



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CAMPUS II – IMPERATRIZ/MA
CURSO DE MEDICINA

JEFFERSON FERREIRA CARDOSO

**PERFIL DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO
SUDOESTE DO MARANHÃO**

IMPERATRIZ

2019

JEFFERSON FERREIRA CARDOSO

**PERFIL DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO
SUDOESTE DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Ciclo apresentado ao Curso de
Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus
Imperatriz, como parte dos requisitos para obtenção do
título de Bacharel em Medicina **Orientador:** MSc.
Ebenézer de Mello Cruz

IMPERATRIZ

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

FERREIRA CARDOSO, JEFFERSON.

PERFIL DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NO SUDOESTE DO MARANHÃO / JEFFERSON FERREIRA
CARDOSO. - 2019.

22 f.

Orientador(a): EBENÉZER DE MELLO CRUZ.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
IMPERATRIZ, 2019.

1. AGENTES PSICOATIVOS. 2. SAÚDE PÚBLICA. 3.
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. I. DE MELLO CRUZ, EBENÉZER. II.
Titulo.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Jefferson Ferreira Cardoso

Título do TCC: PERFIL DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NO SUDOESTE DO MARANHÃO

Orientador: Ebenézer de Mello Cruz

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Ciclo, em sessão pública realizada a/...../, considerou

() Aprovado

() Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Presidente: Assinatura:
Nome:
Instituição:

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SUDOESTE DO MARANHÃO

Pesquisador: EBENÉZER DE MELLO CRUZ

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17668019.6.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.662.043

Apresentação do Projeto:

Antes da Reforma Psiquiátrica a vida de pessoas acometidas por psicopatologias resumia-se a perambular pelas ruas, desde que não assumissem comportamentos perigosos. Os que eram considerados hostis eram presos ou recolhidos ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia, instituição que fazia de forma piedosa o acolhimento dos pacientes. A Reforma Psiquiátrica acontece concomitantemente com o movimento sanitário, dando importância ao estudo epidemiológico em todas as áreas da saúde, o que constitui uma mudança ainda maior em como se lida com pacientes psicopatológicos, principalmente através da operacionalização da vigilância epidemiológica. Neste contexto, esta pesquisa tem como objetivo principal caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial no em Imperatriz - MA, Brasil. Será realizado um estudo transversal-retrospectivo, com abordagem quantitativa, na qual utilizar-se-á todos prontuários de usuários do CAPS III, admitidos entre janeiro de 2016 e dezembro de 2018. Dados serão submetidos na ferramenta IBM SPSS Statistics e analisados para estatística inferencial, baseando-se na distribuição qui-quadrado. Tendo em vista a recente mudança na região para o novo modelo defendido pela Reforma Psiquiátrica, a realização do projeto contribuirá com as ações promovidas pelo CAPS III, otimizando-as e também dando visão panorâmica dos pacientes e regiões assistidas. O perfil epidemiológico poderá ainda guiar a equipe para uma busca ativa mais efetiva.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoJeff.pdf	28/06/2019 08:31:00	JEFFERSON FERREIRA CARDOSO	Aceito
--	--------------------	------------------------	----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 25 de Outubro de 2019

Assinado por:
Flávia Castello Branco Vidal Cabral
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, que sempre me apoiou incondicionalmente e que mesmo distante fisicamente nunca deixei senti-la ao meu lado por um segundo sequer. Ao meu pai, que não apenas me guiou, mas mostrou que com disciplina e resiliência podemos sempre ir mais longe e alcançar nossos objetivos. Aos meus irmãos e amigos, pelo apoio nos momentos difíceis. À minha namorada, pela assistência incondicional diária e por tornaro processo mais leve. Ao meu orientador, pelos ensinamentos e pela paciência nesta fase tão importante da minha formação. Aos funcionários da instituição, que me receberam de braços abertos e me ajudaram sempre que possível, tornando viável o presente trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
HMI	Hospital Municipal de Imperatriz

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil sociodemográfico, psicopatológico e psicofarmacológico em usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III Renascer de Imperatriz - MA. Métodos: Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, transversal, retrospectiva, de análise documental. Os dados foram obtidos dos prontuários de pacientes atendidos no Centro de Atenção Psicossocial III Renascer entre 2016 e 2018. Resultados: Os transtornos mentais mais frequentes foram, respectivamente, transtornos de ansiedade, transtornos de humor e esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirante. As variáveis epidemiológicas entre os transtornos mais frequentes mostraram-se predominantes para o sexo feminino, o estado civil casado e idade média de 39,43 anos. A classe do psicofármaco mais frequente foi o antipsicótico atípico, liderado pelos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina. Somente 44% dos pacientes encontra-se em tratamento na instituição e mediana de 3 consultas. Conclusão: Evidenciou-se a necessidade de efetivar a criação de novas estratégias para aumentar a aderência dos pacientes baseada nos resultados encontrados, buscando tempo de tratamento condizente com o transtorno apresentado, a fim de evitar sua cronificação.

