo 1446/2011 (Anexo A).

Os dados foram coletados única e exclusivamente mediante observação dos prontuários dos pacientes.

4 – Resultados

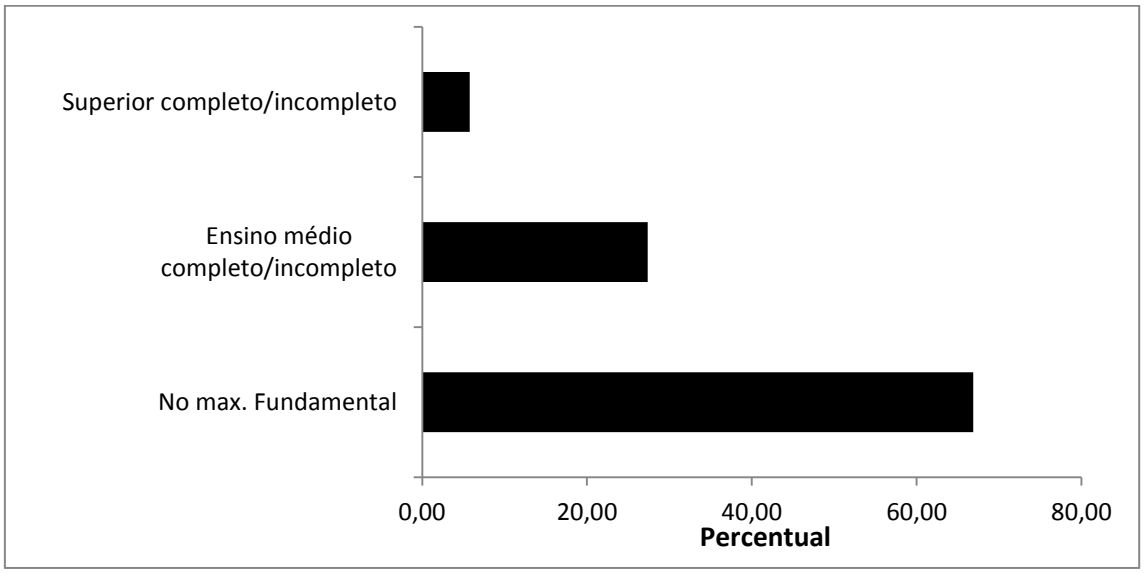
4. RESULTADOS

4.1 Caracterização do perfil de usuários do NSM

Verificou-se que no período da coleta de dados havia 1281 pacientes em tratamento no NSM. A distribuição destes, conforme o nível de escolaridade, gênero, faixa etária e diagnóstico principal, segue abaixo.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, observou-se que a maioria dos pacientes do NSM possui no máximo o ensino fundamental (quase 67%). Quanto aos níveis intermediários de ensino, verificou-se que pouco mais de 27% possuem o ensino médio completo ou incompleto. Já em relação ao nível superior, menos de 6% dos pacientes iniciaram ou concluíram o ensino superior (figura 2).

Figura 2 – Distribuição dos usuários do NSM, de acordo com o nível de escolaridade. Ribeirão Preto 2012.

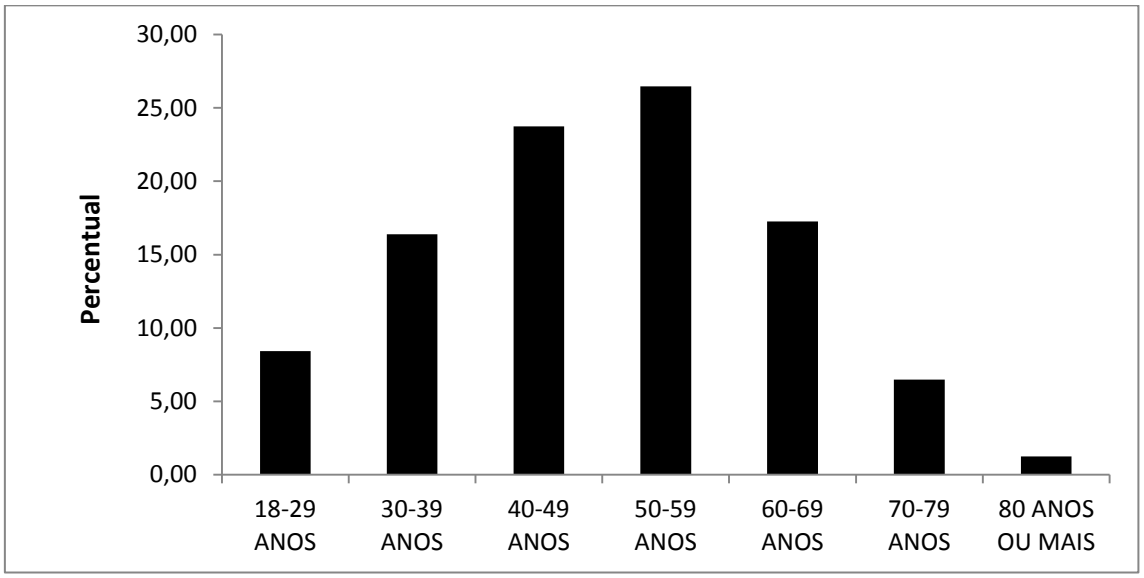


Com relação à distribuição por gênero, observou-se que a grande maioria dos pacientes do NSM é do sexo feminino, sendo que representam quase 69% do total de pacientes (tabela 1). Quanto à distribuição etária (figura 3), verificou-se que a maior parte encontra-se na faixa etária de 40 a 59 anos (pouco mais de 50%). A média e mediana da idade encontradas foram de 49,69 e 50 anos respectivamente.

Tabela 1 – Distribuição dos usuários do NSM segundo gênero. Ribeirão Preto, 2012.

SEXO	FREQUÊNCIA	%
MASCULINO	401	31,30
FEMININO	880	68,70
TOTAL	**1281**	**100,00**

Figura 3 – Distribuição dos usuários do NSM segundo faixa etária. Ribeirão Preto, 2012.



O diagnóstico mais prevalente foi depressão, observado em mais de 22% dos pacientes; seguido por esquizofrenia (quase 18%); distúrbios ansiosos (pouco mais de 14%); transtornos de personalidade (quase 14%) e TAB (aproximadamente 11%) (tabela 2).

Dentre os 1281 pacientes em tratamento no NSM, pouco mais de 18% já foram internados em unidade psiquiátrica ao menos uma vez ao longo da vida. Destes, quase 36% apresentaram diagnóstico de esquizofrenia, cerca de 22% TAB e aproximadamente 14% transtorno de personalidade.

Por meio da análise de regressão logísitica com múltiplas variáveis, observou-se que havia associação entre a variável dependente “internação” e a variável independente “idade” ($p=0,003$). Verificou-se ainda associação entre a variável internação e os diagnósticos esquizofrenia ($p<0,001$); transtornos esquizoafetivo ($p<0,001$); TAB ($p<0,001$); depressão ($p=0,007$) e distúrbios ansiosos ($p<0,001$).

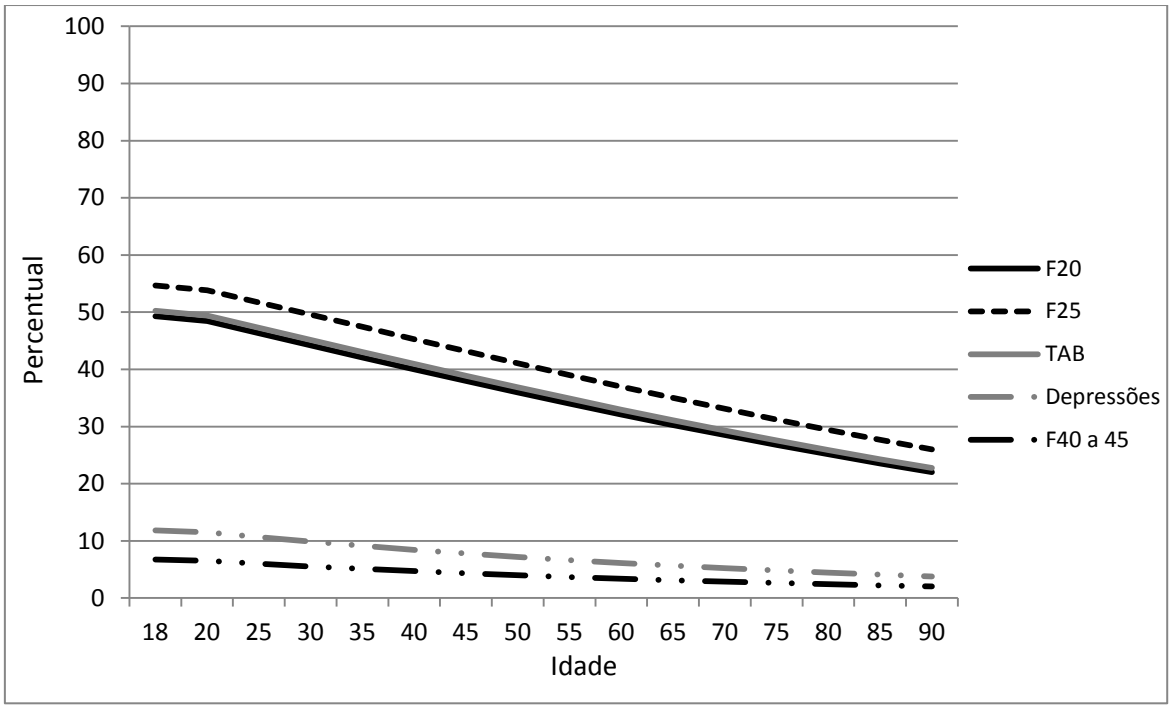
Tabela 2 – Distribuição dos usuários do NSM, de acordo com o diagnóstico principal. Ribeirão Preto, 2012.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	FREQUÊNCIA	%
F02, F03, F06 e F07	36	2,81
F13 e F17	6	0,47
F20	230	17,95
F25	39	3,04
F21-F23, F28 e F29	46	3,59
F30	3	0,23
F31	137	10,69
F32 e F33	287	22,40
F34	19	1,48
F40-F45	212	14,20
F60-F65 e F68	204	13,74
F70-F72 e F79	53	3,97
G40	3	0,23
NÃO INFORMADO	6	0,47
TOTAL	1281	100,00

Assim como a variável “sexo”, os transtornos de origem orgânica; transtornos relacionados ao uso de substâncias; transtornos equizotípico, delirantes e psicóticos; episódio maníaco; transtornos de personalidade e retardo mental, não apresentaram significância estatística ($p>0,05$).

Após a elaboração da equação da população de pacientes do NSM, a qual continha os coeficientes relativos à idade, e aos transtornos que se adaptaram ao modelo de regressão, foi possível traçar as retas referentes à probabilidade de necessidade de internação em função do diagnóstico e idade (figura 4). Observou-se que a probabilidade de internação é inversamente proporcional à idade. O transtorno que apresentou maior probabilidade de internação foi o esquizoafetivo, seguido por TAB e esquizofrenia.

Figura 4 – Probabilidade (%) de um paciente do NSM, necessitar de pelo menos uma internação ao longo da vida, segundo idade e transtorno mental. Ribeirão Preto, 2012.



