

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

ALUSKA MIRTES ARAUJO SOUZA

**DEMANDA DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM RECIFE-PE: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS**

RECIFE

2013

ALUSKA MIRTES ARAUJO SOUZA

**DEMANDA DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM RECIFE-PE: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar

Grupo de pesquisa: Saúde Mental e qualidade de vida no ciclo vital.

Orientadora: Prof^a Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti

**RECIFE
2013**

Bibliotecária: Gláucia Cândida da Silva- CRB4-1662

S729d Souza, Aluska Mirtes Araujo.
Demanda de saúde mental na estratégia Saúde da Família em Recife-PE: aspectos epidemiológicos / Aluska Mirtes Araujo Souza. – Recife: O autor, 2013.
118 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Saúde Mental. 2. Programa Saúde da Família. 3. Educação em Saúde. 4. Enfermagem Psiquiátrica. I. Cavalcanti, Ana Márcia Tenório de Souza (Orientadora). II. Título.

610.736 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2014-021)

ALUSKA MIRTES ARAUJO SOUZA

**DEMANDA DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM RECIFE-PE: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Dissertação aprovada em: 13 de dezembro de 2013

Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (Presidente)
Departamento de Enfermagem -UFPE

Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal (Membro Interno)
Departamento de Enfermagem -UFPE

Profa. Dra. Jael Maria de Aquino (Membro Externo)
Departamento de Enfermagem - UPE

Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda (Membro Externo)
Departamento de Enfermagem - UFRN

**RECIFE
2013**

*Dedicado a Marcos Antônio (in
memorian), querido irmão, que sempre
esteve ao meu lado em todos os
momentos importantes de minha vida e
que agora, ao lado do Senhor, deve
estar cuidando de mim para que eu
trilhe meus caminhos com sabedoria.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me concedeu a força e a coragem para persistir durante toda esta jornada.

Ao meu esposo George, por me incentivar a aceitar esse desafio e me apoiar durante a construção da dissertação, me amparando nos momentos de angústia e compreendendo pacientemente alguns momentos de ausência.

Ao meu pequeno grande amor Henrique, filho querido, que irradiou a minha vida de luz, e razão das minhas forças para superar cada obstáculo em todo este percurso.

Aos meus pais, Maria José e Antônio Marcos, por sempre incentivarem meus estudos desde pequena, ensinando-me que o conhecimento e o estudo são a nossa maior herança.

A minha mãe Maria José e a minha sogra Eloína, que me auxiliaram a cuidar do meu pequeno para eu assistir as aulas e construir a dissertação.

A minha orientadora Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti, pela confiança, apoio, dedicação, paciência e pela sábia orientação, aperfeiçoando a dissertação em busca do ideal.

Aos professores Iracema Frazão, Estela Meirelles, Jael Aquino, Luciana Leal e Francisco Arnoldo, por suas contribuições para melhorias deste trabalho.

A Emilly Moreno, pelo auxílio quando precisei.

Aos secretários do programa, que sempre estiveram à nossa disposição, providenciando materiais e serviços que precisamos durante o curso.

À coordenação e docentes do programa, pelo profissionalismo, por ampliar nosso olhar crítico sobre o mundo e fornecer contribuições durante o processo de construção da dissertação.

A todos os colegas de turma, que me auxiliaram sempre que precisei, compartilhando momentos de angústias e conquistas, trabalhando em união com a perspectiva de que a vitória de um é a vitória de todos.

Aos amigos, por partilharem alegrias e tristezas, estando ao meu lado em mais essa etapa da minha vida.

Aos meus colegas de trabalho, pela compreensão e suporte durante o curso.

Ao CNPQ pelo financiamento à pesquisa.

RESUMO

A Saúde Mental no Brasil é constituída por serviços assistenciais de base comunitária, implantados com o objetivo de proporcionar à população atividades de promoção, educação em saúde, prevenção de agravos e terapêutica eficaz. Dentre estes serviços, destaca-se a Estratégia Saúde da Família, pelo tipo de assistência que esta representa. Assim, realizar um estudo epidemiológico sobre a demanda em Saúde Mental deste serviço proporciona subsídios para um adequado planejamento das ações para a comunidade. Esta dissertação é composta por dois artigos, um de revisão e um original. O primeiro corresponde à revisão integrativa, intitulado “Atenção em saúde mental na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa”, cujo objetivo é identificar artigos científicos publicados do período de 2002 a 2012 que descrevessem como as práticas de atenção em Saúde Mental vêm sendo desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família. Foram utilizados como descritores “atenção à saúde”, “saúde mental” e “programa saúde da família” para pesquisa na base de dados da biblioteca virtual de saúde, sendo selecionados 21 artigos oriundos das bases LILLACS, CIDSAÚDE e biblioteca SCIELO. Os estudos indicaram falhas relevantes na lógica de funcionamento da rede em Saúde Mental, sendo evidenciados poucos avanços no âmbito da Estratégia Saúde da Família, razão pela qual o processo de reinserção do indivíduo portador de transtorno mental na sociedade não se dá de forma satisfatória. O segundo artigo corresponde ao original, intitulado “Demanda de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família em Recife-PE: aspectos epidemiológicos”, e tem como objetivo identificar os aspectos epidemiológicos das demandas de Saúde Mental dos usuários da Estratégia Saúde da Família do município do Recife-PE. Caracteriza-se por ser um estudo transversal e quantitativo, que utilizou um banco de dados oriundo da pesquisa intitulada “Transtornos mentais em indivíduos assistidos pelo Programa de Saúde da Família na Cidade do Recife – necessidades do cuidar”. A amostra para este estudo foi de 1020 usuários das Estratégias Saúde da Família dos seis distritos sanitários de Recife-PE. Para análise das variáveis qualitativas, foram calculadas as frequências simples e relativas. Para avaliar a associação dos fatores socioeconômicos com a presença do transtorno mental foram aplicados os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. A demanda para assistência em saúde mental identificada foi de 18%, em que 17,7% dos usuários eram portadores de transtorno mental, sendo a maioria do sexo feminino, casada, com faixa etária entre 51 a 65 anos de idade e com renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos. A dependência química mostrou-se como o transtorno mental mais prevalente. O destino dos dejetos e o número de pessoas que moram com o indivíduo foram associados à ocorrência de transtorno mental. A demanda identificada requer que a equipe de enfermagem que atua nas Estratégias Saúde da Família investigadas e os gestores de saúde reconheçam a sua demanda e atuem na elaboração de políticas públicas que permitam desenvolver estratégias direcionadas às necessidades de assistência de saúde mental da população com ênfase em atividades de educação em saúde que proporcionem uma adequada promoção em saúde, prevenção de agravos e uma abordagem terapêutica eficaz.

Palavras-chave: Saúde Mental. Programa Saúde da Família. Educação em Saúde. Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

Mental Health in Brazil is constituted by assistance services from communitarian basis, introduced in order to provide people with activities of promotion, education in health, prevention of harms and effective medication. Among those services Family Health Strategy stands out due to the type of assistance that it represents. Thus, carrying out an epidemiological study on a demand in Mental Health of such service provides subsidies for an adequate planning of actions to the community. This dissertation is composed by two academic articles, being one of revision and another original. The first article refers to the one with an integrative revision, entitled: Attention in mental health in Family Health Strategy: an integrative revision, which aimed at identifying academic articles published between 2002 and 2012 which described how practices of attention in Mental Health have been developed within the Family Health Strategy. Keywords, such as “Attention to Health”, “Mental Health” and “Family Health Program” were used to research on the database of the virtual health library, where 21 articles from LILACS’s, CILSAÚDE’s and SCIELO library’s bases were selected. The studies showed relevant failures within the operation of the system in Mental Health, presenting not few advances in the Family Health Strategy, showing difficulty in the process of social reintegration for individuals who are carriers of mental disorders. The second article refers to the original one, entitled: Mental Health Demand within the Family Health Strategy: epidemiological aspects, which aimed at identifying epidemiological aspects of demands of Mental Health of users of the Family Health Strategy from Recife City – PE. Its traits are those of a transversal and quantitative study, which used a database from the research entitled “Mental disorders in individuals assisted by Family Health Program in Recife City – needs of caring”. The sample used for this study was that of 1020 users of Family Health Strategy of six sanitary districts from Recife City – PE. To analyze qualitative variables simple and relative frequencies were calculated. Tests like chi-squared and Fisher’s exact were applied to evaluate socioeconomic factors’ association with the presence of any mental disorder. The demand for assistance in mental health identified was of 18%, in which 17.7% of users were carriers of mental disorders, being most of them part of the feminine gender, married, aged between 51 and 65 years and with a household income between 1 and 2 minimum wages. Substance dependency showed up as the most prevalent mental disorder. Waste destination and the number of people who live in the house are also some factors associated with the occurrence of the mental disorder. The demand identified requires the nursing group which works at the Family Health Strategy investigated and health managers to acknowledge their demand and work at the elaboration of effective public policies that allow the development of strategies directed to the necessities of people’s mental health assistance, focusing on activities of education in health which can provide an adequate promotion in health, prevention of harms and an efficient medication approach.

Keywords: Mental Health. Family Health Program. Education in Health. Psychiatric Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Artigos científicos selecionados para a revisão integrativa. Recife-PE, 2012... **38**

ARTIGO DE REVISÃO

Quadro 1- Artigos selecionados para a revisão integrativa. Recife-PE, 2012 **55**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Procedimentos realizados na seleção dos artigos. Recife-PE, 2012.....	38
Tabela 2- Distribuição dos casos avaliados segundo o distrito sanitário em Recife-PE, 2011.....	45
 ARTIGO DE REVISÃO	
Tabela 1- Procedimentos realizados na seleção dos artigos. Recife-PE, 2012	55
Tabela 2- Distribuição do número dos artigos selecionados por ano de publicação. Recife-PE, 2012	57
Tabela 3- Assistência em Saúde Mental na ESF conforme estudos selecionados. Recife-PE, 2012	58
 ARTIGO ORIGINAL	
Tabela 1 Demanda de Saúde Mental na ESF. Recife-PE, 2011.....	73
Tabela 2 Perfil sócio-demográfico dos usuários identificados com transtorno mental por distrito sanitário. Recife- PE, 2011.....	74
Tabela 3 Associação de fatores econômicos e de habitação a ocorrência do transtorno mental nas ESFs dos seis distritos sanitários. Recife- PE, 2011.....	75
Tabela 4 Distribuição dos tipos de transtornos mentais por distrito sanitário e na totalidade da ESF. Recife-PE, 2011.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AIDS- Acquired Immunodeficiency Syndrome

ASM- Assistência em Saúde Mental

BVS- Biblioteca Virtual da Saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CASP- Critical Appraisal Skill Programme

CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CIDSAÚDE- Literatura em Ciências Saudáveis

CID-10- Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DeCS- Descritores em Ciências da Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

HIV- Human Immunodeficiency Syndrome

IBECS- Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde

LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE- Literatura Internacional em Ciências de Saúde

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PE- Pernambuco

PRÓ-SAÚDE: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF- Programa Saúde da Família

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SCIELO- Scientific Electronic Library Online

SM- Salário Mínimo

SRT- Serviço Residencial Terapêutico

SUS- Sistema Único de Saúde

TDAH- Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TM- Transtorno Mental

TMF- Transtorno Mental na Família

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 PROCESSO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL.....	14
2.2 SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	18
2.3 ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL	22
2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	25
2.5 EPIDEMIOLOGIA NA SAÚDE MENTAL	27
2.6 TRANSTORNOS MENTAIS: PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS E FATORES ASSOCIADOS	29
3 MÉTODO	35
3.1 Primeiro artigo: Atenção em saúde mental na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa	35
3.1.1 Tipo de Estudo	35
3.1.2 Questão norteadora e objetivo da pesquisa	35
3.1.3 Critérios de inclusão	35
3.1.4 Critérios de exclusão	36
3.1.5 Coleta de dados	36
3.1.5.1 Definição de descritores para pesquisa	36
3.1.5.2 Pesquisa de material científico	36
3.1.5.3 Seleção dos artigos	37
3.1.6 Extração dos dados	41
3.1.7 Análise dos dados	42
3.2 Segundo artigo: Demanda de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família em Recife-PE: aspectos epidemiológicos	42
3.2.1 Origem do estudo	42
3.2.2 Tipo de estudo	43
3.2.3 Local do estudo	44
3.2.4 População e amostra	44
3.2.5 Variáveis	45
3.2.6 Análise dos dados	47
3.2.7 Considerações éticas	48
4 RESULTADOS	49
4.1 ARTIGO DE REVISÃO	49
4.2 ARTIGO ORIGINAL	68
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE.....	96
APÊNDICE A- Instrumento para extração de dados dos artigos científicos	96
ANEXOS	97
ANEXO A- Critical Appraisal Skills Programme (CASP)	97
ANEXO B- Instruções para submissão de artigos da Revista Ciência & Saúde Coletiva	98
ANEXO C- Formulário para coleta de dados	107
ANEXO D- Instruções para submissão de artigos da Revista Cadernos de Saúde Pública	111
ANEXO E- Aprovação do Comitê de Ética para execução da pesquisa	117
ANEXO F- Aprovação definitiva do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa-relatório final	118

1 INTRODUÇÃO

O movimento pela Reforma Psiquiátrica teve início no Brasil no final dos anos 1970 como uma crítica ao modelo hospitalocêntrico de atenção em Saúde Mental, caracterizado por abandono, violência e maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos hospícios do país¹.

Em 2001 foi sancionada a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), que traz em seu escopo a proposta de fornecer à população o acesso a uma assistência psicossocial de base comunitária. No ano seguinte, o Decreto nº 42.910/2002 e a Portaria nº 52/2004 surgem para reforçar o processo de substituição progressiva dos leitos de hospitais psiquiátricos por uma rede extra-hospitalar de atenção em Saúde Mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos, Ambulatórios, Atenção Primária, Programa de Volta para Casa e outros, com a proposta de ressocialização do portador de transtorno psiquiátrico em seu meio^{1,2,3}.

Dentre os modelos substitutivos à atenção em Saúde Mental hospitalar, a Atenção Primária possui importante posição, uma vez que, além de apresentar uma significativa cobertura das equipes de saúde da família na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), esse nível de assistência é reconhecido como parte integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria 3088/11 do Ministério da Saúde⁴.

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde entre 2001 e 2002 revelou que 51% das equipes de saúde da família realizavam algum atendimento em Saúde Mental, demonstrando uma grande demanda de assistência em Saúde Mental nesses serviços⁵.

Sem dados mais atualizados a nível nacional, supõe-se que, hoje, essa demanda seja ainda maior, devido à redução dos leitos psiquiátricos e à abrangência de cobertura dos serviços substitutivos no país em termos de Atenção Primária, reveladas ao longo dos anos⁶. As demandas em Saúde Mental correspondem às reais necessidades dos usuários pertencentes às áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) no que se refere aos quadros psiquiátricos já instalados: dependências químicas de drogas lícitas e ilícitas, além de situações de risco à integridade emocional desta clientela.

Nota-se, então, que a incorporação integral das ações de Saúde Mental na Atenção Primária é uma prioridade no cenário atual. Assim, o Ministério da Saúde lançou a estratégia do Apoio Matricial, com o intuito de promover uma articulação entre os equipamentos de Saúde Mental e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), facilitando o direcionamento dos fluxos

na rede⁷. Tais equipamentos são representados por serviços direcionados à atenção psicossocial, como CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, entre outros.

O Apoio Matricial apresenta como proposta realizar encontros de saberes entre serviços especializados de Saúde Mental e Atenção Básica, visando uma atuação mais integral e menos fragmentada. O CAPS, no papel de serviço especializado, não estaria se desresponsabilizando de sua demanda, mas passando a atuar numa outra perspectiva: a de descentralizar esse cuidado, levando-o para mais perto do usuário⁷.

Apesar de todos esses avanços, a Política de Saúde Mental tem enfrentado grandes impasses na operacionalização da rede de cuidados extra-hospitalares. No que tange à ESF, este programa tem encontrado dissonâncias em vários aspectos, tais como o desconhecimento dos profissionais e gestores sobre as ações em Saúde Mental, que são de responsabilidade da ESF; profissionais ainda não preparados para atuação neste tipo de assistência; a falta de condições financeiras e estruturais para o atendimento à demanda psiquiátrica; e a inexistência de integralidade com outros serviços de Saúde Mental⁵.

A importância de conhecer a epidemiologia da Saúde Mental com base em informações derivadas de estudos nesta área proporciona um adequado planejamento dos serviços de saúde oferecidos à comunidade. Ademais, a identificação dos fatores de risco ou de proteção associados ao surgimento dos principais transtornos mentais pode funcionar como uma base de informação para a indicação de tratamentos e principalmente para elaboração dos programas de prevenção, bem como para a organização e implementação da rede de serviços de Saúde Mental^{8,9}.

Nesse contexto, a enfermagem apresenta envolvimento no planejamento de ações em Saúde Mental na ESF, visto que ela assume atividades de cunho gerencial¹⁰, possuindo a atribuição de estabelecer a lógica de funcionamento da equipe de saúde da família sob sua responsabilidade. Assim, informações epidemiológicas são fundamentais para o conhecimento destes profissionais acerca da realidade de sua demanda em Saúde Mental, o que permite um melhor direcionamento de estratégias neste âmbito.

O estudo epidemiológico da Saúde Mental contribui substancialmente para a elaboração de atividades de educação em saúde (tanto direcionada à capacitação dos profissionais da saúde para a assistência psiquiátrica, como voltada para a comunidade identificada como beneficiária), na implantação de ações terapêuticas, de prevenção e promoção em Saúde Mental.

Destarte, este tipo de estudo é uma importante ferramenta para que o enfermeiro na ESF planeje e realize os cuidados de acordo com a necessidade, com o objetivo de evitar

internações psiquiátricas, favorecendo a reabilitação do portador de sofrimento psíquico ao atuar ativamente no processo de reinserção social deste na comunidade, assumindo um papel de educador na Atenção Primária, podendo levar informações à população através de educação em saúde voltada à Saúde Mental¹¹.

Por meio deste estudo, são fornecidas contribuições para os gestores em saúde do município, uma vez que permite fomentar e consolidar políticas públicas no âmbito da Saúde Mental articuladas conforme necessidades e características específicas da comunidade. Desta forma, este estudo vem a ser um facilitador no planejamento de atividades de prevenção a agravos e de promoção e educação em saúde desenvolvido por todos os profissionais da ESF, inclusive o enfermeiro.

Esta pesquisa foi realizada partindo da seguinte pergunta-condutora: Quais os aspectos epidemiológicos relacionados às demandas de saúde mental na ESF do município do Recife-PE? Tem como objetivo geral identificar os aspectos epidemiológicos das demandas de Saúde Mental dos usuários da Estratégia Saúde da Família do município do Recife-PE. Nesse sentido, os objetivos específicos buscam realizar caracterização socioeconômica e demográfica das famílias que possuem portadores de transtornos mentais; identificar os tipos de transtornos mentais apresentados por usuários da ESF; e verificar a prevalência e os fatores associados aos transtornos mentais.

Conforme preconizado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, esta dissertação é constituída por quatro capítulos, excetuando-se a introdução.

O primeiro capítulo corresponde à revisão de literatura, que apresenta fundamentos teóricos em torno do processo de firmação da Saúde Mental na ESF, abordando aspectos históricos, epidemiológicos e etiológicos dos transtornos mentais, além de correlacionar a educação em saúde e enfermagem ao âmbito da Saúde Mental.

O segundo capítulo apresenta, de forma detalhada, o método para a construção dos artigos de revisão e original.

No terceiro capítulo, encontra-se o artigo de revisão “Atenção em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa”, submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva.

O quarto capítulo apresenta o artigo original: “Demanda de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família em Recife-PE: aspectos epidemiológicos”, que será submetido a revista Cadernos de Saúde Pública.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PROCESSO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL

Na Grécia Antiga, a loucura era considerada um privilégio. Filósofos como Sócrates e Platão ressaltaram a existência de uma forma de loucura tida como divina, pois se tinha a concepção de que era por meio do delírio que alguns privilegiados podiam ter acesso a verdades divinas. Essa relação entre loucura e experiência mística permanece por muito tempo, se dissolvendo na Antiguidade Clássica^{12,13}.

Na Antiguidade, a loucura já não é mais vista como acesso a verdade divina, e passa a ser associada a algo demoníaco. Nessa época, a doença mental era explicada com bases em ideologias religiosas, sendo entendida como manifestação sobrenatural e classificada como expressão de bruxaria, cujo tratamento caracterizou-se pela perseguição aos seus portadores^{13,14}.

No período Renascentista, os loucos eram colocados em embarcações denominadas “Nau dos Loucos” e transportados para territórios distantes. Este era tido como um ritual que expulsava os doentes mentais da cidade a fim de mantê-los longe do convívio em sociedade^{14,15}.

Em meados do século XVII, a doença mental passa a se constituir em um modo de exclusão social, sendo confinada junto a outras figuras da marginalidade nos hospitais gerais¹⁴.

No Brasil, com a chegada da família real portuguesa ao Rio de Janeiro, em 1808, foi iniciado o processo de urbanização no Rio de Janeiro, em Ouro Preto e em Salvador, processo que modificou profundamente aspectos econômicos, políticos e sociais. Surge, então, a necessidade de recolher indivíduos que causavam desconforto à sociedade, como desempregados, mendigos, órfãos, marginais e loucos, momento em que estes passaram a ser mantidos em Asilos de Mendicância e de Órfãos, administrados pelas Santas Casas de Misericórdia¹⁶.

Em 10 de julho de 1841, foi publicado o decreto que ordenou a construção de um asilo no Rio de Janeiro. Sob o patrocínio do Imperador Pedro II, este asilo, chamado Hospício Pedro II, inaugurado em 1852, foi originalmente planejado para trezentos pacientes de ambos os sexos^{17,18}.

Este processo de expulsão da loucura de toda cena social possível culmina na criação dos asilos para os alienados. O asilo torna-se um espaço diferenciado para o trato exclusivo do doente mental. Assim, o século XVIII marca o significado do fenômeno da loucura como objeto do saber médico, caracterizando-o como doença mental e, portanto, passível de cura^{13,19}.

Em 1890, a psiquiatria passa a ter poder efetivo na prática assistencial ao doente mental, quando passa a ser atribuída ao médico psiquiatra a condução do processo de tratamento, delimitando um novo campo de atuação profissional²⁰. Neste mesmo ano, o Decreto nº. 791 cria a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras dentro do Hospício Nacional de Alienados. O curso, de dois anos, tinha intensa grade curricular, com ênfase em conhecimentos anátomo-fisiológicos, o que aproximava o curso da grade curricular médica e refletia a concepção de psicopatologia da época. Assim, médicos, enfermeiros, mestres e inspetores perfaziam o conjunto profissional dos primórdios do aparato institucional de assistência aos alienados²⁰.

A psiquiatria possuía perspectivas teórico-epistemológicas que culminavam em práticas de internação e medidas terapêuticas que se caracterizavam pelo acorrentamento, aplicação de banhos quentes e frios, passando, também, pela lobotomia, pelos choques insulínicos e elétricos²¹. Influenciadas pelos ideais de Michel Foucault²⁰, as discussões e críticas ao isolamento social dos doentes mentais começaram a efervescer à medida em que se problematizou a exclusão destes e revelou a sua face de estratégia de dominação social. Este teórico lançou críticas à psiquiatria clássica, procurando refletir sobre a loucura no sentido de repensar novas formas de estabelecer relações - para além da psiquiatria -, considerando as experiências subjetivas do sujeito²².

Frente a estas práticas, surgem, no fim da II Guerra Mundial, em países como França, Inglaterra, Itália, Estados Unidos, Canadá e Espanha, os movimentos mais significativos rumo a uma reforma psiquiátrica. Pode-se dizer que cada um desses movimentos contribuiu com os avanços da atenção à Saúde Mental desdobrados até hoje. Um ponto em comum a todos esses movimentos é o esforço na superação ao modelo manicomial a que os doentes mentais eram submetidos²³.

Laing e Cooper, entre os anos 1950 e 1960, na Inglaterra, questionaram a intervenção da clínica psiquiátrica tradicional, estabelecendo uma nova relação terapêutica e conseqüente compreensão da loucura²¹. Porém, pessoas com doença mental continuavam a ser estigmatizadas e institucionalizadas, ao mesmo tempo em que o ideal de desinstitucionalização do doente mental começava a aflorar¹².

Nesse contexto, destacou-se a reforma psiquiátrica italiana. A crítica ao desempenho do hospital psiquiátrico e da psiquiatria, bem como o surgimento de propostas de novas formas de lidar com o transtorno mental, ganhou destaque com o movimento social da Psiquiatria Democrática Italiana, que teve seu início na década de 1960. Seu mais importante representante foi Franco Basaglia, responsável por colocar em prática a extinção dos hospícios, com a criação de serviços alternativos ao manicômio, construídos em forma de rede de atenção. Esse movimento trazia consigo a proposta de desinstitucionalização, que vinha de encontro às práticas de exclusão, consideradas, até então, a solução à problemática da doença mental^{21,23,24}.