Palavras-chave: Saúde pública, serviços de saúde mental, agentes psicoativos.

ABSTRACT

Objective: Identify the sociodemographic, psychopathological and psychopharmacological profile of users of the Centro de Atenção Psicossocial III Renascer, Imperatriz - MA. **Methods:** This is a quantitative, descriptive, cross-sectional, retrospective research of documentary analysis. Data were obtained from medical records of patients seen at the CAPS III Renascer between 2016 and 2018 at CAPS III. **Results:** The most frequent mental disorders were, respectively, anxiety disorders, mood disorders and schizophrenia, esquizotipic and delusional disorder. The epidemiological variables among the most frequent disorders were predominant for females, married status and mean age of 39.43 years. The most common psychopharmaceutical class was the atypical antipsychotic, led by Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. Only 44% of patients are undergoing treatment at the institution and a median of 3 consultations. **Conclusions:** New strategies are needed to increase patient capacity of sticking to treatment based on the results found, seeking treatment time that fits the presented disorder, avoiding its chronification.

Keywords: Public health, mental health services, psychoactive agents.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	13
3. RESULTADOS	14
4. DISCUSSÃO	18
5. CONCLUSÃO.....	20
6. REFERÊNCIAS	20

INTRODUÇÃO

Vive-se atualmente uma transição epidemiológica no mundo, em que a medicina, que anteriormente se concentrava em tratar doenças comunicáveis e combater a mortalidade precoce, agora, com o aumento da expectativa de vida aliada ao avanço das técnicas médicas e novos medicamentos, tem de enfrentar o contingente crescente de doenças silenciosas, crônicas e cumulativas que comprometem de forma multifacetada a saúde dos pacientes, aumentando assim seus níveis de morbidade. Entre essas doenças silenciosas, encontram-se as patologias de ordem mental, neurológica e de abuso de substâncias, que hoje representam mais de um terço da morbidade e perda de capacidade funcional no Brasil.^(1,2)

Vê-se então a necessidade de mudança de estratégia como parte da adaptação, iniciando o processo de desinstitucionalização psiquiátrica, tendo principal porta de entrada os serviços substitutivos, destinado para as pessoas em busca de saúde mental⁽³⁾.

O modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde mental empregado na década de 70 começa a ruir após exposição das práticas violentas e excludentes ante o paciente. Em busca de novas soluções e seguindo o movimento sanitarista já iniciado no Brasil na década de 80, instituiu-se o Sistema Único de Saúde e posteriormente a “Lei Paulo Delgado”⁽⁴⁾ (Lei Federal nº. 10.216/2001), que defende a desospitalização progressiva aliada a criação de serviços substitutivos, abrindo assim espaço para novas formas de intervenção, tentando também tornar menos estigmatizados os distúrbios da psique.^(1,5)

A proposta sanitarista em saúde mental que tinha caráter asilar foi cedendo lugar à nova visão. Logo, a substituição do tratamento baseado no isolamento necessita imprescindivelmente de criação e oferta dos serviços que consigam suprir a demanda. Esses serviços, indo de encontro a proposta anterior, deverão ser feitos em locais abertos e arejados, com equipe interdisciplinar, possibilitando reflexão dos profissionais quanto ao diagnóstico e uso de recursos terapêuticos.^(6,7)

Dessa forma, surge a Portaria de nº. 336/02 do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferindo ao CAPS valor essencial e estratégico para a reforma.^(5,8)

De acordo com o Ministério da Saúde, “um CAPS (...) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde. Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade

ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (...), realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários”.⁽⁷⁾

O CAPS III Renascer é uma instituição pública governamental, onde são realizados anualmente cerca de 4000 atendimentos, entre consultas, procedimentos clínicos e terapias particulares e em grupo. Os CAPS III são centros de atenção psicossocial para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.⁽⁷⁾

Aos novos serviços, fica o papel de implementar estratégias e dispositivos, avaliando sua efetividade para que corroborem o novo pensamento anti-clausuramento e anti-hegemonia. Entretanto, estes têm sido considerados insuficientes, bem como enfrentam dificuldades em fornecer aos pacientes atendimento de nível satisfatório.^(6,9,10)

O CAPS III realiza vários tipos de atendimento, desde a internação psiquiátrica do paciente até a dispensação de medicamentos. A instituição tem tido número crescente de procura desde sua reforma, sendo estes referenciados principalmente da saúde primária. O presente trabalho tem como objetivo identificar o perfil epidemiológico desses usuários, a fim de otimizar o serviço prestado.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa quantitativa, com delineamento transversal, estudo no qual utilizaram-se dados secundários. Em seguida, criou-se um banco de dados a partir da análise dos prontuários dos pacientes, prontuários que foram examinados um a um. As seguintes variáveis foram observadas: idade; sexo; estado civil; escolaridade; procedência; hipóteses diagnósticas que serão dispostas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10); número de consultas; situação do atendimento (tratamento, alta e evasão); uso de recurso psicofarmacológico; área do profissional consultado (psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional e enfermagem); e origem, que indica que instituição ou segmento da rede de saúde encaminhou o paciente ao CAPS.