4.2 Caracterização dos usuários com diagnóstico de Depressão

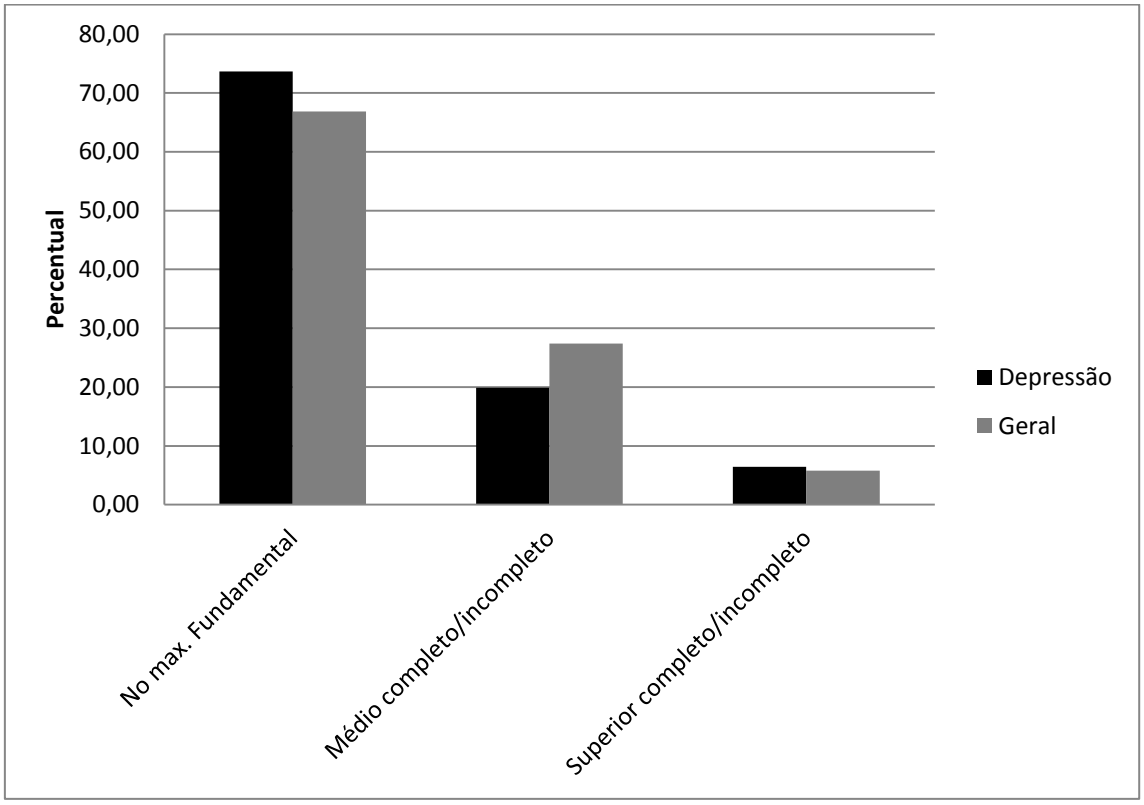
Os dados coletados no NSM apontam que, na ocasião da coleta de dados, dos 1281 pacientes em tratamento, 287 (cerca de 22%), possuem depressão como diagnóstico principal, sendo o transtorno mais frequentemente verificado no serviço de saúde.

Dentre os pacientes diagnosticados com depressão, quase 74% possuem no máximo o ensino fundamental, enquanto que para o perfil geral de pacientes do NSM verificou-se que quase 67% apresentam este mesmo nível de escolaridade. Já em relação aos níveis intermediários de escolaridade, verifica-se o oposto, sendo que entre aqueles que possuem diagnóstico de depressão o percentual encontrado foi de aproximadamente 20% e no perfil geral do NSM mais de 27%. Em se tratando dos níveis mais elevados de instrução, a realidade se inverte novamente, na qual o perfil geral do NSM apresenta cerca de um ponto percentual abaixo dos pacientes com depressão. Ainda com relação aos níveis superiores de escolaridade, chama atenção o fato de que dentre todos os pacientes em tratamento no NSM, menos de 6%

possuem superior, no entanto, 36% destes estão entre os diagnosticados com depressão (figura 5).

No que se refere à distribuição por gênero, verificou em relação à população total de pacientes do NSM que as mulheres são a grande maioria, representando cerca de 69% do total. Contudo, entre os pacientes com depressão, esta diferença é ainda maior, sendo que as mulheres totalizam aproximadamente 82% (figura 6).

Figura 5 – Comparação entre as distribuições, por nível de escolaridade, dos usuários diagnosticados com depressão e quadro geral de pacientes do NSM. Ribeirão Preto, 2012.



A comparação das distribuições etárias da população do NSM e dos pacientes depressivos aponta que estes possuem cerca de 78% dos indivíduos na faixa de 40 a 69 anos. Já em relação à totalidade dos pacientes do NSM, observa-se que a faixa etária predominante é a mesma verificada para os depressivos, no entanto com percentual menor (cerca de 67%) (figura 7). A pirâmide etária referente aos pacientes depressivos apresenta deslocamento à direta em relação à pirâmide etária da amostra geral do NSM, demonstrando que, de uma forma geral, os pacientes com depressão são mais velhos. Outro

dado que reflete esta realidade é a média de idade, sendo que no perfil geral do NSM verificou-se idade média de 49,69 anos e entre os diagnosticados com depressão, 52,79 anos.

Figura 6 - Comparação entre as distribuições por gênero dos usuários diagnosticados com depressão e quadro geral de pacientes do NSM. Ribeirão Preto, 2012.

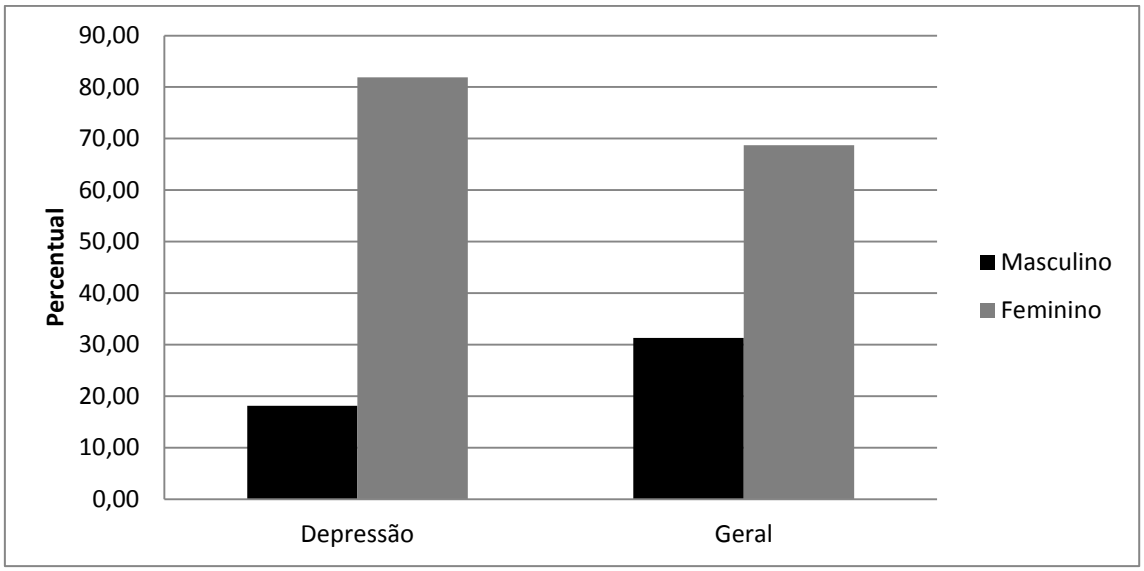
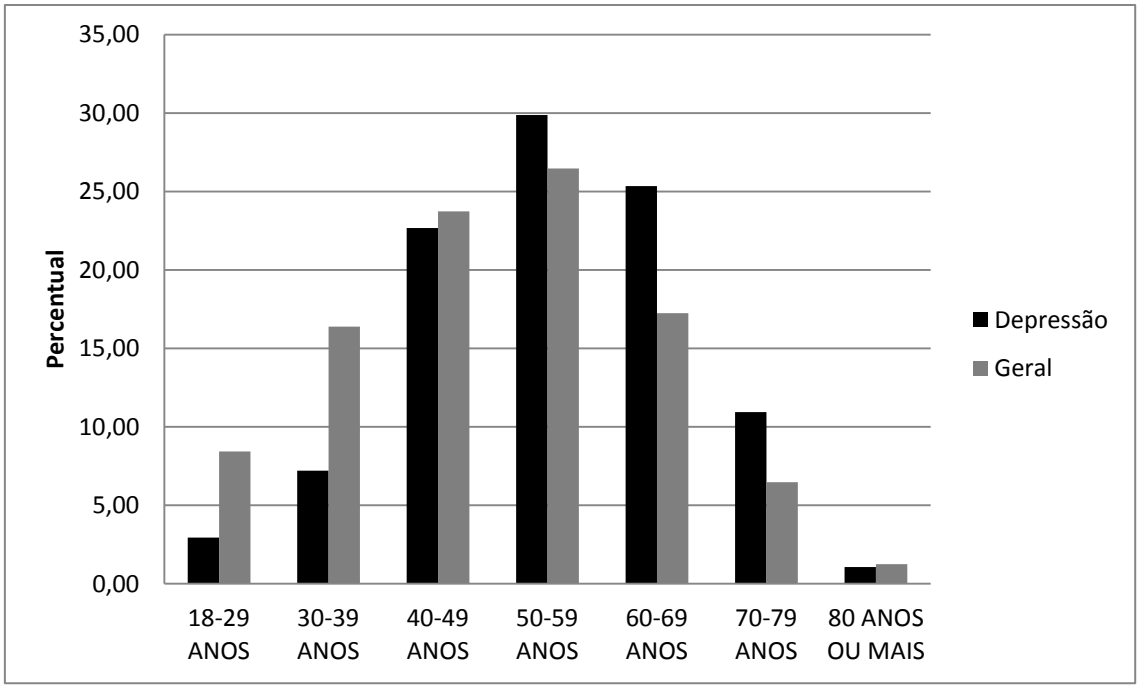


Figura 7 - Comparação entre as distribuições etárias dos usuários diagnosticados com depressão e quadro geral de pacientes do NSM. Ribeirão Preto, 2012.



Pouco mais de 18% dos pacientes em tratamento no NSM já foram internados em unidade psiquiátrica ao menos uma vez. Destes, apenas 14 (quase 6%) possuem depressão como diagnóstico principal. Os 14 pacientes depressivos que já necessitaram de internação representam menos de 5% do total de pacientes com este diagnóstico.

A figura 4, no que se refere aos pacientes diagnosticados com depressão, demonstra que apresentam baixa probabilidade de internação, se comparados com outros transtornos como esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar. Por exemplo, um indivíduo com 35 anos de de idade e diagnosticado com depressão possui pouco mais de 9% de chances de necessitar de internação pelo menos uma vez ao longo da vida. Já um paciente com esquizofrenia, com a mesma idade, apresenta aproximadamente 42% de chances.

4.3 Caracterização dos usuários com diagnóstico de Esquizofrenia

Do total de usuários em seguimento no NSM, 230 (praticamente 18%) possuem esquizofrenia como diagnóstico principal. A análise das características deste grupo de pacientes revelou que a maior parte destes (quase 80%) possui no máximo o ensino fundamental completo. O mesmo ocorre em relação ao perfil geral do NSM, no entanto, neste a diferença entre os níveis fundamental e médio é menor (figura 8).