Inspirada pelo movimento psiquiátrico italiano, começa a ser constituída, no Brasil, em 1978, a Reforma Psiquiátrica, com críticas ao modelo hospitalocêntrico vigente na assistência ao portador de transtorno mental, às más condições de tratamento e à privatização da assistência psiquiátrica¹⁸. Esta reforma pode ser compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais²⁵. Entre suas propostas, destacam-se o ideal de uma atenção psicossocial integrada com interdisciplinaridade em suas práticas, a criação de um sistema extra-hospitalar de cuidados e a defesa da cidadania dos portadores de doenças mentais²³.

A Reforma Psiquiátrica prevê a desinstitucionalização do paciente psiquiátrico, com diminuição progressiva dos leitos dos hospitais psiquiátricos e o aumento da oferta de serviços extra-hospitalares próximos aos sujeitos, possibilitando o retorno deste para o convívio em sociedade, ou seja, uma reabilitação psicossocial²¹. Nessa perspectiva, a recuperação é um processo ao longo da vida, em que uma pessoa portadora de distúrbio mental se esforça para viver na comunidade, mesmo na presença de sintomas contínuos e deficiências próprias do transtorno mental¹².

Reabilitação e integração são dois conceitos que norteiam a organização de serviços comunitários de saúde mental em vários caminhos. A reabilitação psicossocial deve ser compreendida como um processo cujo objetivo é fornecer aos indivíduos inadaptados em decorrência do transtorno mental condições de exercer e desenvolver habilidades e competências para interagir de forma independente na sociedade. Este processo possui como eixos norteadores a construção da cidadania e a reintegração do indivíduo à sua rede social^{24,26}.

Em 1988, quando da rediscussão do papel do Estado na saúde, de redemocratização e de desenvolvimento dos ideais da reforma sanitária, a *Constituição Federal* institui o Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁸, fato importante para contribuir com a criação e implantação de

serviços comunitários em Saúde Mental. Assim, em 1989, no município de Santos (SP), o Brasil vivencia uma das primeiras experiências com a implantação de uma rede de atenção de base territorial de atendimento ao portador de sofrimento psíquico, de caráter social e substitutivo ao modelo hospitalocêntrico. Este foi um importante momento para a história da psiquiatria brasileira, por ser considerado a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil e de construção de estruturas substitutivas^{18,27}.

No mesmo ano, o deputado Paulo Delgado apresenta o Projeto de Lei nº. 3.657, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, bem como sobre a internação psiquiátrica compulsória^{18,28}.

Um grande marco histórico para Saúde Mental no Brasil, que possibilitou importantes mudanças nesta área em âmbito ministerial, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. O documento final do evento intitulou-se “Declaração de Caracas”, diante do qual os países da América Latina, dentre eles o Brasil, comprometeram-se em reestruturar a sua assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel do hospital psiquiátrico, proteger a cidadania do portador de transtorno mental e propiciar a sua reinserção ao convívio em sociedade²⁷.

Apesar da urgência e relevância do assunto, a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216 de 6 de abril de 2001), foi sancionada após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional.

A partir de então, a Saúde Mental no Brasil renova e fortalece suas perspectivas, fornecendo um novo impulso e ritmo ao processo de Reforma Psiquiátrica no país^{20,25}. Esta lei redireciona a assistência em Saúde Mental aos brasileiros, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais^{20,25}.

A cada momento torna-se mais explícita a política de redução do porte hospitalar psiquiátrico. Em contrapartida, ocorre a construção de dispositivos de apoio ao cuidado em saúde mental, como o auxílio-reabilitação psicossocial do Programa De Volta Para Casa¹⁸. Esse foi um dos instrumentos criados com vistas a fornecer suporte para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. O seu objetivo é contribuir efetivamente para o processo de inserção social destes indivíduos através do pagamento mensal aos seus beneficiários de um auxílio-reabilitação²⁵.

Com base nos ideais de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, o modelo de atenção em Saúde Mental no Brasil começou a ser construído com o propósito de expandir e consolidar uma rede de atenção extra-hospitalar, visando atender as demandas territoriais. Esta rede é constituída de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Saúde, Serviços de

Pronto-Atendimento, Ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)²⁹.

Ao passo que estão sendo criados e implementados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tem-se constatado que a quantidade e qualidade de sua oferta é insuficiente frente à demanda de atenção em Saúde Mental existente. Além disso, há uma preocupação com relação à assistência prestada por estas instituições e ao modo de funcionamento da rede de atenção psicossocial em que estão inseridos estes serviços²³.

Ao longo de sua implantação, a rede de Saúde Mental tem-se mostrado fragilizada, devido ao fato de características essenciais, como a descentralização e a conectividade entre os serviços substitutivos, não estarem bem efetivadas. Assim, há falta de clareza em relação às atribuições de cada serviço, o que acarreta na precarização da assistência e na falta de corresponsabilização com os seus usuários²⁹. Destarte, ao longo do seu processo de implantação e consolidação, a Reforma Psiquiátrica tem avançado, porém marcada por um cenário com muitos impasses e desafios que permeiam o contexto da Saúde Mental²¹.

2.2 SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Diante das discussões e transformações da atenção em Saúde Mental, a atenção primária sofre um consequente processo de reestruturação. Assim, em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização da saúde no Brasil, reafirmando-a como dever do Estado e direito de todos os cidadãos^{30,31}.

Nesse sentido, O PSF, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), torna-se o eixo estruturante dos sistemas municipais de saúde, trabalhando numa perspectiva de saúde ampliada e integral, composta por equipes multiprofissionais responsabilizadas por um número de pessoas de uma região delimitada³².

A realidade das equipes de atenção primária vem demonstrando que, cotidianamente, elas se deparam com indivíduos que necessitam de atenção em saúde mental. A parceria da saúde mental com a atenção primária e a ESF torna-se, portanto, necessária, pois articula os desafios da reforma psiquiátrica com a responsabilização das equipes de saúde da família. Estas equipes estão engajadas no cotidiano da comunidade, estabelecendo um importante vínculo com seus usuários, fornecendo ações de promoção e educação para a saúde, na perspectiva da melhoria das condições de vida da população^{25,30,33}.

Tanto o movimento da Reforma Psiquiátrica quanto a ESF buscam instituir aparatos técnicos, científicos e sociais com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de seus

usuários, a fim de romper com o modelo médico hegemônico, para que a família, em sua dimensão sociocultural, se torne objeto de atenção de suas ações.

Regendo-se pelos princípios do SUS, as equipes de saúde da família procuram oferecer um cuidado integral, com base na promoção da saúde no aspecto físico, psíquico e social, alcançando resultados importantes para a saúde coletiva^{25,31,34}. Assim, no âmbito da Saúde Mental, a ESF passa a assistir integralmente os usuários em sofrimento psíquico, desenvolvendo ações para as necessidades de ordem mental, com enfoque na prevenção e promoção da Saúde Mental³¹.

A atenção básica tem potencial para desenvolver dois tipos de ações no âmbito da Saúde Mental. O primeiro consiste em detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada; o segundo corresponde às formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção básica ou, caso necessário, encaminhando os usuários para serviços especializados em um ideal de corresponsabilização da clientela³⁵.

Todavia, nem sempre os serviços de Saúde Mental isolados possuem condições de realizar essas ações. Por isso, o Ministério da Saúde vem lançando estratégias que buscam estimular o funcionamento destes serviços em rede²⁵. A configuração da rede de cuidados de saúde é de extrema importância, pois parte da premissa de que, de forma isolada e sem articulações entre si, os serviços são incapazes de reunir a totalidade dos recursos e competências necessários à solução dos problemas de saúde da população. Esta rede busca assegurar a continuidade e globalidade da assistência ofertada aos seus usuários, em que profissionais e organizações encontram-se articulados no tempo e espaço³⁶.

A rede de atenção à Saúde Mental brasileira é parte integrante do SUS. Nesse sentido, a articulação entre serviços da atenção básica tem como princípios fundamentais a noção de território, a organização da atenção à saúde mental em rede, a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial, a multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania dos usuários e a construção da autonomia de usuários e familiares³⁷.

Tal perspectiva determina que os serviços de assistência psicossocial localizados na atenção básica trabalhem com essa nova abordagem de atendimento, segundo a qual cuidar já não é mais excluir, mas incluir o portador de sofrimento psíquico no convívio em sociedade³⁸.

Além da Estratégia Saúde da Família, outros serviços de Saúde Mental na Atenção Básica também merecem destaque, como os CAPS, para o tratamento intensivo de pessoas com transtorno mental; os SRTs, que auxiliam na reinserção social das pessoas que viveram longo tempo internadas; os Centros de Convivência, núcleos de produção de cultura e espaço

de troca entre os usuários dos serviços da saúde mental e a sociedade em geral; e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que dão suporte aos profissionais das Equipes de Saúde da Família no atendimento às demandas do território^{32,38}.

Dentre as estratégias para o fortalecimento da rede em Saúde Mental, surge a proposta do apoio matricial, formulada por Gastão Wagner Campos. Trata-se de um novo modo de produzir saúde mental com base no qual duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica³⁹. Nesse arranjo, a equipe de referência (equipe de saúde da família) compartilha alguns casos com a equipe que oferece o apoio matricial. As estratégias utilizadas para esse compartilhamento são reuniões e visitas domiciliares conjuntas³⁰.

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical, de modo que, ao encaminhar um caso a outro serviço, há uma transferência de responsabilidade. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, não fornecendo uma boa resolutividade dos casos³⁹.

O compartilhamento de ações entre os serviços proposto pelo matriciamento se dá em forma de co-responsabilização pelos casos, sem encaminhamentos desnecessários, como forma de aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local.

Dessa maneira, ao longo do tempo e gradativamente, os trabalhadores da equipe de referência tornam-se mais capazes de resolver problemas que anteriormente consideravam difíceis. Com a resolução máxima de problemas na região, evita-se o encaminhamento irresponsável dos profissionais, dando continuidade ao cuidado e, principalmente, aumentando o grau de singularização da relação equipe/usuário³⁰, que é fundamental.

Entre as atividades que podem ser desenvolvidas pela equipe de saúde da família, com o apoio da equipe regional de saúde mental, estão a educação em saúde, a promoção da saúde mental, a formação de grupos terapêuticos, a educação sexual, o planejamento familiar, e o apoio psicológico às famílias⁴⁰.

Outra estratégia importante para a consolidação da rede de serviços de atenção em Saúde Mental foi a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Instituída pela portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, é constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial^{4,41}.

Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e

da atenção às urgências⁴ é um dos objetivos da RAPS. Neste contexto, a Unidade Básica de Saúde, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, possui a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, trabalhando de forma integrada com os demais pontos da rede⁴.

Apesar de todos esses avanços que a ESF apresentou no atendimento ao usuário portador de transtorno mental, observa-se que a operacionalização de uma rede de cuidados e o desenvolvimento de ações neste âmbito têm encontrado impasses.

Estudo mostra que uma das principais limitações para o desenvolvimento destas ações está na deficiência que a maioria dos profissionais da ESF apresenta em assistir esses usuários, visto que ainda não se sentem familiarizados com a assistência ao sofrimento psíquico³⁰.

Esta falta de capacitação podem acarretar uma série de ações inadequadas frente à assistência em Saúde Mental, tais como ações normatizadoras e hospitalocêntricas, ações de cunho discriminatório, moralistas e repressivas, medicalização do sofrimento psíquico e expectativas de comportamento agressivo. Assim, tanto os usuários quanto profissionais e sociedade veem-se perdidos neste processo, visto que a própria comunidade não identifica o PSF como um lugar em que se tratam problemas mentais³².

Diante desta situação, os municípios brasileiros têm procurado elaborar planos com o intuito de superar esta problemática e consolidar a rede de atenção em Saúde Mental. Dessa forma, o município do Recife-PE busca estruturar suas ações em saúde mental em três grandes eixos de atuação: a superação do modelo assistencial e de financiamento com base no hospital psiquiátrico, com a garantia de substituição por dispositivos comunitários de atenção e com o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial; o fortalecimento da integração do modelo de redes de cuidado, de base territorial, trabalhando a responsabilização compartilhada; e a ampliação das parcerias com setores da sociedade através da reativação de discussão em Saúde Mental⁴².

2.3 ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

A instituição manicomial era caracterizada como um estabelecimento disciplinar para reeducação do doente mental, em que o médico era a figura de autoridade a ser respeitada, enquanto os enfermeiros eram atores coadjuvantes desse processo⁴³. Na primeira metade do século XX, a preparação para o trabalho nos hospitais psiquiátricos era realizada pelos médicos psiquiatras, cujo ensino era calcado na introjeção das regras que regiam os manicômios. Assim, o funcionamento dos hospitais psiquiátricos era centralizado na figura do médico, enquanto que a assistência de enfermagem era caracterizada pela subordinação a estes profissionais⁴⁴.

Os cuidados de enfermagem ao paciente psiquiátrico limitavam-se a auxiliar o médico, observar, vigiar, repreender e registrar o comportamento dos pacientes. Com base na formação flexneriana, a assistência de enfermagem direcionava a atenção apenas para o sintoma e para o diagnóstico da doença mental, o que resultava numa visão fragmentada do indivíduo, dificultando o estabelecimento de um vínculo social com o paciente. O objetivo terapêutico era a adaptação do doente mental aos padrões morais aceitáveis pela sociedade, e, para isto, eram utilizados como ferramentas terapêuticas pela enfermagem psiquiátrica métodos punitivos, técnicas disciplinares e o controle da liberdade de expressão e do direito de escolha do paciente⁴⁵.

Em 1952, surge, nos Estados Unidos, a Teoria das Relações Interpessoais para a Enfermagem, que defende uma interação entre o enfermeiro e o paciente, com a finalidade de ajudar o indivíduo a encontrar suas próprias soluções, segundo a ideia de que a experiência de doença ajuda o ser humano a crescer e se fortalecer, identificando sua limitação e potencialidade⁴⁶. A partir de então, a atuação da enfermagem em Saúde Mental passa a se pautar no modelo humanista, cujas ações ancoram-se na promoção e prevenção em Saúde Mental, além da capacidade de assistir ao paciente, à família e à comunidade⁴⁷.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a enfermagem se depara com o desafio de implementar a mudança de um modelo de assistência essencialmente asilar para um modelo psicossocial⁴⁵. Este modelo de atenção exige que o enfermeiro visualize o indivíduo além da sua doença, passando a considerar o seu contexto social, em uma visão holística do sujeito. A prática da enfermagem psiquiátrica deve estar pautada na noção de cuidado como uma ação complexa e integral que requer uma capacidade para a escuta e o diálogo, apoiando o indivíduo no resgate de sua autonomia. Neste sentido, o enfermeiro deve utilizar como ferramenta de trabalho a formação do vínculo terapêutico com o indivíduo, e,

para isto, o profissional necessita de que o seu conhecimento teórico esteja associado à sua capacidade de comunicação e de autoconhecimento⁴⁵.

Entre os princípios que devem orientar a prática do enfermeiro na assistência ao paciente com transtorno psíquico estão: considerar o sujeito como um ser holístico, compreendendo a interdependência e a multiplicidade de suas necessidades; focalizar suas qualidades e recursos, ao invés de suas fraquezas e deficiências, estimulando a autonomia e a capacidade de crescimento; aceitá-lo como ser humano único; estabelecer relacionamento interpessoal terapêutico, atentando para o desenvolvimento da comunicação verbal e não-verbal efetiva; e auxiliá-lo a conviver em sociedade. As ações de enfermagem devem, então, estimular o autocuidado do indivíduo e sua participação efetiva no tratamento⁴⁴.

Tendo em vista que a atenção primária se constitui em um plano privilegiado para o acolhimento das necessidades em Saúde Mental, o enfermeiro da ESF deve estar preparado para o atendimento ao portador de transtorno mental. Para tanto, faz-se necessário que este profissional esteja capacitado a assistir ao usuário e à sua família, com o objetivo de auxiliá-lo no processo de reabilitação psicossocial⁴⁸.

Enquanto profissional da ESF, o enfermeiro é responsável por planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a dinâmica de atendimento prestado na Unidade de Saúde de Família (USF), em um trabalho realizado sob perspectiva interdisciplinar, levando em conta as reais necessidades da população. Esta dinâmica tem favorecido o acesso da população à assistência à saúde na atenção básica, inclusive de grupos sociais até então excluídos^{34,49}, como o caso dos indivíduos com transtornos mentais.

Apesar dos avanços conquistados na prática de enfermagem em Saúde Mental, vê-se que esta passa por dificuldades em adequar-se às propostas preconizadas pela Reforma Psiquiátrica na busca por uma assistência psicossocial de qualidade⁴⁴. A não familiarização dos profissionais de enfermagem com a assistência em Saúde Mental³⁴ é uma das dificuldades que mais chamam a atenção. Este fato pode ser explicado pela falta de capacitação profissional relacionada à Saúde Mental, evidenciada pelo despreparo destes profissionais em oferecer assistência psicossocial aos seus usuários⁴⁸. Tal situação representa um grande empecilho à enfermagem, no sentido de cumprir com o seu papel de planejar ações eficazes voltadas para a população.

A formação do enfermeiro na graduação, antes da reformulação curricular, era pautada no modelo biomédico, conforme o qual havia maior ênfase em aspectos centrados no hospital, descontextualizando a vida do paciente⁵⁰.

Após a Reforma Psiquiátrica, inicia-se a reformulação de conteúdos programáticos de Saúde Mental estudados no curso de enfermagem e, desde então, têm-se notado, nas grades curriculares, maior preocupação em formar estes profissionais com um senso crítico e social. Assim, há transformação teórica no ensino em psiquiatria acerca da concepção do objeto de estudo, que passa de doente mental (que necessita ser controlado) a portador de transtorno mental, um sujeito psicossocial. Porém, muitos profissionais que prestam assistência a esse indivíduo ainda não incorporaram a transformação deste conceito, fazendo com que estes apresentem dificuldades em direcionar ações que sejam, de fato, adequadas à recuperação e à reinserção social do sujeito⁵¹.

Estudos revelam que, embora a assistência de enfermagem em Saúde Mental inclua o cuidado às necessidades individuais e coletivas, os enfermeiros têm ocupado a maior parte do seu tempo em atividades administrativas, e, portanto, menos tempo na assistência direta ao usuário, principalmente nas ações de reabilitação e reintegração social^{44,51-52}.

Para superação destas dificuldades que permeiam as ações da enfermagem no âmbito da assistência em Saúde Mental, a Universidade, como espaço de produção de conhecimentos, deve incorporar em sua formação as necessidades da sociedade em que está inserida. Deve, assim, preparar os profissionais para corresponder às demandas sociais⁵³.

Desde a instituição do SUS, que gerou mudanças tecnológicas, políticas, organizacionais, institucionais e de assistência em saúde, novas discussões foram surgindo acerca da forma de abordar o processo saúde-doença nas instituições de ensino. Frente à necessidade de adequações ao novo modelo de atenção em saúde proposto pelo SUS, foram promulgadas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde, e especificamente para a Enfermagem. Estas diretrizes definem como perfil profissional do enfermeiro a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com o exercício da enfermagem ancorado nos princípios científicos, intelectuais e éticos⁵⁴.

Outro passo importante para o ensino da Enfermagem no Brasil foi a instituição do Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), que possui como eixo norteador a integração das instituições de ensino superior com o serviço público de saúde, respondendo às necessidades de saúde da população na formação dos profissionais, contribuindo, assim, para o fortalecimento do SUS⁵⁴.

Dessa forma, é essencial que o enfermeiro participe ativamente desse processo de transformação da assistência em Saúde Mental originado pela Reforma Psiquiátrica e esteja aberto a várias possibilidades de intervenção e diálogo com o usuário em sofrimento psíquico e seu plexo social⁴⁶. A enfermagem deve possuir segurança neste tipo de assistência e, para

isto, torna-se fundamental que os gestores da saúde forneçam capacitações regulares a estes profissionais e aos demais membros da equipe da ESF que atuam em prol de uma assistência qualificada ao usuário em sofrimento psíquico.

2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Todo o processo histórico da educação em saúde no Brasil ocorreu com base em eventos políticos e econômicos que provocaram reflexões sobre a necessidade de transformação do modelo de interação entre o profissional e usuário em busca da promoção da saúde⁵⁵.

No Brasil, a ideia de uma pedagogia higiênica organizou-se pela primeira vez na segunda metade do século XIX, sendo a população-alvo dessa prática as famílias da elite. O intuito era europeizar os costumes e urbanizar os hábitos da elite brasileira, com o objetivo de transformar o perfil sanitário da antiga família colonial⁵⁶.

A intenção maior era legitimar a classe social por meio de seus atributos físicos, psíquicos e sexuais, em nome da superioridade racial e social das elites brancas. Para as populações periféricas, as preocupações médicas eram acionadas apenas quando a higiene precária que permeava as ruas favorecia a proliferação de doenças epidêmicas⁵⁶.

No final do século XIX e início do século XX, o Estado viu-se obrigado a estruturar as primeiras intervenções sistemáticas de educação em saúde ampliadas às classes populares, com o intuito de combater as epidemias de febre amarela, varíola e peste, que estavam trazendo grandes transtornos para a economia do país⁵⁶.

Como forma de favorecer o fortalecimento da economia cafeeira e do processo de industrialização que se instalava no país, surgiu a saúde pública e, com ela, uma nova prática de educação voltada para a saúde, denominada educação sanitária. Este modelo baseava-se na visão de que as doenças não eram só produzidas pelo meio externo, mas também pela consciência sanitária das pessoas⁵⁶.

Desde então, o conceito de educação em saúde tem evoluído, sendo esta compreendida como uma proposta que procura fomentar no profissional, indivíduo e na comunidade, a construção de uma visão crítica de sua realidade, permitindo a execução de ações conjuntas em busca de propostas e soluções para os problemas de saúde que afligem a sociedade⁵⁷.

O modelo que se busca praticar na educação em saúde é o dialógico, que se contrapõe ao modelo tradicional. Enquanto na forma tradicional de educar em saúde ocorre transmissão vertical de conhecimentos, em que não há espaço para formação do senso crítico do indivíduo

tornando-o alheio à realidade em que vive, no modelo dialógico de educação, a procura pela solução de problemas implica na participação ativa e no diálogo constante entre educandos e educadores, permitindo uma troca de conhecimentos. Os sujeitos, então, crescem juntos, profissionais e usuários atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados nesse processo⁵⁷.

Nas práticas de educação nos serviços de saúde, destaca-se a figura do enfermeiro. Tido como educador por natureza, é o principal atuante no processo de cuidar através da educação em saúde, favorecendo a promoção do autocuidado⁵⁵. Suas ações educativas no âmbito da saúde vêm sendo uma realidade cada vez mais praticada, em um contexto de mudanças nos paradigmas de atenção à saúde que considera o indivíduo como um ser holístico e social, assistindo-o por meio da implantação de ações para a prevenção e promoção da saúde⁵⁸.

Nessa perspectiva, a atenção psíquica insere-se no ideal de educar em saúde. As iniciativas de promoção de Saúde Mental possuem, em seu delineamento, atividades de educação em saúde, atuando nos mais diversos espaços da assistência que engloba o portador de transtorno psíquico, inserindo neste processo a sua família e a sociedade que o cerca³¹.

Educação sobre o transtorno psíquico e seu tratamento é importante por permitir que o paciente tome decisões, estimulando o autocuidado, conheça mais sobre seu distúrbio, aprenda a lidar com efeitos colaterais das medicações e tenha maior adesão ao plano de cuidados. É essencial que familiares estejam inseridos neste processo³¹.

Na ESF, o processo de educação em Saúde Mental se intensifica por meio do matriciamento. Neste, a reunião entre a ESF e o serviço de Saúde Mental de apoio torna-se um espaço precioso para a discussão de temas relacionados à promoção da saúde e à desconstrução dos preconceitos relacionados ao adoecimento psíquico, por meio de discussão de casos, trocas de conhecimentos e planejamento conjunto de atividades de grupos variados³⁹.

No contexto da educação em Saúde Mental, surge o conceito de psicoeducação. Esta consiste em uma intervenção terapêutica que se caracteriza por informar ao paciente dados sobre o seu diagnóstico, abordando informações sobre a doença (etiologia, funcionamento, prognóstico e tratamento)⁵⁹.

A abordagem psicoeducativa é desenvolvida conforme os preceitos da Reforma Psiquiátrica, uma vez que sua prática permite a prevenção e reabilitação psicossocial⁶⁰. Esta técnica visa tornar o usuário um colaborador ativo em seu tratamento, aliado aos profissionais

de saúde envolvidos neste processo, permitindo que o procedimento terapêutico seja mais efetivo⁵⁹.

A psicoeducação pode ser desenvolvida individualmente ou em grupo, por diferentes profissionais de saúde, desde que estes sejam capacitados⁶⁰. Porém, conforme detectado em estudo realizado em ESF por Pini e Waidman³¹, os serviços de atenção ao usuário com transtorno mental deparam-se com profissionais de saúde da família despreparados, carentes de aperfeiçoamento em práticas de Saúde Mental.

A qualificação dos profissionais em Saúde Mental torna-se difícil, inicialmente devido ao fato de os próprios profissionais não possuírem iniciativa em participar de capacitações que viabilizem o seu atendimento⁴⁸. Além disso, historicamente, há uma formação acadêmica deficitária no tocante ao tratamento de pessoas com sofrimento psíquico, pois que ocorre predominantemente em ambiente hospitalar e/ou ambulatorios psiquiátricos especializados, sem a apresentação das especificidades do adoecimento psíquico e da forma de lidar com ele dentro de um contexto biopsicossocial³⁹.