Os dados foram então compilados em arquivo no software IBM[®] Statistics[®] SPSS v.24. Para análise estatística foi utilizada Correlação de Pearson, considerando diferença significativa quando encontrado $p < 0,05$. Foram escolhidos como sujeitos à análise todos os prontuários entre

01 de janeiro de 2016 até 31 de dezembro de 2018. Como critério de exclusão escolheu-se qualquer cadastro que tivesse a primeira consulta fora do intervalo referido acima, prontuários ilegíveis, hipóteses diagnósticas não compatíveis com o CID-10 e prontuários sem hipóteses diagnósticas.

O presente projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, acatando às Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, CAAE: 17668019.6.0000.5087. Este estudo não obteve fontes de financiamento.

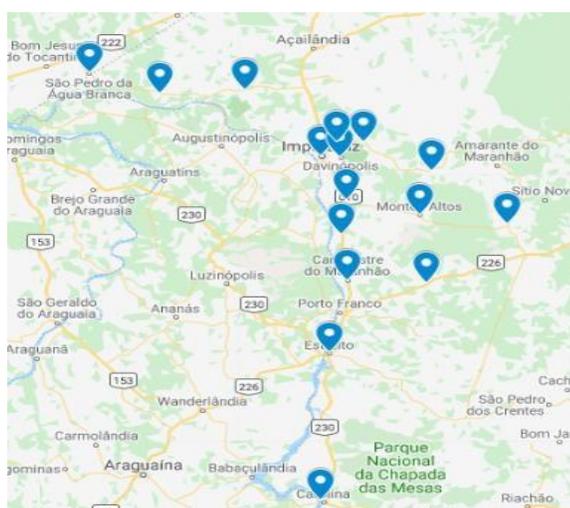
Foram analisados 397 prontuários de pacientes de ambos os sexos, dos quais 203 mostraram-se dentro dos critérios supracitados, sendo estes prontuários preenchidos pelos profissionais que participaram da evolução do paciente.

RESULTADOS

Analisando a Tabela 1, observou-se predominância do sexo feminino com 51,2% (n = 104), mas sem diferença significativa. A idade média foi de 39,43 anos (DP = 14,01), variando entre 15 e 85 anos de idade.

Sobre o estado civil dos pacientes, também apresentada na Tabela 1, os casados ou com companheiros representam 34% (n = 70), solteiros 33% (n=66), viúvos 2% (n = 4) e houve a omissão desta informação em 31% (n = 63) dos prontuários. Com relação à escolaridade, observa-se que a maior parte (32,5%) tem ensino médio completo e que 21,6% são analfabetos ou não completaram o ensino fundamental.

Figura 1 – Mapa das regiões atendidas pelo CAPS III Renascer, Imperatriz, MA, 2016 a 2018.



Fonte: Google Maps, 2019.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos usuários do CAPS III Renascer, Imperatriz, MA, 2016 a 2018.

Características	Quantidade (%)
Número de pacientes	203
Idade	39,43±14,01
Gênero	
Masculino	99 (48,8)
Feminino	104 (51,2)
Estado Civil	
Casado/companheiro	70 (34)
Solteiro/divorciado	66 (33)
Viúvo	4 (2)
Não mencionado	63 (31)
Escolaridade	
Analfabeto	22 (10,8)
Ensino fundamental incompleto	22 (10,8)
Ensino fundamental completo	52 (25,6)
Ensino médio completo	66 (32,5)
Ensino superior completo	14 (6,9)
Procedência	
Imperatriz	156 (76,4)
Outras cidades	43 (21,1)
Não mencionado	5 (2,5)