Verificou-se também que a amostra geral do NSM é composta em sua maioria por mulheres, sendo que estas representam mais de dois terços do total. Já entre os diagnosticados com esquizofrenia, verifica-se o oposto, sendo que os homens compõem a maioria de quase 60% (Figura 9).

A comparação entre as distribuições etárias da amostra geral do NSM e dos pacientes diagnosticados com esquizofrenia aponta certa semelhança, verificando-se diferenças importantes apenas na faixa entre 30 e 39 anos em que os esquizofrênicos apresentam-se com quase 4 pontos percentuais acima, e na faixa entre 70 e 79 anos em que o perfil geral apresenta mais de 3 pontos percentuais acima (figura 10). Tal semelhança entre as distribuições etárias é refletida pelas médias de idade entre as duas categorias, 49,02 anos para os

pacientes com esquizofrenia e 49,69 a média de idade geral dos pacientes do NSM.

Figura 8 – Comparação entre as distribuições por nível de escolaridade dos usuários diagnosticados com esquizofrenia e quadro geral de usuários do NSM. Ribeirão Preto, 2012.

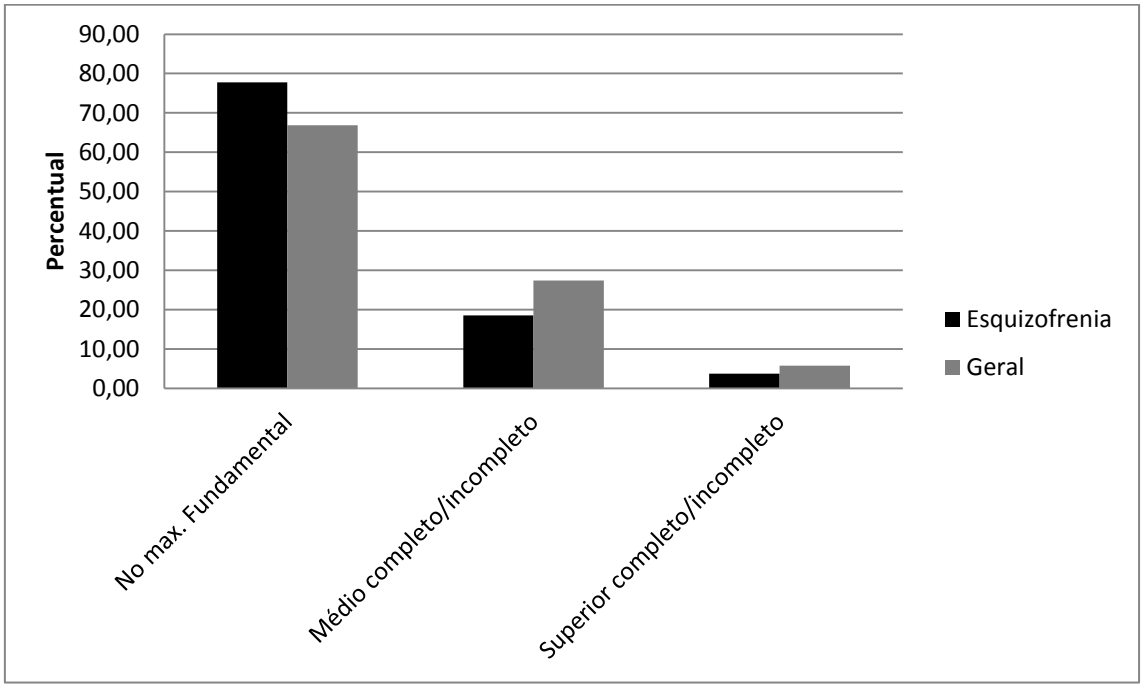
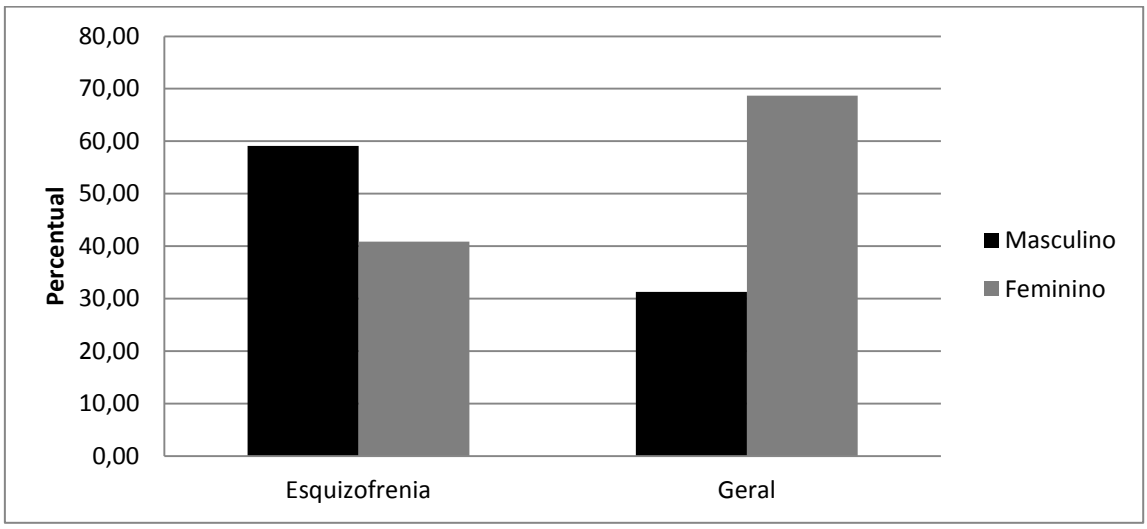
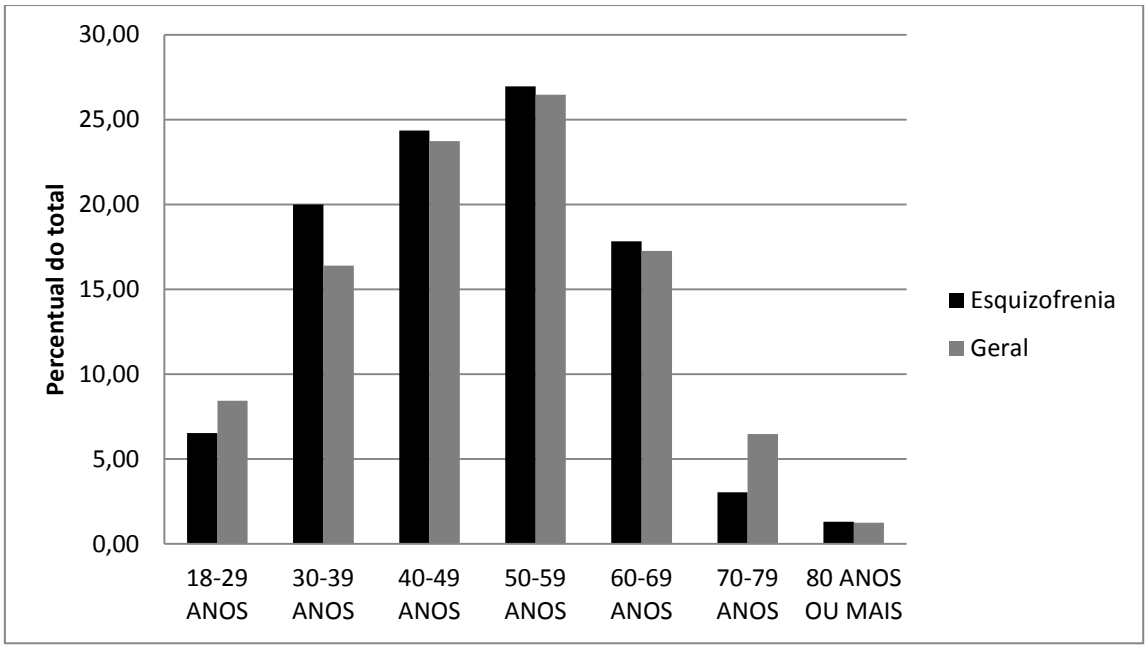


Figura 9 – Comparação entre as distribuições por gênero dos usuários diagnosticados com esquizofrenia e quadro geral de usuários do NSM. Ribeirão Preto, 2012.



Dentre os 234 pacientes do NSM que já foram internados em unidade psiquiátrica, quase 36% (81 pacientes), possuem diagnóstico de esquizofrenia e estes representam mais de 35% do total de pacientes com este diagnóstico.

Figura 10 – Comparação entre as distribuições etárias dos usuários diagnosticados com esquizofrenia e quadro geral de usuários do NSM. Ribeirão Preto, 2012.



Através da figura 4, a qual exibe a probabilidade de internação dos pacientes em função da idade e diagnóstico, podemos notar que os pacientes esquizofrênicos possuem alta probabilidade em relação a outros transtornos. Por exemplo, um indivíduo com 20 anos de idade e diagnosticado com esquizofrenia possui aproximadamente 48% de probabilidade de necessitar de pelo menos uma internação ao longo de sua vida. Já um sujeito com as mesmas características, porém com diagnóstico de depressão, apresenta pouco mais de 11% de chances.

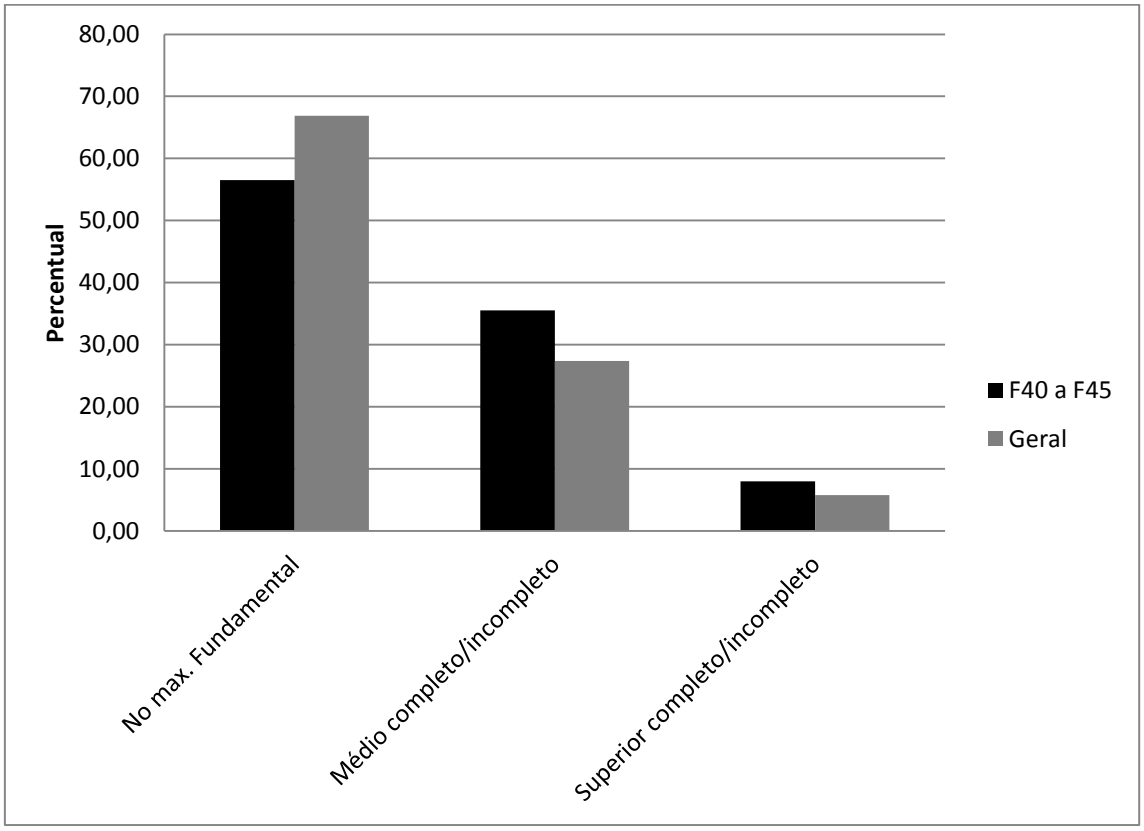
4.4 Caracterização dos usuários diagnosticados com Distúrbios Ansiosos

Dentre todos os pacientes em seguimento no NSM, 212 (aproximadamente 17%) apresentam como diagnóstico principal algum distúrbio de ansiedade, sendo os mais prevalentes o transtorno misto ansioso e depressivo (aproximadamente 21%); transtorno do pânico (quase 21%); transtorno de ansiedade generalizada (cerca de 20%); transtorno obsessivo compulsivo (pouco mais de 12%).

