



CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ALINE CRISTINA DA SILVA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS
TRANSTORNOS MENTAIS NOS ATENDIMENTOS
REALIZADOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL I**

Apucarana
2019

ALINE CRISTINA DA SILVA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS
AOS TRANSTORNOS MENTAIS NOS ATENDIMENTOS
REALIZADOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL I**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem Faculdade de Apucarana – FAP, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Mestra. Beatriz Maria dos Santos Santiago Ribeiro.

Apucarana
2019

ALINE CRISTINA DA SILVA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOSTRANSTORNOS
MENTAIS NOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Apucarana – FAP, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, com nota final igual a _____, conferida pela Banca Examinadora formada pelos professores:

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Mestra. Beatriz Maria dos Santos
Santiago Ribeiro
Faculdade de Apucarana

Prof. Esp. André Soares
Faculdade de Apucarana

Profa. Esp. Rita de Cássia Rosiney Ravelli
Faculdade de Apucarana

Apucarana, ____ de _____ de 2019.

Acima de sermos negros, brancos, árabes, judeus, americanos, somos uma única espécie. Quem almeja ver dias felizes, precisa aprender a amar a sua espécie (...). Se você amar profundamente a espécie humana, estará contribuindo para provocar a maior revolução social da história.

Augusto Cury.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos meus pais por todo o apoio durante essa jornada.

Aos professores do Curso da instituição por todo o conhecimento compartilhado.

À minha orientadora Profa. Mestra Beatriz Maria dos Santos Santiago Ribeiro, por toda sua ajuda e contribuições, além do incentivo à pesquisa e carreira acadêmica.

SILVA, Aline Cristina. **Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais nos atendimentos realizados em um centro de atenção psicossocial I.** 54 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia). Graduação em Enfermagem. FAP - Faculdade de Apucarana. Apucarana – PR. 2019.

RESUMO

A reforma psiquiátrica no Brasil, marca o início de um processo de rompimento com antigos paradigmas, muda-se a forma de cuidar do paciente com doença mental. Objetivou-se identificar a prevalência e fatores associados aos transtornos mentais observáveis em um Centro de Atenção Psicossocial I. Trata-se de uma pesquisa com abordagem epidemiológica, quantitativa e documental, a partir da busca em 824 prontuários confidenciais. Os dados foram coletados, por meio de prontuários confidenciais nos meses de maio a julho de 2019 e analisados por meio da análise descritiva, apresentados sob a forma de frequência simples e de porcentagem, sendo planilhados em Excel e analisados pelo programa Software SPSS 2.0, utilizando tabulação cruzada e o teste do Chi-quadrado, onde $p < 0,05$ foi considerado significativo. Os transtornos de humor estão mais associados ao sexo feminino com percentual de 56%, enquanto que os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas ou que aparecem durante a infância ou adolescência, associam mais ao sexo masculino com respectivo percentual de 16% e 21,5%. Referente a idade evidenciou-se para menores de 20 anos a existência de maiores frequências de transtornos infantil e da adolescência com 35,7%, e menor frequência de transtornos de humor com 32,6%, em comparação com as demais faixas de idade analisadas. Ratificou-se maior frequência de diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas entre trabalhadores com 11,1% e pessoas sem ocupação 12,5%, em comparação com estudantes com 2,2% e aposentados com 1,5%. A prevalência maior foi relacionada aos transtornos de humor associada ao sexo feminino, a maioria dos casos transtornos mentais estiveram relacionadas ao sexo masculino. Já na associação da idade, observou-se distribuição em ambas as faixas etárias. Outro fator que chama atenção, é associação dos transtornos mentais em maior frequência nas pessoas desempregadas e aposentadas. Destaca-se esse trabalho, como forte subsídio social, contribuindo para o planejamento e organização da assistência aos pacientes com dos transtornos mentais.

Palavras-chaves: Saúde Mental, transtorno mental, enfermagem, centro de atenção psicossocial.

SILVA, Aline Cristina. **Prevalence and factors associated with mental disorders in care provided at a psychosocial care center I.** 2019. 54 fls. Work (Monograph). Nursing Graduation. FAP – College of Apucarana. - PR. 2019.

ABSTRACT

Psychiatric reform in Brazil marks the beginning of a process of breaking with old paradigms, changing the way to care for patients with mental illness. The objective was to identify the prevalence and factors associated with observable mental disorders in a Psychosocial Care Center I. This is a research with epidemiological, quantitative and documentary approach, from the search in 824 confidential medical records. Data were collected using confidential medical records from May to July 2019. Data were analyzed using descriptive analysis, presented as simple frequency and percentage, spreadsheets in Excel and analyzed by the SPSS Software program. 2.0, using cross-tabulation and Chi-square test, where $p < 0.05$ was considered significant. Mood disorders are more associated with females with 56%, while mental and behavioral disorders due to the use of psychoactive substances or appearing during childhood or adolescence, are more associated with males with a respective percentage of 16% and 21.5%. There was a higher frequency of childhood and adolescent disorders 35.7%, and a lower frequency of mood disorders 32.6% compared to the other age groups. A higher frequency of diagnosis of mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use was confirmed among workers with 11.1% and unemployed 12.5%, compared to students with 2.2% and retirees with 1.5%. The higher prevalence was related to mood disorders associated with females, most mental disorders were related to males. Already in the association of age, distribution was observed in both age groups. Another factor that draws attention is the association of mental disorders more often in unemployed and retired people. This work stands out as a strong social support, contributing to the planning and organization of care for patients with mental illness.

Keywords: Mental Health, mental disorder, nursing, psychosocial care center.

LISTA DE QUADROS

Quadro1- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa- F10-F19	25
Quadro 2- Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes -F20-F29.....	25
Quadro 3- Transtornos do humor [afetivos]-F30-F39.....	26
Quadro4- Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes -F40-F48	26
Quadro 5- Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência - F90-F98	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Associação das variáveis de sexo aos transtornos mentais de acordo com a Classificação Internacional de Doenças.....	31
Tabela 2- Associação das variáveis de idade aos transtornos mentais de acordo com a Classificação Internacional de Doenças	32
Tabela 1- Associação das variáveis de ocupação aos transtornos mentais de acordo com a Classificação Internacional de Doenças.....	33

LISTA DE SIGLAS

CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SRT	Serviços Residências Terapêuticos
SPSS	StatisticalPackageof Social Sciences
UBS	Unidade Básica de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo geral	15
2.2	Objetivo específicos	15
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1	Saúde mental no Sistema Único de Saúde	16
3.2	Tipos de Centro de Atenção Psicossocial uns dos Caminhos na saúde mental	20
3.3	Classificação Internacional de Doenças (CID-10)	24
3.4	Conhecendo os cuidados de enfermagem ofertados no Centro de Atenção Psicossocial	27
4	METODOLOGIA	29
4.1	Tipo de estudo	29
4.2	Local do estudo	29
4.3	Participantes do estudo	29
4.3.1	Crítérios de inclusão	29
4.3.2	Crítérios de Exclusão	29
4.4	Coleta de dados	29
4.5	Análise de dados	30
4.6	Considerações Éticas	30
5	RESULTADOS	31
6	DISCUSSÃO	34
7	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICES	47
	APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	48
	APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TCLE	49
	ANEXOS	50
	ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	51

1 INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica no Brasil da década de 80, marca o início de um processo de rompimento com antigos paradigmas, muda-se a forma de cuidar do paciente com doença mental. Deixa-se para trás o modelo centrado na figura dos manicômios, médicos e remédios. Diante disso, abre-se espaço para um novo olhar, centrado na inclusão social, desinstitucionalização, humanização e multidisciplinaridade (PITA, 2001; SPINK, 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), denunciou nos seus últimos relatórios de negligência a saúde mental, e estima-se que de 4 a cada 5 pessoas, de baixa e média renda, necessitam de serviço de saúde mental em alguns países não os recebem.

Em 2001 a lei 10.216, é sancionada no Brasil, ela prevê os direitos das pessoas com doenças mentais, direcionando-as a modelos assistenciais de saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária (BRASIL, 2001). A desinstitucionalização só foi possível pela série de programas instituídos para o apoio deste paciente na comunidade, como os Centros de Atenções Psicossocial (CAPS), serviços residências terapêuticos (SRT), auxílio de reabilitação de volta para casa, centros de convivência e enfermarias de saúde mental em enfermarias gerais (TENORIO, 2002; TANAKA; RIBEIRO, 2009; DRUMMOND, 2009).

Os números de leitos em hospitais psiquiátricos reduziram de forma progressivamente, em 2002, havia em todo o Brasil cerca de 50 mil leitos psiquiátricos, em 2010 esse número caiu para 30 mil. Os gastos extra hospitalares foram aumentados em 1992 se gastava apenas cerca de 7% dos gastos em saúde mental, em 2004 esse gasto representou 36% (ALMEIDA, 2002).