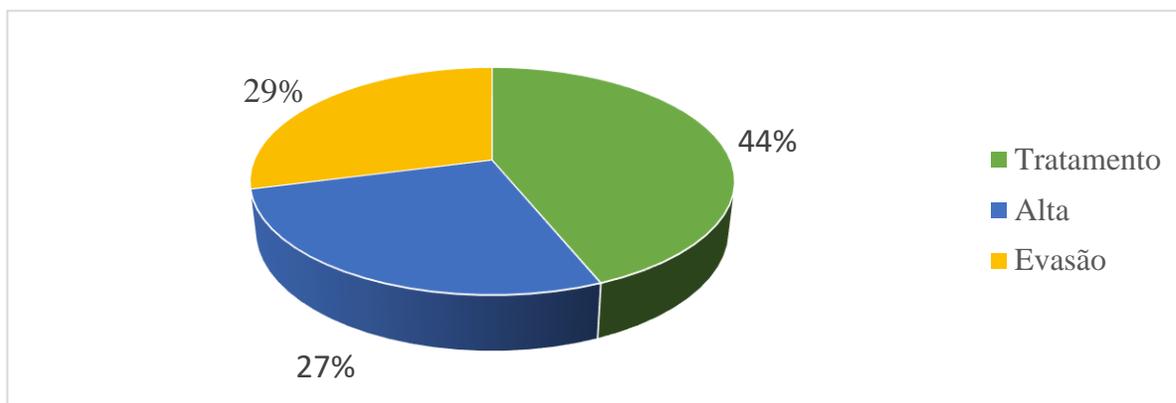
Em relação a procedência, conforme a Tabela 1, observou-se que 76,4% (n = 156) dos pacientes são provenientes de Imperatriz e que 21,1% (n = 43) são de outras cidades, contempladas na Figura 1. Quanto a origem dos pacientes, observou-se que 66% (n = 133) teve encaminhamento da saúde primária e que 18% (n = 37) são provenientes do Hospital Municipal de Imperatriz (HMI).

Conforme o Gráfico 1, observou-se que 44% (n = 89) encontra-se ainda em tratamento na instituição, enquanto 29% (n = 59) evadiu-se. O número de atendimentos por paciente variou de 1 (uma) a 91 consultas, sendo a mediana = 3. Desses usuários, 30% (n = 61) compareceram em apenas uma consulta e 52,18% (n = 110) tiveram até 3 consultas.

Com relação ao uso de psicofármacos, observou-se que 89% dos pacientes usavam algum tipo de medicamento, totalizando 308 fármacos de diferentes classes (Gráfico 2), encontrou-se que

a maioria eram antipsicóticos (45%), seguidos dos benzodiazepínicos (27%) e logo após os antidepressivos (13%), estando de acordo com outro estudo.⁽¹⁷⁾

Gráfico 1 – Situação dos pacientes do CAPS III Renascer, Imperatriz, MA, 2016 a 2018. Alta: pacientes do CAPS III Renascer que receberam notificação de alta em seus prontuários pelos profissionais consultados. Evasão: pacientes do CAPS III Renascer com data marcada para retorno, porém sem evolução em seus prontuários pelo(s) profissional(is) após referida data Tratamento: pacientes que se encontram dentro do intervalo entre a última consulta e data marcada para retorno e sem notificação de alta pelo(s) profissional(is) consultado(s).



No Gráfico 3 vê-se o diagnóstico de acordo com a CID-10⁽¹⁸⁾. Os transtornos de humor aconteceram em 78 casos e as mulheres apresentaram resultados significativamente superiores ($p < 0,05$). Identificando ainda grande prevalência de transtornos de ansiedade e esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirante.

Gráfico 2 – Psicofármacos usados pelos usuários do CAPS III Renascer, Imperatriz, MA, 2016 a 2018.