A maioria dos pacientes com distúrbios ansiosos (quase 57%) apresentam como nível de escolaridade máximo o ensino fundamental, no entanto, este percentual é consideravelmente menor do que o verificado no perfil geral do NSM (aproximadamente 67%). Já com relação aos níveis superiores e médios de escolaridade, os pacientes diagnosticados com distúrbios de ansiedade apresentam-se à frente do perfil geral do NSM, sendo que para níveis médios exibem cerca de oito pontos percentuais acima e para os níveis superiores, pouco mais de um ponto percentual. Chama atenção ainda o fato de que entre todos os pacientes do NSM, menos de 6% possuem nível superior e destes, 36% estão entre aqueles diagnosticados com algum distúrbio de ansiedade (figura 11).

Com relação à distribuição por gênero, verifica-se que entre aqueles com diagnóstico de distúrbio de ansiedade, assim como observado no perfil geral do NSM, as mulheres são maioria, no entanto entre os acometidos por transtornos ansiosos o percentual que elas representam é ainda maior do que no NSM, quase 78% contra cerca de 69% (figura 12).

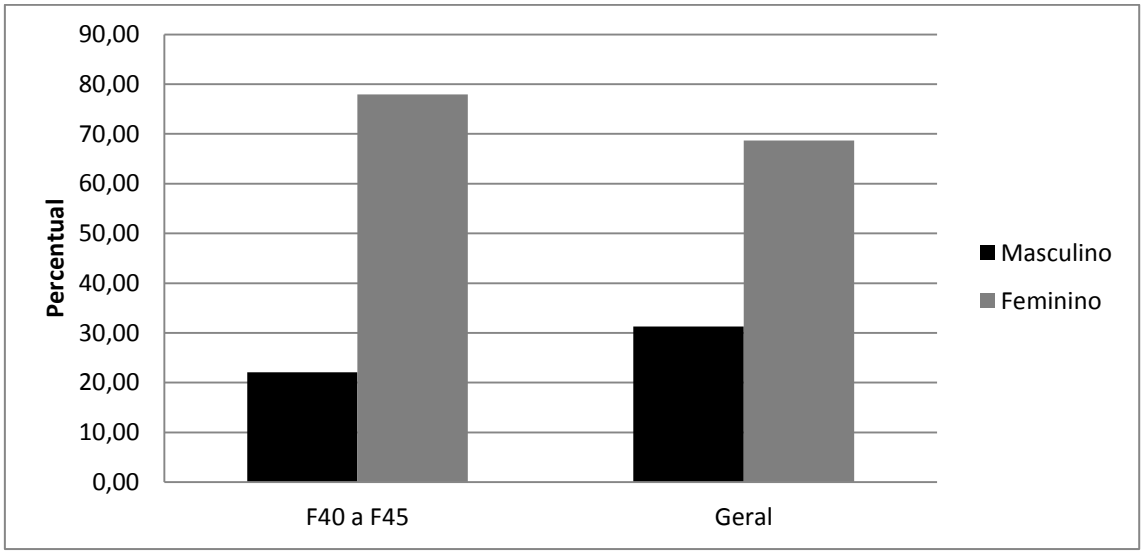
Figura 11 – Comparação entre as distribuições, por nível de escolaridade, dos usuários com diagnóstico de F40 a F45 (CID-10) e quadro geral de pacientes do NSM. Ribeirão Preto, 2012.



No que se refere à distribuição etária, observou-se que a pirâmide etária do grupo de pacientes com distúrbio de ansiedade é deslocada à esquerda em relação à pirâmide do perfil geral do NSM, demonstrando que são em geral mais jovens. Cerca de 25% dos pacientes do NSM possuem idade acima de 60 anos, já entre aqueles acometidos por distúrbios de ansiedade apenas 18% encontram-se nesta faixa etária (figura 13). A média de idade verificada para os pacientes do NSM foi de 49,69 anos, enquanto que entre aqueles diagnosticados com distúrbios de ansiedade observou-se média de 47,71 anos.

Dentre os pacientes do NSM que já necessitaram de internação ao menos uma vez ao longo da vida, apenas 9 (menos de 4%) possuem como diagnóstico principal algum distúrbio de ansiedade e estes representam apenas 4% do total de pacientes com este transtorno.

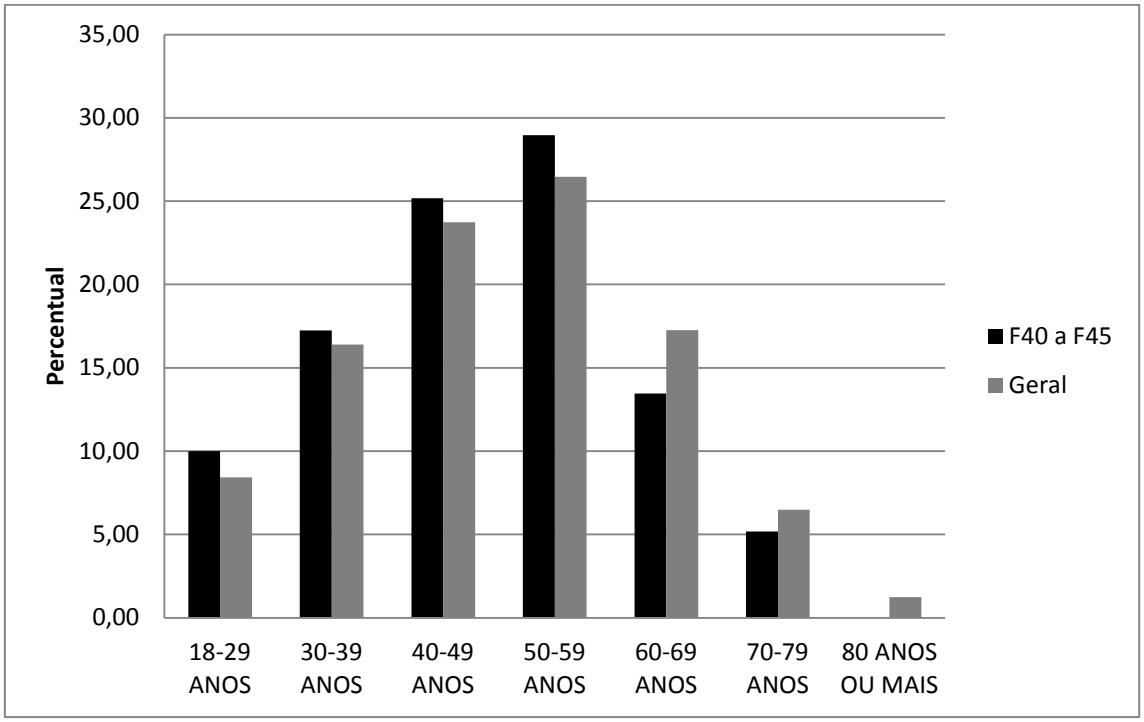
Figura 12 – Comparação entre as distribuições, por gênero, dos usuários com diagnóstico de F40 a F45 (CID-10) e quadro geral de usuários do NSM. Ribeirão Preto, 2012.



Observa-se através da figura 4 que os pacientes diagnosticados com distúrbios de ansiedade apresentam baixa probabilidade de internação, se comparados com outros transtornos como esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo. Apresentam menor probalidade inclusive em relação ao transtorno depressivo. Por exemplo, um indivíduo com 20 anos de idade e diagnosticado com algum distúrbio ansioso apresenta probabilidade de 6,5% de necessitar de pelo menos uma internação ao longo da vida, enquanto que

um indivíduo com as mesmas características, no entanto diagnosticado com transtorno esquizoafetivo, apresenta quase 54% de chances.

Figura 13 – Comparação entre as distribuições etárias dos usuários com diagnóstico de F40 a F45 (CID-10) e quadro geral de usuários do NSM. Ribeirão Preto, 2012.

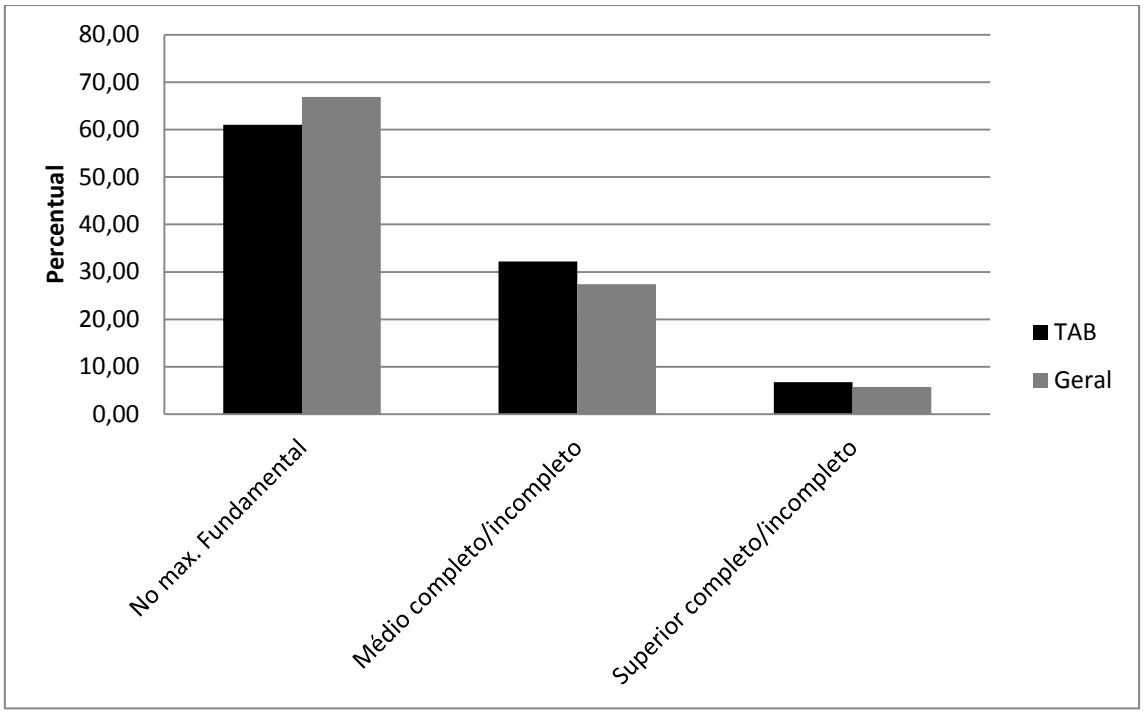


4.5 Caracterização dos usuários com diagnóstico de TAB

Dentre os 1281 pacientes em tratamento no NSM, 137 (quase 11%) possuem o TAB como diagnóstico principal.