O profissional que presta assistência em Saúde Mental deve aproveitar os serviços de atenção psicossocial como espaços privilegiados para a sua formação. Além disso, os gestores de saúde devem incentivar estes profissionais fornecendo capacitações nesta área, de modo a promover o desenvolvimento e o aprimoramento da atenção em Saúde Mental⁶¹.

O enfermeiro, enquanto educador em saúde, deve trabalhar no intuito de contribuir para a conscientização individual e coletiva sobre a realidade em que vive, desenvolvendo e estimulando ações que atendam aos princípios do SUS. Desta forma, será possível realizar intervenções educativas de promoção em saúde e prevenção de agravos, viabilizando melhorias na qualidade de vida da comunidade⁵⁵.

2.5 EPIDEMIOLOGIA NA SAÚDE MENTAL

A enfermidade psiquiátrica é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade, posto que compromete a saúde das populações, representando um problema de saúde pública. Estima-se que uma em cada quatro pessoas será afetada por um distúrbio mental em dada fase da vida. Os transtornos mentais ou problemas psicossociais, como os relacionados a álcool e outras drogas, atingem cerca de 450 milhões de pessoas⁶².

Os transtornos mentais representam um enorme percentual de doenças que é amplamente subestimado. Estudos mostram que cerca de 30% da população mundial é afetada por um distúrbio mental e mais de dois terços dessas pessoas não recebem os cuidados de que

necessitam. Tais números traduzem-se em centenas de milhões de indivíduos que sofrem de transtornos mentais, entre eles depressão (154 milhões), esquizofrenia (25 milhões) e transtornos por uso de álcool (91 milhões). Os suicídios representam cerca de 1 milhão de mortes por ano⁶³.

A prevalência de distúrbios psíquicos no mundo deve chegar a 15% até o ano de 2020, quando os transtornos mentais comuns (depressão, ansiedade e distúrbios relacionados com substâncias, incluindo o álcool) poderão comprometer mais pessoas do que as complicações decorrentes de AIDS, doenças cardíacas, acidentes de trânsito e de guerras combinadas⁶³.

Juntos, os transtornos mentais e neurológicos corresponderam a 13% da carga global de doenças no mundo no ano de 2004. Entre esses distúrbios, encontram-se a depressão, a esquizofrenia, uso e abuso de drogas, a epilepsia, o retardo mental, os transtornos da infância e adolescência e a doença de Alzheimer.

Estudo realizado pelo Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica revelou que, dos países da América Latina, o Brasil apresentou a maior prevalência de transtorno mental na população entre os 15 e 59 anos de idade, cujos maiores índices estão relacionados aos transtornos da ansiedade, do humor, e relacionados ao uso de drogas⁶⁴.

A depressão, sozinha, responde por 4,3% da carga global de doenças e está entre as maiores causas de incapacidade em todo o mundo (11%, de todos os anos vividos do indivíduo, correspondem a anos de incapacidade causada pela depressão).

Estudo realizado nos Estados Unidos estima que o impacto mundial de transtornos mentais, em termos de produção econômica, atingirá 16,3 milhões dólares entre 2011 e 2030⁶⁵. A literatura científica evidencia que uma em cada quatro pessoas desenvolve adoecimento psíquico em algum momento da vida e, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, 90% dessas pessoas não recebem tratamento adequado²⁰.

Levantamentos epidemiológicos populacionais realizados no Brasil apontam para uma prevalência de transtornos mentais de, aproximadamente, 30% na população adulta. Quanto aos casos que demandam algum tipo de assistência médica, chega-se a uma estimativa de 20%, ou seja, um em cada cinco adultos demanda algum tipo de atenção em Saúde Mental⁶⁶.

Os transtornos mentais severos e persistentes correspondem a 3% da população e necessitariam de cuidados contínuos; os transtornos menos graves correspondem a 9% da população e demandariam cuidados eventuais; 8% da população apresentam transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, necessitando de atendimento regular²⁰.

Nessa perspectiva, os estudos epidemiológicos são importantes, uma vez que permitem dimensionar a problemática das doenças mentais no mundo, mostrando suas características e comportamentos. Dessa forma, tais estudos tornam-se uma ferramenta bastante útil para o planejamento de políticas públicas, e para o desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento nesta área⁶⁴. Permitem, também, a identificação dos fatores de risco ou de proteção associados ao surgimento dos principais transtornos mentais, sendo uma fonte de informação para a indicação de tratamentos, bem como para a organização e implementação da rede de serviços de Saúde Mental⁹.

Em 1961, por meio do Decreto 49.974, pela primeira vez na legislação de Saúde Mental, surgiu o termo epidemiologia enquanto princípio: “O Ministério da Saúde promoverá investigações epidemiológicas sobre a prevalência e a incidência das doenças mentais no país” (Dec.49.974, art.83 – Brasil, 21 jan. 1961). Percebe-se, então, que a lei atentou para as discussões sobre o assunto, considerando relevante a estratégia epidemiológica, com o intuito de usá-la como base para a construção de uma política em Saúde Mental²⁰.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, a epidemiologia tornou-se essencial, visto que dos estudos epidemiológicos emergem relações numéricas entre eventos, processos e fenômenos, fornecendo um panorama baseado em dados estatísticos. Seus objetivos referem-se ao diagnóstico da situação de saúde, à investigação etiológica, à determinação de riscos e prognóstico, à identificação de síndromes e classificação de doenças. Assim, estudos epidemiológicos do tipo transversal podem ser utilizados em saúde pública, sendo necessários, também, para a avaliação das tecnologias, programas, estratégias e serviços em saúde²⁰.

2.6 TRANSTORNOS MENTAIS: PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS E FATORES ASSOCIADOS

Das 10 principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco delas estão associadas aos transtornos mentais, entre as quais a depressão (13%), a ingestão de álcool (7,1%), os distúrbios afetivos bipolares (3,3%), a esquizofrenia (4%) e os distúrbios obsessivo-compulsivos (2,8%)⁶⁴. A maior parte da carga originada pelos transtornos neuropsiquiátricos se deve à depressão, às psicoses e aos transtornos relacionados ao uso inadequado do álcool⁶⁷.

Frequentemente encontrados na comunidade, os transtornos mentais geram um alto custo social e econômico, ao passo que são considerados universais, pois podem acometer

indivíduos de todas as idades, além de ocasionar incapacitações graves e definitivas que elevam a demanda nos serviços de saúde⁶⁴.

Os transtornos mentais são definidos como doenças com manifestação psicológica que comprometem alguma capacidade funcional do indivíduo acometido, seja de ordem biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem ser consideradas, também, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, prejudicando o desempenho da pessoa em sua vida pessoal, social, ocupacional e familiar⁶⁴. Esses transtornos psíquicos são, em sua maioria, doenças crônicas que representam um dos principais desafios de saúde pública, na medida em que ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas e geram grande impacto na economia dos países³⁹.

Durante muito tempo, a importância dos transtornos mentais foi subestimada, uma vez que a forma de avaliar o impacto de uma doença para a saúde da população valorizava apenas os índices de mortalidade a ela relacionados. Quando as análises epidemiológicas passaram a considerar não só a ocorrência de mortalidade mas também o impacto da doença sobre a qualidade de vida do indivíduo, os transtornos mentais ganharam destaque⁶⁴.

Um aspecto importante, dada a alta prevalência de transtornos mentais em serviços gerais de saúde, diz respeito à interação desses transtornos com doenças físicas, o que pode ocorrer de três formas: o transtorno mental pode ser consequência de doença física, como estado depressivo decorrente de patologia física grave e/ou incapacitante; pode se apresentar por uma manifestação orgânica, como dores localizadas ou generalizadas; e pode haver comorbidade entre o transtorno mental e um distúrbio de origem somática⁶⁶.

Uma importante descoberta científica dos últimos anos é a evidência de que determinadas regiões cerebrais são capazes de produzir novos neurônios ao longo da vida, por um fenômeno denominado neurogênese. Diversas linhas de pesquisa sugerem que a neurogênese adulta é importante nas doenças psiquiátricas e neurológicas, tais como a dependência, depressão, epilepsia, e esquizofrenia. Por exemplo, o hipocampo é importante na regulação do humor e da memória, e pode ter uma grande influência sobre a via de recompensa do cérebro. Estrutura e função do hipocampo estão desregulados nos cérebros de pacientes com esquizofrenia, dependência, epilepsia e transtornos do humor. Além disso, a neurogênese adulta é alterada nestas doenças, e terapias eficazes geralmente tendem a normalizar estas mudanças. Embora as conclusões atuais no campo sugiram que a neurogênese adulta não é a única causa, é provável que esta seja importante contribuinte para essas doenças complexas⁶⁸.

Há evidências de que os fatores de risco para transtornos mentais estão presentes antes mesmo do nascimento do indivíduo. A hereditariedade (associação genética), por exemplo, é uma das mais altas, dentre todos os transtornos psiquiátricos, para a esquizofrenia. Embora haja correlação direta entre carga genética e risco para transtorno mental, a genética isoladamente não determina o desenvolvimento destes quadros, pois que estes podem ocorrer na associação entre fatores genéticos e ambientais. Nestes últimos, a influência do comportamento no ambiente familiar podem ser determinantes na ocorrência de transtornos. Como exemplo, cumpre citar a influência de pais usuários de drogas, que exerce um papel importante na postura futura da criança, gerando conduta violenta, dificuldades nas relações interpessoais e abuso de substâncias psicoativas³⁹.

Outro fator de risco importante para a ocorrência de transtornos mentais é o abuso de drogas na gestação, o que favorece a ocorrência futura em filhos de mães que sofrem de dependência química. O tabagismo materno está ligado ao desenvolvimento de descendentes portadores de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Comportamento Antissocial. Pesquisas mostram que a exposição ao álcool durante a gravidez, mesmo em baixas quantidades, pode ser um importante fator para o desenvolvimento de desvios de conduta dos filhos no final da adolescência. Além disso, no caso da esquizofrenia, estudos de neuroimagem demonstram alterações de base fisiopatológica ocorridas durante o neurodesenvolvimento, mostrando que complicações durante a gestação do indivíduo podem influenciar na ocorrência de distúrbios mentais³⁹.

Um aspecto a ser considerado como complicação decorrente dos transtornos mentais é o suicídio. Estudos em diferentes regiões do mundo têm demonstrado que, na quase totalidade dos suicídios, os indivíduos estavam padecendo de algum sofrimento psíquico⁶⁹. Dos transtornos mentais relacionados às tentativas de suicídio, destacam-se a depressão, cujas frequências encontradas nos estudos variaram de 13% a 53,8%; a dependência de álcool, de 17,5% a 35,9%; o transtorno de estresse pós-traumático, de 10,73% a 27,1%; esquizofrenia, de 4,8% a 9,3%; personalidade antissocial, de 5,4% a 20,6%; e comorbidades variando de 12,2% a 60,6%. As comorbidades principais são a depressão e o abuso/dependência de substâncias psicoativas⁷⁰.

A análise dos grupos diagnósticos revelou que os distúrbios neuróticos, especialmente ansiedade e fobias, são, em termos numéricos, os principais problemas de saúde mental da população urbana, em que as depressões não psicóticas afetam particularmente o sexo feminino, com prevalências de até 14%, enquanto que o alcoolismo acomete principalmente o sexo masculino, atingindo prevalências globais e estimativas de demanda de até 9%²⁰. Estudo

populacional brasileiro revelou que 18% da população adulta sofre de transtornos de ansiedade, e a prevalência global de transtorno de ansiedade generalizada que acometia uma população atendida em centros de atenção básica chegou a 22%⁴⁰.

No tocante aos transtornos de humor, a depressão mostra-se como a quarta causa específica de incapacidade na população em geral, e a primeira causa de incapacidade e morte prematura na faixa etária de 18 a 44 anos, em que 80% dos suicídios estão associados a este distúrbio⁴⁰. As alterações e os sintomas dos episódios depressivos estão centrados na função psíquica da afetividade, mais especificamente do humor. As alterações nesta área provocam redução da atividade e energia, perda da capacidade de experimentar prazer, além de queixas ou aparência de tristeza profunda, em que o indivíduo acometido normalmente não consegue descrever o que vivencia⁷¹.

Nos transtornos de personalidade, ocorrem mudanças acentuadas nos traços de personalidade, caracterizando-se por atos de desajustamento de comportamento, inabilidade em seguir normas sociais e em atender as suas próprias necessidades. Tais manifestações afetam os âmbitos cognitivo, afetivo, o relacionamento com outras pessoas e o controle ou gerenciamento das situações sociais⁷¹. Os fatores de personalidade podem influenciar na ocorrência de transtorno alimentar, em que indivíduos com labilidade emocional e com dificuldade para lidar com estresses, ao enfrentarem problemas, tendem a descarregar emocionalmente seus sentimentos, buscando reduzir a ansiedade, possuindo maior tendência a desenvolver mais transtornos alimentares de que a população geral⁷².

Os transtornos alimentares são distúrbios de ordem mental caracterizados por consumo, padrões e atitudes alimentares extremamente perturbadas, provocadas pela excessiva preocupação com o peso e a forma corporal⁷². Estes estão associados a uma morbidade significativa, incluindo complicações médicas relacionadas com a obesidade, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, má nutrição, perda de peso excessivo, entre outras^{40,73}. Destacam-se a anorexia e a bulimia nervosa, psicopatologias difíceis de serem abordadas devido à complexidade de sua etiologia, que comumente ocasionam outras comorbidades de ordem psicológica, como depressão e transtornos de personalidade⁴⁰.

Outros transtornos com importância epidemiológica são os psicóticos, que representam elevada sobrecarga para a sociedade⁷⁴. A psicose é definida como uma disfunção da capacidade de pensamento e processamento de informações, cuja característica central é a perda do contato com a realidade, em que o indivíduo apresenta delírios e alucinações. Desses transtornos, a esquizofrenia possui considerável relevância epidemiológica⁴⁰.

A esquizofrenia é o transtorno psicótico mais comum, ocupando o oitavo lugar na lista de doenças com as maiores proporções de dias de vida sem qualidade para indivíduos entre 14 e 44 anos. É um transtorno grave que geralmente tem início entre os 15 e 25 anos, caracterizado por prejuízos no pensamento, linguagem, percepção, auto-percepção e experiências psicóticas, como delírios e alucinações. O quadro clínico leva à perda de capacidade funcional, apresentando como principal consequência o prejuízo no funcionamento social do indivíduo⁷⁴.

Uma demanda importante de Saúde Mental na atenção básica é de usuários acometidos por transtornos mentais comuns. Estes usuários geralmente procuram as unidades de ESF trazendo queixas físicas sem nenhuma patologia orgânica associada, mas com quadros de sofrimento emocional. Essa é a forma mais comum de apresentação do sofrimento psíquico nessas unidades, e cerca de 50% dos pacientes atendidos por elas apresentam esse tipo de problema. São transtornos mentais menos estruturados e de menor gravidade, com sintomas mistos de ansiedade e depressão associados a problemas psicossociais. Uma parcela significativa de pacientes (30%) tem remissão espontânea dos sintomas e apresentam melhoras quando apoiados pelas equipes na atenção básica³⁹.

Outro problema tanto de ordem psíquica quanto social é o uso e abuso de álcool e outras drogas. Uma grande proporção de pessoas com dependência química possui um histórico de transtornos mentais associados, e a literatura científica evidencia que esta dependência pode desenvolver algum outro transtorno mental⁷⁵.

A dependência química é uma doença do cérebro gerada pelo uso contínuo de substâncias psicoativas que gera alteração nociva na estrutura e no funcionamento desse órgão⁷⁶. A síndrome de dependência é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos em que o uso de uma substância alcança prioridade na vida do indivíduo⁶⁹.

As drogas ilícitas continuam a pôr em risco a saúde e o bem-estar de pessoas em todo o mundo. Tais drogas representam uma clara ameaça para a estabilidade e a segurança de regiões inteiras e para o desenvolvimento econômico e social. De diversas maneiras, drogas ilícitas, crime e desenvolvimento estão ligados um ao outro⁷⁷.

No Brasil, o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, realizado em 2005 pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), apontou que 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchem critérios para a dependência do álcool, e cerca de 75% já ingeriram bebida

alcoólica pelo menos uma vez na vida. Este mesmo relatório evidencia que a prevalência, para o uso na vida, para qualquer droga (exceto tabaco e álcool), foi de 22,8%⁷⁸.

O uso do álcool demonstrou ser um fator de risco para o consumo de outras drogas, como tabaco, drogas ilícitas e a manifestação de desordens depressivas, ansiedade, brigas na escola e prática de delitos⁷⁹, dado que uma parcela considerável dos dependentes químicos procura o serviço de saúde devido a complicações decorrentes do consumo dessas substâncias. Assim, faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados a prestar assistência a estes indivíduos⁴⁰.

O trato cotidiano com esses transtornos mentais requer que os profissionais que trabalham na ESF estimulem uma atitude ativa e responsável por parte do usuário portador de sofrimento psíquico e de sua família, buscando superar a vulnerabilidade emocional e cognitiva que aflige essas pessoas⁸⁰.

3 MÉTODO

Neste capítulo, serão apresentados os métodos utilizados na elaboração dos dois artigos que se encontram nesta dissertação, o artigo de revisão integrativa e o original.

3.1 Primeiro artigo: Atenção em saúde mental na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa.

3.1.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa de literatura, sendo esta uma metodologia que visa fornecer a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos sobre determinada temática, permitindo a compreensão do fenômeno analisado, podendo revelar, também, lacunas nos estudos científicos pertinentes, que necessitam ser preenchidas com a execução de novas pesquisas^{81,82}.

3.1.2 Questão norteadora e objetivo da pesquisa

Este estudo tem como objetivo identificar, na literatura científica dos últimos 10 anos (2002 a 2012), artigos publicados na área de ciências da saúde que viessem a auxiliar na resposta à seguinte questão norteadora: como as práticas de atenção em Saúde Mental vêm sendo desenvolvidas na ESF?

3.1.3 Critérios de Inclusão

- Artigos científicos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, publicados no período de 2002 a 2012;
- Disponibilidade do texto completo por meio eletrônico;
- Pesquisas realizadas na ESF;
- Estudos que evidenciassem as ações de Saúde Mental praticadas na ESF;
- Atendimento aos critérios do Critical Appraisal Skill Programme (CASP), com classificação em categoria A.

3.1.4 Critérios de Exclusão

- Monografias, teses, dissertações, artigos de revisão e resumos de congresso;
- Pesquisas que abordassem a assistência prestada a apenas um tipo de transtorno mental e não direcionada a todos os usuários psiquiátricos.

3.1.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2012, e ocorreu em etapas, descritas a seguir.

3.1.5.1 Definição de descritores para pesquisa

Para início do processo de busca dos artigos, primeiramente foram definidos descritores para a pesquisa por meio do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), resultando nos seguintes: “atenção à saúde”, “saúde mental” e “programa saúde da família” e suas respectivas traduções em língua inglesa (“health care”, “mental health”, “family health program”) e espanhola (“atención a la salud”, “salud mental”, “programa de salud familiar”).

Não foi utilizado “estratégia saúde da família”, pois este termo não foi encontrado no DeCS à época da pesquisa. Assim, conveniou-se à utilização de seu correspondente “programa saúde da família”.

3.1.5.2 Pesquisa de material científico

Para a pesquisa dos artigos, recorreu-se à base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), que promove o desenvolvimento de uma rede de fontes de informação científica e técnica com acesso universal na internet, disponibilizando trabalhos científicos nacionais e internacionais, permitindo busca nas principais bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), CIDSAÚDE e Bibliotecas COCHRANE e SciELO⁸³.

O cruzamento dos descritores foi realizado por meio de três combinações, utilizando o conectivo “and”: ***atenção à saúde and saúde mental, saúde mental and programa saúde da família*** e ***atenção à saúde and saúde mental and programa saúde da família***.

Cada cruzamento dos descritores resultou em uma grande quantidade de arquivos científicos, a saber: atenção à saúde and saúde mental resultou em 28.308 arquivos; saúde mental and programa saúde da família, em 439; e atenção à saúde and saúde mental and programa saúde da família resultou em 153, totalizando 28.900 arquivos.

3.1.5.3 Seleção dos artigos

A fim de proporcionar melhor direcionamento da pesquisa, efetuou-se um refinamento de busca: por tipo de publicação (artigo) e assunto principal (saúde mental), resultando em um total de 1.738 artigos.

Em seguida, procedeu-se à leitura dos títulos dos artigos. Quando o artigo se repetia, considerava-se a base de dados em que ele havia surgido primeiro, excluindo-o das demais. Aqueles que indicavam estudos de interesse para esta pesquisa foram selecionados, totalizando 118 artigos. Estes foram submetidos à leitura dos seus resumos. Os que se mostraram pertinentes ao estudo, totalizaram 39 artigos, que foram lidos na íntegra; e aqueles que obedeciam aos critérios de inclusão, totalizando 21 artigos, foram selecionados e submetidos à avaliação através do instrumento CASP.

O CASP avalia os artigos científicos, conforme 10 questionamentos escalonados, com pontuação de 0 a 10⁸⁴ (ANEXO A). Assim, os artigos foram analisados conforme critérios estabelecidos por este instrumento, tais como: clareza no objetivo, adequação do desenho metodológico, apresentação e discussão dos procedimentos teórico-metodológicos, adequação na seleção da amostra do estudo, apresentação da coleta de dados de forma detalhada, confiabilidade nos resultados, relação entre pesquisador e pesquisados, aspectos éticos, rigor na análise de dados, apresentação e discussão dos resultados e valor da pesquisa.

Conforme pontuação recebida, os artigos recebem classificação em categoria A (6 a 10 pontos, indicando baixo risco de viés) ou categoria B (até 5 pontos, indicando risco de viés moderado). Os 21 artigos que foram submetidos a este instrumento receberam classificação em categoria A, compondo, então, a amostra final do estudo. A classificação se deu conforme nível de evidência científica.

A prática baseada em evidências enfoca sistemas de classificação de evidências conforme abordagem metodológica adotada no estudo, sendo classificado de maneira hierárquica em 6 níveis: nível 1 (evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados), nível 2 (evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental), nível 3 (evidências de estudos quase-experimentais), nível 4

(evidências de estudos descritivos não-experimentais ou de abordagem qualitativa), nível 5 (evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência) e nível 6 (evidências baseadas em opiniões de especialistas)⁸². A tabela 1 representa os filtros pelos quais os artigos selecionados passaram.

Tabela 1- Procedimentos realizados na seleção dos artigos. Recife-PE, 2012.

Descritores	Busca BVS	Refinamento de busca	Leitura dos títulos	Leitura dos resumos	Leitura na íntegra	CASP
Atenção à saúde and saúde mental	28.308	1.247	49	23	14	14
Saúde mental and programa saúde da família	439	366	41	12	05	05
Atenção à saúde and saúde mental and programa saúde da família	153	125	28	04	02	02
Total	28.900	1.738	118	39	21	21

O quadro 1 apresenta os artigos científicos selecionados para este estudo, descrevendo-os de forma sintética quanto ao título, autoria, periódico de origem, ano de publicação, base de dados e objetivos.

Quadro 1- Artigos científicos selecionados para a revisão integrativa Recife-PE, 2012.