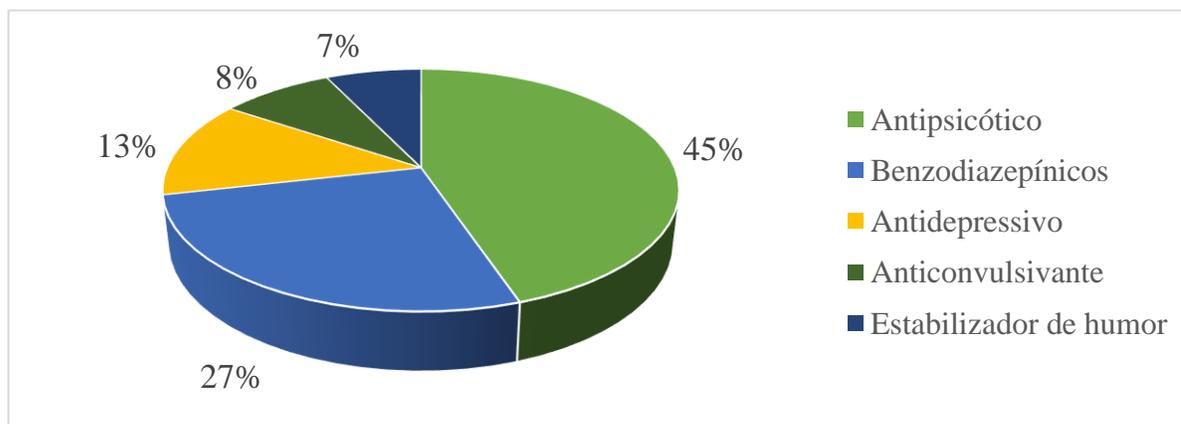
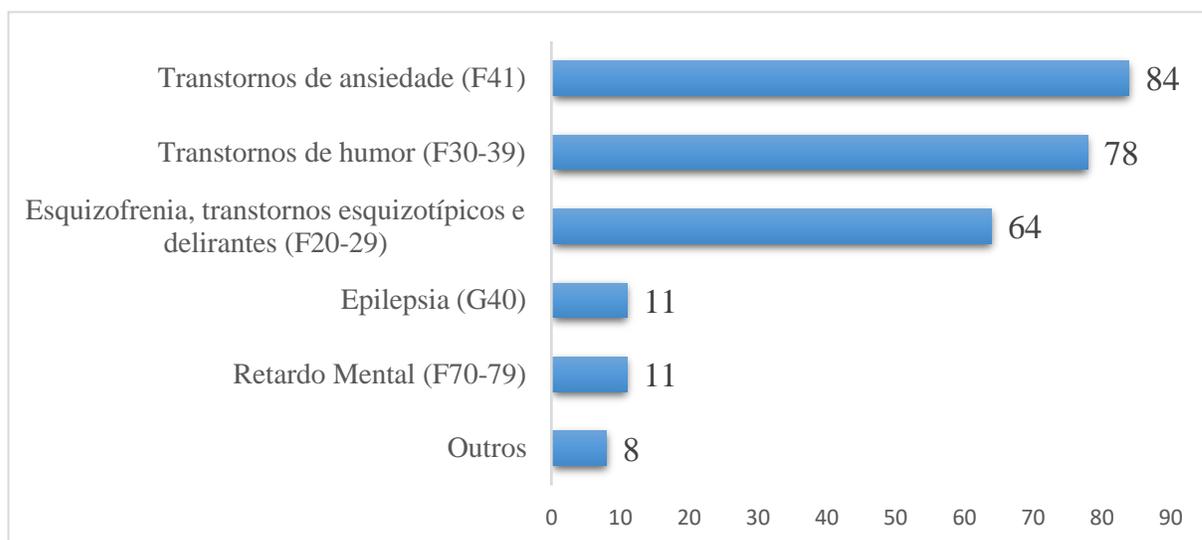
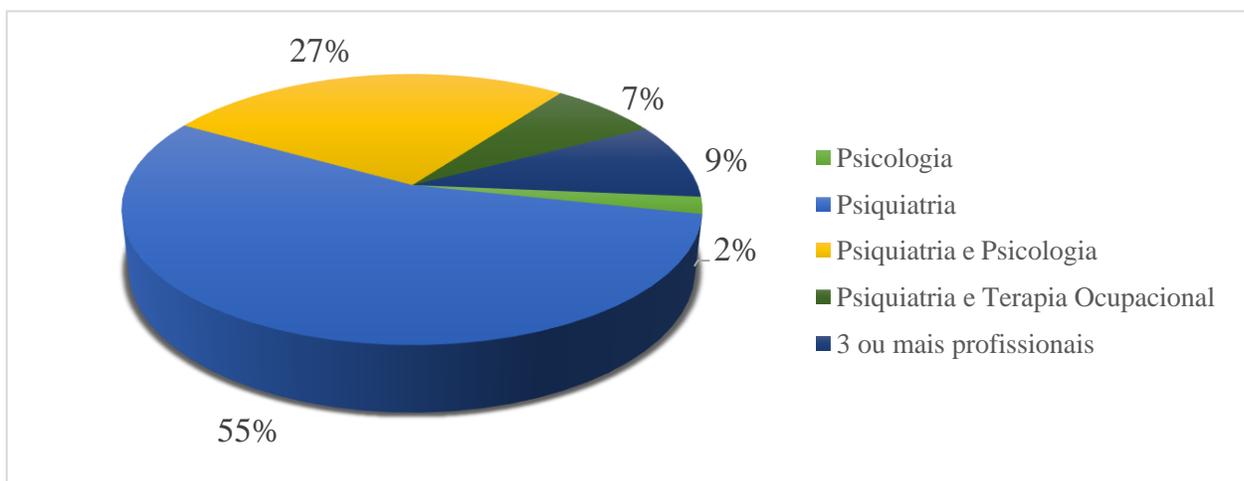


Gráfico 3 – Diagnósticos de acordo com a CID-10 dos usuários do CAPS III, Renascer, Imperatriz, MA, 2016 a 2018.