Com relação ao nível de escolaridade dos pacientes com diagnóstico de TAB, verificou-se que assim como no perfil geral do NSM, a maioria possui no máximo o ensino fundamental. Porém verificam-se diferenças as quais demonstram que os pacientes com TAB possuem, de forma geral, nível de escolaridade um pouco acima da média do NSM. Em relação ao menor nível de escolaridade os pacientes com TAB apresentam praticamente 61% dos indivíduos nesta categoria enquanto que aproximadamente 67% da amostra geral do NSM possui no máximo o ensino fundamental. Já em relação aos níveis secundário e terciário, os pacientes com TAB exibem percentual um pouco acima daquele observado para o quadro geral do NSM (figura 14).

Figura 14 – Comparação entre as distribuições por nível de escolaridade dos usuários diagnosticados com TAB e quadro geral do NSM. Ribeirão Preto, 2012.



Verificou-se também entre os diagnosticados com TAB, no que se refere à distribuição por sexo, semelhança em relação ao observado na amostra geral do NSM, sendo a grande maioria dos pacientes do sexo feminino. Entre os pacientes com TAB, as mulheres representam percentual ainda maior do que no perfil geral do NSM, cerca de 72% contra quase 69% (figura 15).

A comparação entre as distribuições etárias da amostra geral do NSM e dos pacientes diagnosticados com TAB aponta que estes possuem aproximadamente 56% dos indivíduos na faixa de 18 a 49 anos enquanto que no perfil geral do NSM os indivíduos desta mesma faixa etária representam quase 49%. Já na faixa etária de 50 anos ou mais se verifica o inverso, sendo que no perfil geral do NSM observa-se percentual de pouco mais de 51%, enquanto que entre aqueles com TAB, verifica-se pouco mais de 44%. Outro dado que chama atenção, refere-se ao fato de que não foram encontrados pacientes com TAB na faixa etária de 80 anos ou mais, enquanto que na amostra geral do NSM, pouco mais de 1% estão nesta faixa (figura 16). Apurou-se para os indivíduos diagnosticados com TAB, média de idade de 47,67 anos enquanto que a média geral do NSM é de 49,69.

Figura 15 – Comparação entre as distribuições por gênero dos usuários diagnosticados com TAB e quadro geral do NSM. Ribeirão Preto, 2012.

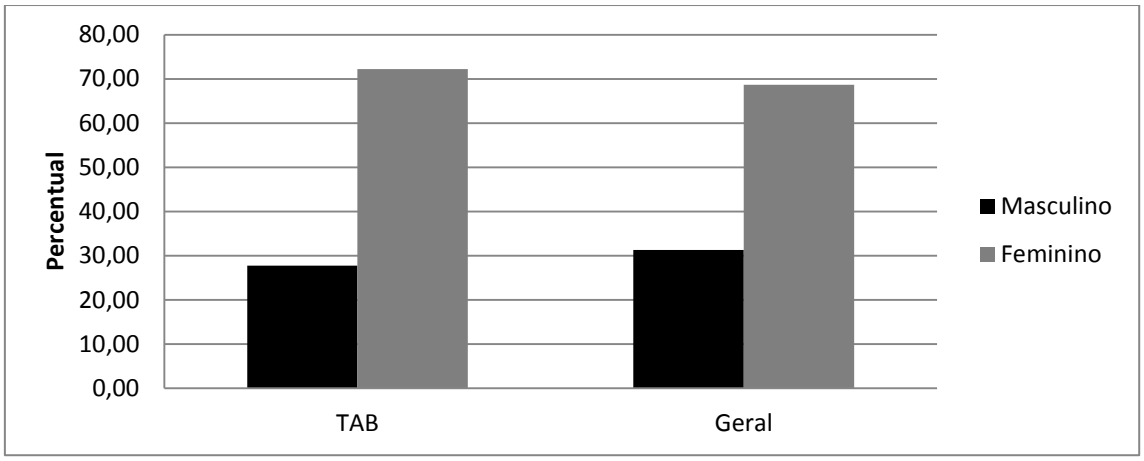
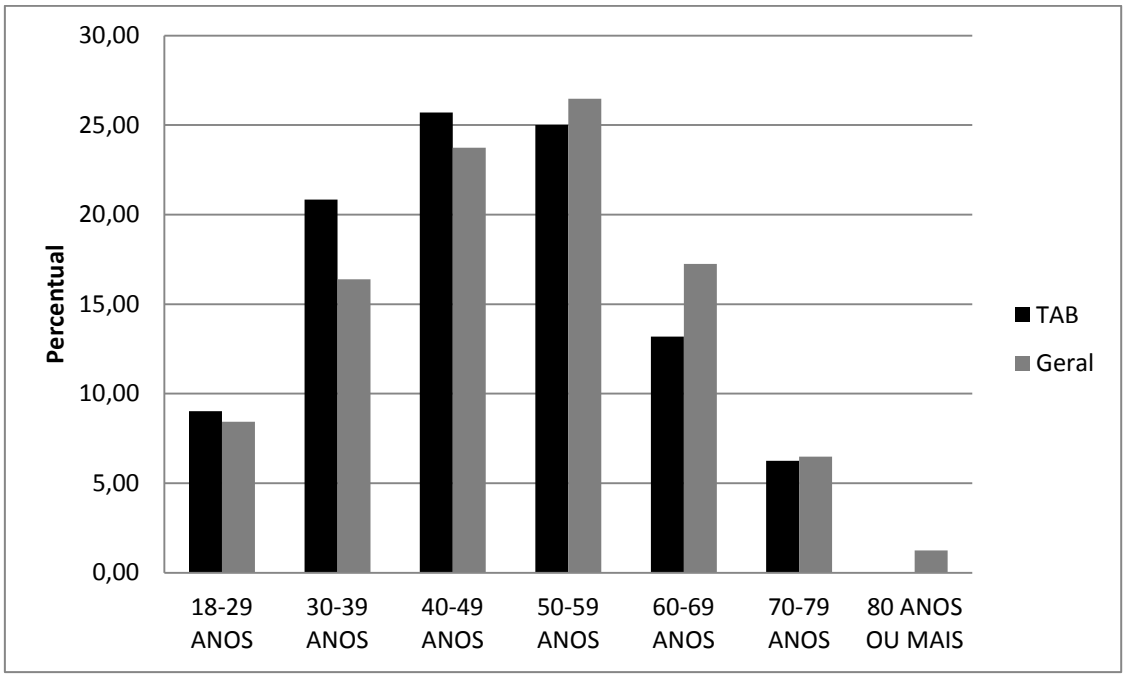


Figura 16 - Comparação entre as distribuições etárias dos usuários diagnosticados com TAB e quadro geral de pacientes do NSM. Ribeirão Preto, 2012.



Dentre os 234 pacientes do NSM, que já foram internados em unidade psiquiátrica ao menos uma vez, mais de 22% (52 pacientes), possuem diagnóstico de TAB e estes representam quase 38% do total de pacientes com este diagnóstico.

Observa-se através da figura 4, que os pacientes com TAB, assim como aqueles com diagnóstico de transtorno esquizoafetivo e esquizofrenia, possuem alta probabilidade de internação. Por exemplo, um indivíduo com 25 anos de idade e diagnosticado com TAB possui probabilidade de

aproximadamente 47% de necessitar de pelo menos uma internação ao longo de sua vida. Já um sujeito com as mesmas características, porém com diagnóstico de depressão, possui pouco mais de 11% de chances.

5 – Discussão

5. DISCUSSÃO

5.1 Perfil epidemiológico do NSM

Estudos semelhantes ao desenvolvido no NSM também observaram como transtornos mais prevalentes os distúrbios afetivos, a esquizofrenia ou transtornos psicóticos e os distúrbios ansiosos. Dentre estes estudos, algumas variações foram observadas quando comparadas aos achados do NSM, no entanto há de se considerar que alguns autores optaram por agrupar os diagnósticos de forma diferente deste estudo. Em um ambulatório de saúde mental na cidade de Lorena/SP, observou-se como mais prevalente os distúrbios ansiosos, seguidos pelos afetivos e esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (PEREIRA, 2012). Já em um ambulatório da cidade de Maringá/PR, os resultados obtidos foram mais semelhates aos do NSM, sendo que o transtorno mais observado entre os pacientes foram os depressivos (29%), TAB (16%), distúrbios ansiosos (15%) e esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (14%) (PORCU, 2007). No município de Recife/PE, os transtornos mais frequentes são os afetivos (quase 35%) e aqueles classificados entre F20 e F29 (aproximadamente 26%) (PAULA, 2010). Nos CAPS de Santos/SP, observou-se como diagnósticos mais frequentes os transtornos psicóticos (38%), afetivos (32%) e ansiosos (17%) (ANDREOLI, 2004).

Diante do exposto no parágrafo anterior, fica claro a importância do grupo de patologias citado, não apenas no NSM, mas no âmbito da atenção secundária em saúde mental. No NSM, se somados, os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, TAB, depressão e distúrbios ansiosos, representam cerca de 68% do total.

Com relação ao nível de escolaridade, outros autores também apontam como nível de escolaridade predominante, no máximo o ensino fundamental para pacientes do nível de atenção secundário em saúde mental. Os percentuais verificados variam entre 50 e 73% (PORCU, 2007; PEREIRA, 2012; PAULA, 2011). Sabe-se que o nível de escolaridade influencia no

prognóstico de alguns transtoros, entre eles esquizofrenia e TAB (DIAS, 2008; ENGELHARDT, 2000; SOUZA, 2005).

No que se refere à distribuição por gênero, observa-se em outros serviços análogos ao NSM que as mulheres também compõem a grande maioria, apresentando percentuais praticamente iguais aos verificados no NSM, próximos de 70% (PEREIRA, 2012; PAULA, 2011; PORCU, 2007). Sabe-se que existem várias diferenças entre os gêneros no que se refere à prevalência, incidência e curso dos transtornos mentais. Mulheres apresentam maior prevalência de transtornos de humor e ansiosos enquanto que os homens apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas. Para alguns transtornos verifica-se também diferenças na idade de início da doença e também quanto ao prognóstico (ANDRADE, 2006).

A média de idade apurada para os pacientes do NSM também se aproxima daquelas verificadas em estudos semelhantes, sendo que os valores encontram-se entre 46 e 48 anos (PEREIRA, 2012; ANDREOLI, 2004). No entanto, em relação à faixa etária predominante, observa-se discordâncias na comparação com outros estudos. Como já mencionado, a maioria dos pacientes do NSM possuem entre 40 e 59 anos de idade, enquanto que em outros serviços ambulatoriais de saúde mental a faixa etária predominante situa-se entre 30 e 49 anos. (PEREIRA, 2012; PORCU, 2007).