Nº	Título	Base de dados	Periódico	Ano de publicação o/ país (língua)	Autoria	Objetivo
01	A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF	LILACS	Rev. Bras. Enferm.; 56(3):230-35	2003/ Brasil/ português	Rosa WAG, Labate RC	Identificar as dificuldades dos enfermeiros em suas funções para a promoção da saúde mental
02	Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico	LILACS	Cogitare enferm.; (4):84-93	2004/ Brasil/ português	Nascimento AAM, Braga VAB	Analisar a prática dos enfermeiros e médicos da

	programa saúde da família de Caucaia-CE					ESF na atenção em saúde mental
03	Opinions of the staff and users about the quality of the mental health care delivered at a family health program	SCIELO	Rev. latinoam enferm.; 14(2):163-9.	2006/Brasil/inglês	Koga M, Furegato ARF, Santos JLF	Analisar a atenção à saúde mental na ESF através da opinião de enfermeiras, agentes comunitários, pacientes e familiares
04	Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental	LILACS	Cad. Saúde Pública. 2006; 22(9):1845-1853	2006/Brasil/português	Tanaka OY, Ribeiro EL.	Investigar o atendimento realizado pelos médicos a crianças com transtornos mentais na ESF
05	A saúde mental no Programa Saúde da Família	LILACS	Rev. Bras. Enferm. 2007; 60(4):391-5	2007/Brasil/português	Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM	Identificar as ações e a formação do enfermeiro em saúde mental na ESF
06	O preparo do enfermeiro da atenção básica para a saúde mental	LILACS	Arq. bras. ciênc. 2007; 14(4):198-202	2007/Brasil/português	Lemos SS, Lemos M, Souza MGG.	Identificar o preparo dos enfermeiros da ESF frente à doença mental
07	Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluência e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária	LILACS	Cad.Saúd e Pública. 2007; 23(10):2375-2384	2007/Brasil/português	Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB	Descrever as intervenções dos profissionais de saúde para o sofrimento em saúde mental na ESF
08	A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial: um estudo de caso	LILACS	Ciênc. cuid. Saúde. 2008; 7(3):376-384	2008/Brasil/português	Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR	Analisar a incorporação da assistência à saúde mental no processo de trabalho na ESF após capacitação realizada
09	A construção da assistência à saúde mental em duas	LILACS	Cogitare enferm. 2008;13	2008/Brasil/português	Ribeiro CC, Ribeiro LA, Oliveira	Analisar a dinâmica assistencial à

	unidades de saúde da família de Cuiabá-MT		(4): 548-57		AGB	saúde mental em duas unidades de ESF
10	Estratégias de atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde	LILACS	Rev. gaúch. enferm. 2008; 29(4):573-80	2008/ Brasil/ português	Caçapava JR, Colvero LA	Identificar as estratégias de atendimento em saúde mental na atenção básica
11	Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural	LILACS	Ciênc. Saúde Coletiva. 2009; 14(1):183-193	2009/ Brasil/ português	Vecchia MD, Martins STF	Explicitar as práticas de cuidado em saúde mental realizadas por uma ESF
12	O apoio matricial na perspectiva de coordenadoras de equipes de saúde da família	LILACS	Pesqui. prá. psicossociais 2009;4(1):37-48	2009/ Brasil/ português	Dimenstein M, Galvão VM, Severo AKS	Investigar o processo de implantação do apoio matricial
13	Atuação de psicólogos no programa de saúde da família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais	LILACS	Aletheia. 2009; 30:113-128	2009/ Brasil/ português	Ferminio JM, Patrício ZM, Krawulski E, Sisson MC.	Investigar as percepções dos psicólogos sobre as práticas em saúde mental que desenvolvem articuladas a ESF
14	Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber	LILACS	Ciênc. Saúde Coletiva. 2009;14 (1): 1483-92	2009/ Brasil/ português	Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS	Relatar uma experiência de parceria entre um CAPS e três equipes de ESF
15	Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina	LILACS	Mental. 2009; 7(12):15-37	2009/ Brasil/ português	Baroni DPM, Fontana LM	Identificar como a atenção primária tem desenvolvido as ações de saúde mental
16	Programa de Saúde da Família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede	LILACS	Ciênc. Saúde Coletiva. 2009;14 (1): 173-182	2009/ Brasil/ português	Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG	Investigar como os profissionais de uma equipe de ESF lidam com o sofrimento mental
17	Saúde mental no	LILACS	Cad.	2009/	Lucchese R,	Identificar as

	Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária		Saúde Pública. 2009; 25(9):203-3-42	Brasil/ português	Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR	condições da assistência à saúde mental realizada nas ESFs
18	Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família	CIDSAÚDE	Saúde Soc. 2010;19 (4): 803-813	2010/ Brasil/ português	Camuri D, Dimenstein M.	Discutir os ajustes realizados nos processos de trabalho das ESF no cuidado aos portadores de transtornos mentais
19	Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial	LILACS	Rev. Bras. Enferm.; 2010 63(6):900-7	2010/ Brasil/ português	Mielke FB, Olshowsky A.	Avaliar o apoio matricial na perspectiva das equipes da ESF
20	As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família	LILACS	Texto & contexto enferm. 2011; 20(1):85-93	2011/ Brasil/ português	Amarante AL, Lepre AS, Gomes JLD, Pereira AV, Dutra VFD	Descrever a prática dos enfermeiros que atuam na ESF para o cuidado ao transtorno mental
21	Avaliação das ações em saúde mental na estratégia de saúde da família: necessidades e potencialidades	LILACS	Rev. Gaúch. Enferm. 2011; 32(3):495-501	2011/ Brasil/ português	Cossetin A, Olschowsky A	Avaliar ações em saúde mental na ESF quanto as necessidades e potencialidade

3.1.6 Extração dos dados

Como forma de otimizar a extração dos dados para análise, foi utilizado um instrumento adaptado (APÊNDICE A) com base em instrumento elaborado e validado por Ursi⁸⁵, que contempla os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.

3.1.7 Análise dos dados

Após a extração dos dados, passou-se à análise de forma descritiva, sendo apresentados conforme características gerais, como ano de publicação, bases de dados encontrados, língua e país de publicação, metodologia de pesquisa, amostra utilizada e nível de evidência científica.

Os dados relacionados às práticas de assistência em Saúde Mental desenvolvidas nas equipes de saúde da família foram agrupados em categorias, a fim de promover melhor organização sistemática da discussão. Os resultados semelhantes encontrados nos artigos foram agrupados e distribuídos em três grandes categorias: Caracterização da equipe da ESF quanto à assistência em Saúde Mental, Caracterização da assistência ao usuário com transtorno mental- aspectos negativos e Caracterização da assistência ao usuário com transtorno mental- aspectos positivos. Dentro destas categorias, foram inseridos os achados em comum entre os artigos.

A discussão dos dados foi realizada comparando os resultados da pesquisa com a literatura pertinente ao tema, gerando conclusões que procuraram responder a pergunta de pesquisa proposta para este estudo. A revisão integrativa foi estruturada conforme normas estabelecidas pela Revista Ciência & Saúde Coletiva (ANEXO B), tendo sido submetida para avaliação editorial do referido periódico.

3.2 Segundo artigo: Demanda de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família em Recife-PE: aspectos epidemiológicos

3.2.1 Origem do Estudo

Este estudo utilizou o banco de dados oriundo de um projeto de pesquisa intitulado **“Transtornos mentais em indivíduos assistidos pelo Programa de Saúde da Família na Cidade do Recife – necessidades do cuidar”**, coordenado pela Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti, professora da Universidade Federal de Pernambuco.

O referido projeto, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, desenvolveu-se em todas as áreas cobertas por equipes da ESF em Recife-PE e tem como objetivo verificar os transtornos mentais assistidos pelas equipes de saúde da família que fazem parte dos seis distritos sanitários que compõem a cidade do Recife-PE.

Foram incluídos na pesquisa usuários da ESF residentes no município de Recife-PE, de qualquer faixa etária. Excluiu-se do estudo usuários que não eram cadastrados e não possuíam prontuários nas unidades básicas de saúde.

A coleta de dados realizou-se no segundo semestre de 2011 por uma equipe previamente treinada, composta por um grupo de alunos de graduação e pós-graduação. A fonte de dados foram os prontuários dos usuários assistidos nas ESFs do estudo, selecionados aleatoriamente. Para a coleta, utilizou-se um formulário estruturado que abordava questões tais como: demanda de alteração à Saúde Mental na família (abordando fatores predisponentes ao sofrimento psíquico), tipo de transtorno mental identificado, sexo, idade, estado civil, raça, profissão, nível de instrução, hobbies, número de pessoas na família, caracterização da residência, aspectos econômicos e demográficos (ANEXO C).

Os dados coletados foram consolidados em um banco por meio da utilização do programa EPI INFO 2000, com digitação por dupla entrada. Este banco de dados foi posteriormente utilizado para o desenvolvimento da pesquisa **“Demanda em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: aspectos epidemiológicos”**, que resultou na elaboração de um artigo original, parte desta dissertação, cujo método encontra-se descrito a seguir.

3.2.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo descritivo e transversal com abordagem quantitativa. Como o estudo transversal descreve o que ocorre com um grupo específico e por um período determinado, ele pode ser utilizado como guia para tomadas de decisões no setor de planejamento de saúde. Para o profissional que presta assistência direta ao usuário, esse tipo de estudo oferece valiosas informações, ao passo que evidencia características ligadas com a frequência de determinada doença que ocorre em uma comunidade ou em determinado serviço assistencial. Tais estudos, portanto, podem ser utilizados como base para ações na prática assistencial⁸⁶.

Os estudos descritivos visam determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, conforme tempo, lugar e/ou características dos indivíduos. A epidemiologia descritiva examina como a incidência ou a prevalência de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras⁸⁷.

3.2.3 Local do Estudo

Esta pesquisa foi realizada nos seis distritos sanitários da cidade do Recife-PE.

A cidade está dividida em 94 bairros aglutinados em 06 Regiões Político-Administrativas (RPA), contabilizando-se 117 Unidades de Saúde da Família (USF). Para o setor saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário, a saber⁴²:

- Distrito Sanitário I - Recife, Cabanga, Soledade, Santo Amaro, São José, Coelhoos, Boa Vista, Paissandu, Ilha Joana Bezerra, Santo Antônio, Ilha do Leite. Possui 09 USF;
- Distrito Sanitário II - Torreão, Ponto de Parada, Rosarinho, Porto da Madeira, Fundão, Cajueiro, Encruzilhada, Beberibe, Hipódromo, Água Fria, Peixinhos, Bomba do Hemetério, Campina do Barreto, Arruda, Campo Grande, Alto Santa Terezinha, Linha do Tiro, Dois Unidos. Possui 17 USF;
- Distrito Sanitário III - Poço, Derby, Monteiro, Tamarineira, Graças, Espinheiro, Morro da Conceição, Casa Amarela, Aflitos, Casa Forte, Parnamirin, Apipucos, Córrego do Jenipapo, Nova Descoberta, Alto José do Pinho, Mangabeira, Alto do Mandu, Alto José Bonifácio, Vasco da Gama, Macaxeira, Brejo da Guabiraba, Passarinho, Dois Irmãos, Jaqueira, Santana, Guabiraba, Sítio dos Pintos, Pau Ferro, Brejo de Beberibe. Possui 24 USF;
- Distrito Sanitário IV - Cidade Universitária, Engenho do Meio, Madalena, Várzea, Torrões, Torre, Iputinga, Prado, Zumbi, Cordeiro, Ilha do Retiro, Caxangá. Possui 19 USF;
- Distrito Sanitário V - Caçote, Mangueira, Bongü, Mustardinha, Curado, San Martin, Jardim São Paulo, Areias, Sancho, Barro, Estância, Tejipió, Coqueiral, Jiquiá, Totó, Afogados. Possui 15 USF;
- Distrito Sanitário VI - COHAB, Brasília Teimosa, Ipsep, Ibura, Jordão, Pina, Boa Viagem, Imbiribeira. Possui 33 USF.

3.2.4 População e Amostra

A população da referida pesquisa compreendeu a mesma do projeto anteriormente descrito, ou seja, todos os usuários da Estratégia Saúde da Família dos seis distritos sanitários da cidade do Recife-PE do ano de 2011, obedecendo aos mesmos critérios de inclusão e exclusão. Para a seleção da amostra, foi realizado um cálculo, utilizando a fórmula:

$$n = \frac{z^2 pq N}{d^2(N-1) + z^2 pq}$$

Nesta fórmula, considerou-se: $p = 0,5$, $q = 0,5$, $N = 182.500$, $z = 1,96$, $d = 0,03$, em que:

- p = prevalência esperada do evento;
- $q = 1 - p$ = complementar do p ;
- N = tamanho da população de estudo;
- Z = quantil da norma para o nível de significância de 5%;
- d = margem de erro desejada para a estimativa

O “ n ” corresponde ao número da amostra, que resultou em 1.061.

Este estudo utilizou todos os formulários digitados no banco de dados, havendo uma perda de 41 formulários devido à falta de informação. Assim, a amostra final resultou em 1020 usuários da ESF em estudo, estratificada considerando a população de cada distrito, conforme evidenciado na tabela 2.

Tabela 2- Distribuição dos casos avaliados segundo o distrito sanitário em Recife-PE, 2011

Distrito Sanitário	N	%
I	164	16,1
II	122	12,0
III	176	17,3
IV	319	31,3
V	79	7,6
VI	160	15,7
Total	1020	100

3.2.5 Variáveis

Dentre as variáveis disponibilizadas pelo banco de dados, para este estudo conveniou-se utilizar as seguintes:

- Variável dependente: presença/ausência do transtorno mental
- Variáveis independentes (relativas a fatores sociais, econômicos e demográficos): idade, sexo, estado civil, renda familiar, composição familiar, condições de moradia, e habitação.

Para esta pesquisa, foram excluídas as seguintes variáveis independentes contidas no banco de dados: número de filhos, profissão, tempo de residência no domicílio, nível de instrução e hobbies, por não responderem aos objetivos deste estudo.

As variáveis independentes trabalhadas foram categorizadas. No que concerne ao tipo de transtorno mental identificado, os transtornos foram agrupados conforme classificação estabelecida no CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) em:

- a) Transtornos neuróticos (F40-F48): transtorno fóbico-ansioso (F40), transtorno ansioso e depressivo (F41.2), mudança de humor, transtorno do pânico (F41.0), transtorno de ansiedade generalizada (F41.1), outros transtornos ansiosos (F41.8).
- b) Transtornos delirantes e esquizotípicos: esquizofrenia (F20) e transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23).
- c) Transtorno alimentar (F50): anorexia nervosa (F50.0)
- d) Dependência química: uso e abuso de álcool e drogas ilícitas
- e) Transtorno mental não especificado (F99): apesar de o usuário ser identificado como portador de transtorno mental, este não obteve diagnóstico conclusivo ou a informação não foi preenchida no prontuário pelo profissional de saúde.

Apesar de o CID-10, em relação ao uso e abuso de álcool e drogas ilícitas, trazer em seu sistema de classificação apenas os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, conveniou-se colocar a dependência química em uma classificação à parte, dada sua importância para o âmbito da Saúde Mental.

A variável idade foi estratificada com o intuito de distinguir os indivíduos em: menores de 18 anos, adultos jovens, adultos e terceira idade, distribuídos nas seguintes faixas: 0 a 18 anos, 19 a 35 anos, 36 a 50 anos, 51 a 65 anos e maiores de 66 anos de idade.

A variável estado civil foi estratificada em casado, solteiro, separado, viúvo e união estável; renda familiar foi estratificada em menos de 1 salário mínimo (SM), 1 a 2 SM, 3 a 4 SM e 5 ou mais SM, e procurou-se saber qual o principal provedor financeiro da família (pai/mãe, avós e outros); as variáveis condições de moradia e habitação buscaram caracterizar a residência e suas condições estruturais, sendo categorizadas em: situação habitacional (própria, alugada, cedida e financiada), estrutura habitacional (alvenaria, taipa, tábua e outros), destino dos dejetos (fossa, esgoto e a céu aberto), abastecimento de água (encanada, cacimba, poço e fonte), acesso à energia elétrica, acesso a transporte e tipo de transporte (pé/carona/bicicleta, transporte coletivo e transporte escolar); e a variável composição familiar buscava caracterizar o número de pessoas que moravam com os indivíduos estudados, sendo estratificada em: sozinho, 1-2 pessoas, 3-4 pessoas e mais de 4 pessoas.

Ainda foram estudadas as prevalências da demanda de assistência em Saúde Mental e demanda de transtorno mental na família. A demanda de assistência em Saúde Mental era

considerada quando no prontuário investigado era possível detectar alguma alteração na saúde mental do usuário e sua família, como, por exemplo, uso de drogas e álcool, violência doméstica, agressão infantil, suicídio, tentativa de suicídio, prostituição, e quando a equipe de saúde da família sinalizava no prontuário que o usuário necessitava receber assistência psiquiátrica e/ou psicossocial, seja de caráter preventivo ou terapêutico. À demanda de transtorno mental na família correspondeu a presença de distúrbios psiquiátricos na família do usuário investigado.

3.2.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados no programa IBM-SPSS, versão 13.0. Para análise das variáveis qualitativas, foram calculadas as frequências absolutas e relativas e construídas as respectivas distribuições de frequência. Calculou-se, ainda, a prevalência da demanda de assistência em Saúde Mental, demanda de transtorno mental na família e da presença de transtorno mental.

As variáveis quantitativas foram categorizadas e, posteriormente, as frequências percentuais foram calculadas e as distribuições de frequências construídas. Para avaliar a associação dos fatores socioeconômicos com a presença do transtorno mental, foi aplicado o teste Qui-quadrado para comparação de proporção. O teste Qui-quadrado é um teste de hipóteses que se destina a encontrar o valor da dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre variáveis qualitativas. É um teste não paramétrico, ou seja, não depende dos parâmetros populacionais, como média e variância. Possui como princípio básico comparar proporções, isto é, as possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para determinado evento⁸⁸.

Nos casos em que as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfeitas, foi aplicado o teste exato de Fisher. O teste Exato de Fisher é indicado quando o tamanho das duas amostras independentes é pequeno; consiste em determinar a probabilidade exata de ocorrência de uma frequência observada, ou de valores mais extremos⁸⁸. O nível de significância considerado foi de 5%. Quando o p-valor resultava em $< 0,05$ considerava-se que o fator avaliado influenciava na ocorrência de transtorno mental.

Após tratamento e análise estatística, os dados foram discutidos conforme fundamentações teóricas e epidemiológicas, comparando-os com resultados contidos em literatura científica pertinente ao tema, visando satisfazer objetivos do estudo.

Em seguida, foi estruturado um artigo original, obedecendo às normas estabelecidas pela revista Cadernos de Saúde Pública (ANEXO D).

3.2.7 Considerações Éticas

O projeto que originou o banco de dados, **“Transtornos mentais em indivíduos assistidos pelo Programa de Saúde da Família na Cidade do Recife – necessidades do cuidar”**, foi submetido e aprovado pelo CEP/CCS/UFPE, CAAE nº 0105.0.000.172-11 (ANEXOS E e F) e respeitou os preceitos da resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012⁸⁹.

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO DE REVISÃO

ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

ATTENTION IN MENTAL HEALTH IN FAMILY HEALTH STRATEGY: AN INTEGRATIVE REVISION

RESUMO

A rede de Saúde Mental no Brasil vem sofrendo transformações importantes em sua estrutura desde a Reforma Psiquiátrica, sendo atualmente composta por diversas ações e serviços, destacando-se, entre elas, a Estratégia Saúde da Família. Considerando a importância da assistência ao portador de transtorno psiquiátrico na atenção primária, este estudo teve o objetivo de verificar a produção científica atrelada às práticas de cuidado em Saúde Mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família. Foi realizada uma revisão integrativa de literatura dos últimos 10 anos (2002-2012) que, após busca e seleção das pesquisas, resultou em 21 artigos, encontrados nas bases de dados LILACS, CIBSAÚDE e biblioteca SCIELO. Nos estudos selecionados, os autores identificaram equipes despreparadas para a assistência em Saúde Mental, sobressaindo-se aspectos negativos, sendo os mais frequentes a falta de planejamento de ações para práticas psicossociais, utilização do modelo biomédico na assistência e falta de responsabilização dos casos de transtorno mental. Com relação aos aspectos positivos, estes foram pouco citados. Concluiu-se que esta assistência encontra-se permeada por impasses enfrentados pelos profissionais de saúde da família e comunidade, evidenciados por falhas importantes na lógica de funcionamento da rede em Saúde Mental.

Palavras-chave: Atenção à Saúde. Saúde Mental. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Brazilian Mental Health system have been experiencing relevant transformations in its structure since Psychiatric Reform, being nowadays composed by several shares and services, among which Family Health Strategy stands out. Taking into consideration the importance of assistance for carriers of mental disorders during primary health care, this study aims at verifying the scientific production linked to caring practices in Mental Health developed within the Family Health Strategy. By means of an integrative revision in theoretical background from last 10 years (2002-2012) there could be found 21 academic articles which were found in LILACS's, CIBSAÚDE's and SCIELO library's databases. In the studies selected, authors identified unprepared groups for the assistance in Mental Health, excelling negative aspects, among which the most frequent were lack of planning of actions for psychosocial practices, use of the biomedical model during the assistance and lack of coresponsibilization of cases of mental disorder. Concerning positive aspects, they were little cited. In conclusion, such assistance is permeated by embarrassments faced by family health professionals and community, where relevant failures within the operation of the system in Mental Health were pointed out.

Keywords: Attention to health. Mental Health Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

A atenção em Saúde Mental possui um importante destaque na saúde pública. Dados internacionais de prevalência adotados pelo Ministério da Saúde apontam que 3% da população apresenta transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos, enquanto 9 a 12% possui transtornos mentais leves, necessitando de cuidados eventuais⁽¹⁻³⁾.

A falta de tratamento adequado a estes transtornos pode propiciar efeitos negativos na qualidade de vida do indivíduo, podendo acarretar sofrimentos psíquicos e somáticos, discriminação e isolamento social. Estes efeitos podem gerar impactos com maiores dimensões que outras condições médicas crônicas não-psiquiátricas, como por exemplo, interrupções de atividades cotidianas do usuário, suicídios, homicídios, baixo rendimento ocupacional, entre outros⁽³⁾. Tais fatos fazem urgir a necessidade de implantação de políticas públicas direcionadas a esse tipo de assistência.

Na década de 1970, surge a Reforma Psiquiátrica no Brasil, com o propósito de combater o modelo de assistência hospitalocêntrico praticado pelos manicômios do país, uma vez que este modelo corrobora a negação do exercício da cidadania pelo portador do transtorno mental, enclausurando-o e submetendo-o a tratamentos essencialmente medicalizantes. Assim, a Reforma traz a proposta de desinstitucionalização⁽⁴⁾, a qual visa oferecer ao portador de transtorno mental uma assistência psiquiátrica centrada no modelo de atenção comunitária, retirando o indivíduo do hospital e reinserindo-o no convívio em sociedade.

A partir da Reforma Psiquiátrica, políticas em Saúde Mental começaram a ser desenvolvidas no Brasil. Tais políticas buscam vincular a Saúde Mental aos conceitos de

cidadania e qualidade de vida por meio de incentivo à autonomia dos portadores de transtornos mentais, por meio da estruturação de programas e dispositivos de cuidado em Saúde Mental na atenção primária⁽⁵⁾.

Nesse sentido, o Brasil passa a estruturar uma rede de Saúde Mental representada por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatorios, residências terapêuticas, leitos de atenção integral em Saúde Mental em hospital geral, cooperativas de trabalho e geração de renda e ações de Saúde Mental na atenção primária de saúde^(1,3).

A inclusão da Saúde Mental na atenção primária remete a ações na Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem-se consolidado como estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde do Brasil. Seu trabalho tem base na promoção, prevenção e educação em saúde, em abordagem multidisciplinar e integrada à comunidade^(3,6).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde revela que nos anos de 2001 e 2002, 51% das equipes da ESF realizavam algum tipo de atendimento em Saúde Mental, evidenciando a importância desse tipo de assistência na atenção básica⁽⁷⁾.

A ESF atua na lógica da desinstitucionalização com ênfase no vínculo, o que a torna um dispositivo da atenção primária apropriado para o desenvolvimento de ações em Saúde Mental, pois atua no território, oferece a continuidade do cuidado e busca articular-se com a rede de atenção, incorporando ações de promoção e educação para saúde^(1,2,8).

As ações de Saúde Mental na atenção primária devem seguir o modelo de redes de cuidado que trabalhem com os conceitos de vínculo e acolhimento. Tais ações devem estar pautadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, essencialmente fundadas na noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e autonomia de usuários e familiares⁽⁹⁾.

No ano de 2011, o SUS sofreu alterações na sua lógica de funcionamento, devido ao estabelecimento da estratégia das Redes de Atenção à Saúde. Com relação à política de Saúde Mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi escolhida como prioritária, sendo instituída em 23 de dezembro de 2011, direcionada a pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de crack, álcool e outras drogas⁽¹⁰⁾.

Considerando as transformações pelas quais a assistência em Saúde Mental no Brasil vem passando ao longo dos anos, desde sua implantação na atenção primária, este estudo tem como objetivo verificar a produção científica atrelada às práticas de atenção em Saúde Mental desenvolvidas na ESF.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa de literatura, sendo esta uma metodologia que visa fornecer a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos sobre determinada temática, permitindo a compreensão do fenômeno analisado, além de mostrar lacunas nos estudos científicos que necessitam ser preenchidas com a execução de novas pesquisas⁽¹¹⁻¹²⁾.

A pesquisa foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2012, através da busca de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos na área de ciências da saúde (2002 a 2012) que auxiliassem responder a seguinte questão norteadora: como as práticas de atenção em Saúde Mental vêm sendo desenvolvidas na ESF?

Para início do processo de busca dos artigos, primeiramente foram definidos descritores por meio do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) que resultaram nos seguintes: “atenção à saúde”, “saúde mental” e “programa saúde da família” e suas respectivas traduções em língua inglesa (“health care”, “mental health”, “family health program”) e espanhola (“atención a la salud”, “salud mental”, “programa de salud familiar”).

Não foi possível utilizar “estratégia saúde da família” como descritor, pois, à época da pesquisa, este termo não estava cadastrado no DeCS, optando-se por substituí-lo pelo descritor similar “programa saúde da família”.

Com o intuito de ampliar a pesquisa, recorreu-se à base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), que promove o desenvolvimento de uma rede de fontes de informação científica e técnica com acesso universal na internet, que disponibiliza trabalhos científicos nacionais e internacionais, permitindo busca nas principais bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECs (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), CIDsAUDE, Bibliotecas COCHRANE e SciELO⁽¹³⁾.

O cruzamento dos descritores foi realizado por meio de três combinações, utilizando o conectivo “and”: atenção à saúde and saúde mental, saúde mental and programa saúde da família e atenção à saúde and saúde mental and programa saúde da família.

Como critérios de inclusão foram determinados: artigos científicos em língua portuguesa, inglesa e espanhola publicados no período de 2002 a 2012, estudos realizados no Brasil, disponibilidade do texto completo por meio eletrônico, pesquisas realizadas na ESF, estudos que evidenciassem as ações de Saúde Mental praticadas na ESF e atendimento aos critérios do Critical Appraisal Skill Programme (CASP), com classificação em categoria A.