Destaca-se que a reforma, emergiu-se um olhar para o paciente mental, garantindo cidadania, respeito e individualidade. Verdade seja, têm os serviços como o CAPS, que é um dos maiores substitutivos dos hospitais psiquiátricos no Brasil. Primacialmente sua função de cuidar de pessoas em sofrimento psíquico, articulando-se a rede de serviços da comunidade, e assim, favorecendo a reinserção delas no meio social (CAVALCANTI, 2014).

Segundo a OMS (2008), 60% dos pacientes que passam por consulta em nível primário tem perturbação mental diagnosticável, dados em nível de Brasil apontam que 3% da população apresentam transtornos severos e 10 a 12% possui transtornos leves, estando em crescimento essas porcentagens nos próximos anos.

De acordo com Andrade e Bueno (2001), em seu estudo 22% da sua amostra apresentava alguma perturbação mental.

O primeiro CAPS surge em 1987, com o CAPS Luiz Cerqueiro em São Paulo, mas apenas criados oficialmente na portaria GM 224/92, estrutura destinada ao novo cuidado do paciente, que se integra com seu território, destinados a transtornos moderados a graves. A demais é um serviço especializado e preparado para atenção continuada, e diário do paciente, não necessitando a hospitalização e retirada do convívio social (PITA, 2001; TENORIO, 2002).

Ressalta-se que o enfermeiro, durante vários anos centrou sua prática de cuidado norteada pelo modelo manicomial, e precisou readequar às práticas de cuidados aos serviços substitutivos. Não obstante o profissional precisou utilizar prática criativa, flexível e com trabalho em equipe. Sendo assim, com a implementação dos CAPS, as práticas que antes baseava-se em vigiar e medicar, tornaram-se menos rígidas, norteada pelos pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira (CAVALCANTI, 2014).

No que tange ao processo de transição do manicômio para o CAPS, não se deu em algumas vezes de forma harmônica, visto que o cuidar nos CAPS, por vezes acontecem desvios na assistência proporcionada pela equipe de enfermagem. Convém citar, ações de cuidado pautadas no modelo manicomial incluso nos CAPS, quando o intuito deveria ser o cuidado de enfermagem na reabilitação, se desdobrando em descuidado (CAVALCANTI, 2014).

Os transtornos mentais estão entre os principais problemas de saúde no Brasil, alcançando ambos os sexos e todas as idades. Destaca-se a perda de qualidade de vida em vez de mortalidade. Ainda é incipiente os debates para oferecer o cuidado adequado aos usuários. Há necessidade de subsidiar políticas de saúde mental que promovam saúde e independência funcional para todos os envolvidos (BONADIMAN et al.,2017).

Nessa linha de raciocínio, compreendendo a prevalência e fatores associados aos transtornos mentais em usuários atendidos em um CAPS I, pode ser forte subsidio social, assim, podem contribuir para o planejamento de estratégias, que visam manter o bem-estar físico e psicológico do cliente, planejamento e organização da assistência aos pacientes com transtornos mentais. Ainda, é de extrema importância a presente pesquisa, pois promove subsídios aos gestores e

profissionais, através do levantamento de informações, referente aos usuários atendidos.

Com efeito, a fortaleza desse estudo é a realização abrangendo município de pequeno porte, o qual estudos como esse, são poucos julgados na literatura. Acredita-se que em localidades de pequeno porte, os resultados são diferentes das grandes cidades. Assim aproveita-se a lacuna no contexto literário brasileiro e busca-se o conhecimento sobre essa temática. Vale lembrar que, enquanto discente de enfermagem, surge das inquietações acadêmicas o interesse em compreender e seguir a área em saúde mental.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar a prevalência e fatores associados aos transtornos mentais observáveis em um Centro de Atenção Psicossocial I;

2.2 Objetivo específicos

- Mensurar os atendimentos realizados em um Centro de Atenção Psicossocial I
- Conhecer as principais Classificações Internacionais de doenças relacionadas a população de estudo.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Saúde mental no Sistema Único de Saúde

Nos primórdios do SUS em 1994 surge o Programa de Saúde da Família (PSF), no sentido de qualificar a Unidade Básica de Saúde (UBS). Com o programa PSF ocorre uma potencialização do serviço, a divisão de território leva ao maior conhecimento da área, gerando dessa forma ações voltadas para as particularidades e necessidades locais, também origina vínculos de corresponsabilidade e compromisso com a comunidade (BRASIL, 2013).

No ano 2001, uma conquista surge, com a sanção a lei 10.216, provendo direitos aos indivíduos com doenças mentais, redirecionando os modelos assistenciais de saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária (BRASIL, 2001).

A desinstitucionalização foi possível pela série de programas instituídos para o apoio deste paciente na comunidade, como os CAPS auxílio de reabilitação de volta para casa, centros de convivência, serviços residências terapêuticas e enfermarias de saúde mental em enfermarias gerais (TANAKA; RIBEIRO, 2009; DRUMMOND, 2009). Com isso houve redução dos números de leitos em hospitais psiquiátricos e redução de gastos hospitalares (ALMEIDA, 2001). A desinstitucionalização e o acolhimentos dos doentes na comunidade tem trazido mudanças na forma de olhar estes pacientes, aumentando o vínculo familiar e comunitário, e garantindo cidadania e mais autonomia para estes pacientes.

A desinstitucionalização contou com o programa de volta para casa, potencializando a emancipação de pessoas com transtornos mentais, foi criada pela lei federal 10.708/2003 (BRASIL, 2003). O programa contribui com auxílio financeiro para a reabilitação desses pacientes, apenas estão inseridos nos programas os pacientes oriundos de hospitais psiquiátricos de internação de longa duração (BRASIL, 2005). Em casa estes pacientes devem ser acolhidos pela UBS e PSF para os transtornos leves e o CAPS para os transtornos moderados e graves (BRASIL, 2004; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

O CAPS tem como objetivo o cuidado integral do paciente, o acolher, estimular a integração social e familiar, incentiva-lo a busca de autonomia, oferecer atendimento médico e psicológico e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Desenvolve dessa forma articulações com outros parâmetros da vida diária do paciente, deixando de se importar apenas com assistência a doença mental propriamente dita e passa a valorizar o trabalho, a moradia, o lazer e a vida comunitária (SOUZA; RIVERA, 2010; MÂNGIA; BARROS, 2009; BRASIL, 2004). Ocorre uma integração com as famílias, oferecendo todo o apoio e reconhece o papel fundamental da família no tratamento da doença mental, como atuantes na terapêutica, havendo uma correlação positiva para melhores resultados:

A porta de entrada para os pacientes no serviço de saúde no Brasil é a atenção primária, consta-se com vários programas e formas de atenção, sendo a principal a UBS e o PSF (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2006).

A saúde deve olhar para o ser humano como um todo e não doenças separadas por categorias, a saúde mental não deve ser separada da saúde física, é importante a atenção integral ao paciente, sendo o principal objetivo na UBS e PSF. A UBS/PSF acompanham o paciente ao longo prazo, observam o paciente em seu território, perto de sua casa e de sua família, promovendo a maior humanidade e respeito ao paciente, gerando dessa forma uma melhor abordagem.

Na UBS/PSF o primeiro objetivo é o acolhimento, cadastramento, avaliação dos fatores de risco, estratificação do paciente e selecionar o nível de atenção que é preciso em cada caso, articular a rede intersetorial, ordenar o cuidado do paciente e por fim são responsáveis pelo acompanhamento ao longo prazo (SOUZA; RIVERA, 2010; BRASIL, 2005).

A UBS e PSF em algumas vezes se sentem despreparados para abordagem da saúde mental, pela falta de profissionais especialistas e multidisciplinares, surge desta situação a necessidade de um órgão que apoie a atenção primária, e prestasse consultoria a respeito da temática, origina-se assim o apoio matricial (DIMENSTEIN et al., 2009; BRASIL, 2005).

O apoio matricial visa dar suporte técnico, supervisionar, direcionar fluxos na rede. Ocorre de forma conjunta com a UBS/PSF, agem com discussão de casos, intervenções conjuntas e capacitações, dessa forma o serviço passa a ser mais efetivo e de maior qualidade ao usuário (DIMENSTEIN et al., 2009, NETO, 2008).

Uma das estratégias do PSF é a visita domiciliar, com a visita a equipe se aproxima mais do cenário familiar e do paciente, aumenta-se o vínculo e possibilita conhecer a realidade, fatores psicológicos, afetivos, sociais e biológicos (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), foram criados para complementar a atenção primária a saúde e para aumentar sua resolutividade. Os NASF são formados por equipes multidisciplinares, que atuam de forma direta no apoio matricial, compartilhando a responsabilidades pelas unidades e equipes vinculadas. Os profissionais envolvidos são psicólogos, assistente social, farmacêutico, fisioterapia, fonoaudiólogo, médicos especialistas, profissional de educação física, nutricionista, acupunturista e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2013; SPINK, 2007; NETO, 2008).