Observando-se a figura 4, verifica-se que a variabilidade relacionada à probabilidade de necessidade de internação dos pacientes do NSM é ampla, sendo que um paciente com 18 anos de idade e diagnosticado com o transtorno esquizoafetivo apresenta probabilidadade de quase 55%. Já um paciente com 65 anos de idade e que sofra de algum distúrbio ansioso apresenta pouco mais de 3% de chances de necessitar de internação.

Verificou-se também que os transtornos que apresentam maior probabilidade de internação são o transtorno esquizoafetivo, o TAB e a esquizofrenia. Tal achado, certamente está relacionado aos sintomas destas patologias, os quais trazem grande prejuízo ao funcionamento do indivíduo, muitas vezes suficiente para gerar sua hospitalização (TOWNSEND, 2002)

5.2 Perfil dos usuários diagnosticados com Depressão

Assim como verificado no NSM, observou-se em um ambulatório de saúde mental, situado na cidade de Maringá/PR, que a depressão constitui o transtorno mais frequentemente verificado, no entanto, em Maringá, os pacientes depressivos representavam 29% do total e no NSM 22%. Já em um CAPS, na cidade de Santos/SP verificou-se que aproximadamente 21% dos pacientes apresentam depressão como diagnótico, percental quase idêntico ao do NSM (PORCU, 2007; ANDREOLI, 2004).

Com relação ao nível de escolaridade dos pacientes com depressão, observou-se em um ambulatório de psiquiatra no interior de São Paulo, que aproximadamente 69% dos pacientes possuiam no máximo o ensino fundamental, percentual um pouco abaixo daquele verificado no NSM (cerca de 74%), no entanto, reforça a evidênca de que a maioria destes pacientes apresentam baixo nível de escolaridade. Na cidade de Pelotas/RS, verificou-se que entre indivíduos com baixa escolaridade observava-se maior número de sintomas depressivos (TUCCI, 2001; GAZELLE, 2004).

Em um serviço análogo ao NSM, localizado na cidade de Botucatu/SP, observou-se que, assim como no NSM, as mulheres também compõem a grande maioria entre os pacientes depressivos, sendo que naquele serviço elas representavam praticamente 90% do total. O mesmo foi verificado em um pronto socorro na cidade de São Paulo, onde o transtorno depressivo é 2,24 vezes mais frequentemente observado entre as mulheres. Estudos de cunho epidemiológico relacionados à depressão, apontam o sexo feminino como o fator mais consistentemente associativo à patologia (TUCCI, 2001; ALMEIDA, 1999; VORCARO, 2002).

Na cidade de Botucatu/SP, verificou-se entre pacientes depressivos ambulatoriais, que aproximadamente 62% destes possuiam idade acima de 50 anos. No NSM este percentual é ainda maior, pouco mais de 67%, demonstrando que a depressão, de uma forma geral, atinge indivíduos mais velhos, assim como observou-se no sul do Brasil, que a idade avançada apresentava forte associação com os sintomas depressivos (TUCCI, 2001). Portanto, há de se atentar para o aumento da população idosa no Brasil e no

mundo e principalmente quanto ao impacto da depressão sobre esta população.

A depressão, a ponto de ocasionar a necessidade de hospitalização do paciente, em geral, ocorre apenas em suas formas mais graves, nas quais o funcionamento do indivíduo torna-se bastante prejudicado, podendo haver inclusive risco de suicídio. Já nas formas mais “brandas” da doença, normalmente o tratamento em nível básico ou secundário é suficiente (TOWNSEND, 2002). Isto talvez explique o fato de a depressão constituir o transtorno mais prevalente entre os pacientes do NSM e ainda sim ser uma das patologias que apresentam menor probabilidade de internação (figura 4).

5.3 Perfil dos usuários diagnosticados com Esquizofrenia

O presente estudo constatou que os pacientes com esquizofrenia, representam cerca de 18% do total de pacientes do serviço ambulatorial em questão, percentual este, semelhante ao verificado nos CAPS de Santos/SP, os quais oferecem um serviço semelhante ao oferecido pelo NSM. Nestes, os esquizofrênicos correspondiam a quase 19% do total (ANDREOLI, 2004).

Na análise dos níveis de escolaridade, percebeu-se que os achados são condizentes com estudos semelhantes. Em um CAPS da cidade de Campinas/SP, demonstrou-se que a maioria dos usuários daquele serviço possuía como nível de escolaridade apenas o ensino fundamental incompleto, enquanto que em outro CAPS, na cidade de Porto Alegre, apurou-se que os pacientes com esquizofrenia possuíam em média 9,03 anos de estudo, com desvio padrão de 3,41 anos. O mesmo foi verificado nas cidades de Goiânia, Fortaleza e Natal, onde uma pesquisa apontou que a maioria dos indivíduos esquizofrênicos pesquisados possuía baixa escolaridade (MIRANDA, 2010; ZORTÉA, 2010; LIMA, 1999).

Estudos realizados com esquizofrênicos demonstraram que o número de anos de estudo está associado positivamente ao desempenho cognitivo destes pacientes (ENGELHARDT, 2000; SOUZA, 2005). Dado este que poderia sugerir uma investigação mais detalhada sobre o desempenho cognitivo dos pacientes esquizofrênicos com baixa escolaridade no NSM (quase 60% não

completaram nem se quer o ensino fundamental) ou ainda uma atenção diferenciada a este perfil de paciente por parte da equipe.

Com relação à distribuição por sexo, as observações do NSM, também equivalem àquelas que foram verificadas em outros serviços análogos. No período de 2002 a 2007, verificou-se em um serviço de urgência psiquiátrica na cidade de Belo Horizonte que 58,6% daqueles diagnosticados com esquizofrenia eram do sexo masculino. Em outro, de referência em saúde mental, em Divinópolis/MG os homens representavam 60,2% (VOLPE, 2010; CARDOSO, 2006).

Alguns estudos já concluíram que o sexo é um importante fator relacionado ao curso e evolução da esquizofrenia. Apontam que as mulheres tem um prognóstico melhor do que os homens em relação ao número de reinternações psiquiátricas, evolução clínica e funcionamento social. Além disso, o suicídio é mais frequente entre os homens. Tais diferenças entre os gêneros, talvez sirvam para demonstrar a necessidade de uma abordagem diferente em função do sexo por parte da equipe de saúde. Sabe-se que em vários países, o planejamento de intervenções é diferenciado para homens e mulheres (MARI, 2000; CARDOSO, 2006; CHAVES, 2000).

No que se refere à faixa etária dos pacientes, verificou-se no NSM média superior àquela verificada nos CAPS de Santos/SP. No NSM apurou-se 49,02 anos de idade e em Santos 46 anos (ANDREOLI, 2004).

Outro aspecto relevante que pode ser percebido na observação conjunta das figuras 4 e 10 consiste na probabilidade de internação a que os pacientes esquizofrênicos do NSM estão sujeitos. Na figura 10 percebe-se que a maior parte destes pacientes encontra-se na faixa etária entre 30 e 69 anos e nesta faixa, a probabilidade varia entre 44,19 e 28,86%.

Em uma unidade de internação de um hospital geral em Campinas/SP, estimou-se que entre os pacientes com transtornos psiquiátricos, os esquizofrênicos representavam 19%, percentual este, menor apenas do que o verificado para os transtornos de humor. Como se pode ver na figura 4, a linha referente aos pacientes diagnosticados com esquizofrenia demonstra que este tipo de paciente apresenta uma das maiores probabilidades de internação em comparação com outros transtornos mentais, apresentando probabilidade praticamente igual à verificada para pacientes com transtorno afetivo bipolar

(TAB). Outro estudo, este realizado entre pacientes internados em hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro, apontou que cerca de 42% de seus pacientes eram esquizofrênicos, enquanto que em Ribeirão Preto/SP, entre 1998 e 2002, os transtornos de esquizofrenia somados aos esquizotípicos e delirantes foram responsáveis por cerca de 37% das internações psiquiátricas (DALGALARRONDO, 2003; SILVA, 1999; SILVA, 2006).

A esquizofrenia constitui um transtorno de longa duração, no qual o indivíduo apresenta períodos de crises e remissões que resultam em deterioração do funcionamento do doente e da família (TOSTES, 1989). Dados como os descritos acima, na figura 4, podem ser úteis no direcionamento das ações da equipe, já que oferecem uma estimativa daqueles pacientes com maior probabilidade de internação, e através destas estimativas, a equipe pode planejar atitudes de prevenção relacionadas a fatores que poderiam acabar gerando a necessidade de internação do paciente.

5.4 Perfil dos usuários diagnosticados com distúrbios ansiosos

O presente estudo constatou que os pacientes diagnosticados com distúrbios ansiosos representam quase 17% do total de pacientes atendidos no NSM, percentual muito próximo ao verificado em um ambulatório de saúde mental na cidade de Maringá/PR, onde se observou 15%. Nos CAPS da cidade de Santos/SP, verificou-se percentual idêntico ao do NSM e em Lorena/SP somavam 16% (PORCU, 2007; PEREIRA, 2012).

O NSM, assim como os serviços de saúde citados no parágrafo anterior, integra o nível secundário de atenção à saúde e de uma forma geral, a atenção primária é suficiente para o tratamento de pacientes com a maioria dos distúrbios ansiosos. Assim como demonstra LIMA (1999), observando que na cidade de São Paulo, metade dos pacientes de serviços de atenção primária apresentava algum destes transtornos.

Com relação ao nível de escolaridade, observou-se em um serviço semelhante ao NSM, situado também no estado de São Paulo que grande parte daqueles diagnosticados com distúrbios ansiosos possuem pelo menos

níveis intermediários de ensino. No NSM, mais de 43% possuem pelo menos o ensino médio incompleto (ANDREOLI, 2004).

No que se refere à distribuição por sexo, assim como no NSM, outros estudos também apontam que as mulheres são maioria entre os diagnosticados com algum distúrbio ansioso. Na cidade de São Paulo, observou-se que são cerca de três vezes mais frequentemente observados em mulheres do que em homens e em outro município, no interior do mesmo estado, verificou-se que mais de 75% são do sexo feminino (ANDRADE, 2006; PEREIRA, 2012).

Ainda são escassos os trabalhos que relacionam distúrbios ansiosos e faixa etária dos pacientes, no entanto alguns autores falam a respeito da idade média de inicio da doença sendo no final da terceira da década de vida no caso da doença do pânico e na infância ou adolescência em se tratando da ansiedade generalizada ou transtorno obsessivo compulsivo. Isto talvez explique o fato de que, no serviço de saúde analisado, a média de idade apurada para estes pacientes foi menor do que a verificada para a amostra total de pacientes do NSM. No entanto, há também autores que afirmam que esses pacientes levam muito tempo até buscarem tratamento, normalmente no meio da terceira década de vida e talvez seja esta a razão pela qual, no NSM, mais de 71% daqueles com distúrbios ansiosos possuem idade entre 30 e 59 anos (TOWNSEND, 2002; BARLOW, 1999).