O CASP avalia os artigos científicos conforme 10 questionamentos escalonados com pontuação de 0 a 10¹⁴, que avaliam critérios como: clareza no objetivo; adequação do desenho metodológico; apresentação e discussão dos procedimentos teórico-metodológicos; adequação na seleção da amostra do estudo; apresentação da coleta de dados de forma detalhada; confiabilidade nos resultados; relação entre pesquisador e pesquisados; aspectos éticos; rigor na análise de dados; apresentação e discussão dos resultados; e valor da pesquisa. Conforme pontuação, os artigos são classificados em categoria A (6 a 10 pontos) ou B (até 5 pontos).

Os critérios de exclusão foram: monografias, teses, dissertações, artigos de revisão, resumos de congresso e pesquisas centradas em um transtorno mental específico. Ao realizarem-se os cruzamentos, a pesquisa retornou 28.900 artigos. A fim de proporcionar um melhor direcionamento da pesquisa, efetuou-se um refinamento de busca: por tipo de publicação (artigo) e assunto principal (saúde mental), resultando em 1.738 artigos.

Em seguida, procedeu-se à leitura dos títulos. Quando o artigo se encontrava duplicado, considerava-se a base de dados em que ele havia surgido primeiro, excluindo-o das demais. Aqueles que indicavam estudos de interesse para esta pesquisa foram selecionados, totalizando 118 artigos, que foram submetidos à leitura dos seus resumos. Os que se mostraram pertinentes ao estudo totalizaram 39 artigos, que foram lidos na íntegra. Aqueles que obedeciam aos critérios de inclusão, totalizando 21 artigos, foram selecionados e submetidos à avaliação através do instrumento CASP, recebendo classificação em categoria A, compondo a amostra final do estudo, conforme mostrado na tabela 1. Em seguida, os artigos foram classificados segundo nível de evidência científica.

A prática baseada em evidências enfoca sistemas de classificação de evidências conforme abordagem metodológica adotada no estudo, sendo classificado de maneira hierárquica em 6 níveis: nível 1 (evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados), nível 2 (evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental), nível 3 (evidências de estudos quase-experimentais), nível 4 (evidências de estudos descritivos não-experimentais ou de abordagem qualitativa), nível 5 (evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência) e nível 6 (evidências baseadas em opiniões de especialistas)⁽¹²⁾.

Tabela 1: Procedimentos realizados na seleção dos artigos. Recife-PE, 2012.

Descritores	Busca BVS	Refinamento de busca	Leitura dos Títulos	Leitura dos resumos	Leitura na íntegra e CASP
Atenção à saúde and saúde mental	28.308	1.247	49	23	14
Saúde mental and programa saúde da família	439	366	41	12	05
Atenção à saúde and saúde mental and programa saúde da família	153	125	28	04	02
Total	28.900	1.738	118	39	21

Para extração dos dados dos artigos, foi utilizado um instrumento adaptado com base em instrumento elaborado e validado por Ursi¹⁵, que avalia metodologia, intervenção e principais resultados dos estudos. Os principais resultados foram agrupados em categorias conforme semelhança de conteúdo e, em seguida, foram analisados de forma descritiva.

RESULTADOS

Os 21 artigos selecionados, representados no quadro 1, estavam distribuídos nas bases de dados da seguinte forma: LILACS (19), SCIELO (1) e CIDSAÚDE (1).

Quadro 1- Artigos selecionados para a revisão integrativa. Recife-PE, 2012.

Nº	Título	Autoria*/Periódico/Ano
01	A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF	Rosa WAG/ Rev Bras Enferm/ 2003
02	Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do programa saúde da família de Caucaia-CE	Nascimento AAM/ Cogitare enferm/2004
03	Opinions of the staff and users about the quality of the mental health care delivered at a family health program	Koga M/ Rev Lat Am Enfermagem/2006
04	Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental	Tanaka OY/ Cad Saude Publica. / 2006
05	A saúde mental no Programa Saúde da Família	Souza AJF/ Rev Bras Enferm/ 2007
06	O preparo do enfermeiro da atenção básica para a saúde mental	Lemos SS/Arq Cienc Saude/ 2007
07	Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluência e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária	Nunes M/Cad Saude Publica/2007
08	A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção	Oliveira AGB/Cienc Cuid

	psicossocial: um estudo de caso	Saude/ 2008
09	A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá-MT	Ribeiro CC/Cogitare enferm/2008
10	Estratégias de atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde	Caçapava JR/Rev Gaucha Enferm/ 2008
11	Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural	Vecchia MD/ Cien Saude Colet/ 2009
12	O apoio matricial na perspectiva de coordenadoras de equipes de saúde da família	Dimenstein M/Pesqui Prat Psicossociais/ 2009
13	Atuação de psicólogos no programa de saúde da família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais	Ferminio JM/Aletheia/2009
14	Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber	Delfini PSS/ Cien Saude Colet/ 2009
15	Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina	Baroni DPM/Mental/ 2009
16	Programa de Saúde da Família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede	Jucá VJS/ Cien Saude Colet/ 2009
17	Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária	Lucchese R/Cad Saude Publica/2009
18	Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família	Camuri D/Saude Soc/ 2010
19	Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial	Mielke FB/ Rev Bras Enferm/ 2010
20	As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família	Amarante AL/Texto & Contexto Enferm/2011
21	Avaliação das ações em saúde mental na estratégia de saúde da família: necessidades e potencialidades	Cossetin A/ Rev Gaucha Enferm/ 2011

*Apenas primeiro autor

Quanto às revistas nas quais os artigos foram publicados, 42,9% dos artigos eram originários de revistas de enfermagem, 42,9% pertenciam a periódicos destinados à saúde coletiva, enquanto 14,2% dos estudos possuíam publicação em revistas de psicologia. Foi verificado que 6 autores estavam relacionados em dois artigos e um autor em 3 estudos, evidenciando pesquisadores com domínio sobre o objeto de estudo em questão.

Apesar de este estudo considerar o ano de 2002 como início para delimitação na busca dos artigos, verificou-se que um número significativo dos artigos selecionados se concentrou no ano de 2009, conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2- Distribuição do número dos artigos selecionados por ano de publicação. Recife-PE, 2012

Ano	Número de Artigos	%
2002	-	-
2003	01	4,8
2004	01	4,8
2006	02	9,5
2007	03	14,3
2008	03	14,3
2009	07	33,3
2010	02	9,5
2011	02	9,5
2012	-	-

Com relação à metodologia empregada para desenvolver as pesquisas selecionadas, a maioria era do tipo qualitativo 80,9%, 9,5% quantitativo, 4,8% tratava de estudo quanti-qualitativo e igual número correspondia a relato de experiência. Para coleta de dados, os estudos recorreram a várias estratégias: 66,6% utilizaram a técnica de entrevista semi-estruturada, 33,3% realizaram observação participante, 14,3% optaram por questionário, 9,5% recorreram ao grupo focal e igual número utilizou documentos (como prontuários e SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica).

Os estudos utilizaram como sujeitos para as pesquisas profissionais vinculados a ESF, tanto integrantes como equipes de apoio, assim como a comunidade. Os enfermeiros marcaram maior presença como sujeitos de pesquisa, representando 61,9% dos artigos. Os médicos corresponderam a 38%, agentes comunitários de saúde (ACS), 28,6%, gestores de saúde (coordenadores das unidades de saúde e conselheiros de saúde), 9,5%, psicólogos, 4,8%, e igual proporção era composta por outros sujeitos (dentista, assistente social, pacientes e familiares).

Em relação ao nível de evidência, grande parte dos estudos selecionados pertencia ao nível 4 (95,2%), enquanto que 4,8% pertencia ao nível 5. Na tabela 3, são apresentados de forma sintética pontos identificados nos estudos que caracterizam a atenção em Saúde Mental praticada nas ESFs investigadas pelos autores dos artigos selecionados.

Tabela 3- Assistência em Saúde Mental na ESF conforme estudos selecionados. Recife-PE, 2012.

Caracterização da equipe da ESF quanto à assistência em Saúde Mental				
Principais resultados	Artigo(s) correspondente(s)*	n	%	
Equipe não capacitada para a assistência em Saúde Mental	1, 2, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21	16	76,2	
Sobrecarga de trabalho na ESF	1, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 20	10	47,6	
Equipe da ESF reconhece que possui grande número de usuários com transtornos mentais em sua área	1, 2, 5, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 18	11	52,4	
Equipe desconhece o perfil dos seus usuários com transtornos mentais	4, 5, 13, 16, 17	5	23,8	
Caracterização da assistência ao usuário com transtorno mental- aspectos negativos				
Principais resultados	Artigo(s) correspondente(s)*	n	%	
Ausência de planejamento de ações em Saúde Mental	1, 2, 5, 7, 10, 11, 12, 15, 17, 18	10	47,6	
Utiliza o modelo biomédico na assistência	1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 17, 18, 20	13	61,9	
Falta de corresponsabilização dos casos de transtorno mental pela equipe da ESF	1, 8, 10, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21	10	47,6	
Falta de rede de serviços de Saúde Mental	8, 9, 10, 12, 15, 18, 20	7	33,3	
Encaminhamento dos pacientes psiquiátricos para outros serviços de Saúde Mental, no intuito de se desresponsabilizar da demanda	6, 12, 15, 17, 18, 20	6	28,6	
Caracterização da assistência ao usuário com transtorno mental- aspectos positivos				
Principais resultados	Artigo(s) Correspondente(s)*	n	%	
Possui corresponsabilização dos casos	9, 14	2	9,5	
Fluxo da rede de Saúde Mental funciona	15, 20	2	9,5	
Preocupação em realizar ações que superem o modelo biomédico	9, 11, 12, 17,	4	19,0	
Realiza terapia comunitária	13	1	4,8	
Possui resolutividade dos casos de transtornos mentais leves	15	1	4,8	
Possui apoio matricial	6, 10, 12, 15	4	19,0	

*Numeração recebida pelo artigo conforme apresentado no quadro 1

Observa-se que dos 76,2% dos artigos que mencionaram a falta de capacitação da equipe da ESF em Saúde Mental 25,0% também enfatizam que os profissionais investigados admitem desconhecer como deve ser realizada a assistência em Saúde Mental na ESF.

Pode-se identificar que todos os estudos selecionados apontaram aspectos negativos na assistência em Saúde Mental, como dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no que diz respeito à falta de capacitação para o atendimento ao transtorno mental e sobrecarga de trabalho. Foram mencionados aspectos positivos em 11 estudos, porém estes identificaram pontos negativos em número expressivamente maior que os positivos.

DISCUSSÃO

A trajetória da atenção em Saúde Mental no Brasil teve importante ápice no período entre 2007 e 2010, quando ocorreram fatos importantes para a inclusão das ações de Saúde Mental na atenção básica, como o fornecimento de maiores incentivos financeiros para a implantação dos CAPS, o que acarretou uma expressiva expansão e interiorização desses serviços; em 2008 houve a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a inclusão de profissionais psiquiátricos, e considerável avanço na política de indução à pesquisa científica, que aprovou projetos na área psiquiátrica, contemplando linhas de pesquisa como “Saúde Mental na Atenção Primária”⁽¹⁶⁾. É possível que tais avanços sejam responsáveis pelo fato de 61,9% dos artigos selecionados para esta pesquisa terem sido publicados entre 2007 e 2009.

O processo de desinstitucionalização é permeado por dificuldades, repercutindo no aumento e na complexidade das necessidades em Saúde Mental, o que requer articulação por parte dos gestores de saúde, de forma a superar os obstáculos enfrentados por esse tipo de assistência⁽¹⁷⁾. As dificuldades expostas pelas pesquisas selecionadas refletem a insuficiência de investimento em Saúde Mental pelos gestores de saúde, que demonstram, muitas vezes,

desconhecer a realidade da atenção em Saúde Mental e não exigir a realização de ações nesse âmbito⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Dessa forma, a equipe da ESF tem dificuldades em saber qual o seu papel na assistência ao paciente psiquiátrico, o que pôde ser constatado por 76,2% dos estudos que demonstraram a falta de capacitação dos profissionais, indicador da urgente necessidade de investimento no preparo profissional para esse tipo de assistência.

A ESF enfrenta uma grande demanda por atendimento, dado evidenciado por serviços em que uma equipe é responsável por até 7 mil pessoas, o que acarreta em sobrecarga de trabalho, corroborando resultados da maioria dos artigos selecionados (47,6%). Esta situação compromete a qualidade da assistência prestada aos usuários⁽²⁰⁾.

Pesquisa que analisou o funcionamento de algumas unidades de ESF evidenciou que, além da sobrecarga de trabalho, os profissionais de saúde da família enfrentam outros problemas que merecem igual destaque: falta de estrutura adequada da unidade, sistema de referência ineficiente, falta de união entre as equipes multiprofissionais, ausência de materiais e equipamentos básicos, falta de medicamentos e estocagem inadequada, entre outros. Além disso, os profissionais pesquisados relataram sofrer pressão dos gestores de saúde por números de atendimento, acarretando desgaste e desumanização devido às precárias condições de trabalho⁽²⁰⁾.

Diante desse quadro, pode-se afirmar que a assistência oferecida à comunidade torna-se de baixa qualidade, reflexo das condições precárias de trabalho, impedindo que a ESF cumpra com suas premissas de desenvolver ações eficazes de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, comprometendo o princípio de promover uma resolutividade na atenção primária. O que se percebe atualmente são hospitais e outros serviços (como o CAPS) ainda recebendo demandas que seriam próprias da ESF, e que esta, por não possuir estrutura e

recursos adequados para atendimento, refere usuários para serviços mais especializados, quebrando a sua lógica de funcionamento.

Apesar de 52,4% das pesquisas mostrarem que as ESF investigadas reconhecem que possuem um grande número de usuários com transtornos mentais em sua área, 23,8% dos estudos identificaram que as equipes desconhecem o perfil dos seus usuários com transtornos mentais.

A geração de informações constitui-se em uma ação relevante na gestão e monitoramento das ações em saúde, o que contribui com a identificação de casos por meio do registro. Porém, a Saúde Mental carece de ferramentas para efetuar o cadastramento dos casos de transtornos mentais, o que dificulta aos profissionais executarem tal ação. Isso impede que as equipes conheçam bem o perfil da sua clientela, e, conseqüentemente, inibe o planejamento de ações, conforme evidenciado por 47,6% dos estudos⁽²¹⁾.

A falta de planejamento de ações para o atendimento ao doente mental contribui para que a equipe forneça assistência direcionada apenas à medicalização dos sintomas. Marcou forte presença nos 61,9% dos artigos selecionados a atenção em Saúde Mental na ESF pautada pelo modelo biomédico no atendimento, ao se constatar que a atenção ao usuário era restrita a renovação de receitas de drogas psicotrópicas. O modelo biomédico apresenta uma explicação unicausal da doença, não se preocupando com o contexto social e emocional no qual a doença pode ocorrer. Este modelo vai de encontro à proposta de reorganização do modelo de atenção, baseado na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde⁽²²⁾.

Contrapondo o fato acima exposto, 19% dos artigos identificaram ESF preocupadas em realizar ações que superem o modelo biomédico, mas não especificaram quais tipos. Em um artigo (4,8%) foi evidenciada a realização de terapia comunitária, que contrasta com o modelo biomédico da assistência⁽²²⁾.

A terapia comunitária é uma tecnologia de cuidado que se funda na troca de experiências e vivências da comunidade, a partir da escuta das histórias de vida e da superação do sofrimento. Esta terapia tem trazido inúmeros benefícios aos profissionais e pacientes, uma vez que proporciona o desenvolvimento de estratégias de promoção e prevenção em Saúde Mental⁽²³⁾. Estudo mostrou que a participação dos usuários nas rodas de terapia comunitária proporcionou uma importante diminuição no consumo de psicotrópicos⁽²⁴⁾.

As intervenções de Saúde Mental devem apresentar uma terapêutica que não se centre apenas na doença, como prega o modelo biomédico, mas que veja o indivíduo de forma holística, trabalhando o cuidado, o vínculo, o acolhimento e a corresponsabilização do sujeito⁽²⁵⁾. Dos estudos selecionados, 47,6% evidenciaram que essa corresponsabilização não ocorre, enquanto que apenas 2 (9,5%) identificaram ESFs que assumiam esta prática para com o usuário psiquiátrico.

Isso pode demonstrar o despreparo da equipe e a desestruturação organizacional diante das atribuições e demandas do serviço para com este usuário. Este fato pode ser reflexo da falta de incentivo para o trabalho em Saúde Mental na própria lógica de funcionamento da ESF. Muitas vezes a clientela psiquiátrica não é sequer registrada pelos profissionais de saúde da família, que pode ser reflexo da fragilidade do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) que não fornece visibilidade para os portadores de sofrimento psíquico⁽²⁶⁾.

A ESF concentra a sua atenção em programas vinculados ao Ministério da Saúde, como hipertensão, diabetes, dentre outros⁽²⁷⁾. Assim, dado que a Saúde Mental não tem sua produtividade cobrada pelos gestores de saúde, a assistência ao paciente psiquiátrico muitas vezes é considerada por essas equipes como um trabalho a mais⁽²⁶⁾.

É preocupante o fato das equipes de saúde da família não identificarem a necessidade e importância de incorporarem a assistência em Saúde Mental em suas práticas de atendimento.

Tal quadro faz questionar se estes profissionais que atuam nas ESFs são especialistas em saúde da família ou recebem capacitação para o trabalho na atenção primária, visto que os mesmos parecem não exercer uma abordagem holística do indivíduo, identificando as necessidades da população e atuando sobre elas, preocupando-se apenas em cumprir metas e números exigidos pelos gestores de saúde.

As ações de Saúde Mental devem ser efetivadas em redes de cuidados de base territorial e atuação transversal juntamente a outras políticas específicas voltadas para o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essa rede é representada pelos diversos serviços que prestam assistência ao transtorno mental, como CAPS, Residências Terapêuticas, ESF, entre outros, que devem atuar de maneira integrada⁽²⁸⁾. Contudo, 33,3% dos estudos apontam que a ESF não está integrada em uma rede de cuidados em Saúde Mental, enquanto apenas 2 (9,5%) relataram que nas ESF estudadas a rede existe e funciona.

Uma estratégia do Ministério da Saúde para aumentar a resolutividade da assistência psiquiátrica foi a implantação do apoio matricial na atenção primária. Nesse apoio, as equipes dos serviços especializados de Saúde Mental fornecem suporte técnico à ESF, buscando favorecer a integração entre estes sistemas, inibindo a prática de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização, ampliando o potencial resolutivo do serviço perante os casos clínicos psiquiátricos^(29,30).

A demanda em Saúde Mental deve apresentar resolutividade na própria unidade⁽²⁶⁾, o que foi identificado em apenas um artigo selecionado para este estudo (4,8%). Fatores como a sobrecarga de trabalho e a falta de capacitação para lidar com a demanda em Saúde Mental concorrem para que a equipe priorize a prática do encaminhamento, citado em 28,6% dos estudos. Nesses casos, o encaminhamento atua em um contexto do “não saber o que fazer”, o que prejudica a capacidade das ESFs de resolutividade dos distúrbios psiquiátricos da sua demanda⁽³¹⁾.

Dos artigos selecionados, 19% identificaram ESFs que possuem apoio matricial, porém este não funciona de maneira eficaz, o que pode ser constatado pelo fato de apenas 1 artigo evidenciar que a ESF possui resolutividade nos casos de transtornos mentais leves.

As dificuldades enfrentadas na implantação do matriciamento mostram-se na própria rede de cuidado de Saúde Mental, que está fragmentada em seu fluxo. Com isso, os resultados são ações superficiais e desarticuladas com as demandas e necessidades de saúde do usuário, o que acarreta falta de corresponsabilização entre os profissionais e de resolutividade na assistência⁽³⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa possibilitou uma apreciação de como está estruturada a assistência em Saúde Mental na ESF. A atenção primária encontra-se permeada por dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde da família e comunidade ao considerar as falhas e limitações evidenciadas no funcionamento do serviço.

Além disso, as características limitantes evidenciadas nos estudos com relação à equipe de saúde da família e as características da assistência ao usuário concorrem para uma inabilidade e/ou invisibilidade nos serviços de atenção primária, diante das demandas de Saúde Mental dos usuários.

Pode-se dizer, pois, que a atenção em Saúde Mental mostrou poucos avanços no âmbito da ESF, não fortalecendo o processo de reinserção do indivíduo portador de transtorno mental na sociedade, conforme princípio elencado pela Reforma Psiquiátrica. As práticas direcionadas ao doente mental neste serviço são predominantemente medicalizantes, reproduzindo o modelo hospitalocêntrico de atenção psiquiátrica.

Nesse sentido, pontuais e importantes ações têm sido desenvolvidas em algumas ESF, no sentido de superar o modelo biomédico de assistência ao portador de sofrimento psíquico,

o que reflete o envolvimento de poucos serviços em fornecer uma assistência inclusiva e acolhedora ao usuário em Saúde Mental.

Entretanto, o apoio matricial, apesar de presente em algumas ESF, necessita ser consolidado e incorporado pelos profissionais e gestores de saúde, assim como a rede de cuidados em Saúde Mental precisa estabelecer uma organização e uma interrelação no fluxo entre os serviços.

A capacitação dos profissionais que compõem a ESF constitui, portanto, uma estratégia fundamental para que os ideais da Reforma Psiquiátrica sejam praticados, assim como um maior investimento dos gestores de saúde na ampliação das equipes de saúde da família, para uma assistência integral ao indivíduo, família e comunidade, com ênfase na Saúde Mental.

COLABORADORES

Souza AMA trabalhou na concepção, redação e pesquisa;

Cavalcanti AMTS colaborou na concepção e redação final;

Monteiro EMLM e Frazão IS trabalharam na revisão crítica do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Minozzo F, Kammzetsler CS, Debastiani CD, Fait CS, Paulon SM. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Rev Psicol** 2012; 24(Supl.2):323-340.
2. Thornicroft G, Tansella M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? **Pesqui Prat Psicossociais** 2008; 3(Supl.1):9-25.
3. Gonçalves DM, Kapczinski 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 Saude Publica** 2008; 24(Supl.9):2043-53.
4. Silva DS, Azevedo DM. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2011;15(3):587-594.
5. Oliveira TTSS, Leme FRG, Godoy KRG. O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. **Mental** 2009;7(12):119-138.

6. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Barreto M, Foppa AA, Cabral MF, Gonçalves JR, More CLOO. Acolhimento em Saúde Mental: percepções de profissionais vinculados à Estratégia de Saúde da Família. **Rev Tempus Actas Saude Col** 2010; 4(Supl.1):39-49.
8. Silva CMC, Teixeira ER, Sabóia VM, Valente GSC. Visita domiciliar na atenção à saúde mental. **Cienc Enferm** 2011; 7(Supl.3):125-136.
9. Secretaria de atenção à saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
10. Secretaria de atenção à saúde. **Saúde mental em dados 10**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Santos LC, Ferrari AP, Tonete VLP. Contribuições da enfermagem para o sucesso do aleitamento materno na adolescência: revisão integrativa de literatura. **Cienc Cuid Saude** 2009;8(4):691-698.
12. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein** 2010; 8(Supl.1):102-6.
13. Pizzani L, Bello SF, Hayashi MCPI. Caracterização da produção científica em educação especial na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): um estudo bibliométrico. **Rev Bras Educ Espec** 2010; 23(Supl.8):379-398.
14. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Making sense of evidence about clinical effectiveness [Internet]. [acesso em 2012 nov 03] Disponível em: http://www.casp-uk.net/wp-content/uploads/2011/11/CASP_Qualitative_Appraisal_Checklist_14oct10.pdf.
15. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
16. Secretaria de atenção à saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
17. Secretaria de atenção à saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
18. Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial: um estudo de caso. **Cienc Cuid Saude** 2008; 7(Supl.3):376-384.
19. Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM. A saúde mental no Programa Saúde da Família. **Rev Bras Enferm** 2007;60(4):391-5.
20. Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicol soc** 2008; 20(Supl.2):237-246.

21. Souza MLP. A invisibilidade dos transtornos mentais no Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil. *Int J Psychiatry* 2011; 16(Supl.3):1-4.
22. Cutolo LRA. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arq Catarin Med* 2006; 35(Supl.4):16-24.
23. Filha MOF, Dias MD, Andrade FB, Lima EAR, Ribeiro FF, Silva MSS. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. *Rev Eletronica Enferm* 2009; 11(Supl.4):964-70.
24. Souza GML, Silva PMC, Azevedo EB, Filha MOF, Silva VCL, Espinola LL. A contribuição da terapia comunitária no processo saúde-doença. *Cogitare Enferm* 2011 Out/Dez; 16(4):682-8
25. Munari DB, Melo TS, Pagotto V, Rocha BS, Soares CB, Medeiros M. Saúde mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família *Rev Eletronica Enferm* 2008; 10(Supl.3):784-95.
26. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad Saude Publica* 2009; 25(Supl.9):2033-42.
27. Camuri D, Dimenstein M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Saude Soc* 2010; 19(Supl. 4):803-813.
28. Sousa FSP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Barros MMM, Quinderé PHD, Gondim LGF. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. *Physis* 2011; 21(Supl.4):1579-99.
29. Secretaria de atenção à saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
30. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, Sampaio HAC. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para a resolubilidade. *Cien Saude Colet* 2012;17(Supl.3):653-660.
31. Dimenstein M, Santos YF, Brito M, Severo AK, Moraes C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental* 2005;3(Supl.5):33-42.

4.2 ARTIGO ORIGINAL

DEMANDA DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM RECIFE-PE: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

DEMAND OF MENTAL HEALTH ON THE STRATEGY FAMILY HEALTH IN RECIFE-PE: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS

DEMANDA DE SALUD MENTAL EN FAMILIA ESTRATEGIA DE SALUD EN RECIFE-PE: ESTUDIO DE LA EPIDEMIOLOGIA

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar os aspectos epidemiológicos das demandas de Saúde Mental dos usuários da Estratégia Saúde da Família do município de Recife-PE. Trata-se de uma pesquisa transversal e quantitativa que utilizou um banco de dados contendo informações socioeconômicas e de Saúde Mental da amostra em estudo, correspondente a 1.020 usuários. Para análise das variáveis qualitativas e quantitativas, foram calculadas as frequências simples e relativas, e para verificar os fatores associados ao transtorno mental, foram realizados os testes qui-quadrado e exato de Fisher. A demanda de saúde mental correspondeu a 18% dos usuários, da qual 17,7% apresentavam transtorno mental, sendo a dependência química o mais prevalente. O destino dos dejetos e o número de pessoas que residem na casa foram fatores associados para a ocorrência do transtorno mental. Esta pesquisa evidenciou que há uma demanda em Saúde Mental significativa no município do Recife-PE e que fatores socioeconômicos podem estar associados à ocorrência de sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Saúde Mental. Programa Saúde da Família. Educação em Saúde. Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

This study aimed at identifying epidemiologic aspects of demands of Mental Health from users of the Strategy Family's Health from Recife City – PE. It is a quantitative and transversal research which used a database which contains socioeconomic and Mental Health information from the sample studied, which corresponds to 1.020 users. In order to analyze quantitative and qualitative variables there had to be calculated simple and relative frequencies and to verify factors related to mental disorder tests like chi-squared and Fisher's exact. The demand of mental health corresponded to 18% of users, in which 17.7% of them showed mental disorder, being substance dependency the most prevalent. Waste destination and the number of people who live in the house happened to be factors associated with the occurrence of the mental disorder. This research evidenced that there is a significant demand on Mental Health in Recife City – PE and that socioeconomic factors can be associated with the rate of psychic suffering.

Key words: Mental Health. Family Health Program. Education in Health. Psychiatric Nursing.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar la epidemiología de las demandas de los usuarios de la Estrategia de Salud Familiar de Salud Mental del municipio de Recife -PE. Esta es una transversal y la investigación cuantitativa, que utiliza una base de datos que contiene información socioeconómica y la salud mental en la muestra del estudio, lo que corresponde a 1.020 usuarios. Para el análisis de variables cualitativas y cuantitativas se calcularon las frecuencias absolutas y relativas y para identificar los factores asociados con el trastorno mental de los factores de Chi -cuadrado y se realizaron pruebas exacta de Fisher. La demanda de salud mental representaron el 18 % de los usuarios, en los cuales el 17,7 % tenían trastorno mental , siendo la adicción más frecuente. Instalaciones de aguas residuales y el numero de personas que residen en el hogar se asociaron factores para la aparición de trastornos mentales. La demanda fue significativa en que los factores socioeconómicos pueden estar asociados con la aparición de los trastornos psicologicos .

Palabras clave: Salud Mental. Programa de la Salud Familiar. Educación en Salud. Enfermería Psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

As ações e projetos de Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira precisam estar constantemente integrados com iniciativas na Atenção Primária, devido à proximidade, ao vínculo social e à cobertura territorial assumida pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Dessa forma, a ESF deve funcionar como articuladora da rede de assistência em Saúde Mental, centralizando o cuidado na família, desenvolvendo atividades que incluam a prevenção de doenças e promoção da saúde^{1,2}.

Nesta percepção sistêmica da saúde do Sistema único de Saúde (SUS), parte-se do pressuposto de que um grande número de problemas em Saúde Mental possui resolutividade no nível de assistência primária de saúde, sem, portanto, serem acionados desnecessariamente níveis especializados de atenção à saúde. Outrossim, a atenção primária é um dispositivo que deve permitir o planejamento e implantação de ações voltadas não apenas para cura, mas também para a prevenção¹. Nessa linha de abrangência, ressalta-se que alguns transtornos mentais podem ser prevenidos³, desafiando a atenção primária no acolhimento de suas reais demandas e estratégias de ação.

No município do Recife-PE, situado no Nordeste do Brasil, até 2001 a assistência ao portador de sofrimento psíquico caracterizava-se por ser essencialmente asilar, excludente e essencialmente associada à internação hospitalar⁴. Com vistas a adequar-se aos princípios elencados pela Reforma Psiquiátrica, a Secretaria Municipal de Saúde, a partir desse mesmo

ano, iniciou um processo de desospitalização, ao passo em que promoveu a incrementação da implantação de serviços extra hospitalares. Assim, foram implantados mecanismos de desinstitucionalização através da articulação com os profissionais da ESF e com a população, no intuito de promover o cuidado integral⁴.

O município apresentou uma rápida expansão nos serviços de cuidados em Saúde Mental, dispondo atualmente de 18 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e 11 Residências Terapêuticas⁵. Porém, apesar dos avanços evidenciados no âmbito da Saúde Mental, nota-se que a atenção em saúde prestada à população com sofrimento psíquico ainda encontra-se desenvolvida de forma incipiente e diferenciada entre as ESF's⁴ do Recife. Assim, o atual quadro em Saúde Mental no município requer a qualificação e a potencialização dos serviços existentes, através da organização da rede, em termos de fluxos assistenciais e práticas de trabalho⁵.

O Plano Municipal de Saúde 2010-2013 do município do Recife-PE apresenta planejamento de ações embasadas nas deliberações da IX Conferência Municipal de Saúde. Em 2009, 60% de equipes de saúde da família possuíam acolhimento em transtorno mental. Dessa forma, o Plano apresenta como meta aumentar em 10% o número de equipes com este tipo de acolhimento ao ano, totalizando 100% de cobertura como meta final em 2013^{5,6}.

Dentre as ações para consolidação do modelo de atenção à Saúde Mental propostas por este mesmo planejamento, destaca-se a realização de mapeamento epidemiológico nos distritos sanitários para usuários identificados com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, na área de cobertura da ESF^{5,6}.

Para que haja planejamento para melhorias na Saúde Mental, é necessário investir na produção de dados concretos sobre os serviços e recursos existentes, visando a criação de estratégias de promoção, prevenção, reabilitação e educação em saúde no manejo do sofrimento psíquico. Isto possibilitará a oferta de uma atenção com abordagem integral aos usuários destes serviços⁹.

Os estudos epidemiológicos na área de Saúde Mental são identificados como incipientes e pouco utilizados na elaboração de políticas públicas, e no Brasil esses estudos estão mais concentrados na região sul e sudeste do país⁸. Os levantamentos epidemiológicos são importantes instrumentos para definição, implementação e avaliação de ações individuais e coletivas, preventivas e assistenciais⁹.

Nessa perspectiva, a enfermagem assume destaque na assistência em Saúde Mental na Atenção Primária, visto que o enfermeiro desenvolve um papel cada vez mais decisivo no sentido de coordenar e planejar as práticas de cuidado, com o intuito de oferecer uma atenção

integral à população nos diferentes níveis de atenção, através da educação, promoção e reabilitação de saúde. Esse processo ocorre por meio do levantamento de situações críticas, que permite uma intervenção sistematizada de um plano de cuidados, com vistas a assegurar a continuidade e a resolutividade na assistência em saúde na comunidade¹⁰.

Diante de tais considerações, o objetivo deste estudo foi identificar os aspectos epidemiológicos das demandas de Saúde Mental dos usuários da Estratégia Saúde da Família do município do Recife-PE.

MÉTODO

Caracteriza-se por ser um estudo epidemiológico do tipo descritivo e transversal de abordagem quantitativa, que utilizou um banco de dados oriundo da pesquisa intitulada “Transtornos mentais em indivíduos assistidos pelo Programa de Saúde da Família na Cidade do Recife – necessidades do cuidar”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, cujo objetivo é verificar os transtornos mentais assistidos pelas equipes de saúde da família da cidade do Recife-PE. Este projeto abrangeu os seis distritos sanitários do referido município, que possuía, no ano de 2010, um número total de 1.537.704 habitantes¹¹.

A população foi composta por todos os usuários da Estratégia Saúde da Família dos seis distritos sanitários da cidade do Recife-PE no ano de 2011. Foram incluídos no estudo usuários da ESF residentes em Recife-PE, de qualquer faixa etária, tendo sido excluídos usuários que não eram cadastrados e não possuíam prontuários nas unidades básicas de saúde. O cálculo amostral foi realizado por meio da fórmula $n = \frac{z^2pqN}{d^2(N-1) + z^2pq}$, resultando em uma amostra de 1.061 usuários. Foram excluídos 41 prontuários por falta de informações, resultando em uma amostra final de 1.020 usuários, estratificada de acordo com a população de cada distrito e distribuída da seguinte forma: distrito sanitário I- 164 casos; II- 122; III- 176; IV- 319; V- 79 e VI- 160.

Os dados foram coletados no segundo semestre de 2011, a partir dos prontuários dos usuários assistidos nas ESF's do estudo e selecionados aleatoriamente; para a coleta, foi elaborado um formulário estruturado que abordava questões tais como: demanda de alteração à Saúde Mental na família (abordando fatores predisponentes ao sofrimento psíquico), tipo de transtorno mental identificado, sexo, idade, estado civil, número de pessoas na família, caracterização da residência, aspectos econômicos e demográficos.

Dentre as variáveis estudadas, foi considerada como variável dependente a presença/ausência do transtorno mental, e como variáveis independentes, idade, sexo, estado civil, renda familiar, composição familiar, condições de moradia e habitação.

Os dados coletados foram consolidados em um banco para cuja criação se utilizou o programa EPI INFO 2000, com digitação por dupla entrada. Em seguida, foram analisados por meio do software IBM- SPSS, versão 13.0. Para análise dos dados, os tipos de transtornos mentais foram agrupados com base na classificação estabelecida no CID-10: transtornos neuróticos, transtornos delirantes e esquisotípicos, transtorno alimentar, transtorno mental não especificado e dependência química.

Apesar de o CID-10, em relação ao uso e abuso de álcool e drogas ilícitas, trazer em seu sistema de classificação apenas os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, conveniou-se colocar a dependência química em uma classificação à parte, dada sua importância para o âmbito da Saúde Mental.

Foram calculadas as prevalências da demanda de assistência em Saúde Mental, demanda de transtorno mental na família e demanda de transtorno mental. A demanda de assistência em Saúde Mental era considerada quando no prontuário investigado era possível detectar alguma alteração na saúde mental do usuário e sua família, como, por exemplo, uso de drogas e álcool, violência doméstica, agressão infantil, suicídio, tentativa de suicídio, prostituição, e quando a equipe de saúde da família sinalizava no prontuário que o usuário necessitava receber assistência psiquiátrica e/ou psicossocial, seja de caráter preventivo ou terapêutico.

À demanda de transtorno mental na família correspondeu a presença de distúrbios psiquiátricos na família do usuário investigado. Já a demanda de transtorno mental era considerada quando o profissional de saúde sinalizava no prontuário que o usuário possuía distúrbio psíquico com ou sem diagnóstico conclusivo. Para análise das variáveis, foram calculadas as frequências absolutas e relativas.

Para avaliar a associação dos fatores socioeconômicos com a presença do transtorno mental foi aplicado o teste Qui-quadrado para comparação de proporção. O nível de significância considerado foi de 5%. Nos casos em que as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfeitas foi aplicado o teste Exato de Fisher. Quando o p-valor resultava em $<0,05$ considerava-se que o fator avaliado influenciava na ocorrência de transtorno mental.

O projeto que originou o banco de dados foi submetido e aprovado pelo CEP/CCS/UFPE, CAAE nº 0105.0.000.172-11 e respeitou os preceitos da resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

Dos prontuários analisados, 18% foram identificados como indivíduos que possuíam necessidade de assistência em saúde mental (ASM), representando uma demanda para este tipo de atenção; 14,6% foram identificados como indivíduos que convivem com algum familiar portador de transtorno mental (TMF) e 17,7% dos pacientes eram portadores de algum tipo de transtorno mental.

O distrito sanitário em que foi identificada maior proporção de demanda de assistência em saúde mental foi o distrito sanitário I (32,9%). Usuários em que foi identificada presença de transtorno mental na família possuíam maior representação no distrito III (25,5%). A maior proporção de indivíduos que apresentavam transtorno mental encontrava-se no distrito sanitário I (28,7%), conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1- Demanda de Saúde Mental na ESF. Recife-PE, 2011

Fator Avaliado	Distritos						Total n(%)
	I n(%)	II n(%)	III n(%)	IV n(%)	V n(%)	VI n(%)	
Demanda de ASM¹							
Sim	54(32,9)	18(14,8)	35(20,0)	60(18,8)	8(10,1)	8(5,0)	184(18,0)
Não	110(67,1)	104(85,2)	140(80,0)	259(81,2)	71(89,9)	152(95,0)	836(82,0)
Demanda de TMF²							
Sim	25(18,0)	16(19,8)	37(25,5)	42(16,7)	3(4,6)	26(20,3)	149(18,4)
Não	114(82,0)	65(80,2)	108(74,5)	210(83,3)	62(95,4)	102(79,7)	661(81,6)
Presença de TM³							
Sim	47(28,7)	15(12,3)	46(26,1)	42(13,2)	3(3,8)	28(17,5)	181(17,7)
Não	66(40,2)	60(49,2)	49(27,8)	158(49,5)	54(68,4)	84(52,5)	471(46,2)
Não consta	51(31,1)	47(38,5)	81(46,1)	119(37,3)	22(27,8)	48(30,0)	368(36,1)

¹Assistência em Saúde Mental

²Transtorno Mental na Família; 210 prontuários não constavam essa informação

³Transtorno Mental

De acordo com o perfil sociodemográfico apresentado pelos usuários identificados como sendo portadores de transtorno mental, 51,7% eram do sexo feminino (tabela 2). Com relação à idade, 13,3% dos indivíduos na faixa etária entre 0 a 18 anos encontravam-se no distrito III, 27,9% entre 19 a 35 anos estavam no distrito I (27,9%) e 39,3% dos usuários entre 36 a 50 anos, portadores de transtornos mentais, encontravam-se no distrito sanitário IV. A maior proporção de usuários com idade entre 51 a 65 anos estava no distrito V (66,7%), e os

com 66 anos ou mais estavam em maior número no distrito I (18,6%). No geral, a prevalência maior dos transtornos mentais mostrou-se na faixa etária entre 51 a 65 anos, correspondendo a 30,1% dos investigados.

Quanto ao estado civil, os pacientes que eram casados, apareceram em maior proporção em quatro distritos (II-83,3%, III- 58,3%, IV-82,4% e VI- 82,4%), enquanto que os solteiros tiveram uma maior prevalência nos distritos I (62,5%) e V (100%). Dessa forma, podemos perceber que, no geral, a maioria dos usuários identificados com transtorno mental era casada, correspondendo a 59,3% do valor total.

Tabela 2- Perfil sociodemográfico dos usuários identificados com transtorno mental por distrito sanitário. Recife-PE, 2011

Fator social	Distritos						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
Sexo	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n(%)
Masculino	26(55,3)	8(53,3)	19(41,3)	15(36,6)	1(33,3)	18(64,3)	87(48,3)
Feminino	21(44,7)	7(46,7)	27(58,7)	26(63,4)	2(66,7)	10(35,7)	93(51,7)
Total ¹	47 (100)	15 (100)	46 (100)	41 (100)	3 (100)	28 (100)	180(100)
Idade	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
0 a 18 anos	1(2,3)	-	6(13,3)	5(11,9)	-	1(3,6)	13(7,4)
19 a 35 anos	12(27,9)	4(26,7)	7(15,6)	8(19,0)	1(33,3)	3(10,7)	35(19,9)
36 a 50 anos	12(27,9)	3(20,0)	12(26,7)	13(31,0)	-	11(39,3)	51(29,0)
51 a 65 anos	10(23,3)	6(40,0)	16(35,6)	10(23,8)	2(66,7)	9(32,1)	53(30,1)
> 66 anos	8(18,6)	2(13,3)	4(8,8)	6(14,3)	-	4(14,3)	24(13,6)
Total ²	43 (100)	15 (100)	45 (100)	42 (100)	3 (100)	28 (100)	176(100)
Estado Civil	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Solteiro	10(62,5)	1(16,7)	8(33,3)	7(31,8)	1(100)	3(17,6)	30(34,9)
Casado	6(37,5)	5(83,3)	14(58,3)	12(54,7)	-	14(82,4)	51(59,3)
Separado	-	-	1(4,2)	1(4,5)	-	-	2(2,3)
Viúvo	-	-	-	1(4,5)	-	-	1(1,2)
União Estável	-	-	1(4,2)	1(4,5)	-	-	2(2,3)
Total ³	16 (100)	6 (100)	24 (100)	22 (100)	1 (100)	17 (100)	86(100)

¹O sexo não foi registrado em 1 prontuário

²A idade não foi registrada em 5 prontuários

³O estado civil não foi registrado em 95 prontuários

Com relação aos fatores socioeconômicos e de habitação (tabela 3), verificou-se que 24,7% dos usuários que residem em casas com mais de 4 pessoas apresentaram transtorno mental. Além disso, o teste de independência foi significativo (p-valor = 0,001) indicando que o número de pessoas quem mora na residência é um fator determinante para a presença de transtorno mental.

A ocorrência de transtorno mental foi maior em famílias cujos principais provedores financeiros são os avós (25%), possuem uma renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos (23,2%) e residem em casa financiada (40%) e de tábua (33,3%). Porém, o teste de independência para estes fatores não foi significativo, indicando que eles não são determinantes para o desenvolvimento do transtorno mental.

Com relação ao destino dos dejetos, 36,7% das famílias cujos dejetos da casa são lançados a céu aberto apresentaram transtorno mental, enquanto nas casas que possuem fossa, a prevalência do transtorno mental foi de 25,6%; e naqueles que lançam os dejetos em esgoto foi de 17,6%. O teste de independência para este fator foi significativo (p-valor = 0,043) indicando que o destino dos dejetos influencia no transtorno mental.

Tabela 3- Associação de fatores socioeconômicos e de habitação a ocorrência do transtorno mental nas ESFs dos seis distritos sanitários. Recife-PE, 2011

Fator avaliado	Usuário portador de Transtorno Mental		Total n(%)	p-valor
	Sim n(%)	Não n(%)		
Número de pessoas que moram na casa				
Sozinho	16(20,3)	63(79,7)	79(8,3)	0,001 ¹
1 – 2 pessoas	21(12,7)	145(87,3)	166(17,4)	
3 – 4 pessoas	61(14,8)	351(85,2)	412(43,1)	
Mais de 4 pessoas	74(24,7)	225(75,3)	299(31,3)	
Principal provedor financeiro da família				
Pai/mãe	50(14,9)	286(85,1)	336(71,9)	0,426 ¹
Avós	4(25,0)	12(75,0)	18(3,4)	
Outros	21(18,3)	94(81,7)	115(24,6)	
Renda familiar				
Menos de 1 SM ³	1(11,1)	8(88,9)	9(9,8)	0,695 ²
1 a 2 SM	13(23,2)	43(76,8)	56(60,9)	
3 a 4 SM	3(13,6)	19(86,4)	22(23,9)	
5 ou mais SM	0(0,0)	5(100,0)	5(5,4)	
Situação habitacional				
Própria	46(25,1)	137(74,9)	183(69,3)	0,131 ¹
Alugada	5(12,2)	36(87,8)	41(15,5)	
Cedida	5(20,0)	20(80,0)	25(9,5)	
Financiada	6(40,0)	9(60,0)	15(5,7)	
Estrutura habitacional				
Alvenaria	67(22,0)	238(78,0)	305(95,7)	0,834 ²
Taipa	0(0,0)	2(100,0)	2(0,6)	
Tábua	1(33,3)	2(66,7)	3(0,9)	
Outros	2(22,2)	7(77,8)	9(2,8)	

Destino dos dejetos				
Fossa	31(25,6)	90(74,4)	121(39,0)	0,043 ¹
Esgoto	28(17,6)	131(82,4)	159(51,3)	
A céu aberto	11(36,7)	19(63,3)	30(9,7)	
Abastecimento de água				
Encanada	59(20,8)	224(79,2)	283(89,3)	0,696 ²
Cacimba	0(0,0)	1(100,0)	1(0,3)	
Poço	3(25,0)	9(75,0)	12(3,8)	
Fonte	6(28,6)	15(71,4)	21(6,6)	
Acesso a energia elétrica				
Sim	72(21,6)	262(78,4)	334(98,2)	0,615 ²
Não	2(33,3)	4(66,7)	6(1,8)	
Acesso a transporte				
Sim	72(21,7)	260(78,3)	332(99,1)	1,000 ²
Não	0(0,0)	3(100,0)	3(0,9)	
Tipo de transporte				
Pé/carona/bicicleta	2(25,0)	6(75,0)	8(2,9)	0,117 ²
Transporte coletivo	60(23,2)	199(76,8)	259(92,5)	
Transporte escolar	0(0,0)	13(100,0)	13(4,6)	

¹p-valor do testes Qui-quadrado para independência.

²p-valor do teste Exato de Fisher.

³Salário Mínimo. Na época, considerar R\$ 545,00.

Com relação aos tipos de transtorno mental identificados, evidenciados na tabela 4, verifica-se que a dependência química foi a mais frequente em todas as observações avaliadas. Nos distritos sanitários I e VI, o transtorno mental mais frequente foi a dependência química (40,4% e 85,7%, respectivamente). Nos distritos II, III e IV, a maior prevalência foi de transtorno neurótico (6,7%, 23,9% e 38,1%, respectivamente). Porém, este estudo evidenciou um número significativo de transtornos não registrados pelos profissionais de saúde nos prontuários dos usuários que, apesar de receberem atendimento em saúde mental, não possuíam registrado o tipo de sofrimento psíquico que o usuário apresentava, e, portanto, foi classificado nesta pesquisa como transtorno mental não especificado, correspondendo a 43,1% da amostra.

Tabela 4- Distribuição dos tipos de transtornos mentais por distrito sanitário e na totalidade da ESF, Recife-PE, 2011.

Tipo de Transtorno Mental	Distritos Sanitários						Total n(%)
	I n(%)	II n(%)	III n(%)	IV n(%)	V n(%)	VI n(%)	
Neurótico	5(10,6)	1(6,7)	11(23,9)	16(38,1)	-	-	33(18,2)
Delirante esquisotípico ^e	1(2,1)	-	7(15,2)	3(7,1)	-	-	11(6,1)

Dependência Química	19(40,4)	-	1(2,2)	10(23,8)	-	24(85,7)	54(29,8)
Não Especificado	21(44,8)	14(93,3)	27(58,7)	9(21,4)	3(100)	4(14,3)	78(43,1)
Transtorno alimentar	1(2,1)	-	-	2(4,8)	-	-	3(1,7)
Total	47(25,9)	15(8,2)	46(25,4)	40(22)	03(1,6)	28(15,4)	181(100)

DISCUSSÃO

A demanda em saúde mental identificada na amostra deste estudo mostrou-se significativa, representando um total de 18% dos prontuários avaliados nos distritos sanitários em que abrange a Estratégia Saúde da Família do município do Recife-PE.

Apesar de estudos reconhecerem que os transtornos mentais representam, em média, 13% das doenças do mundo, a lacuna entre demanda e oferta de assistência em saúde mental é vigorosa. Esta lacuna representa indivíduos que necessitam de atendimento em saúde mental, mas não o recebe¹², principalmente devido ao subdiagnóstico de transtornos mentais pelos profissionais de saúde. O subdiagnóstico do transtorno mental faz com que o paciente acometido não receba tratamento adequado, acarretando em sérios prejuízos à vida do indivíduo, como, por exemplo, exacerbação do sofrimento psíquico e somático, discriminação e isolamento social¹².

No geral, foi identificado 17,7% de ocorrência de transtorno mental nos prontuários pesquisados, o que representa uma importante parcela dos usuários da ESF que recebe atendimento em Saúde Mental no município do Recife-PE. Este índice nos leva a refletir qual tipo de assistência é ofertada nas unidades de saúde da família e se estas possuem profissionais qualificados para tal tipo de atendimento.

Estima-se que 25% a 50% dos pacientes que procuram assistência médica em centros de atendimento primário por patologias não psiquiátricas sofrem de pelo menos um transtorno mental^{12,13}. Porém, entre 76% a 85% das pessoas com distúrbios mentais graves não recebem tratamento para a sua doença em países de baixa e média renda, enquanto que essa estimativa em países de alta renda é de 35% a 50%. Outro problema identificado é a má qualidade de atendimento para aqueles que recebem tratamento¹⁴, devido ao despreparo dos profissionais para este tipo de assistência, que tende a refletir na cronificação do distúrbio.

Quando se analisa o gênero dos pacientes identificados com transtorno mental, constata-se que, no geral, há maior prevalência do sexo feminino (com 51,7%). Os dados desta pesquisa corroboram estudos que evidenciaram o sexo feminino como o mais acometido pelo transtorno mental. Tais estudos demonstraram que a variável sexo está fortemente associada ao transtorno mental, em que as mulheres apresentam maior prevalência de sofrimento psíquico do que os homens^{12,15,16}. As mulheres são mais vitimadas pela discriminação de gênero, sofrem mais violência doméstica, sexual e reprodutiva, o que as torna mais vulneráveis a transtornos psíquicos¹⁷.

Ao longo dos anos, ocorreram grandes mudanças no papel assumido pela mulher na sociedade, evidenciadas pelo aumento de funções e responsabilidades por ela exercidas: além de desempenhar tarefas domésticas e educação dos filhos, agora vê-se inserida no mercado formal de trabalho. Isto gera uma sobrecarga de funções desempenhadas pela população feminina em seu meio social, o que a predispõe a maiores situações de conflito, estresse e sofrimento, acarretando maior ocorrência de morbidade psíquica entre as mulheres¹⁶.

Houve uma maior proporção de indivíduos entre 51 a 65 anos identificados com transtornos mentais, sendo observada uma prevalência aproximada na faixa etária entre 36 a 50 anos. Esses dados se assemelham aos achados de estudo realizado em populações atendidas pela ESF no município de São Paulo, que constatou aumento significativo de ocorrência de transtorno mental comum a partir dos 45 anos, sendo a maior razão de prevalência encontrada na faixa etária de 65 anos ou mais¹⁸, assim como outras pesquisas também evidenciaram maiores prevalências de distúrbios mentais conforme o aumento da idade^{15,16,18}.

A população brasileira vivencia o fenômeno de envelhecimento da população, observando-se uma pirâmide etária com maior peso relativo para adultos e idosos, passando também por um período de transição em seus perfis demográfico, epidemiológico e nutricional. Estas mudanças proporcionaram um aumento significativo da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que são consideradas a principal fonte da carga de doença, em que os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição. Dentre as doenças crônicas, no Brasil, destacam-se os transtornos neuropsiquiátricos (19%), as doenças cardiovasculares (13%), as doenças respiratórias crônicas (8%), os cânceres (6%), as doenças musculoesqueléticas (6%) e diabetes (5%)^{19,20}.

Além disso, a ocorrência mais frequente de transtornos mentais em indivíduos de faixa etária mais elevada também pode ser explicado pela maior vulnerabilidade deste grupo no que se refere a distúrbios psiquiátricos, acúmulo de doenças crônicas preexistentes, dificuldades

econômicas, isolamento social, desmerecimento social e a maior ocorrência de eventos de vida produtores de estresse¹⁸.

A detecção de que a maioria dos pacientes identificados com transtorno mental era constituída por casados corrobora estudo¹⁵ realizado na ESF de Santa Cruz do Sul, que evidenciou serem 57,5% dos pacientes com transtorno mental casados. Porém, a literatura não é definitiva quanto à associação entre o estado civil e a ocorrência de doença mental^{15,18}. A literatura evidencia que os indivíduos casados dispõem de maior suporte familiar e social e que seriam, portanto, menos predispostos a desenvolver transtorno mental¹⁸, o que contrapõe o achado neste estudo.

Com relação ao número de pessoas que convive com os pacientes identificados com demanda em saúde mental na ESF do município em estudo, constatou-se que o número de pessoas que moram na residência é um fator determinante para a presença de transtorno mental.

A família é um grupo que vivencia transformações através do tempo e, no decorrer dessas mudanças, desenvolve seus próprios padrões, definindo o papel desempenhado por seus membros. As várias constituições familiares que se apresentam atualmente foram se estruturando a partir dessas modificações sofridas pelo complexo familiar ao longo de sua história, exercendo influência na formação do indivíduo em seus aspectos psicológicos, cognitivos, físicos, psicológicos e sociais²¹.

Relacionando o âmbito familiar na ocorrência do transtorno psíquico, estudo realizado com jovens usuários de crack em uma comunidade terapêutica do noroeste do Paraná cita que familiares e amigos exerceram importante influência no uso de drogas lícitas e ilícitas²⁴. As práticas culturais familiares podem ser estímulos para o uso de drogas, pois sendo a família uma instituição geradora de cultura, ela transmite crenças e expectativas sobre os papéis sociais desenvolvidas pelos seus membros, podendo, inclusive, influenciar na ocorrência da dependência química²².

A família é vista como uma importante influência no tratamento do distúrbio psíquico, sendo essencial que ela esteja inserida neste processo. A intervenção junto aos familiares tem o objetivo de instrumentalizá-los como cuidadores, assim como considerá-los como pessoas que também precisam de cuidados, devido à grande sobrecarga emocional que envolve o convívio com um ente com transtorno mental²³.

Apesar de não encontrar associação entre transtorno mental e renda familiar, verificou-se que neste estudo houve uma prevalência maior de usuários com sofrimento psíquico com

baixa renda familiar, dado que corrobora estudo em que 81,7% dos pesquisados que sofriam distúrbio psíquico tinham renda mensal de, no máximo, um salário mínimo¹⁶.

Outro aspecto importante identificado neste estudo foi o destino dos dejetos da residência como fator de influência para a ocorrência de transtorno psíquico, dado que a maioria dos usuários pesquisados possuíam o esgoto lançado a céu aberto. Este resultado mostra que o transtorno mental possui uma maior prevalência em famílias desfavorecidas em termos socioeconômicos.

Os transtornos mentais podem ser influenciados por determinantes sociais. Estes incluem renda, habitação, saneamento, exclusão social, a discriminação e a falta de acesso aos recursos financeiros. Assim, a promoção da Saúde Mental deve considerar estes fatores sociais, que podem interagir com os determinantes biológicos dos distúrbios mentais²⁴.

Nesse sentido, dependendo do contexto local, certos indivíduos e grupos na sociedade possuem um risco significativamente maior de sofrer problemas de saúde mental. Estes grupos vulneráveis podem (mas não necessariamente) incluir membros das famílias que vivem na pobreza, pessoas com problemas crônicos de saúde, populações indígenas, idosos, entre outros. Em muitas sociedades, os transtornos mentais relacionados com a marginalização e empobrecimento, violência doméstica, excesso de trabalho e estresse são motivo de preocupação¹⁴.

Quanto ao tipo de transtorno mental identificado nos prontuários pesquisados, averiguou-se que a maior prevalência foi a dependência química. No mundo, o uso de álcool e outras drogas configura um novo perfil no quadro de problemas de saúde²³, sendo este um fenômeno mundial. Estima-se que cerca de 200 milhões de pessoas (quase 5% da população entre 15 e 64 anos) usam drogas ilícitas ao menos uma vez ao ano e cerca da metade dos usuários faz uso regular. Além de causarem danos à saúde, as drogas podem diminuir a percepção de perigos, aumentando a vulnerabilidade do indivíduo à adoção de práticas arriscadas, como envolvimento em situações de violência, exposição à doenças como patologias cardíacas, HIV, hepatites e outras doenças sexualmente transmissíveis ou por meio do compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas utilizadas para uso de drogas injetáveis²⁶.

Os instrumentos mais eficazes para a redução de vulnerabilidade da população a estas novas epidemias (como a dependência química) são aqueles que atuam na prevenção de doenças e promoção a saúde. Porém, as ações preventivas ao uso de álcool e outras drogas ainda são limitadas, apesar da importância de tais estratégias para a saúde da população²⁵.

Nesta pesquisa, identifica-se que toda a área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família da cidade do Recife-PE possui uma urgente necessidade de elaboração e implementação de uma Política Pública de prevenção e redução de danos do uso de álcool e drogas ilícitas, conforme perfil da população pesquisada, uma vez que este serviço se configura como uma instância essencial para as práticas de prevenção do uso de drogas²⁵. Esta política deve inserir atividades de educação em saúde, tanto direcionada aos profissionais que assistem a essa população, quanto à comunidade em estudo.

Observou-se um déficit relativo ao preenchimento de prontuários por parte da equipe de Saúde da Família que assiste a comunidade investigada. Esta falta de informação acarretou em baixo número de transtornos mentais identificados, visto que a maioria dos prontuários não continha o tipo de transtorno. Além disso, informações básicas de identificação dos usuários não foram registradas, sendo estes dados importantes para um estudo epidemiológico em Saúde Mental.

Uma hipótese para este fato é que os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento das unidades de ESF investigadas não estão sendo devidamente capacitados para o devido atendimento ao transtorno psíquico, e consequentemente não valorizam o registro de informações no âmbito da Saúde Mental do paciente.

Apesar de alguns esforços e projetos governamentais em preparar profissionais de saúde para trabalhar na atenção primária, conforme o modelo de atenção proposto pelo Sistema Único de Saúde, a exemplo do Programa Pró-Saúde²⁷, o processo de formação profissional em Saúde Mental no Brasil ainda é concentrado, no que se refere a aulas práticas e estágios acontecerem, grande parte, em hospitais psiquiátricos, e não na assistência primária²⁸. Dessa forma, os alunos, ao se profissionalizarem, não sabem lidar com as demandas psiquiátricas nos serviços comunitários e se sentem perdidos neste processo.

Nota-se, também, que, na rede de cuidados primários da Saúde Mental há um déficit de profissionais qualificados, tanto para abordagem terapêutica medicamentosa quanto para abordagens não farmacológicas. Esses fatores atuam como barreiras para cuidados adequados a usuários com sofrimento psíquico¹⁴, o que é preocupante, uma vez que este estudo demonstrou haver demanda significativa em Saúde Mental na atenção primária.

Além disso, a ESF possui como principal alvo de intervenção patologias crônicas não-psiquiátricas (como tuberculose, hanseníase, diabetes e hipertensão arterial sistêmica) e programas como saúde da criança, da mulher, do idoso e saúde bucal^{12,29}. Dessa forma, a Saúde Mental não é inserida como prioridade, apesar de a atenção primária trabalhar com o ideal de uma abordagem holística do indivíduo¹².

Conforme resultados apresentados por este estudo epidemiológico, revela-se necessária uma intervenção de educação em saúde para os profissionais que fazem parte da área de cobertura da ESF dos seis distritos sanitários do Recife-PE. Esse processo educativo deve apontar as falhas encontradas nos registros dos prontuários, mostrar a demanda que foi possível identificar em Saúde Mental e sensibilizar os profissionais de saúde quanto à importância do registro nos prontuários, para que o planejamento de ações, intervenção e construção de políticas públicas se adequem à real necessidade da população.

CONCLUSÕES

A presente pesquisa revela que o município do Recife-PE apresenta uma demanda para Saúde Mental expressiva na atenção primária, e que esse número pode ser significativamente maior, devido a subnotificações de sinais, sintomas e diagnósticos por profissionais de saúde. Este quadro determina que a Saúde Mental seja incorporada a todos os programas assistenciais desenvolvidos na ESF, que possuem como alvo os seus usuários em todos os seus aspectos biopsicossociais, como exemplo a mulher, o homem, o idoso, o adolescente, a criança, e grupos mais específicos.

Revelou, também, que algumas variáveis sociais e de habitação (número de pessoas que residem com o usuário e destino dos dejetos da residência) estão associadas à ocorrência do transtorno mental na população pesquisada, confirmando que a Saúde Mental do indivíduo pode ser afetada por fatores externos a ele. Outra questão social que se mostrou relevante neste estudo foi a prevalência do transtorno mental em mulheres e idosos, tornando necessária a emergência de estudos que venham a discutir a vulnerabilidade desses grupos frente à ocorrência do sofrimento psíquico.

O fato do número de pessoas que residem em um mesmo ambiente influenciar no desenvolvimento do sofrimento psíquico requer que estudos mais aprofundados sejam desenvolvidos, com o objetivo de identificar aspectos no perfil familiar que podem ser determinantes na ocorrência dessa patologia. Este dado revela que as equipes de saúde da família devem planejar e implementar ações em Saúde Mental que incluam também a família do usuário.

Embora tenha sido detectado que a maioria dos portadores de transtornos mentais apresentava uma baixa renda, é necessário salientar que esta pesquisa foi desenvolvida em uma área constituída por pessoas em sua maioria economicamente desfavorecidas, necessitando que outras pesquisas sejam desenvolvidas em bases populacionais com renda

salarial mais favorável, para que outros contextos sociais também possam ser estudados à luz da influência de fatores financeiros na ocorrência do transtorno mental.

Este estudo epidemiológico pretende contribuir para que sejam reformuladas as políticas de Saúde Mental na atenção primária do Recife-PE, servindo como importante ferramenta para os gestores de saúde do município no que diz respeito ao cumprimento do plano municipal de saúde no âmbito da assistência psicossocial. Além disso, esta pesquisa fornece a base da amplitude dos transtornos mentais que atinge a comunidade estudada, na qual foi possível constatar que a dependência química é um problema de saúde e social significativo, demandando a implementação de ações para prevenção do uso e abuso de drogas, bem como para a sua abordagem terapêutica.

Neste contexto, a equipe de enfermagem que atua nos seis distritos sanitários da ESF no município de Recife, deve, através deste estudo, reconhecer a demanda em sua área de abrangência e desenvolver estratégias direcionadas às necessidades de assistência de Saúde mental da população, com ênfase em atividades de educação em saúde que proporcionem uma adequada promoção em saúde, prevenção de agravos e uma abordagem terapêutica eficaz. Estas ações devem abordar o usuário em todos os aspectos biopsicossociais, contemplando além deste, a sua família, auxiliando sua reintegração à sociedade, conforme princípios elencados pela Reforma Psiquiátrica.

COLABORADORES

Souza AMA trabalhou na concepção, redação e pesquisa;

Leal LP, Aquino JM e Miranda FAN colaboraram na revisão crítica do artigo;

Cavalcanti AMTS colaborou na concepção e redação final.

AGRADECIMENTO

Ao CNPQ pelo financiamento à pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Nunes M, Jucá, V J, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad saúde pública. 2007;23(10):2375-84.

2. Delfine PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães, POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14(1):1483-92.
3. Beardslee WR, Chien PL, Bell CC. Prevention of mental disorders, substance abuse, and problem behaviors: a developmental perspective. *Psychiatr ser*. 2011; 62(3):247-54.
4. Albuquerque MSV, Costa AM, Lima LP, Filho DAM. Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife, Brasil. *Rev bras saúde matern infant*. 2011 jan-mar;11(1):73-82.
5. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010/2013. 2009. Recife: Prefeitura Municipal de Saúde: 2009. 99 p.
6. Prefeitura Municipal do Recife, Diretoria Geral de Planejamento e Gestão e Conselho Municipal de Saúde. Propostas aprovadas na 9ª Conferência Municipal de Saúde. Relatório final 6-8 out 2009. Recife: Prefeitura Municipal de Saúde: 2009. 48p.
7. Carvalho MDA, Silva HO, Rodrigues LV. Perfil epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental no município de Iguatu, CE. *Rev eletrônica saúde mental álcool drog*. 2010;6(2):337-49.
8. Paula CTC. Perfil epidemiológico dos usuários de um centro de atenção psicossocial na cidade de Recife. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2010;2(4-5):94-105.
9. Pizzarolo RCM. Levantamento epidemiológico para o planejamento das ações em saúde bucal de uma equipe saúde da família de Governador Valadares [especialização]. [Governador Valadares]: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. 25 p.
10. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher Andreas. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(1):223-30.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atlas do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE: 2013. 156 p.
12. Gonçalves DM, Kapczinski 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*. 2008 set;24(9):2043-53.
13. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do self-reporting questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o structured clinical interview for DSM-IV-TR. *Cad saúde pública*. 2008 fev;24(2):380-90.
14. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013-2020. Sixty-sixth world health assembly 27 may 2013. Geneva: WHO: 2013. 27p.
15. Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cad saúde pública*. 2008;24(7):1641-50.

16. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Junior JSV. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev bras epidemiol.* 2010;13(4):630-40.
17. Rabelo IVM, Araujo MF. Violência de gênero na perspectiva da saúde mental. *Revista de psicologia da Unesp.* 2008;7(1):123-32.
18. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad saúde pública.* 2006;22(8):1639-48.
19. Costa LC, Thuler LCS. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. *R bras Est Pop.* 2012; 29(1): 133-45.
20. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Bavato SM et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Saúde no Brasil* 4. 2011. 61-74.
21. Bastos NA, Alves SM. A família como elemento significativo no tratamento do paciente com transtornos mentais. *Caderno Saúde e Desenvolvimento.* 2013;2(2):90-107.
22. Seleguim MR, Inoue KC, Santos JAT, Oliveira MLF. Aspectos da estrutura familiar de jovens usuários de crack: um estudo do genograma. *Ciênc cuid saude.* 2011;10(4):795-802.
23. Soares CB, Munari DB. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. *Ciênc cuid saude.* 2007 jul-set;6(3):357-62.
24. Manderscheid RW, Ryff CD, Freeman EJ, McKnight-Eily LR, Dhingra S, Strine TW. Envolving definitions of mental illness and wellness. *Prev chronic dis.* 2010 jan;7(1):A9.
25. Costa PHA, Mota DCB, Cruvinel E, Paiva FS, Ronzani TM. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. *Rev panam salud publica.* 2013;33(5):325-31.
26. Giacomozzi AI, Itokasu MC, Luzardo AR, Figueiredo CDS. Levantamento sobre o uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do programa saúde do escolar/ saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis. *Saúde soc São Paulo.* 2012;21(3):612-22.
27. Matsumoto KS. A formação do enfermeiro para atuação na Atenção Básica: uma análise segundo as diretrizes do programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (pró-saúde).[dissertação] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2010.
28. Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros MBA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev saúde pública.* 2008;42(4):717- 23.

29. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14(2):477-86.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços vivenciados pela Saúde Mental ao longo de sua história, percebe-se que esta ainda não está bem consolidada na Estratégia Saúde da Família, visto que profissionais de saúde e comunidade ainda não dispõem de uma rede de assistência psicossocial que funcione adequadamente. Isto dificulta a concretização do princípio da Reforma Psiquiátrica em materializar a assistência ao portador de sofrimento psíquico em serviços comunitários eficazes, permitindo que profissionais de saúde, família e comunidade caminhem juntos em busca de firmar o direito do portador de transtorno mental de ser reinserido na sociedade e receber uma assistência de qualidade.

As demandas de Saúde Mental em Recife-PE são significativas, nas quais a maior prevalência de dependência química de álcool e outras drogas apresentada pelos usuários pesquisados é uma realidade preocupante que deve ser levada em consideração pelos gestores e profissionais de saúde no planejamento de ações para a comunidade. Devem, também, ser considerados outros transtornos mentais detectados na demanda em estudo, como transtornos esquizotípicos, neuróticos e alimentares, que podem estar presentes em maior número, visto que uma grande parte dos transtornos mentais não foram classificados pelos profissionais de saúde.

O quadro expresso nesse estudo demonstra a necessidade de um maior investimento na busca de qualificação das equipes de saúde para assistência em Saúde Mental, fazendo com que os gestores municipais, estaduais e federais mobilizem-se para fornecer uma adequada educação em saúde aos profissionais da atenção primária que trabalham na ESF e lidam com demandas psiquiátricas. Assim, a Saúde Mental passaria a ser incorporada no trabalho destes profissionais, contribuindo para o oferecimento de uma assistência holística aos seus usuários, com atividades que englobem prevenção de agravos, promoção da saúde, terapia eficaz e educação em saúde.

Esta pesquisa também corrobora que a ocorrência de transtornos mentais vai além de causas fisiopatológicas, revelando as condições socioeconômicas como fatores importantes para a ocorrência desses distúrbios. Desta forma, os governantes da sociedade devem traçar estratégias políticas para que a população tenha acesso a melhores condições de vida, pois estas, quando ruins, podem afetar drasticamente a Saúde Mental do indivíduo.

Os resultados desta pesquisa são importantes subsídios disponibilizados para os gestores municipais de saúde, bem como aos profissionais que assistem aos sujeitos da pesquisa e aos próprios sujeitos, contribuindo para elaboração e melhoria de políticas públicas em Saúde

Mental voltadas para as peculiaridades da comunidade atendida pela ESF, colaborando com o alcance de metas traçadas no Plano Municipal de Saúde 2010/2013 da cidade do Recife.

Ficou evidente que a enfermagem psiquiátrica possui um importante campo de atuação na ESF. Além disso, o presente estudo fornece uma base do contexto de Saúde Mental no qual os profissionais dessa área estão inseridos, permitindo reflexão de práticas e melhoria na assistência ao paciente com transtorno psiquiátrico da sua unidade de saúde da família, qualificando a sua atuação profissional.

A educação em saúde é o alicerce necessário para que profissionais de saúde e comunidade compreendam e assumam o seu papel dentro da rede de assistência em Saúde Mental, através da qualificação da assistência nesta área e trabalho em conjunto com os usuários da ESF.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2004 jan. [acesso em 2012 ago]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-52.htm>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde-mental: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 340p.
3. Mesquita JF, Novellino MS, Cavalcanti MT. A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. In: Anais do XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2010; Caxambu: Brasil, 2010.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2013 mai. 21. Seção 1. p. 38-40.
5. Nunes M, Jucá, V J, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad Saúde Pública. 2007;23(10):2375-84.
6. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados 10. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 28 p.
7. Dimestein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. Saúde Soc São Paulo. 2009;18(1):63-74.
8. Mello MF. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2007.
9. Andrade FB, Bezerra AIC, Pontes ALF, Ferreira Filha MO, Vianna RPT, Dias MD, et al. Saúde mental na atenção básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. Rev Bras Enferm. 2009;62(5):675-80.
10. Benito GA, Becker LC. Atitudes gerenciais do enfermeiro no programa saúde da família: visão da equipe saúde da família. Rev Bras Enferm . 2007 mai-jun;60(3):312-6.
11. Alencar AKB, Fernandes TG. Assistência de enfermagem aos indivíduos com transtornos mentais: uma revisão de literatura por metassíntese. Sau Transf Soc. 2010;1(1):148-53.

12. Manderscheid RW, Ryff CD, Freeman EJ, McKnight-Eily LR, Dhingra S, Strine TW. Envolving definitions of mental illness and wellness. *Prev Chronic Dis*. 2010 jan;7(1):A9.
13. Silveira LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev Lat-am Enfermagem*. 2005 jul-ago;13(4):591-5.
14. Millani HFB, Valente MLLC. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD*. 2008; 4(2):1-19.
15. Vieira PP. Reflexões sobre a história da loucura de Michel Foucault. *Rev Aulas*. 2007 dez-mar;1(3):1-21.
16. Canabrava DS, Souza TS, Fogaça MM, Guimarães AN, Borille DC, Villela JC et al. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. *Rev Eletr Enf*. 2010;12(1):170-6.
17. Rey PM. O hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875). *Rev latinoam Piscopat Fund*. 2012 jun;15(2):382-403.
18. Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad Saúde Pública*. 2008 fev;24(2):456- 68.
19. Machado SB. Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. *Agora*. 2009 jul-dez; 7(2):217-28.
20. Messas GP. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. *Hist ciênc saúde- Manguinhos*. 2008 jan-mar;15(1):65-98.
21. Faria JG, Schneider DR. O perfil dos usuários do CAPS AD-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicol Soc*. 2009;21(3):324-33.
22. Torre EHG, Amarante P. Michel Foucault e a “história da loucura”: 50 anos transformando a história da psiquiatria. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2011;6(3):41-64.
23. Nunes M, Torrenté M, Ottoni V, Neto VM, Santana M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008 jan; 24(1):188-96.
24. Leão A, Barros S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde Soc*. 2008;17(1):95-106.
25. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.

- Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS: Ministério da Saúde; 2005. 56p.
26. Macías FJS. Cómo encontrar un lugar em el mundo: explorando experiências de recuperación de personas com transtornos mentales graves. *Hist ciênc saúde- Manguinhos*. 2011 jan-mar;18(1):121-39.
 27. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14(1):297-305.
 28. Brasil. Projeto de Lei nº 3657, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 1989 set. [acesso em 2013 mar]. Disponível em: <http://www.rolim.com.br/R-Psi.htm>
 29. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas do cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):195-204.
 30. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):1483-92.
 31. Pini JS, Waidman MAP. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. *Rev Esc Enferm*. 2012;46(2):372-9.
 32. Gama CAP, Campos RO. Saúde mental na atenção básica- uma pesquisa bibliográfica exploratória em períodos de saúde coletiva (1997-2007). *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2009 out-dez;1(2):1984- 2147.
 33. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1501-6.
 34. Amarante AL, Lepre AS, Gomes JLD, Pereira AV, Dutra VFD. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2011 jan-mar;20(1):85-93.
 35. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(2):477-86.
 36. Caçapava JR, Colvero LA. Estratégias de atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008 dez;29(4):573-80.
 37. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica o vínculo e diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 7p.
 38. Ministério Público Federal (Brasil), Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Cartilha direito à saúde mental. Brasília: Ministério Público Federal; 2008. 39 p.

39. Gonçalves DA, Ballester D, Chiaverini DH, Tófoli LF, Chazan LF, Almeida N, Fortes S. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva;2011.
40. Cremonese E, Saraiva SAL. Protocolo de atenção em saúde mental. Secretaria Municipal de Saúde: Florianópolis; 2008.
41. Ministério da Saúde (Brasil), CONASS Progestores. Rede de atenção psicossocial. Ministério da Saúde: Brasília; 2011. 15 p.
42. Secretaria Municipal de Saúde (Recife). Plano Municipal de Saúde 2010/2013. Prefeitura Municipal de Saúde: Recife; 2009. 99 p.
43. Alves M, Oliveira RMP. Enfermagem psiquiátrica: discursando o ideal e praticando o real. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010 jan-mar;14(1):64-70.
44. Zapatterra FA. Assistência de enfermagem às pessoas com transtorno psicótico [monografia]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília;2012.
45. Duarte, MLC, Olschowsky A. Fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. Rev Bras Enferm. 2011 jul-ago;64(4):698-703.
46. Filho AJA, Moraes AEC, Peres MAA. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. Rev Rene. 2009 abr-jun;10(2):158-65.
47. Vilela SC, Moraes MC. A prática de enfermagem em serviços abertos de saúde mental. Rev Enferm UERJ. 2008 out-dez;16(4):501-6.
48. Ribeiro LM, Medeiros SM, Albuquerque JS, Fernandes SMBA. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):376- 82.
49. Kirschbaum DIR. Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em um centro de atenção psicossocial. Rev Latino-am Enfermagem. 2009 maio-junho;17(3):368-73.
50. Moreno V. Enfermeiros e a família do portador de transtorno mental. Rev Bras Enferm. 2010 jul-ago;63(4):603-7.
51. Soares AN, Silveira BV, Reinaldo AMS. Serviços de saúde mental e sua relação com a formação do enfermeiro. Rev Rene. 2010 jul-set;11(3):47-56.
52. Heredia LPD, Marziale MHP. El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010 may-jun;18(Spec):573-81.

53. Rosenstock KIV, Neves MJ. Papel do enfermeiro da atenção básica na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2010 jul-ago;64(4):581-6.
54. Matsumoto KS. A formação do enfermeiro para atuação na atenção básica: uma análise segundo as diretrizes do programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (pró-saúde).[dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2010.
55. Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: atuação da enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2010 jan-mar;18(1):55-60.
56. Silva CMC, Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(5):2539-50.
57. Figueiredo MFS, Neto JFR, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2010 jan-fev;63(1):117-21.
58. Lopes EM, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. *Rev Enferm UERJ.* 2009 abr-jun;17(2):237-7.
59. Figueiredo AL, Souza L, Junior JCDA, Argimon IIL. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Rev Bras de Ter Comp Cogn.* 2009;6(1):15-24.
60. Menezes SL, Souza MCBM. Grupo de psicoeducação no transtorno afetivo bipolar: reflexão sobre o modo asilar e o modo psicossocial. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(4):996-1001.
61. Mangia EF. Formação e educação permanente para produzir boas práticas em saúde mental. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2009 maio-ago;20(2):i-ii.
62. Rocha SV, Almeida MMG, Araujo TM, Júnior JSV. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(4):630-40.
63. Ngui EM, Khasakhala L, Ndeti D, Roberts LW. Mental disorders, health inequalities and ethics: a global perspective. *Int Rev Psychiatry.* 2010;22(3):235-244.
64. Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(3):238-46.
65. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013-2020. Sixty-sixth world health assembly. Geneva: World Health Organization; 2013.
66. Abrahamian R. Uma experiência de psicoterapia de grupo dentro da estratégia saúde da família. *Rev bras med fam comunidade.* 2011;6(21):271-4.
67. Schimidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The*

- Lancet. Health in Brazil [Internet]. 2011 jun. [acesso em 2013 jul 21]. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>
68. Eisch AJ, Cameron HA, Encinas JM, Meltzer LA, Ming GL, Wadishe LSO. Adult neurogenesis, mental health, and mental illness: hope or hype? *J Neurosci*. 2008 nov;28(46):11785- 91.
 69. Ministério da Saúde (Brasil), Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 70. Santos SA, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009 set;25(9):2064-74.
 71. Stefanelli MC, Fukuda AMK, Arantes EC (orgs). *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. Barueri: Manole;2011.
 72. Tomaz R, Zanini DS. Personalidade e coping em pacientes com transtornos alimentares e obesidade. *Psicologia: reflexão e crítica*. 2009;22(3):447-54.
 73. Iacovino JM, Gredysa DM, Altman M, Wilfley DE. Psychological treatments for binge eating disorder. *Curr Psychiatric Rep*. 2012 aug;14(4):432-446.
 74. Martin D, Andreoli SB, Pinto RMF, Barreira TMHM. Condições de vida de portadores de transtornos psicóticos vivendo em cortiços em Santos, SP. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(4):693-9.
 75. Glantz MD, Anthony JC, Berglund PA, Degenhardt L, Dierker L, Kalaydjian A et al. Mental disorders as risk factors for later substance dependence: estimates of optimal prevention and treatment benefits. *Psychol Med*. 2009 aug;39(8):1365-77.
 76. Pinho A, Cecilio LPP, Neira MS, Dias DS, Severiano FP, Burguetti FC et al. *Manual básico de saúde pública: um guia prático para conhecer e garantir seus direitos*. Penápolis: Edição dos autores;2012.
 77. United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2013*. New York: United Nations; 2013. 151 p.
 78. Pinho PH, Oliveira MA, Almeida MM. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Rev Psiq Clín* 2008;35(supl 1):82-88.
 79. Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde escolar. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(1):136-46.
 80. Felício JL, Pessini L. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. *Revista Bioética*. 2009;17(2):203-20.

81. Santos LC, Ferrari AP, Tonete VLP. Contribuições da enfermagem para o sucesso do aleitamento materno na adolescência: revisão integrativa de literatura. *Cienc Cuid Saúde*. 2009;8(4):691-98.
82. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*. 2010;8(1):102-6.
83. Pizzani L, Bello SF, Hayashi MCPI. Caracterização da produção científica em educação especial na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): um estudo bibliométrico. *Rev Educ Espec*. 2010;23(8):379-98.
84. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Making sense of evidence about clinical effectiveness [Internet]. [acesso em 2012 nov 03] Disponível em: http://www.casp-uk.net/wp-content/uploads/2011/11/CASP_Qualitative_Appraisal_Checklist_14oct10.pdf.
85. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
86. Carvalho ER, Rocha HA. Estudos Epidemiológicos [Internet]. [acesso em 2013 maio 15] Disponível em: <http://www.epidemiologia.ufc.br/files/05estudosepidemiologicos.pdf>.
87. Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudo epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol serv saúde*. 2003;12(4):189-201.
88. Conti F. Biometria qui quadrado [Internet]. [acesso em 2013 maio 23]. Disponível em: <http://www.ufpa.br/dicas/pdf/bioqui.pdf>
89. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 2013 jun 13; Seção 1. p. 59-62.

APÊNDICE

APÊNDICE A- Instrumento para extração de dados dos artigos científicos*

IDENTIFICAÇÃO DO ARTIGO	
Título	
Periódico	
Autores	
Ano de Publicação	
Idioma	
País	
CARACTERÍSTICA DO ESTUDO	
Tipo de Pesquisa	
Local do estudo	
Objetivo ou questão de investigação	
Amostra -Quantidade -Característica (sexo, idade, profissão)	
Avaliação do Rigor Metodológico	- Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados) -Identificação de limitações ou viés
Intervenções Realizadas	
Análise	Tratamento dos dados: Nível de significância:
Implicações	As conclusões são justificadas com base nos resultados: Recomendações dos autores:

*Adaptado de Ursi (2005)

ANEXOS

ANEXO A- *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)***

Questões	Considerações	Respostas
1) Objetivo está claro e justificado?	() explica objetivo () explica relevância do estudo Comentários:	() Sim () Não
2) Há adequação do desenho metodológico?	() há coerência entre os objetivos e o desenho metodológico Comentários:	() Sim () Não
3) os procedimentos teórico-metodológicos são apresentados e discutidos?	() há justificativa da escolha do referencial, método () explica os procedimentos metodológicos Comentários:	() Sim () Não
4) A amostra de estudo foi selecionada adequadamente?	() explica os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra de estudo. Comentários:	() Sim () Não
5) A coleta de dados está detalhada?	() explica a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal, ...) () explica o uso de instrumento para a coleta (questionário, roteiro, ...) Comentários:	() Sim () Não
6) A relação entre pesquisador e pesquisados foi considerada?	() o examinador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo potencial de viés (na seleção da amostra, na formulação de perguntas) () descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa Comentários:	() Sim () Não
7) os aspectos éticos de uma pesquisa foram respeitados?	() há menção de aprovação por comitê de ética () há menção do termo de consentimento autorizado Comentários:	() Sim () Não
8) A análise de dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	() explica o processo de análise () explica como as categorias de análise foram identificadas () os resultados refletem os achados Comentários:	() Sim () Não
9) Resultados são apresentados e discutidos com prioridade?	() explica os resultados () dialoga seus resultados com o de outros pesquisadores () os resultados são analisados à luz da questão do estudo Comentários:	() Sim () Não
10) qual o valor da pesquisa?	() explica a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento, ...) () indica novas questões de pesquisa Comentários:	() Sim () Não

** Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CASP) – Programa de habilidades em leitura crítica. © Milton Keynes Primary Care Trust 2002. All rights reserved.

Resultado: Escore 06 a 10 pontos () Escore no mínimo 05 pontos ()

Pontuação de 06 a 10- boa qualidade metodológica e viés reduzido

Pontuação mínima de 05- qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado.

ANEXO B- Instruções para submissão de artigos da Revista Ciência & Saúde Coletiva

Introdução

Ciência & Saúde Coletiva publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um **tema específico** considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central.

A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia. A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>, ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções de publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

Debate: artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

Artigos de temas livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações. No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva).

O **resumo/abstract** terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo “documento em Word” o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende **tabela** (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), **quadro** (elementos demonstrativos com informações textuais), **gráficos** (demonstração esquemática de um fato e suas variações),

figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, **cinco** por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As **tabelas** e os **quadros** devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).

5. Os **gráficos** devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.

6. Os arquivos das **figuras** (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em **fotografia**. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado o em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF¹¹; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. **Artigo padrão** (inclua todos os autores)

Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann Al. Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002. Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004; 31 jan. p. 12. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect.A:3 (Col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras. Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm> Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, *clinical dermatology illustrated* [CDROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational; 1993.

Introduction

Ciência & Saúde Coletiva publishes debates and unpublished analyses and research results on **specific themes** considered relevant to the Collective Health field, as well as articles with discussion and analysis on the state of the art in the overall field and its component areas, even when such articles do not focus on the specific issue's central theme. The journal, published monthly, aims to tackle the field's challenges, seek its consolidation, and constantly keep pace with the trends of thought and practices in Collective Health, in dialogue with the contemporary Science and Technology agenda. The journal *C&SC* adopts the *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* of the International Committee of Medical Journal Editors. The Portuguese language version of which was published in *Rev Port Clin Geral* 1997, 14:159-174. The original document in English is available on various websites in the World Wide Web, such as www.icmje.org; www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. It is recommended that authors read these requirements carefully.

Sections in the publication

Editorial: Responsibility of the Editors. This manuscript should be limited to a maximum 4.000 characters including spaces.

Debate: articles written at the Editors' invitation, focusing on the journal issue's central theme, and receiving signed criticism and comments from up to six experts (also guests), with a subsequent reply by the first author. The article should be limited to a maximum of 40,000 characters, including spaces, while the reviews by the discussants and the author's reply should have a maximum of 10,000 characters each, also, with space.

Theme articles: critical review or the result of empirical, experimental, or conceptual research on the main topic in the theme issue. Research manuscripts should be limited to a maximum of 40,000 characters and review texts should have a maximum of 50,000 characters, both including spaces.

Free theme articles: not included in the theme issue's main content, but focused on research,

analyses, and evaluations of a theoretical/methodological or conceptual nature in the Collective Health field and component areas. The maximum article size is the same as for theme articles.

Opinion: manuscript expressing an expert opinion by one or more authors, or interviews with experts on the topic under debate in the issue; limited to a maximum of 20,000 characters, including spaces.

Book reviews: critical analysis of a book related to the issue's thematic field, published during the two previous years, with a maximum of 10,000 characters. The authors should send a high-definition reproduction of the book's cover to the journal Secretariat.

Letters: critique of an article published in a previous issue of the journal or a short note critically describing emerging situations in the thematic field (maximum of 5,000 characters including spaces).

Note: The maximum number of characters includes spaces and both the body of the text and the references; the abstract and illustrations (figures and charts) are tabulated separately.

Submitting manuscripts

1. The originals may be written in Portuguese, Spanish, French, or English. Manuscripts in Portuguese or Spanish should have the title, abstract, and key words in both the original language and English. Manuscripts in French should have the title, abstract, and key words in both the original language and Portuguese. Footnotes and endnotes will not be accepted under any circumstances.
2. Manuscripts should be double-spaced with Times New Roman font, size 12, 2.5 cm margins, in Word format and only submitted via www.cienciaesaudecoletiva.com.br according to the guidelines in the menu Artigos e Avaliação. In doubt, contact the editor (cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br).
3. Articles submitted may not be reported in another publication or be submitted simultaneously to other journals. Any subsequent reporting of the article in another publication should have the explicit approval of the editors of both journals. The secondary publication should indicate the source of the original publication.
4. Ethical issues pertaining to publication of research on human subjects are the full responsibility of the authors and should comply with the principles contained in the Helsinki Declaration of the World Medical Association (1964, revised in 1975, 1983, 1989, 1989, 1996, and 2000).
5. Manuscripts should be submitted with the respective authorizations to reproduce previously published material, to use illustrations that may identify persons, and to transfer any necessary copyrights and/or rights on other documents.
6. The concepts and opinions expressed in the articles, as well as the exactness and origin of the citations, are the exclusive responsibility of the author(s).
7. Published articles will be the property of C&SC, and total or partial reproduction in any medium whether print or electronic, without prior authorization by the journal, is expressly prohibited.
8. Manuscripts are generally (but not necessarily) divided into sections with the titles Introduction, Methods, Results, and Discussion, and sometimes it is necessary to include subtitles in some sections. Section titles and subtitles should not be organized with consecutive numbering, but with graphic resources (capital letters, indentation, etc.).
9. The abstract, with a maximum of 1,400 characters with space (including the key words), should explain the object, objectives, methodology, theoretical approach, and results of the study or investigation. Immediately below the abstract the author(s) should list a maximum of six key words. We call attention to the importance of clarity and objectivity in drafting the abstract, which is expected to contribute to the reader's interest in the article, as well as the key words, which will aid in the article's multi-indexation.

Authorship

1. The persons (people) designated as authors should have participated in the elaboration of the article in such a way that they can take public responsibility for its content. Qualifying as an author presupposes: a) conception and design or data analysis and interpretation, b) drafting or critically revising the article, and c) final approval of the version to be published.
2. When submitting a manuscript, the individual contribution of each author should be specified in the article's elaboration (e.g., LM Fernandes worked in the design and final draft and CM Guimarães in the research and methodology).

Nomenclatures

1. The rules of biological nomenclature should be strictly observed, as should those of abbreviations and conventions adopted in specialized disciplines.
2. Abbreviations should be avoided in the title and abstract.
3. The complete designation to which an abbreviation refers should accompany its first occurrence in the manuscript, except in the case of standard measurement units.

Illustrations

1. Illustrations in *Ciência & Saúde Coletiva* include **tables** (demonstrative elements such as numbers, measurements, percentages, etc.), **charts** (demonstrative elements with textual information), **graphs** (schematic demonstration of a fact and its variations), **figures** (schematic display of information by means of maps, diagrams, flowcharts, drawings, and photographs). Note that the journal is printed in black and white only, and if illustrations are in color they will be transformed into gray tones.
2. The number of illustrations should not exceed **five** per article, except for systematization articles referring to specific areas of the thematic field, in which case there should be prior negotiation between the editor and author(s).
3. Illustrations should be numbered consecutively in Arabic numerals, with their respective legends and sources, and a brief title should be given to each. All the illustrations should be cited in the text.
4. **Tables** and **charts** should be prepared in the same program used in the article (Word 2003, 2007).
5. **Graphs** should be prepared in Corel Draw or Photoshop and should be sent in opened archive format.
6. **Figures** (e. g. Maps) should be saved in (or exported to) CDR (Corel Draw) format. This format maintains the vector information, that is, maintain the maps' drawing lines. If it is impossible to save the figures in this format, the files may be sent in the TIFF or BMP formats, which are image formats and do not maintain their vector information, which jeopardizes the quality of the results. If the TIFF or BMP format is used, save at the highest resolution (300 DPI or greater) and in the largest size (longest side = 18cm). The same applies to photographic material. If it is not possible to send the illustrations in digital medium, the original material should be sent in good condition for reproduction.

Acknowledgments

1. When acknowledgments are made, they should come before the references (only in the Word file attached in the site).
2. The authors are responsible for obtaining written authorization from the persons named in the acknowledgments, since readers may infer that such persons subscribe to the data and conclusions.
3. Acknowledgements for technical support should be made in a separate paragraph from those for other types of contributions.

References

1. References should be numbered consecutively by the order in which they are cited in the text. Whenever a reference is by more than two authors, the text should cite only the name of

the first author followed by the expression *et al.* In the References section, all authors should be cited.

2. References should be identified by superscript Arabic numerals, according to the following examples: ex. 1: Some researches have proposed that global climate change is likely to have an effect in the future on asthma¹¹.; ex. 2: Harold Blum's ⁴ description of a Jewish patient⁴. References cited only in the charts and figures should be numbered beginning (starting) after the number of the last reference cited in the text.

3. Cited references should be listed at the end of the article in numerical order, according to the overall norms of the *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (<http://www.icmje.org>).

4. Names of journals should be abbreviated according to the style used by Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. Names of persons, cities, and countries should be cited in the publication's original language.

Examples of how to list references

Articles in periodicals

1. Standard article (all authors should be included)

Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann Al. Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

2. Institution as author

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-284.

3. Without indication of authorship

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Issue as supplement

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9 Supl 1:71- 84.

5. Indication of type of text, if necessary

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Books and other monographs

6. Individual as author

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizer or compiler as author

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Institution as author

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/ Ibama; 2001.

9. Book chapter

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Abstract in congress proceedings

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Complete papers published in scientific events

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Theses and dissertations

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002. Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Other published works

13. Newspaper article

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 31 jan. p. 12. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).

14. Audiovisual material

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Legal documents

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material in press or unpublished

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996. Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Electronic material

16. Article in electronic format

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm> Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monograph in electronic format

CDI, Clinical Dermatology Illustrated [CDROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Computer program

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO C- Formulário de Coleta de Dados

FORMULÁRIO DE PESQUISA - DISTRITO _____
 PESQUISADOR _____ Questionário nº _____
 DATA ____/____/____ Equipe de USF _____ Prontuário-registro _____
 Comunidade _____

DADOS DA FAMÍLIA
1. Identificada alguma demanda de alteração da Saúde Mental na família? ☐ Não ☐ Uso de drogas ☐ Uso de álcool ☐ Violência doméstica ☐ Agressão Infantil ☐ Suicídio ☐ Tentativa de suicídio ☐ Prostituição ☐ Outros _____
2. Identificado alguma demanda de transtorno mental na família, pela Equipe de Saúde da Família? ☐ Não ☐ Sim, qual? _____ ☐ Não Consta
3. Existe identificação no prontuário de algum paciente identificado (P.I.) com transtorno mental? ☐ Não consta – Pule para a questão 10 ☐ Não- Pule para a questão 10 ☐ Sim, qual? _____
4. Sexo do PI: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Não Consta
5. Idade do PI: _____ anos ☐ Não Consta
6. Raça: ☐ Branco(a) ☐ Pardo(a) ☐ Mulato (a) ☐ Negro (a) ☐ Amarelo (a) ☐ Indígena ☐ Não consta
7. Estado civil do PI ☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a)/ mora com um (a) companheiro (a) ☐ Separado (a)/ divorciado (a)/ desquitado (a)

☐ Viúvo (a) ☐ União estável ☐ Não consta
8. Profissão/ Ocupação do PI: _____ ☐ Não consta
9. Hobbie/ Atividade de lazer preferida do PI: _____ ☐ Não consta
10. Quantas pessoas moram na casa? ☐ sozinho ☐ 1-2 pessoas ☐ 3-4 pessoas ☐ mais de 4 pessoas ☐ Não consta
11. Quem é o principal provedor financeiro da família ☐ pai/mãe ☐ avós ☐ outros ☐ Não consta
12. Qual (is) é (são) a (s) fonte (s) de renda da família ☐ Trabalho ☐ Benefícios sociais ☐ Aposentadoria ☐ Não consta
13. Qual a renda familiar (aproximadamente)? ☐ Menos de 1 salário mínimo

☐ 1 a 2 salário mínimo ☐ 3 a 4 salário mínimo ☐ 5 ou mais salário mínimo
14. Qual a situação habitacional? ☐ Própria ☐ Alugada ☐ Cedida ☐ Financiada ☐ Outros _____ ☐ Não consta
15. Como é a estrutura habitacional? ☐ Alvenaria ☐ Taipa ☐ Tábua ☐ Outros: _____ ☐ Não consta
16. Qual o destino dos dejetos? ☐ Fossa ☐ Esgoto ☐ A céu aberto ☐ Outros _____ ☐ Não consta
17. Como é a água? ☐ Encanada ☐ Cacimba

☐ Poço ☐ Fonte ☐ Outros _____ ☐ Não consta																																																								
18. Tem energia elétrica? ☐ Sim ☐ Não																																																								
19. Tem acesso a transporte? ☐ Sim ☐ Não																																																								
20. Qual tipo de transporte? ☐ pé/carona/bicicleta ☐ transporte coletivo ☐ transporte escolar ☐ transporte próprio (carro/moto)																																																								
COMPOSIÇÃO FAMILIAR																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Nome</th> <th style="width: 5%;">PI¹</th> <th style="width: 10%;">Idade</th> <th style="width: 10%;">Estado civil</th> <th style="width: 10%;">Grau de Instrução</th> <th style="width: 10%;">Profissão</th> <th style="width: 10%;">Salário</th> <th style="width: 10%;">Empregador²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nome	PI ¹	Idade	Estado civil	Grau de Instrução	Profissão	Salário	Empregador ²																																																
Nome	PI ¹	Idade	Estado civil	Grau de Instrução	Profissão	Salário	Empregador ²																																																	

1 Marque com um X o PI

2 Público/Privado/Autônomo

ANEXO D- Instruções para submissão de artigos da Revista Cadernos de Saúde Pública

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

- 1.1 - Revisão:** revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 - Artigos:** resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 - Comunicação Breve:** relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 - Debate:** artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.5 - Fórum:** seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;
- 1.6 - Perspectivas:** análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras);
- 1.7 - Questões Metodológicas:** artigo completo, cujo foco é a discussão, comparação e avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.8 - Resenhas:** resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.9 - Cartas:** crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

- 2.1** - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2** - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.3** - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
- 2.4** - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

1. [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
2. [ClinicalTrials.gov](#)
3. [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
4. [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
5. [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
6. [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (*Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o

nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada

ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 - Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

ANEXO E- Aprovação do Comitê de Ética para execução da pesquisa


SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº. 528/2011 - CEP/CCS Recife, 19 de agosto de 2011

Registro do SISNEP FR – 397631
CAAE – 0105.0.000.172-11
Registro CEP/CCS/UFPE Nº 038/11
Título: *Projeto de pesquisa transtornos mentais em indivíduos assistidos pelo Programa de Saúde da Família na Cidade do Recife: necessidades do cuidar.*
Pesquisador Responsável: Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti

Senhor (a) Pesquisador (a):

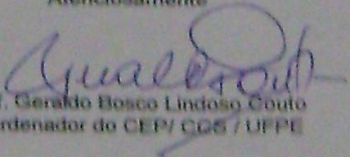
Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 18 de agosto de 2011.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente


Prof. Gerardo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

A
Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti
Dep. de Enfermagem – CCS/UFPE

Av. de Engenharia, s/n – 1º Andar, Cid. Universitária, CEP 50740-600, Recife - PE, Tel/fax: 81 2126 9580.
www.ufpe.br/cepes, e-mail: cepes@ufpe.br

ANEXO F- Aprovação definitiva do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa- relatório final


SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa
Av. da Engenharia, s/n - 1º Andar, Cid. Universitária, CEP 50740-600, Recife - PE,
Tel/fax: 81 2126 8588 - www.ufpe.br/ccs; e-mail: cepccs@ufpe.br

Of. N.º 395/2012 - CEP/CCS Recife, 10 de dezembro de 2012

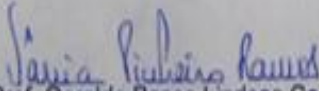
A
Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti
Departamento de Enfermagem- CCS/UFPE

Registro do SISNEP FR – 397631
CAAE – 0105.0.000.172-11
Registro CEP/CCS/UFPE Nº 038/11
Título: Projeto de pesquisa transtornos mentais em indivíduos assistidos pelo Programa de Saúde da Família na Cidade do Recife: necessidades do cuidar.
Pesquisador Responsável: Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti

Senhor Pesquisador:

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) recebeu em 06/12/2012, o relatório final do protocolo em epígrafe e considera que o mesmo foi devidamente aprovado por este Comitê, nesta data.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/ CCS / UFPE