Os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) se originaram a partir da experiência positiva da Casa de Saúde Anchieta em Santos/ São Paulo, como estruturas abertas, regionalizadas, oferecendo acolhimento e cuidados integrais 24h todos os dias, dispendo de seis leitos, e apresentando uma equipe multidisciplinar de médicos, psicólogos e serviço social (PITA, 2011). A equipe multidisciplinar otimiza o tratamento e a integração entre o paciente e a comunidade, pelas atividades desenvolvidas (KANTORSKI et al., 2000).

Os SRT são instituídos pela portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000, com objetivo de reinserção na comunidade de paciente cronicamente institucionalizados que não apresentam laços familiares ou perderam os laços de convívio social. O direito de morar e circular nos espaços da cidade, evidencia a inserção social. Uma residência terapêutica, deve acolher no máximo oito moradores e deve ter um cuidador que apoie juntamente com o CAPS do território (BRASIL, 2005).

As enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais garantem ao paciente se necessário a hospitalização e a inclusão. Entretanto às famílias são estimuladas a acompanhar o internamento que deve ser tão breve quanto possível (média de 8 dias) (BRASIL, 2005, CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

O cuidado integral do paciente, volta não apenas ao tratamento da doença e sim da prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. Outros sim são linhas essenciais para o melhor cuidado, e garante o acesso a diferentes modalidades terapêuticas conforme a necessidade (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Os casos considerados de baixo a médio risco são acompanhados na própria UBS, com atividades de promoção de saúde, atividades coletivas e individuais, com o acompanhamento multiprofissional. Articulados, sempre que necessário com o apoio matricial, felizmente fornecido pela equipe do NASF, para

compartilhamento do cuidado (FERRER, 2012; APSUS, 2014; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

A estratificação de risco é importante, pois, a partir disso o paciente é encaminhado para o serviço secundário ou não. Para o melhor fluxo e avaliação, é formulado uma tabela de pontos, incluindo sintomas e sinais apresentados pelo paciente no momento da entrevista. Ademais, classificando em baixo, médio e alto risco, sendo reavaliado sempre que a condição do paciente modificar (FERRER, 2012; APSUS, 2014).

As situações estratificadas de baixo risco são aquelas que apresentam sintomas leves a moderados, de baixa intensidade sem a necessidade de medicamentos. O cuidado oferecido deve ser iniciado na própria UBS, com a estimulação de exercícios físicos, orientações sobre saúde mental, grupos de apoio, passando depois para grupo psicoeducacionais, se não houver resolução, inicia-se terapia medicamentos e psicoterapia (APSUS, 2014).

O médio e o alto risco, a sua estratificação deve ser rápida para intervenção efetivas. Estes casos geralmente entram com terapia farmacológico, reabilitação psicossocial e encaminhamento compartilhado para a atenção secundária. O PSF/ UBS são ferramentas importantes para o vínculo com todos os envolvidos, nestes casos os vínculos são essenciais para a intervenção rápida e manutenção. Abordagem nesse momento deixa-se de ser exclusiva do PSF/ UBS e passa a necessitar do apoio matricial, compartilhando assim o paciente com o NASF e o CAPS. O nível de atenção deve garantir além de remédios e acompanhamento psicossocial ações multidisciplinares e intersetoriais (SOUZA, RIVERA, 2010, APSUS., 2014).

As UBS e PSF são as portas de entrada e ao mesmo tempo a equipe que irá acompanhar ao longo prazo, possui um importante papel na criação e manutenção do vínculo. A saúde mental eficaz não necessita de tantos recursos financeiros e físicos, e sim de recursos humanos capacitados para lidar com saúde mental, o apoio matricial dessa forma tem grande aplicação e utilidade.

As comunidades e o PSF devem ser capacitados para receberem esses pacientes antes institucionalizados, ainda observa-se despreparo para a acolhida dos pacientes com diagnóstico na abordagem inicial e para avaliação dos primeiros sinais e sintomas da doença (COIMBRA et al., 2005).

A capacitação destes funcionários deverá ser o foco do investimento, para melhoria do atendimento e classificação de risco. Em virtude dessas considerações, é possível ofertar cuidado ao paciente nos diversos níveis de saúde (FERRER, 2012).

A prevenção e promoção em saúde também merecem destaque neste cenário, a abordagem antes ou no início da doença, previne morbidade, mortalidade e gastos em terapêuticas. Medidas preventivas devem englobar não apenas nas consultas médicas e sim ações conjuntas com centros comunitários, escolas, igrejas, comércios, áreas de recreação, centros esportivos, ações multidisciplinares e Inter setoriais para maior abrangência. A prevenção deve ser a base do trabalho em saúde mental, promover o bem-estar físico e psicológico.

3.2 Tipos de Centro de Atenção Psicossocial uns dos Caminhos na saúde mental

O CAPS é um serviço organizador da rede, deve estar em unidade com a sua área geografia e assim tanto a UBS quanto ao PSF, dando-lhe o apoio matricial, de acordo com a portaria 336.02. Uma equipe de apoio matricial em saúde mental é para seis equipes de PSF, no mínimo e no máximo para nove equipes (BRASIL, 2005; BRASIL, 2004). Os mesmos deverão estar capacitados para realizar e priorizar atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial seja por tratamento em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

O CAPS se diferencia de acordo com o porte e a capacidade de atendimento como:

O CAPS I sendo esse estudado nessa pesquisa, atende demanda de cidades de 20 a 70 mil habitantes; organizado por coordenação de um gestor local, responsabilizando pela organização do fluxo e cuidados em saúde mental no seu território, com capacidade técnica para regular porta de entrada da rede assistencial em de acordo com a determinação do coordenador local; incluindo atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátrica se equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental, no território local; manter e realizar a atualização do cadastramento de usuários que utilizam medicamentos essenciais para ano território local;

Seu funcionamento deverá ser durante os cinco dias úteis da semana, no período de 08 às 18 horas, sendo em dois turnos. A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

Atendimento singular, em grupos ou à família, atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional especializado, visitas domiciliares; incluindo tratamento medicamentoso, psicoterápico, de orientação conforme necessidade, visando grupo operativo, atividades de suporte social, atividades comunitárias com foco na integração do cliente na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2004).

Sua equipe deverá ser composta no mínimo para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 usuários por turno com limite máximo 30 usuários/dia, tendo:

- ✓ Um médico com formação em saúde mental;
- ✓ Um profissional com nível superior em enfermagem;
- ✓ Três profissionais com formação superior entre categorias profissionais: assistente social, psicólogo, pedagogo, terapeuta ocupacional, ou outro profissional conforme necessidade ao projeto terapêutico;
- ✓ Quatro profissionais de nível médio: sendo artesão, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, técnico administrativo e educacional.

O CAPS II de 70 a 200 mil habitantes, possui responsabilidades semelhantes e assistência prestada do CAPS I, diferenciando por poder ter um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas e equipe técnica mínima deve atender 30 clientes por turno, limitando a 45 clientes/dia com composição de:

- ✓ Um médico psiquiatra;
- ✓ Um enfermeiro especialista em saúde mental;
- ✓ Quatro profissionais com formação superior em assistente social, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional que fizer necessário ao projeto terapêutico;
- ✓ Seis colaboradores de nível médio: sendo artesão, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, técnico administrativo e educacional.

O CAPS III é para população maior que 200 mil habitantes, este se diferencia dos anteriores pela sua grande complexidade, oferecendo atendimento 24h todos os dias, com uma expansão de cinco leitos para internamentos curtos.

Seus recursos humanos compõem uma equipe técnica para atender no mínimo 40 e máximo 60 pacientes/dia, sendo:

- ✓ Dois médicos psiquiatras;
- ✓ Um enfermeiro especialista em saúde mental;
- ✓ Cinco colaboradores profissionais de nível superior entre em assistente social, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional que necessário ao projeto terapêutico;
- ✓ Oito colaboradores de nível médio: sendo artesão, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, técnico administrativo e educacional.

Em plantões corridos de 12 horas, deverá permanecer três auxiliares/ou técnico de enfermagem sob supervisão do enfermeiro do serviço e para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, deverá permanecer um profissional de nível superior entre assistente social, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional justificado pelo projeto terapêutico;

Três auxiliares/ou técnico de enfermagem sob supervisão do enfermeiro do serviço e um profissional de nível médio da área de apoio.

Sendo o CAPS i para atendimento de crianças: Serviços e assistência prestados semelhantes ao CAPS citados anteriormente, visando integração da criança ou adolescente na comunidade, escola família ou quaisquer outras formas de inserção social, desenvolvendo ações inter-setoriais, com as áreas de assistência social, educação e justiça. Atendendo quinze adolescentes e/ou crianças e limitando se ao máximo 25 adolescentes e/ou crianças /dia. Sua equipe é composta:

- ✓ Um médico neurologista, psiquiatra ou pediatra, com requisito em formação em saúde mental;
- ✓ Um enfermeiro;
- ✓ Quatro trabalhadores com formação nas seguintes áreas: psicologia, fonoaudiologia, pedagogia, assistência social, enfermagem, terapeuta ocupacional ou outro profissional de nível superior necessário ao projeto terapêutico;
- ✓ E também cinco profissionais de formação á nível médio: como auxiliar de enfermagem/técnico de enfermagem, técnico administrativo ou educacional e artesão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

E por último o CAPS AD II para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, drogas e álcool, em municípios com população superior a 70.00 (BRASIL, 2004).

Serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional, organizado por coordenação de um gestor local,

responsabilizando pela organização atenção da demanda de pacientes de usuários de álcool e drogas do fluxo seu território, com capacidade técnica para regular porta de entrada da rede assistencial de serviços de atenção a usuários de drogas, articulando-se com o Conselho Municipal de Entorpecentes; em de acordo com a determinação do coordenador local; supervisionar e capacitar as grupos de atenção básica, serviços e programas de saúde mental em seu território realizar, e atualizar, cadastro dos pacientes que utilizam medicamentos (BRASIL, 2004).

Seu funcionamento deverá ser durante os cinco dias úteis da semana, no período de 08 às 18 horas, sendo em dois turnos, podendo admitir um terceiro turno até às 21:00 horas. Deve-se manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso (BRASIL, 2004).

A assistência prestada ao paciente no CAPS com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas são: Atendimento individual, atendimento em grupos, atendimento em oficinas terapêuticas, atendimentos e visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, fornecimento de refeição aos pacientes assistidos em um turno quatro horas e atendimento de desintoxicação (BRASIL, 2004).

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 vinte e cinco clientes por turno, e limite máximo 45 clientes/dia, deve ser composta por:

- ✓ Um médico psiquiatra;
- ✓ Um enfermeiro com especialização em saúde mental;
- ✓ Um médico clínico, responsável pela triagem, avaliando e acompanhando intercorrências clínicas;
- ✓ Quatro profissionais com formação superior entre: assistente social, enfermeiro, pedagogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, ou outro profissional necessário;
- ✓ Seis profissionais de nível médio: auxiliar /técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Os serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental. Ressalta-se que os CAPS poderão ser inseridos dentro dos limites da área física de hospital geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de universidades, desde que possua acesso privativo e equipe profissional própria. independentes de sua estrutura física (BRASIL, 2004).

Os CAPS I, II, III, CAPS i e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes, por meio de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, respeitando os limites quantitativos mensais (BRASIL, 2004).

Entende-se por atendimento intensivo, acompanhamento diário pacientes que, em função de seu quadro clínico atual. O semi-intensivo é definido por tratamento aos pacientes que precisam de acompanhamento frequente, ligado em seu projeto terapêutico. E não-intensivo em função do quadro clínico, o atendimento é realizado com frequência menor (BRASIL, 2004).

O CAPS tem proporcionado aumento dos laços sociais com a família, igreja, comunidade, aumentando da inserção dos pacientes no mercado de trabalho, promove a educação, aumenta adesão ao tratamento, autonomia e promove democracia. As avaliações do CAPS têm evidenciado satisfação pelos pacientes e familiares, e tem mostrado mais efetividade na forma de tratar na comunidade quando comparado com a forma institucionalizada.

3.3 Classificação Internacional de Doenças (CID-10)

Em relação a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o número 10 indica a versão, o qual já foram realizadas 10 atualizações. No Brasil, a CID-10 abrange todas as doenças, inclusive os transtornos mentais (DATASUS, 2008):

Entre os transtornos contidos no CID – 10, do capítulo V, investigados nesse estudo, estão: transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas; esquizofrenia, transtornos esquizotípicos, transtornos delirantes; transtornos de humor; transtornos neuróticos relacionados ao estresse transtornos somatoformes e transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante infância ou adolescência. A seguir são apresentados no quadro, cada CID englobado dentro de cada tópico (DATASUS, 2008):

Quadro1- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa- F10-F19.

F 10	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
F 11	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos
F 12	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides
F 13	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos
F 14	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína
F 15	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína
F 16	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos
F17	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo
F18	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis
F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

Fonte: Datasus, 2008.

Quadro2- Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes-F20-F29

F 20	Esquizofrenia
F 21	Transtorno esquizotípico
F 22	Transtornos delirantes persistentes
F 23	Transtornos psicóticos agudos e transitórios
F 24	Transtorno delirante induzido
F 25	Transtornos esquizoafetivos
F28	Outros transtornos psicóticos não-orgânicos
F 29	Psicose não-orgânica não especificada

Fonte: Datasus, 2008.

Quadro 3- Transtornos do humor [afetivos]-F30-F39

F 30	Episódio maníaco
F 31	Transtorno afetivo bipolar
F 32	Episódios depressivos
F 33	Transtorno depressivo recorrente
F 34	Transtornos de humor [afetivos] persistentes
F38	Outros transtornos do humor [afetivos]
F 39	Transtorno do humor [afetivo] não especificado
F 30	Episódio maníaco

Fonte: Datasus, 2008.

Quadro 4- Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes -F40-F48

F 40	Transtornos fóbico-ansiosos
F 41	Outros transtornos ansiosos
F 42	Transtorno obsessivo-compulsivo
F 43	Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação
F 44	Transtornos dissociativos [de conversão]
F 45	Transtornos somatoformes
F48	Outros transtornos neuróticos

Fonte: Datasus, 2008.

Quadro 5- Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência - F90-F98

F 90	Transtornos hipercinéticos
F 91	Distúrbios de conduta
F 92	Transtornos mistos de conduta e das emoções
F 93	os emocionais com início especificamente na infância
F 94	Transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência
F 95	Tiques
F98	Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência

Fonte: Datasus, 2008.

3.4 Conhecendo os cuidados de enfermagem ofertados no Centro de Atenção Psicossocial

O cuidado na enfermagem em saúde mental, proporciona melhora, contribuindo sobre maneira para recuperação pessoal, reinserção do paciente nas atividades diárias, familiares e sociais (CAVALCANTI, 2010). A forma de cuidar precisa ser de forma libertadora, vislumbrando o cuidado e a humanização com o sujeito que recebe o cuidado (WALDOW, BORGES, 2011).

Na saúde mental, o cuidado possibilita elevar as capacidades dos portadores de sofrimento psíquico, motivando sua participação econômica, diminuindo estigma e preconceito e com intuito de promover equidade e oportunidade social (CAVALCANTI, 2010).

No que tange ao cuidado de enfermagem, os enfermeiros atuam em redirecionar as melhores condições de saúde, para os indivíduos que recebem seu cuidado (LOURO, LIRA, MOURA, 2011). A efetividade dependerá características pessoais do profissional de enfermagem, como o conhecimento adquirido e sua capacidade de reflexão sobre si e de sua atuação. O enfermeiro é o melhor instrumento terapêutico. Mas, é importante que possua qualidades para o cuidado, sendo capaz de fornecer os cuidados de enfermagem, autoconsciência, explicação dos valores, exploração dos sentimentos, ética e responsabilidade (CHERNICHARO, SILVA, FERREIRA, 2011).

Os enfermeiros inseridos na equipe multidisciplinar, articulando com outros serviços, famílias e dispositivos comunitários, conforme modelo reabilitação psicossocial, fortalece a rede de apoio do paciente do serviço de saúde mental. Nesse sentido, através da reabilitação psicossocial, é possível a reinserção social dos pacientes de forma integrada ao cenário cultural e à comunidade em que estão envolvidos, exercendo os pressupostos norteados pela reforma psiquiátrica. A figura do profissional enfermeiro contribui com a independência, apoio social tanto para o paciente quanto para sua família, por meio da criação e manutenção de um sistema de apoio social de extenso prazo, que cobre as necessidades básicas de acolhimento, bem como esforça-se para melhorar a qualidade de vida dos pacientes (CAVALCANTI et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2010).

O enfermeiro usando a si mesmo como instrumento terapêutico, entretanto conserva a alegria, desejo, motivação e prazer de atuar no CAPS, observando suas próprias ações. Consequentemente utilizando um discurso claro,

livre de ruídos e falas, respeitando-se as suas limitações, buscando atuar nas potencialidades de conhecimento e de desenvolvimento, que causem benefício e efeito terapêuticos (CAVALCANTI et al., 2014).

O cuidado exige uma postura ética, pautada em romper com o modelo de prática manicomial perpetuada nos hospitais psiquiátricos. Pois, os hospitais contribuíram para despersonalização do paciente, por meio de exclusão e violência cometida pelos profissionais (AZEVEDO, SANTOS, 2012).

Em contrapartida um estudo traz, ainda, há cuidados do enfermeiro do CAPS fragmentado no modelo dos hospitais psiquiátricos, realizando exclusão e segregação dos pacientes, porém também têm cuidados visando modelo reabilitador, com valorização das habilidades nas relações interpessoais e capacidade de comunicação (CAVALCANTI et al., 2014).

O cuidado precisa se pautar no conhecimento científico da enfermagem em saúde mental e nas necessidades do usuário em razão de suas características (MORAIS et al., 2011), pois afeta significante a vida do outro, é necessário empodera-se utilizando empatia, escuta, qualificada, cuidado pós-demanda, intuição, esperança e tempo (ALVES, OLIVEIRA, 2010).

Destarte, o processo de reabilitação psicossocial é um grande processo de reconstrução, de cidadania e contratualidade no cenário das relações familiares e sociais (DASSOLER, PALMA, 2011). O cuidado é reabilitador, cumpre observar preliminarmente, modelo teórico norteado do Intuir Empático, que compõe: cuidado pós-demanda, empatia, esperança, escuta qualificada, intuição e tempo (ALVES, OLIVEIRA, 2010).

Ressalta-se que o CAPS tem possibilidades para que os enfermeiros e usuários experimentem local de criação e convivência, com boa adaptação às diferenças, encontro de experiências, de ensino e propagação dos saberes. Sem dúvidas, esse dispositivo de atenção à saúde, proporciona exercício da autonomia e cidadania, descoberta de habilidades, desenvolvimento e fortalecimento de afinidades (SANTOS, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa com abordagem epidemiológica, quantitativa e documental. Esse tipo de estudo aborda aspectos semiológicos, etiológicos, fisiopatológicos e epidemiológicos, por meio da sua distribuição no tempo e no espaço, através de variáveis (HADDAD, 2004; HOCHMAN; NAHAS; OLIVEIRA FILHO et al., 2005).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial I, localizado em um município do norte do Paraná.

4.3 Participantes do estudo

A pesquisa foi realizada a partir de prontuários confidenciais.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os prontuários desde da data de abertura do Centro de Atenção Psicossocial I no ano de 2017, totalmente preenchidos e com as informações necessárias para o estudo, ambas preenchidas por qualquer profissional.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos prontuários com dados incompletos ou difícil identificação.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados, por meio de prontuários confidenciais nos meses de maio a julho de 2019. Para categorização estatística foram elencadas as seguintes variáveis:

- a) Variável sócio demográfico: Idade e sexo;

- b) Variável de ocupação: Sem ocupação, aposentado, estudante e trabalhador;
- c) Variável epidemiológica: transtorno mental –CID-10.

Foi elaborada uma planilha para o registro dos dados coletados. As variáveis foram limitadas às disponibilizadas nos prontuários.

4.5 Análise de dados

Os dados foram analisados por meio da análise descritiva, com os resultados apresentados sob a forma de frequência simples e de porcentagem, sendo planilha dos em Excel e analisados pelo programa Software Statistical Package of Social Sciences (SPSS) versão 2.0, utilizando tabulação cruzada e pelo teste do Chi-quadrado, foi considerado significativo $p < 0,05$.

4.6 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer Nº 3.279.342, CAAE: 0730319.0.0000.5216 (Anexo A). Em consentimento com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), foram respeitados todos os aspectos éticos, por ser de caráter documental solicitou-se a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao Comitê de Ética (Apêndice B).

5 RESULTADOS

Analisou-se 824 prontuários, a idade média foi de 34,27 dos clientes atendidos. A prevalência dos transtornos mentais de acordo com a Classificação Internacional de Doenças foram; 10% transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas, 48 % transtornos de humor, 19 % transtornos neuróticos relacionados ao stress e transtornos somatoformes, 16 % transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante infância ou adolescência e por fim 7% esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.

Observa-se os transtornos de humor estão mais associados ao sexo feminino com percentual de 56 %, enquanto os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas ou que aparecem durante a infância ou adolescência associam mais ao sexo masculino com respectivo percentual de 16% e 21,5% (Na tabela 1).

Tabela 1- Associação das variáveis de sexo aos transtornos mentais de acordo com a Classificação Internacional de Doenças.

Categorias	Sexo Feminino		Sexo masculino	
	N	Percentual%	N	Percentual%
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas	30	6	53	16
Transtornos de humor	276	56	120	36,2
Transtornos neuróticos relacionados ao stress transtornos somatoformes	96	19,5	53	16
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante infância ou adolescência	60	12,2	71	21,5
Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e transtornos delirantes	31	6,3	34	10,3
Total:	493	100	331	100

*p<0,001 no teste de Chi-quadrado.

Fonte: Autora do trabalho, 2019.

A idade evidenciou-se para menores de 20 anos a existência de maiores frequências de transtorno infantil e da adolescência com 35,7%, e menor frequência de transtornos de humor com 32,6%, em comparação com as demais faixas de idade analisadas (Tabela2).

Tabela 2- Associação das variáveis de idade aos transtornos mentais de acordo com a Classificação Internacional de Doenças.

Categorias	Menor que 20 anos		20 a 35 anos		35 a 50 anos		Maior que 50 anos	
	N	Taxa%	N	Taxa%	N	Taxa%	N	Taxa%
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas	19	8,0	19	8,7	24	12,6	21	11,4
Transtornos de humor	75	32,6	120	54,8	98	50,1	53	56,3
Transtornos neuróticos relacionados ao stress e transtornos somatoformes	40	17,4	42	19,1	42	22	25	13,3
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante infância ou adolescência	82	35,7	19	8,7	14	7,3	16	8,7
Esquizofrenia transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	14	6,3	19	8,7	19	8	19	10,3
Total:	230	100	219	100	191	100	184	100

*p<0,001 no teste de Chi-quadrado.

Fonte: Autora do trabalho, 2019.

Ratificou-se maior frequência de diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas entre trabalhadores com 11,2% e pessoas sem ocupação 12,5%, em comparação com estudantes com 2,2% e aposentados com 1,50% (tabela 3).

Tabela 3- Associação das variáveis de ocupação aos transtornos mentais de acordo com a Classificação Internacional de Doenças.

Categorias	Sem ocupação		Aposentado		Estudante		Trabalhador	
	N	Taxa%	N	Taxa%	N	Taxa%	N	Taxa%
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas	56	12,5	1	1,5	2	2,2	24	11,2
Transtornos de humor	195	43,4	44	65,7	47	50,5	110	50,3
Transtornos neuróticos relacionados ao stress e transtornos somatoformes	67	15,1	9	13,4	21	22,6	52	24,2
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante infância ou adolescência	96	21,5	6	9,0	19	20,4	10	4,6
Esquizofrenia transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	33	7,5	7	10,4	4	4,3	21	9,7
Total:	447	100	67	100	93	100	217	100

*p<0,001 no teste de Chi-quadrado

Fonte: Autora do trabalho, 2019.

6 DISCUSSÃO

A média de idade calculada para foi de 34,27 anos, próxima ao estudo com 36,88 anos dos autores Almeida et al., (2014). Entre os transtornos psiquiátricos atendidos nos CAPS, estudados nessa pesquisa têm-se; transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas; transtornos de humor; transtornos neuróticos relacionados ao estresse transtornos somatoformes; transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante infância ou adolescência e esquizofrenia, transtornos esquizotípicos, transtornos delirantes. São doenças prevalentes no cenário brasileiro (ZAGO, TOMASI, DEMORI 2017). Considera-se esse estudo um ponto de partida, diante da escassez de estudos realizados com a população dos CAPS, especialmente, em cidade de pequeno porte.

Majoritariamente os transtornos mentais estiveram presente em todas as idades, em concordância com o estudo dos autores Oliveira, Baldaçara, Maia (2015), o qual evidenciou-se resultados das faixas etárias semelhantes. Com efeito as doenças mentais ocorrem em ambos os sexos (OLIVEIRA, BALDAÇARA, MAIA, 2015)

O perfil predominantemente no sexo masculino no uso de substâncias psicoativas, concorda com um estudo, que constatou maior relação ao homem adulto ao uso drogas lícitas e ilícitas (SOUZA et al., 2016) predominando 86,68% o uso de drogas (ALMEIDA et al., 2014) e nesse estudo a frequência de 16% com $p < 0,001$.

Os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas com respectivo percentual de 16%, corroboram com umas pesquisa, dos pesquisadores Fernandes et al., (2017) que associou esse transtorno mais comum nos homens. Ressalta-se que essa esquizofrenia paranoide foi observada como segundo diagnóstico presente com 5,6% nesses transtornos (FERNANDES et al., 2017).

Os transtornos de humor foram mais presentes no sexo feminino, assim como constatado em outras investigações (BOTELHO et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2014). Uma pesquisa realizada na Noruega, demonstrou alta prevalência ao transtorno por uso de substâncias psicoativas em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Além, dos transtornos mentais relacionados ao álcool, serem

responsáveis por índices de esquizofrenia com 25% (NESVÅG et al., 2015). Destaca-se nessa pesquisa esquizofrenia, transtornos esquizotípico e transtornos delirantes estiverem com maior frequência no sexo masculino.

Estudo encontrou-se o uso de drogas se em pessoas mais jovens e declinando em pessoas mais velhos (ALMEIDA et al., 2014). Por outro lado, nesse estudo, observou-se ocorrência da idade menor que vinte até os 50 anos de idade, declinando apenas nos maiores de 50 anos, o que corrobora com o estudo mencionado.

A faixa etária do diagnóstico de transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante infância ou adolescência é esperado na idade conforme investigação exploratória descritiva realizada no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (TEIXEIRA; JUCÁ, 2014). Todavia são escassas pesquisas que referem sobre a caracterização ou presença de transtornos na infância (PACHÊCO et al., 2017).

Os transtornos neuróticos relacionados ao estresse transtornos somatoformes foram mensurados associados as mulheres com 19,5%. Porém outro estudo discorda sendo mais comumente com os homens (OLIVEIRA et al., 2014)

No que tange aos transtornos de humor na faixa etária menor que 20 anos, foi o menor percentual em comparação com as outras idades, mas tem observado um aumento progressivo desde transtorno, visto que a incidência de transtornos em crianças de 10 a 14 anos, foram de 199 casos no ano de 2008 e 429 casos no ano de 2014, ou seja, em um período de aproximadamente 06 anos, teve aumento de 100 % dos casos assim, espera-se mais casos no espaço pequeno de tempo (RODRIGUES et al, 2015). Ressalta que os transtornos de humor surgem em idade aproximadamente aos 43 anos. Os transtornos por uso de substâncias psicoativas surgem em média aos 27 anos (JONES, 2013) já, nesse estudo contatou-se como fator associado aos 35 a 50 anos.

Com efeito, de uso de substâncias psicoativas, há grande concentração na população jovem urbana, em especial, aos países em desenvolvimento. Em relação a cocaína da América do Sul, cerca de 1,75% dos adultos são usuários dessa droga. (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015.).

Em outra pesquisa verificou-se a combinação de drogas lícitas e ilícitas como: álcool e tabaco em 147 casos, tabaco e crack em 26 indivíduos. Ainda, prevaleceu 561 indivíduos consumiam álcool, 422 faziam uso de tabaco e 358

utilizavam crack. O menor índice foi relacionado 273 usuários de maconha, 86 indivíduos com uso de cocaína, 69 utilizam inalantes, 02 usam estase e apenas um conforme anotação realizavam o consumo de heroína e ópio, de uma população composta por análise de 706 prontuários (ALMEIDA et al., 2014). Fato esse não pesquisado no presente estudo, sobre quais substâncias psicoativas acometeram os indivíduos diagnosticados transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas

Os transtornos por uso de substâncias psicoativas devem ser visto como uma “emergência” na sociedade e não pode ser banalizado, analisando que o uso de álcool e outras drogas estão na rotina de alguns indivíduos (FERNANDES et al., 2018).

Um estudo mostrou-se a maior ocorrência de transtornos do humor aos trabalhadores (OLIVEIRA, BALDAÇARA, MAIA, 2015), em combinação com esse estudo que aponta o maior transtorno associado no trabalho, bem como também transtornos significativos encontrados nessa pesquisa como: a transtornos neuróticos relacionados ao stress e transtornos somatoformese transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas.

O possível impacto de ficar desempregado para o uso de álcool ou drogas ou que o uso de álcool ou drogas pode aumentar as chances de desemprego, embora nesse estudo não é possível afirmar o que veio primeiro, observa-se a frequência elevada no desempregado com 12,5% em comparação aos outras variáveis. Os autores Fernandes et al. (2017) mostram em seu estudo maior prevalência no seu estudo também com desempregados, bem como no estudo de ALMEIDA et al., (2014 que 55,81 dos usuários de substâncias estavam desempregados.

O plausível estresse faz os trabalhadores, procurarem o uso de substâncias psicoativas, e por consequência, apresentarem transtornos relacionadas a elas (OLIVEIRA, BALDAÇARA, MAIA, 2015; OLIVEIRA et al., 2014)

Em relação ao percentual de esquizofrenia transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes com 9,70% aos trabalhadores, estudo afirma que tem sido a doença de maior afastamento de trabalhadores do serviço público com média 2,20 de e desvio padrão 1,64 (OLIVEIRA BALDAÇARA, MAIA, 2015)

Já, nesse estudo os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas estiverem relacionados ao maior percentual as pessoas

desempregadas, contraditório ao estudo de Oliveira, Baldaçara, Brito Maia (2015) que foi relacionada a segunda maior causa de afastamentos do trabalho.

O transtorno de humor obteve-se percentual de maior relevância aos aposentados, fato esse associado a quarta maior causa de afastamento, dos trabalhadores do serviço público. Talvez esse número se dê trabalhadores aposentados que ainda atuam no ramo, porém não foi investigado isso no estudo de Oliveira; Baldaçara; Maia (2015) e nem nessa pesquisa. Destarte, é a segunda maior causa de afastamentos no trabalho de professores público com 42,7% (CARLOTTO et al., 2019).

Os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas contribuem para o abandono dos estudos e o desempenho escolar ruim (BAGGINI, 2014), atrelado a isso, acredita-se que por isso a baixa frequência de 2,2% desses transtornos nos estudantes, provavelmente os usuários abandonaram os estudos. Além, da baixa formação qualificada, é óbvio que prejudica o trabalho, contribuindo para a perda ou abandono do emprego (BAGGINI, 2014).

Ainda, evidenciou-se em outro estudo o transtorno de humor como maior causa de afastamento de trabalhadores e também outros transtornos aqui estudados como: esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas com $p < 0,001$ (FERNANDES et al., 2018).

Por outro lado, na Alemanha averiguou-se um aumento de, 2,5 vezes de aposentadorias antecipadas por transtornos mentais, acompanhado essa antecipação em países europeus. Ainda no Reino Unido há crescente números de afastamentos devido a problemas de saúde mental (WYNNE et al., 2014).

Nessa esfera, marca-se maiores quantidades de dias de afastamento os transtornos: esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas e transtornos do humor (OLIVEIRA, BALDAÇARA, MAIA, 2015). Sugere-se novas pesquisas no CAPS em estudo, sobre os dias de afastamentos associados no trabalho brasileiro.

Os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas, teve percentual elevado em pessoas desempregadas/sem ocupação. Desse modo, são susceptíveis ao uso do álcool e outras drogas além de suscetibilidade a serem moradores de rua, dificuldades para o engajamento no trabalho e apresentar outros agravos à saúde. Ser dependente de substâncias

psicoativas, favorecem a manutenção dos moradores de rua, promovendo uma condição de vida que impossibilita a saída da mesma (VILLA et al., 2017).

O presente estudo, enfatiza-se os transtornos mentais e fatores associados como idade, sexo e ocupação. Vale ressaltar que alguns profissionais de saúde que atuam em centros de atenção psicossocial, muitas vezes têm um conhecimento limitado sobre temática. Com efeito, destaca o olhar crítico dos profissionais de saúde, aprimorando as possibilidades do cuidado holístico, com enfoque no bom acolhimento, humanização, escuta ativa, entre outras.

Apesar de ter sido alcançado o objetivo do estudo, considerou-se como limitação do estudo poucas variáveis de amostra, bem como o fato de ter sido desenvolvido em apenas um CAPS I. Entretanto, acredita-se que o estudo contribuiu para o avanço do conhecimento científico, ao revelar informações que contribuem para a prática clínica dos profissionais de saúde mental, visibilizando assistência em saúde ao paciente do CAPS a partir dos dados levantados.

7 CONCLUSÃO

A prevalência maior foi relacionada aos transtornos de humor associada ao sexo feminino, a maioria dos transtornos mentais estiveram relacionadas ao sexo masculino. Já associação da idade, observou-se distribuição em ambas as faixas etárias. Outro fator que chama atenção é associação dos transtornos mentais em maior frequência nas pessoas desempregadas e aposentadas.

Destaca-se esse trabalho, como forte subsidio social, contribuindo para o planejamento e organização da assistência aos pacientes com dos transtornos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P.F. **Avaliação de serviços em saúde mental: o desafio da produção de indicadores para a atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.
- ALMEIDA, R. A.; ANJOS, U. U.; VIANNA, R. P. T.; PEQUENO, G. A. **Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa**. RIO DE JANEIRO, V. 38, N. 102, P. 526-538, JUL-SET 2014.
- OLIVEIRA, L. A; BALDAÇARA, L. R; B. MAIA,ZOREIDE ,M.**Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins**. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, vol. 40, núm. 132, 2015, pp. 156-169
- ALVES, M; OLIVEIRA RMP. **Enfermagem Psiquiátrica: discursando o ideal e praticando o real**. **Esc Anna Nery**. 2010 jan-mar; 14 (1):64-70.
- ANDRADE. V. M.; BUENO, F. A. **Medical psychology in Brazil**. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, 2001.
- APSUS. **Oficinas do APSUS: Formação qualificação do profissional em atenção primária de saúde**. Paraná: Secretaria de Saúde do Paraná, 2014.
- AZEVEDO, DM, SANTOS, AT. **Ações de saúde mental na atenção básica: conhecimento de enfermeiros sobre a reforma psiquiátrica**. **R. Pesq: Cuid Fundam** [on-line]. 2012 out-dez; 4(4):3006-14.
- BAGGINI M. **Drogas comprometem cuidados com saúde de usuários**. Ribeirão, Saúde, 2014.
- BONADIMAN, C.S.C. et al. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil:**Estudo de Carga Global de Doença**, 1990 e 2015. **Rev Bras Epidemiol** 2017.

BOTELHO et al. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. Mental - ano X - nº 19 - Barbacena-SP - jul./dez. 2013 - p. 235-248.

BRASIL. **Lei nº 10.216. Brasília Ministério da Saúde**, 2001.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde**. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: OPAS, 2005.

CARLOTTO et al., **Prevalência de Afastamentos por Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho em Professores**. PSI UNISC, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, jan./jun. 2019.

CHERNICHARO, IM; SILVA, FD; FERREIRA, MA. **Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem**. Esc. Anna Nery. 2011; 15(4):686-693.

COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, M. M.; VILA, T. C.; ALMEIDA, M. C. P. **A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família**. Revista Eletrônica de Enfermagem: 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A Regulação Dos Serviços De Saúde Mental No Brasil: inserção da psicologia no sistema único de saúde suplementar**. Brasília: CFP, 2013.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. **Saúde Mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família**. Ver. Ego Enferm USP: 2011.

DATASUS. **Classificação Internacional de Doenças**, 2008. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cap05_3d.htm

DA SILVA SOUZA , K; COUTINHO E SILVA, I. F; REZENDE BATISTA S. H; DE ALMEIDA, R; J. **Reinserção social de dependentes químicos residentes em comunidades terapêuticas.** SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas, vol. 12, núm. 3, julioseptiembre, 2016, pp. 171-177

DASSOLER, VA; PALMA CMS. **Contribuições da Psicanálise para a Clínica Psicossocial.** Revista Mal-estar E Subjetividade 2011XI933-958. [citado 2013 set 9].

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA, A. L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. **O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental.** São Paulo: Saúde Soc., 2009.

DRUMMOND, G. P. **Saúde Mental no Contexto da Atenção Primária à Saúde: Tecendo a rede de cuidados.** Brasília: CFP, 2009.

FERNANDES MA, PINTO KLC, TEIXEIRA NETO JA, MAGALHÃES JM, CARVALHO CMS, OLIVEIRA ALCB. **Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas em hospital psiquiátrico.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.abr.-jun. 2017;13(2):64-70. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v13i2p64-70.

FERNANDES MA, SANTOS JDM, MORAES LMV, LIMA JSR, FEITOSA CDA, SOUSA LFC. **Mental and behavioral disorders in workers: a study on workleave.** RevEscEnferm USP. 2018;52:e03396. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017036403396>

FERRER. A. L. **A Saúde Mental na Atenção Básica Sob a Perspectiva de Trabalhadores e Usuários dos Serviços: um estudo hermenêutico- narrativo sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização.** Campinas, 2012.

HADDAD N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde.** 1. ed. São Paulo: Roca; 2004.

HOCHMAN, Bernardo; NAHAS, Fabio Xerfan; OLIVEIRA FILHO, Renato Santos de; FERREIRA, LydiaMasako. **Desenhos de pesquisa**. Acta Cirúrgica Brasileira, v. 20, n. Supl. 2, 2005.

JONES PB. **Adult mental health disorders and their age at onset**. Br J Psychiatry Suppl [Internet]. 2013;54:s5-10. DOI: 10.1192/bjp.

KANTORSKI, L. P.; CAVADA, C.; OLIVEIRA, C.; HAUFFEN, F. **Serviço de Atenção Diário de Saúde Mental – um espaço de diálogo entre a universidade e os serviços**. Bagé: Rev. Saúde, URCAMP, 2000.

LOURO TQ, LIRA RCLM MOURA LF. **Desumanização e Descuidado em Terapia Intensiva sob a Ótica da Enfermagem**. Revenferm UFPE. 2011 nov; 5(9):2143-51.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. O. **Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado**. São Paulo: Ver. Ter. Ocup, 2009

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. n. 34. Brasília Ministério da Saúde 2013

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Entendendo o SUS**. Brasília Ministério da Saúde 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Reforma Psiquiátrica E Política De Saúde Mental No Brasil**. Brasília Ministério da Saúde 2005

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília Ministério da Saúde, 2004.

MORAIS FRC, SILVA CMC, RIBEIRO MCM, PINTO NRS, SANTOS I. **Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de Manutenção da vida: concepções de collière**. Ver enferm UERJ. 2011 abr-jun; 19(2):305-10

NESVÅG R, KNUDSEN GP, BAKKEN IJ, YSTROM E, SURÉN P, RENEFLØT A, et al. **Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015;50:1267–76.

NETO, J. L. F. **Psicologia e Saúde Mental: três momentos de uma história.** Rio de Janeiro: Saúde em Debate, 2008

OLIVEIRA et al. **Caracterização de pacientes com transtornos mentais atendidos no centro de atenção psicossocial em São Francisco do Conde – Bahia,** Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, v. 13, n. 2, p. 204-211, mai./ago. 2014.

OLIVEIRA, AC; OLIVEIRA, NMD; ARANTES, PMM; ALENCAR, MA. **Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física: uma revisão sistemática.** Rev Bras Geriatr Gerontol. 2010; 13(2):301-312.

OMS. **Manual mh GAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde.** Organização Mundial de Saúde: 2010.

OMS. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Geneva: OMS; 2001.

OMS. **Uma Integração Da Saúde Mental Nos Cuidados De Saúde Primária:** uma perspectiva global. Portugal, 2008.

PACHÊCO, M. V. G. de M. et al. **Caracterização e perfil epidemiológico de um serviço de psiquiatria infantil no Recife.** Rev. SBPH vol. 20 no. 2, Rio de Janeiro – Jul./Dez. – 2017.

PITA, A. M. F. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira:** Instituições, Atores e Políticas. Ciências e saúde coletiva., 2011.

RODRIGUES JM et al., **Transtorno de humor em crianças e adolescentes. II** Congresso Internacional de Pesquisa, Ensino e Extensão Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, 2015

SANTOS EO, WILLRICH JQ, MENESES BHSR, FRANCHINI B, ANTUNES B, FRANÇA SM. **Serviços substitutivos na perspectiva da reabilitação psicossocial**: um relato de experiência. Cienccuidsaude. 2013 jul-set. [citado 2013 set 30]; 11(3):588-592.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. U. **A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental.** Rev. Tempus Actas Saúde Colet., 2010.

SPINK, J. M. **A Psicologia em diálogo com o SUS.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio Entre Necessidades De Saúde, Serviços E Tecnologia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. **Ações de Saúde Mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção.** Saúde Coletiva, 2009

TEIXEIRA RM, JUCÁ VJS. **CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DO MUNICÍPIO DE SALVADOR.** REVISTA DE PSICOLOGIA, FORTALEZA, V. 5 - N. 2, P. 70-84, JUL./DEZ. 2014.

TENORIO, F. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais**: história e conceitos. Rio de Janeiro:Hist.Ciên. E Saúde, 2002.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Relatório mundial sobre drogas 2015.** Disponível

em::http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf

VILLA EA, Pereira MO, Reinaldo AMS et al. **Perfil sócio demográfico de mulheres em situação de rua e a vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 5):2122-31, maio., 2017. DOI: 10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201717

WALDOW, VR; BORGES, RF. **Cuidar e humanizar: relações e significados.** Acta Paul. Enferm. 2011; 24(3):414-418.

WYNNE, R. et al. **Employment, social affairs&inclusion. Promoting mental health in the workplace: guidance to implementing a comprehensive approach.** European Commission, 2014.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

ZAGO AC, TOMASI E, DEMORI CC. **Adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários de centros de atenção psicossocial com transtornos de humor esquizofrenia** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 11(4):224-33 out.-dez. 2015 DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v11i4p224-233.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Apucarana, 06 de fevereiro de 2019

Ao Centro de atenção psicossocial I
A/C Diretor Administrativo ou responsável : Thiago Ohara

Eu, Alne Cristina da Silva – acadêmico (a) do Curso de Enfermagem da Faculdade de Apucarana (FAP), sob a orientação do Profº Especialista Beatriz Maria dos Santos Santiago Ribeiro tendo como requisito, apresentar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) com o seguinte título: Caracterização dos clientes e dos atendimentos realizados em um centro de atenção psicossocial I venho por meio deste, solicitar a permissão para realizar esta pesquisa, que tem por objetivos: Descrever os tipos de características diagnósticas observáveis em um Centro de Atenção Psicossocial I; Caracterizar o perfil sócio econômico, demográfico e ocupacional dos usuários dos serviços de atenção psicossocial I; Mensurar os atendimentos realizados em um Centro de Atenção Psicossocial I; Compreender as modalidades de cuidados ofertados na instituição pesquisada.

O estudo será realizado através pesquisa de prontuários, onde poderemos obter as informações que se fizerem necessárias.

A sua participação será voluntária, no entanto você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento. Pela participação no estudo, a instituição e o participante da pesquisa não se responsabilizarão por quaisquer ônus, bem como não será ofertado qualquer bônus. Esclareço que os dados da pesquisa são para objetivo unico de estudo.

Certo de poder contar com vossa colaboração, antecipo agradecimento.

Atenciosamente,


Beatriz Maria dos Santos Santiago Ribeiro


Alne Cristina da Silva


Diretor(a) Administrativo
Thiago Ohara
CRP 028161/RS
Psicólogo



Rua Otávio de Oliveira, 600 43 3032 3990
Apucarana PR www.fap.com.br

APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TCLE

APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE USO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE (TCLE)

Vimos pela presente solicitar a dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a implementação do estudo intitulado "Caracterização dos clientes e dos atendimentos realizados em um centro de atenção psicossocial I". A presente solicitação se justifica por tratar-se de pesquisa documental, em que a coleta de dados se efetuará junto a fontes primárias e documental a serem disponibilizadas pelos dados dos prontuários do Centro de atenção psicossocial I localizado na cidade de Marilândia do Sul-PR.

Asseguramos que a referida consulta só será realizada, após a devida autorização de uso dos arquivos pelo responsável administrativo (gestor ou seu representante) da referida instituição enquanto DEPOSITÁRIO FIEL das informações armazenadas e mediante aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres Humanos da Faculdade de Apucarana (CETI-FAP).

Da mesma forma, nos comprometemos a tratar os dados, observando todos os compromissos quanto ao sigilo e confidencialmente das informações pessoais, de modo que nenhum participante da pesquisa seja identificado, durante a execução do estudo ou por ocasião da divulgação científica do mesmo.

Informamos que os dados serão utilizados exclusivamente para os fins científicos delimitados no projeto:

Certos de vossa compreensão,

Atenciosamente,

Em 17 de Abril de 2019

Beate M. S. S. Ribeiro
Bacharel
CURSISTA ASSOC.

Pesquisadora responsável/Orientadora:
Ead[®] Beate Maria dos Santos Santiago Ribeiro
Endereço: Sítio São Joaquim - S/N - Laranjal - Califórnia
CEP 84826-000 Telefone: (41) 999744893
email: beatecsantiago1984@hotmail.com

Aline Cristina de Silva
Pesquisador colaborador:
Azaelreica Aline Cristina de Silva
Endereço: Avenida dos missionários nº444
Centro-Marilândia do Sul-CEP 86824-000
Telefone: (41)86450355
e-mail:alinc.c.silva@outlook.com

Comitê de ética em pesquisa com pesquisa em seres humanos da Fap.
email: Ceti-fap@fap.com.br
Endereço Rua Osvaldo de oliveira, 605 Cep. 86811-300, Apucarana,
Telefone (41)5033-8505

ANEXOS

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE ESTUDOS
SUPERIORES DE APUCARANA
/ FACULDADE DE APUCARANA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DOS CLIENTES E DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I

Pesquisador: BEATRIZ MARIA DOS SANTOS SANTIAGO RIBEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10730319.0.0000.5216

Instituição Proponente: Centro de Estudos Superiores de Apucarana / Faculdade de Apucarana -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.279.342

Apresentação do Projeto:

A reforma psiquiátrica no Brasil da década de 80 marca o início de um processo de rompimento com antigos paradigmas, muda-se a forma de cuidar do paciente com doença mental. Deixa-se para trás o modelo centrado na figura dos manicômios, médicos e remédios, abrindo espaço para um novo olhar, centrado na inclusão social, desinstitucionalização, humanização e multidisciplinaridade. Portanto objetivou-se: Caracterizar o perfil sócio econômico demográfico e ocupacional dos usuários dos serviços de atenção psicossocial I. Nessa linha de raciocínio, compreendendo os perfis dos usuários atendidos em um CAPS I, bem como os cuidados oferecidos na instituição para manter o bem-estar físico e psicológico é de extrema importância, a presente pesquisa promoverá subsídios aos gestores e profissionais, através do levantamento de informações, referente aos usuários atendidos. Ressalta-se que o enfermeiro, durante vários anos centrou sua prática de cuidado norteada pelo modelo manicomial, e precisou readequar as práticas de cuidados aos serviços substitutivos, devendo ser uma prática criativa, flexível e com trabalho em equipe. Sendo assim, com a implementação dos CAPS, as práticas que antes baseava-se em vigiar e medicar, tomaram-se menos rígidas, norteada pelos pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira. Espera-se assim, levantar informações para os profissionais de enfermagem da saúde mental ampliem sua visão sobre a temática, e desenvolvam competências e ações conjuntas para prevenção e promoção em saúde mental, e conseqüentemente, reduzindo demanda

Endereço: Rua Ovídio de Oliveira, nº 800
Bairro: Jardim Flemingos CEP: 86.811-500
UF: PR Município: APUCARANA
Telefone: (43)3033-8000 Fax: (43)3033-8000 E-mail: apmfcg@gmail.com

**CENTRO DE ESTUDOS
SUPERIORES DE APUCARANA
/ FACULDADE DE APUCARANA**



Continuação do Parecer: 3.279.342

de atendimentos prestados por tais serviços

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar o perfil sócio econômico demográfico e ocupacional dos usuários dos serviços de atenção psicossocial I;

Objetivo Secundário:

Identificar os tipos de características diagnósticas observáveis em um Centro de Atenção Psicossocial I.

Mensurar os atendimentos realizados em um Centro de Atenção Psicossocial I .

Compreender as modalidades de cuidados ofertados na instituição pesquisada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Como potencial risco e incômodo que a pesquisa possa acarretar, evidencia-se a possibilidade mínima como quebra de confidencialidade, perda ou danos aos documentos nos arquivos durante o manuseio de prontuários, mas, caso isso aconteça, a pesquisadora se responsabilizará em tomar providências necessárias pra não acarretar prejuízos a instituição.

Benefícios:

O benefício previsto é subsidiar informações que possam contribuir para máxima velocidade na identificação de demandas da população, gerar conhecimento mais amplo sobre os indivíduos cuidados na instituição, formular direcionamento de atendimento em saúde mental no município pesquisado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta: Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa e documental e descritiva. A pesquisa será realizada em um Centro de Atenção Psicossocial I, localizado em um município do norte do Paraná. A pesquisa será realizada a partir de dados de prontuários

confidenciais. **Critério de Inclusão:** Serão incluídos prontuários totalmente preenchidos e com as

informações necessárias para o estudo, ambas preenchidas por qualquer profissional. **Critério de Exclusão:**

Serão excluídos prontuários com dados incompletos ou difícil identificação. Os dados serão analisados por meio da análise descritiva, com os resultados apresentados sob a forma de frequência simples e de porcentagem, sendo planilhados em Excel.

Endereço: Rua Oswald de Oliveira, nº 600
 Bairro: Jardim Flamingos CEP: 86.811-500
 UF: PR Município: APUCARANA
 Telefone: (43)3033-8000 Fax: (43)3033-8000 E-mail: apfmg@gmail.com

**CENTRO DE ESTUDOS
SUPERIORES DE APUCARANA
/ FACULDADE DE APUCARANA**



Continuação do Parecer: 3.279.342

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou: Folha de rosto devidamente, Termo de autorização Institucional assinada e carimbada, e dispensa de TCLE está em conformidade com a Resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações a serem realizadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa contempla as exigências da Resolução 466/2012 e da Plataforma Brasil, não apresentando pendências, consideramos o projeto APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando o que dispõe a Res. 466/2012-CNS, este Comitê de Ética aprova o trabalho intitulado "CARACTERIZAÇÃO DOS CLIENTES E DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I", estando esse adequado para sua execução. Lembramos que após a finalização da pesquisa deve ser apresentado, via notificação na Plataforma Brasil, um Relatório Final com intuito de esclarecer que a pesquisa foi realizada em conformidade com os aspectos éticos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1315552.pdf	17/04/2019 22:48:39		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensareajustado.pdf	17/04/2019 22:47:41	BEATRIZ MARIA DOS SANTOS SANTIAGO RIBEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tcareajustado.docx	17/04/2019 22:47:17	BEATRIZ MARIA DOS SANTOS SANTIAGO RIBEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termoreajustado.pdf	17/04/2019 22:46:58	BEATRIZ MARIA DOS SANTOS SANTIAGO RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	foiha.pdf	29/03/2019 13:49:21	BEATRIZ MARIA DOS SANTOS SANTIAGO RIBEIRO	Aceito

Endereço: Rua Ovídio de Oliveira, nº 600
 Bairro: Jardim Flamingo CEP: 86.811-600
 UF: PR Município: APUCARANA
 Telefone: (43)3033-8900 Fax: (43)3033-8900 E-mail: eprfbg@gmail.com

CENTRO DE ESTUDOS
SUPERIORES DE APUCARANA
/ FACULDADE DE APUCARANA



Continuação do Parecer: 3.279.342

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

APUCARANA, 23 de Abril de 2019

Assinado por:

Ana Paula do Amaral Mônaco Foganholl
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Osvaldo de Oliveira, nº 500

Bairro: Jardim Flamingos CEP: 86.611-500

UF: PR Município: APUCARANA

Telefone: (43)3033-8000 Fax: (43)3033-8000 E-mail: apmfog@gmail.com