No que se refere ao início precoce da doença, há de se atentar para as possibilidades de intervenção no âmbito da atenção básica, baseadas na observação dos sintomas relacionados aos distúrbios ansiosos com a finalidade de identificar de forma prematura estes pacientes e direcioná-los ao tratamento adequado.

Já com relação à faixa etária verificada como mais prevalente no NSM (de 40 a 59 anos), aponta-se para a necessidade de intervenções específicas a estes pacientes por parte do serviço de saúde, levando-se em conta que indivíduos nesta faixa etária frequentemente se deparam com diferentes situações estressoras como a criação dos filhos, o relacionamento enquanto casal, relações interpessoais, necessidade de manutenção do emprego e eventos como estes possuem relação com sintomas ansiosos. As intervenções específicas a que se refere este parágrafo possuem importância no sentido de

prevenir os sintomas agudos da doença, que poderiam gerar necessidade de hospitalização do paciente, ainda que neste estudo tenha se verificado baixa probabilidade de internação para os distúrbios ansiosos (MARGIS, 2003).

Pesquisa realizada com idosos atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica apontou que apenas 5% daqueles com diagnóstico de transtorno neurótico (F40 a F48) eram encaminhados à internação. Dado condizente com os resultados deste estudo, no qual um indivíduo com distúrbio ansioso, com 60 anos de idade e paciente do NSM, teria pouco mais de 3% de chances de necessitar de internação (ALMEIDA, 1999).

Ainda que necessitem de internação, os pacientes com diagnóstico de distúrbio de ansiedade, em geral apresentam um desfecho favorável quanto ao tratamento. Pesquisa realizada com pacientes psiquiátricos institucionalizados apontou que entre os diagnosticados com transtornos de ansiedade, neuróticos ou somatoformes, mais de 85% apresentaram desfecho muito positivo ou positivo (DALGALARRONDO, 2003). Talvez seja esta a razão pela qual os distúrbios de ansiedade, apesar de ser a terceira causa mais prevalente no NSM, constituem a patologia que ocasiona menor probabilidade de internação entre os pacientes.

5.5 Perfil dos usuários diagnosticados com TAB

O presente estudo constatou que os pacientes com diagnóstico de TAB representam cerca de 11% do total de pacientes atendidos no NSM, enquanto que em um serviço ambulatorial na cidade de Maringá/PR, verificou-se que estes pacientes totalizam 16% da clientela (PORCU, 2007).

Em um ambulatório de psiquiatria na cidade de Botucatu, apurou-se com relação ao nível de escolaridade dos pacientes com TAB, que quase 52% possuíam escolaridade até o ensino fundamental, cerca de 38% possuíam até o ensino médio e pouco mais de 10% acima do ensino médio. Já no NSM apurou-se que aproximadamente 61% possuem até o ensino fundamental, cerca de 32% até o ensino médio e quase 8% acima do ensino médio (TUCCI, 2001).

Estudo realizado com doentes bipolares demonstrou que o desempenho neurocognitivo estava significativamente ligado à escolaridade, apontando que

aqueles que apresentavam escolaridade mais elevada obtinham melhor desempenho. Dado este que poderia sugerir uma investigação mais detalhada a respeito do desempenho cognitivo dos pacientes bipolares com baixa escolaridade no NSM (quase metade dos não completaram se quer o ensino fundamental), ou ainda ações diferenciadas a este perfil de paciente por parte da equipe (DIAS, 2008).

Foi verificado em amostras clínicas de pacientes com TAB que a prevalência deste transtorno é maior entre aqueles com maior escolaridade. Isso talvez explique o fato de que levando-se em conta a soma das três categorias mais elevadas (ensino médio completo, superior incompleto e superior) o percentual verificado para aqueles diagnosticados com TAB foi seis pontos acima do observado na amostra geral do NSM (LIMA, 2005).

No que se refere à distribuição entre os sexos, as observações feitas no NSM são bem próximas àquelas verificadas em outros serviços análogos. No município de Maringá/PR observou-se que a maioria dos pacientes diagnosticados com TAB era do sexo feminino e em Botucatu/SP, apurou-se que aproximadamente 69% dos pacientes com esse diagnóstico eram do sexo feminino. Há ainda vários autores que afirmam ser equânime a distribuição entre os sexos em pacientes portadores de TAB tipo I, embora também descrevam que para o TAB tipo II a proporção de mulheres é maior (PORCU, 2007; TUCCI, 2001; WEISSMAN, 1991; LEIBENLUFT, 1996).

Alguns estudos apontam para a possibilidade de diferenças entre os sexos quanto ao curso do TAB. Mulheres têm maior probabilidade de desenvolver ciclagem rápida caracterizada por quatro ou mais episódios afetivos no período de um ano e possivelmente mania mista, além de episódios depressivos mais longos e em maior número. Tais diferenças entre os gêneros, talvez indiquem a necessidade de uma abordagem específica, em função do sexo, por parte da equipe de saúde, como ocorre em outros países, nos quais o planejamento de intervenções é diferenciado para homens e mulheres (LEIBENLUFT, 1996; CARDOSO, 2009).

Com relação à distribuição etária dos pacientes com TAB, verificou-se em um serviço ambulatorial de um município do interior de São Paulo, achados semelhantes aos do NSM, sendo que o percentual mais significativo (aproximadamente 52%) encontrava-se entre 30 e 50 anos de idade. No NSM,

cerca de 46% dos pacientes com o diagnóstico em questão, encontravam-se entre 30 e 49 anos. Já na cidade de Maringá/PR, observou-se que a maioria dos pacientes com TAB possuíam entre 31 e 45 anos (PORCU, 2007; TUCCI, 2001).

Outro aspecto relevante que pode ser visualizado na observação conjunta das figuras 4 e 16 consiste na probabilidade de internação a que os pacientes bipolares do NSM estão sujeitos. Na figura 16 verifica-se que quase 72% destes pacientes encontram-se na faixa etária de 30 a 59 anos e nesta faixa, a probabilidade varia entre 45,14% e 33,35%.

Um estudo realizado com pacientes acometidos por transtornos afetivos apontou que entre aqueles com diagnóstico de TAB houve maior proporção de pacientes que já haviam passado por alguma internação ao longo da vida. Já no âmbito do NSM, pode-se verificar um achado semelhante (figura 4), no qual se verificou que pacientes com TAB possuem probabilidade bem maior de internação do que depressão e comparável à esquizofrenia (TUCCI, 2001).

Em uma cidade do interior de São Paulo, um estudo realizado com pacientes egressos de internação psiquiátrica, em um determinado período, verificou-se que quase 19% possuíam diagnóstico de TAB. Percentual semelhante ao verificado neste estudo, o qual apurou que 22% dos pacientes que já necessitaram de internação ao menos uma vez ao longo vida, possuem diagnóstico de TAB (CARDOSO, 2009).

6. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos objetivos propostos neste estudo, conclui-se que o perfil do serviço ambulatorial de saúde mental analisado, é composto em sua maioria por indivíduos do sexo feminino, de baixa escolaridade e média idade (entre 40 e 59 anos). O diagnóstico mais prevalente foi depressão, seguido por esquizofrenia e distúrbios de ansiedade. Cerca de 18% dos pacientes já foram hospitalizados por razões psiquiátricas ao menos uma vez ao longo da vida.

Verificou-se associação da necessidade de internação psiquiátrica com a variável “idade” e alguns diagnósticos. A probabilidade de internação é inversamente proporcional à idade. O Diagnóstico que apresentou maior probabilidade de internação foi o transtorno esquizoafetivo, seguido pelo TAB, esquizofrenia, depressão e distúrbios de ansiedade; sendo que os dois últimos apresentaram probabilidade consideravelmente menor do que os três primeiros. Os demais diagnósticos e a variável “sexo” não apresentaram associação com a necessidade de internação.

Os diversos transtornos mentais elencados neste trabalho, principalmente aqueles a que foram dedicados subitens específicos em razão da alta prevalência, constituem importantes ameaças à saúde e ao bem estar da população. A esquizofrenia e o TAB, por exemplo, constituem condições médicas para toda a vida do paciente e acabam muitas vezes por gerar necessidade de hospitalização. Informações como as descritas na figura 4, podem ser úteis no direcionamento da equipe, já que oferecem uma estimativa daqueles pacientes com maior probabilidade de internação, e através destas estimativas, a equipe pode planejar ações direcionadas a fatores que podem acabar favorecendo a hospitalização do paciente.

Os dados a que se refere o parágrafo anterior também possuem importância do ponto de vista do princípio do SUS da equidade, norteando o trabalho da equipe de saúde de forma a dar tratamento específico aos diferentes tipos de pacientes, levando-se em conta as peculiaridades de cada doença, faixa etária, gênero, etc., ou seja, tratar os diferentes de forma diferente. No caso dos pacientes bipolares, o princípio do SUS destacado acima, torna-se extremamente importante, levando-se em conta que 80% destes exibem tendência ao suicídio (COSTA, 2008; GOODWIN, 1990).

7 – Referências Bibliográficas

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS

AGUIAR, W.M.; DUNNINGHAM, W. Depressão geriátrica: aspectos clínicos e terapêuticos. **Arq. Bras. Med.**, Rio de Janeiro, v.67, n.4, p.297-9, 1993.

ALMEIDA, G.C.M.; FERREIRA, M.A.F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p.2131-2140, set, 2008.

ALMEIDA, O.P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.21, n.1, p. 12-18, mar. 1999.

ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Rev. ABP-APAL**, São Paulo, v.14, n.3, p.93-104, jul., 1992.

American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4. Ed. Washington (DC), E.U.A.: American Psychiatry Press, 1994.

ANDRADE, A.C.F. A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. **Rev. Psiquiatr. Clín.** São Paulo, v.6, n.6, 1999. Disponível em <http://urutu.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n6/index.html>. Acesso em 21 out. 2011.

ANDRADE, L.; WALTERS, E.E.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Prevalence of CID-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Soc. psychiatr. psychiatr. epidemiol.**, Berlin, Alemanha, v.37, n.7, p.316-25, 2002.

ANDRADE, L.H.S.G. *et. al.* Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v.26, n.5. 1999. Disponível em: <http://urutu.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/index.html>. Acesso em: 21 out 2011.

ANDRADE, L.H.S.G.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v.33, n.2, p.43-54, 2006.

ANDREOLI, S.B. *et al.* Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p.836-44, mai., 2004.

BARLOW, D.H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

BATTAGLIA, A.; CAREY, J.C. Diagnostic evaluation of developmental delay/mental retardation: an overview. **Am. J. Med. Genet.**, Nova Iorque, E.U.A., v.117C, n.1, p. 3-14, fev., 2003.

BLAZER, D.; WILLIAMS, C.D. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. **Am. J. Psychiatr.**, Arlington, E.U.A., v.137, n.4, p.439-44, 1980.

CAMPOS, C.M.S.; SOARES, C.B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 621-628, 2003.

CARDOSO, C.S.; CAIAFFA, W.T.; BANDEIRA, M.; SIQUEIRA, A.L.; ABREU, M.N.S.; FONSECA, J.O.P. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1303-1314, jun., 2006.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. Quem são os egressos de internação psiquiátrica?. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.22, n.6, p.733-40, nov., 2009.

CARLINI, E.A.; GALDUROZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001 –** Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional; 2002.

CHAVES, A.C. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.22, n.1, p.21-22, mai., 2000.