Em relação à área profissional consultado, a psiquiatria foi requisitada sozinha em 55% (Gráfico 4), porém mostra-se presente em 97% (n = 196) das evoluções em prontuários, seguido pela psicologia com 36,9% (n = 75) de evoluções nos prontuários. Entretanto dos usuários que foram admitidos pela saúde primária, um número substancial não foi atendido pela psicologia ($p < 0,05$), a evolução por parte enfermagem encontrou-se em apenas 2,9% (n = 6) dos prontuários.

Gráfico 4 – Área do profissional consultado pelos usuários do CAPS III Renascer, Imperatriz, MA, 2016 a 2018.



DISCUSSÃO

Encontrou-se pouca predominância do sexo feminino (51,2%) diferenciando-se um pouco dos outros estudos que apresentam porcentagens acima ou bem próximos de 60%.^(11,12,13) É provável que a diferença encontrada esteja nos atendimentos conjuntos do CAPS III com o CAPS AD (álcool e drogas), sendo que este último tem predominância de pacientes do sexo masculino. Estes pacientes são atendidos no CAPS III somente pelos transtornos psiquiátricos e têm prontuários diferentes, um em cada instituição.

O estado civil dos pacientes demonstra resultados próximos entre casados e solteiros. Comparação provavelmente prejudicada pela quantidade de omissão do estado civil no momento da triagem e não investigada também a situação durante anamnese, impossibilitando comparação com outros trabalhos, como o de Chalegre,⁽¹⁴⁾ que mostra predominância relativa de solteiros.

A maioria dos pacientes são procedentes de Imperatriz (76,4%), porém o CAPS atende também grande diversidade de pessoas de outras localidades (21,1%), podendo tal característica influenciar diretamente na capacidade dos pacientes de retornarem ao CAPS para devido acompanhamento e seguimento do tratamento, considerando que o retorno médio das consultas na instituição é mensal.

Percebe-se que a saúde primária tem funcionado como forma preferencial de entrada para o CAPS (66%), sendo este meio o preconizado pois existe maior possibilidade do transtorno mental ser diagnosticado em estado inicial, diminuindo enclausuramentos e a cronificação dos transtornos.^(6,7,9,10) Supõe-se que os pacientes trazidos do HMI (18%) podem ter sido por situações diferentes: os pacientes foram tratados por outra causa base com posterior hipótese de transtorno mental associado e pacientes que se dirigem ao serviço de emergência em estado de crise (de ansiedade, convulsiva, psicótica ou constatada relação direta com a psique) e são inicialmente estabilizados no Pronto Socorro e direcionados ao CAPS para tratamento condizente.

É preocupante o número de pacientes com acompanhamento continuado na instituição, que atualmente representa 44%. Inúmeras são as variáveis que podem estar influenciando no parco comparecimento às consultas e na continuidade do tratamento.

A respeito disto, segundo Kaplan et al.,⁽¹⁵⁾ a aderência significa o grau em que o paciente segue as recomendações médicas ou do profissional de saúde consultado, retorna e mantém o tratamento prescrito. Inclui comparecimento às consultas marcadas, engajamento do tratamento e constância até seu final, englobando consumo dos medicamentos e seguimento das recomendações

feitas. Ademais, a aderência envolve também o quadro clínico específico, a natureza da morbidade e o regime de tratamento adotado.

Considerando os resultados referentes às variáveis número de consultas e situação, os pacientes procuram o serviço, constando que 30% apresenta pelo menos uma consulta, no entanto, não permanecem em tratamento na instituição. Algumas são as hipóteses para tal resultado: o regime de tratamento não é compatível com as necessidades, a localização da instituição não é de fácil acesso para a maioria dos usuários, o horário de funcionamento acaba não sendo compatível com as demais demandas pessoais.

Foi encontrada também importante correlação no que diz respeito ao uso de medicamentos com acompanhamento do médico ($p < 0,05$), tornando este uso mais consciente e preciso para o regime de tratamento adotado específico para cada paciente. Pacientes em tratamento conjunto (psiquiatra e psicólogo) também apresentaram correlação relevante, mostrando que além da medicação, os pacientes muitas vezes faziam acompanhamento psicoterápico ($p < 0,05$).

Em relação ao diagnóstico, os resultados acompanham o mostrado no Relatório Pan-Americano de Saúde Mental ⁽¹⁾. O Brasil, de acordo com a OMS^{1,19}, é o país com maior número de pessoas ansiosas no mundo, contando com 18,6 milhões de habitantes – 9,3% da população – convivem com transtornos de ansiedade, concordando com a prevalência mostrada neste estudo.

O relatório⁽¹⁾ também mostra que a depressão é a condição que mais incapacita os pacientes, estando entre seus sintomas a ansiedade, perda de interesse, falta de concentração, alteração do ciclo sono-vigília, distúrbios de apetite e baixa autoestima,⁽¹⁵⁾ e que, além do grande número de pessoas afetadas, o tempo de convivência do brasileiro com a incapacitação causada por transtornos psicológicos é a maior do mundo.

Sobre os profissionais consultados, fica evidenciado a grande procura médica especializada, representando 97% das evoluções em prontuários e abstenção em grande parte da psicoterapia, presente em 36,9% dos prontuários, mesmo sendo esta um dos pilares da saúde mental.⁽²⁰⁾ Não existe nenhum impedimento quanto ao registro dos profissionais da enfermagem, acredita-se então que dificilmente os pacientes cheguem a ser internados e precisem dos cuidados da enfermagem ou que após os acompanhamentos e procedimentos feitos, os profissionais não são estimulados registrar a evolução nos prontuários.

CONCLUSÃO

A realização desse estudo possibilitou caracterizar o perfil sociodemográfico, psicopatológico e psicofarmacológico dos usuários do CAPS III de Imperatriz. Constatou-se predominância do sexo feminino, maioria de casados e procedência majoritária de Imperatriz. A saúde primária tem papel maior no referenciamento dos usuários. Sobre o número de consultas e situação do paciente, grande parte dos pacientes não continua o tratamento proposto. Em relação ao uso de psicofármacos acontece de maneira supervisionada, tornando o uso mais consciente. O diagnóstico mais prevalente é o de transtorno de ansiedade, seguido da depressão. A respeito da área do profissional consultado, a psiquiatria consta em praticamente todos os atendimentos, com a psicologia em segundo lugar. De modo geral, a aderência dos pacientes necessita de atenção especial e novas estratégias devem ser criadas para seu aumento, no sentido de evitar a cronificação e a morbidade causada pelos transtornos encontrados. Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para a melhoria das políticas de atendimento, tornando-o mais adaptado à realidade da região e otimizando a qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Pan American Health Organization. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. Washington, D.C.; 2018.
2. World Health Organization. mhGAP operations manual: mental health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva, 2018.
3. Cavalheri SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. Rev. bras. enferm. 2010 Feb;63(1): 51-57.
4. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.
5. Sistema Único De Saúde. Conselho Nacional De Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília. 2001.
6. World Health Organization. mhGap intervention guide, version 2.0, Geneva, 2016.

7. Ministério da Saúde, Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.
9. Sistema Único De Saúde. Conselho Nacional De Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Interstorial. Brasília. 2010.
10. Ministério Da Saúde, Departamento De Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica, 7ed. Brasília, 2009.
11. Anna CS, Laryssa T, Gabriela CSR, Fábio PAS, Eliandra FS. Análise Clínica-Epidemiológica De Pacientes Portadores De Transtorno Mental Na Amazônia Brasileira Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria. 2015 Maio/Ago;19(2):96-107.
12. Andreoli SB, Ronchetti SSB, Miranda ALP, Bezerra CRM, Magalhães CCPB, Martin D, etal. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2004.
13. Cátula LP, Ângela KM. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. Rev. Psiquiatria RS set/dez. 2005;27(3):270-277
14. Chalegre CTP. Perfil Epidemiológico dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental 2012;2:94-105
15. Benjamin JS, Virginia AS, Pedro R. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e Psiquiatria Clínica. 11 ed. Porto Alegre, Artmed, 2017.
16. Alice ASM, Camila CB, Marcelo RS, Jucymara FC, Ana Carolina MJ, Carlos Eduardo LV. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. Mental, 2012, vol. 10, n. 19, pp. 235-248.

17. Pablo SB, Denise AS. Medicamentos antidepressivos e antipsicóticos prescritos no centro de atenção psicossocial (CAPS) do município de porciúncula – RJ. Acta Biomedica Brasiliensi, 2012, vol. 3, n.1.
18. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.
19. World Health Organization. Mental health atlas 2017. Geneva, 2018
20. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Caderno HumanizaSUS ; v. 5. Brasília, 2015. 548 p.: i

NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	
		(c) Explain how missing data were addressed	
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	
		(e) Describe any sensitivity analyses	

Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed
		(b) Give reasons for non-participation at each stage
		(c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

DIRETRIZES PARA AUTORES

Sugerimos a leitura das recomendações internacionais para qualidade das publicações científicas em <http://www.equator-network.org/resource-centre/library-of-health-research-reporting>, pode ser encontrada a lista completa dos *guidelines* disponíveis para cada tipo de estudo, por exemplo, o STROBE para estudos observacionais, o COREQ para estudos qualitativos, o PRISMA para revisões sistemáticas e metanálises e o GRRAS para estudos de confiabilidade. Sugerimos que os autores verifiquem esses *guidelines* e atendam ao *checklist* correspondente antes de submeterem seus manuscritos.

Estudos que relatam resultados eletromiográficos devem seguir o *Standards for Reporting EMG Data*, recomendados pela ISEK (http://www.isek-online.org/standards_emg.html)

O conselho editorial poderá publicar trabalhos de modalidade não descrita acima, quando julgar pertinente.

Para iniciar o processo de submissão o primeiro passo é consultar e atender às normas de publicação da revista. Somente após o cumprimento dessas normas é que o artigo poderá ser avaliado.

A responsabilidade da correção normativa e gramatical do texto é de inteira responsabilidade do autor. Caso necessário, a revista pode apontar falhas ou fazer alterações nos originais.

Os originais serão publicados em língua portuguesa ou estrangeira (inglês, espanhol, francês). A estrutura do manuscrito deve variar conforme a seção a que se pretende encaminhar. [Verificar a Política de Seção](#)

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. Todas as submissões devem ser enviadas por meio do Sistema Eletrônico de Editoração de Revista – SEER. O texto deve estar gravado em extensão RTF (Rich Text Format) ou em formatado Microsoft Word, desde que não ultrapasse 4MB.
2. O preenchimento dos metadados é obrigatório, sem o qual o artigo não poderá seguir para a etapa de avaliação:
Título: No idioma original, com versão em português e inglês;
Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.
Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone;
Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada; Resumo: Estruturado no idioma original, com versão em português e inglês;
Palavras-chave: No idioma original, com versão em português e inglês.
3. O número de palavras do manuscrito deve variar conforme a seção a que se pretende encaminhar.

Verificar a Política de Seção

As páginas do texto devem ser formatadas em fonte Times New Roman, tamanho 12, página padrão A4, numeradas no canto superior direito, com margens superior e esquerda de 3 cm e margens inferior e direita de 2 cm. Deve-se usar espaço entrelinhas 1,5, em uma coluna, sem espaços entre os parágrafos, que devem ter entrada de 1,25 cm. As citações diretas com mais de 3 linhas e as notas de rodapé devem estar em corpo tamanho 10.

4. O título e o subtítulo (quando houver) do texto devem aparecer em negrito (sem itálico), em Caixa Alta e Baixa. Eles devem ser claros, objetivos, precisos e concisos, não devem conter qualquer numeração. Algo entre 5 e 13 palavras é de muito bom tamanho.
5. O resumo deve conter o máximo de 250 palavras e sua estrutura deve variar conforme a seção a que se encaminhará o manuscrito: artigo original (Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão ou Purpose, Methods, Results, Conclusions para o abstract; Relato de caso (Objetivo, Descrição do caso, Conclusão ou Purpose, Case description, Conclusions para o abstract); Revisão de literatura: a forma estruturada para o artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória. Todos os artigos submetidos em português deverão ter resumo em português e em inglês. Os

artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract.

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), disponível: <http://decs.bvs.br> ou do Index Medicus.
7. Obrigatoriamente, os arquivos anexos ou apêndices (questionário, entrevista entre outros) devem encaminhados em arquivos independentes como arquivos suplementares durante o processo de submissão no SEER.
8. As tabelas, figuras, gráficos ou quadros devem ser inseridos no corpo do manuscrito precedidos do texto que os citam. Devem ser numerados sequencialmente e formatados dentro das margens. Os autores devem ter conhecimento das limitações impostas pelo tamanho e layout da revista. Portanto, as tabelas grandes devem ser evitadas.
9. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio de agências de fomento e outras organizações devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.
10. As referências deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Group).
 - a) Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura;
 - b) A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em sequência numérica, conforme são mencionadas pela primeira vez no texto. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de “et al.” quando for o caso.
 - c) Os autores devem checar se os autores citados estão referenciados antes de submeter o artigo;
 - d) As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

As referências devem ser identificadas no texto, nos quadros, e nas legendas com algarismos árabes entre parênteses. As referências citadas apenas em quadros ou em legendas de figuras devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida pela primeira identificação no texto desse quadro ou figura.

Evitar citar uma comunicação pessoal a menos que esta forneça informação essencial não disponível numa fonte de informação publicada. Neste caso o nome da pessoa e a data da comunicação devem ser citados entre parênteses no texto.

11. Outros aspectos a serem observados:

Na reprodução de documentação clínica, deve-se evitar o uso de iniciais, nomes e números de registro de pacientes. A identificação de pacientes não é permitida. Um termo de consentimento esclarecido, assinado pelo paciente, quanto ao uso de sua imagem e documentação médica deverá ser fornecido pelo(s) autor(es) quando solicitado pela Revista.

Ao reproduzir no manuscrito algum material previamente publicado (incluindo textos, gráficos, tabelas, figuras ou quaisquer outros materiais), a legislação cabível de direitos autorais deverá ser respeitada. O(s) autor(es) devem fornecer um documento emitido pela entidade publicadora (ou autor da foto) pertinente, autorizando o uso de tais materiais.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início da seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinque.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo complementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.

Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).