COSTA, A.M.N. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Rev. Psiquiatr. Clín.** São Paulo, v.35, n.3, p.104-10, 2008.

CROEN, L.A.; GRETHER, J.K.; SELVIN, S. The epidemiology of mental retardation of unknown cause. **Pediatrics**, Elk Grove Village, E.U.A., v.107, n.6, p.e86, jun., 2006.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N.J.; BANZATO, C.E.M. Pacientes que se beneficiam de internação em hospital geral. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.5, p.629-634, out., 2003.

DEL-PORTO, J.A.. Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.23, s.2, p. 3-5, out. 2001.

DEL-PORTO, J.A. Crises de pânico na clínica médica. **RBM rev. Bras. Med.**, São Paulo, v.60, n.1, p. 33-39, dez., 2003.

DIAS, V.V.; BRISSOS, S.; MARTINÉZ-ARAN, A.; KAPCZINSKI, F. Funcionamento neurocognitivo em doentes bipolares tipo I eutímicos. **Acta Med. Port.** Lisboa, Portugal, v.21, n.6, p.527-538, 2008.

ENGELHARDT, E.; LAKS, J.; ROSENTHAL, M.; MARINHO, V.M. Rastreamento cognitivo em idosos esquizofrênicos institucionalizados. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.22, n.4, p.159-163, 2000.

FERREIRA-FILHO, O.F.; TURCHI, M.D.; LARANJEIRA, R.; CASTELO, A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n.6, p. 751-9, dez., 2003.

FORTES, S.; VILLANO, L.A.B.; LOPES, C.S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do programa saúde da família (PSF) de Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v.30, n.1, p.32-37, mar., 2008.

GAZALLE, F.K.; LIMA, M.S.; TAVARES, B.F.; HALLAL, P.C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.38, n.3, p.365-71, jun., 2004.

GONÇALVES, D.M.; KAPCZINSK, F. 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**, Rio de Janeiro, v. 24, n.9, p. 2043-53, set, 2008.

GONZALEZ, C.H. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.21, s.2, p.31-34, out., 1999.

GOODWIN, F.K.; JAMISON, K.R. **Maniac-depressive illness.** Oxford, Inglaterra: Oxford University Press, 1990.

GOODWIN, R.; OLFSON, M; FEDER, A.; FUENTES, M.; PILOWSKY, D.; WEISSMAN, M.M. Panic and suicidal ideation in primary care. **Depress. anxiety**, Nova Iorque, E.U.A., v.14, n.4, p.244-46, nov., 2001.

HAFFNER, H.; HEIDER, W.; BEHRENS, S.; GATTAZ, W.F.; HAMBRECHT, M.; LOFLER, W.; *et al*. Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. **Schizophr. bull.** Rockville, E.U.A., v.24, n.1, p.99-113, 1998.

HANSEL, C.G.; MOTTA, C.C.R.; SILVA, J. Aplicação da escala de Katz (AVDs) na avaliação funcional de idosos com transtorno mental institucionalizados. In: 15º PESQUISANDO EM ENFERMAGEM – Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 2008, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php?id=461&cf=2>. Acesso em: 17 jan. 2012.

HENDRICK, V.H.; ALTSHULER, L.L.; GITLIN, M.J. *et al*. Gender and bipolar illness. **J. Clín. Psychiatr.**, Memphis, E.U.A., v.61, n.5, p.393-6. 2000.

HERRERA-JÚNIOR, E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva – estado de São Paulo – Brasil. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v.25, n.2, p. 70-3, 1998.

JUDD, L.L.; AKISKAL, H.S.; SCHETTLER, P.J.; ENDICOTT, J.; MASER, J.; SOLOMON, D.A. *et al*. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. **Arch. Gen. Psychiatry.** Chicago, E.U.A., v.59, n.6, p.530-37, jun., 2002.

KABRA, M.; GULATI, S. Mental retardation. **The Indian J. of Pediatrics**, Nova Delhi, India, v.70, n.2, p.153-8, 2003.

KESSLER, R.C. *et al*. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, E.U.A., v.62, n.6, p. 617-27, 2005.

LEIBENLUFT, L. Sex is complex. **Am. J. Psychiatr.**, Arlington, E.U.A., v.153, n.8, p.969-72, ago., 1996.

LIMA, M.S. Epidemiologia e impacto social. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.21, s.1, p.01-05, mai., 1999.

LIMA, M.S.; TASSI, J.; NOVO, I.P.; MARI, J.J. Epidemiologia do transtorno bipolar. **Rev. Psiquiatr. Clín.** São Paulo, v.32, s.1, p.15-20, 2005.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

MAIA, L.C.; DURANTE, A.M.G.; RAMOS, L.R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.38, n.5, p.650-656, out., 2004.

MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n8, p.1639-1648, ago., 2006.

MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A.F.; SILVEIRA, R.O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **R. Psiquiatr. RS**, Porto Alegre, v.25, n.1, p.65-74, abr., 2003.

MARI, J.J.; LEITÃO, R.J. A epidemiologia da Esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.22, s.1, mai. 2000.

MELLO, M.F.; MELLO A.A.F.; KOHN, R. **Epidemiologia em saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed; 2007. Resenha de SANTOS, D.N. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1955-1956. 2008.

MENEZES, P.R. Prognóstico da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.22, s.1, p18-20, mai., 2000.

MIRANDA, I.; BALLARIN, M.L.G.S. Perfil sociodemográfico e clínico dos usuários de um centro de atenção psicossocial do município de Campinas. In: Anais do XV encontro de iniciação científica da PUC-Campinas, out., 2010, Campinas. Disponível em: <https://www.puc-campinas.edu.br/pesquisa/ic/pic2010/resumos/2010916_191416_305539215_resesu.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2012.

MORGADO, A.F.; COUTINHO, E.S.F. Dados de epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n.3, p.327-47, jul., 1985.

NEGRO-JÚNIOR, P.J.; PALLADINO-NEGRO, P.; LOUZÃ, M.R. Dissociação e transtornos dissociativos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.21, n.4, p.239-48, dez., 1999.

OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, S.A. *Crack* na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v.35, n.6, p.212-18, 2008.

Organização das Nações Unidas e Confederação Nacional dos Bispos no Brasil – ONU e CNBB. Coordenadoria de Educação Especial do Estado do Rio de Janeiro, 1994.

PAGANO, M.; GAVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**, 2. Ed. São Paulo: Editora Cengage Learning. 2010.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.557-67, 2003.

PATTERSON M.C.; ZOGHBI, H.Y. Mental retardation X marks the spot. **Neurology**, Nova Iorque, E.U.A., v.61, n.2, p.156-7, jul., 2003.

PAULA, C.T.C. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial na cidade de Recife. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.2, n.4-5, p.94-105, 2010.

PEREIRA, M.O.; SOUZA, J.M.; COSTA, A.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 Paul. Enferm.**, São Paulo, V.25, n.1, p.48-54, fev., 2012.

PORCU, M.; PREVIDELLI, I.T.S.; LARINI, M.C.F.; MAZARO, M.M.; DIAS, T.G.C.; OLIVEIRA, V.F. Prevalência dos transtornos mentais em pacientes atendidos no ambulatório da residência médica de psiquiatria da Universidade Estadual de Maringá. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v.29, n.2, p.145-149, jul., 2007.

SADOCK, B.J.; SADOCK V.A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. Ed. Porto Alegre: Artemed, 2007.

SAMPAIO, J.J.C.; SANTOS, A.W.G. A experiência do Centro de Atenção Psicossocial e o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. Em: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 2001. p.127-34.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.H.; LÚCIO, P.B. **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SCHRAMM, J.M.A.; OLIVEIRA, J.F.; LEITE, I.C.; VALENTE, J.G.; GADELHA, A.M.J.; PORTELA, M.C.; *et al*. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.897-908, out, 2004.

SCÓZ, T.M.X.; FENILI, R.M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.2, p.71-77, 2003. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 16 set 2011.

SILVA, J.P.L.; COUTINHO, E.S.F.; AMARANTE, P.D. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.505-11, jul., 1999.

SILVA, E.C.; COSTA-JÚNIOR, M.L. Transtornos mentais e comportamentais no sistema de informações hospitalares do SUS: perspectivas para a enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.40, n.2, p.196-202, jun., 2006.

SOTO-ARES, G.; JOYES, B.; LEMAITRE, M.P.; VALLÉE, L.; PRUVO, J.P. MRI in children with mental retardation. **Pediatric Radiology**, Berlin, Alemanha, v.33, n.5, p.334-45, 2003.

SOUZA, S.B.C.; SONCINI, N.; SCHONWALD, S.; CHAVES, M.L.F. Desempenho cognitivo de pacientes esquizofrênicos destros e voluntários saudáveis. **Rev. Psiquiatr. RS**, Porto Alegre, v.27, n.1, p.23-31, 2005.

TOSTES, L.R.M.; MORAES, L.R.N. Esquizofrenia: curso, evolução e prognóstico. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.38, n.4, p.233-9, jul., 1989.

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TUCCI, A.M.; KERR-CORRÊA, F.; DALBEN, I. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distimia e depressão dupla. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.23, n.2, p.79-97, jun., 2001.

VALENÇA, A.M.; MORAES, T.M. Relação entre homicídio e transtornos mentais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.28, s.2, p.62-8, out., 2006.

VOLCAN, S.M.A.; SOUSA, P.L.R.; MARI, J.J; HORTA, B.L. Relação entre bem estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.4, p.440-5, ago., 2003.

VOLPE, F.M.; SILVA, E.M; CARMO, L.S.; SANTOS, T.N. Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica do município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.203-209, 2010.

VORCARO, C.M.R.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F.F. Prevalência e características associadas à depressão: revisão de estudos epidemiológicos com base populacional. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.51, n.3, p.167-182, jun., 2002.

WEISSMAN, M.M.; BRUCE, M.L.; LEAF, P.J.; FLORIO, L.P; HOLSER C. Affective disorders. Em: ROBINS, L.N.; REGIER, D.A. eds. Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study. Nova York: Free Press, p.53-80, 1991.

WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva:World Health Organization. **International Journal of Epidemiology.** Oxford, Inglaterra, v.35, n.4, p.1107, jul. 2006.

YEARGIN-ALLSOPP, M.; MURPHY C.C.; CORDERO, J.F.; DECOUFLÉ, P.; HOLLOWELL, J.G. Reported biomedical causes and associated medical conditions for mental retardation among 10-year-old children, metropolitan Atlanta, 1985 to 1987. **Dev. Med. Child. Neurol.**, Oxford, Inglaterra, v.39, n.3, p. 142-49, mar., 1997.

ZORTÉA, K; GUIMARÃES, L.R.; GAMA, C.S.; BELMONTE-DE-ABREU, P.S. Estado nutricional de pacientes com esquizofrenia frequentadores do centro de atenção psicossocial (CAPS) do hospital de clínicas de Porto Alegre. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.59, n.2, p.126-130, 2010.

Anexo A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 071/2012

Ribeirão Preto, 20 de abril de 2012.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 148ª Reunião Ordinária, realizada em 18 de abril de 2012.

Protocolo: nº 1446/2011

Projeto: Perfil Epidemiológico de um Serviço Ambulatorial de Saúde Mental - Uma Análise Descritiva e Analítica.

Pesquisadores: Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato
Leonardo Naves dos Reis

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos
Vice-coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto