

Bruno Lopes da Costa Drummond

A Importância dos Fatores Sociais em Transtornos
Mentais Graves na Atenção Primária de Saúde.

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós Graduação em Saúde Pública

Belo Horizonte - MG

2010

Bruno Lopes da Costa Drummond

A Importância dos Fatores Sociais em Transtornos Mentais Graves na Atenção Primária de Saúde.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Leite Alves Radicchi
Co-Orientadora: Profa. Dra. Eliane Dias Gontijo

Belo Horizonte - MG
2010

Drummond, Bruno Lopes da Costa.
D795i A importância dos fatores sociais em transtornos mentais graves
na Atenção Primária de Saúde [manuscrito]. / Bruno Lopes da Costa
Drummond. - - Belo Horizonte: 2010.
111f.: il.
Orientador: Antônio Leite Alves Radicchi.
Co-Orientadora: Eliane Dias Gontijo.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Transtornos Mentais. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Apoio Social.
4. Serviços de Saúde Mental. 5. Epidemiologia Descritiva. 6. Dissertações
Acadêmicas. I. Radicchi, Antônio Leite Alves. II. Gontijo, Eliane Dias. III.
Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.
NLM: WA 305

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Profa. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomes

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Profa. Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenador do Programa

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia

Sub-Coordenador

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Colegiado

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa

Profa. Soraya Almeida Belisário

Profa. Maria Fernanda Furtado Lima e Costa

Prof. Francisco de Assis Acúrcio

Profa. Eli Iola Gurgel Andrade

Profa. Ada Ávila Assunção

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Representantes Discentes

Aline Dayrell Ferreira

Orozimbo Henriques Campos Neto

Gustavo Laine Araujo de Lima

Declaração de Defesa


**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640


DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Antônio Leite Alves Radicchi, Eliane Costa Dias Macedo Gontijo, José Marcos Resende Oliveira e Jandira Alves Maciel, aprovou a defesa da dissertação intitulada **"A IMPORTÂNCIA DOS FATORES SOCIAIS EM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE"** apresentada pelo aluno **BRUNO LOPES DA COSTA DRUMMOND**, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Política de Saúde e Planejamento da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 19 de novembro de 2010.

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi
Orientador

Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo
Coorientadora

Prof. José Marcos Resende Oliveira

Profa. Jandira Maciel da Silva

Ata de Aprovação da Defesa



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 - FAX: (31) 3409.9640



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de : **BRUNO LOPES DA COSTA DRUMMOND**. Às quatorze horas do dia **dezenove de novembro de dois mil e dez**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"A IMPORTÂNCIA DOS FATORES SOCIAIS EM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE"**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Política de Saúde e Planejamento. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Antônio Leite Alves Radicchi, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi/ Orientador	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo/Coordenadora	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Prof. José Marcos Resende Oliveira	Instit: PBH/ CERSAM	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profa. Jandira Maciel da Silva	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>

Pelas indicações o candidato foi considerado Aprovado.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 19 de novembro de 2010.

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi/ Orientador Antônio Leite Alves Radicchi

Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo/Coordenadora Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

Prof. José Marcos Resende Oliveira José Marcos Resende Oliveira

Profa. Jandira Maciel da Silva - UFMG Jandira Maciel da Silva

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia/ Coordenadora Mariângela Leal Cherchiglia

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia
Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
Faculdade de Medicina - UFMG

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação

Dedico este trabalho à memória de meu pai, à minha mãe e à minha filha... amor.

AGRADECIMENTOS

À Pós-Graduação em Saúde Pública da UFMG, pela efervescência e o debate crítico.

Ao meu orientador Prof. Antônio Leite, pela abertura democrática em me receber, escutar e acompanhar na pós-graduação.

À minha co-orientadora Profa. Eliane Dias, pela firmeza na constante e paciente interlocução.

À Gerência de Saúde do Distrito Sanitário Centro-Sul/PBH, pelo apoio e aposta nesse projeto.

À incansável gerente Liliane Grossi, por demonstrar o que é a causa do SUS.

Aos colegas do São Miguel, pelo carinho e paciência, em especial às auxiliares de saúde: Rosany Teixeira e Elizabeth Seixas.

Às gerências das UBS pesquisadas e as ACS, pela contribuição e apoio.

As excelentes colaboradoras Dra. Mery Natali, na estatística e Dra. Vania Baeta, nas letras.

Ao sempre amigo, médico, psicanalista, Dr. João Carlos Martins.

À psicanalista Dra. Elisa Arreguy Maia, sempre disponível, atenta a escutar no silêncio confiante, por vários anos...

Aos usuários do SUS: Paulo, Luzia, Irene... e tantas almas!

“A complexidade é um progresso de conhecimento que traz o desconhecido e o mistério. O mistério não é somente privativo; ele nos libera de toda racionalização delirante que pretende reduzir o real à idéia”.

(Edgar Morin)

RESUMO

Introdução: Os transtornos mentais graves, particularmente aqueles com situações de risco, apresentam complexidade em sua evolução clínica. Tal complexidade, na atenção primária de saúde, está relacionada com os fatores sociais. A importância de fatores sociais, principalmente rede e apoio social, tem sido valorizada na estratégia de tratamento de transtornos mentais graves. Deste modo é preciso conhecer, na atenção primária de saúde, os transtornos mentais e os fatores sociais. Esta dissertação tem por objetivo, em um primeiro artigo, descrever o perfil clínico epidemiológico dos transtornos mentais, priorizando os graves com situação de risco, e os equipamentos sociais disponíveis na área de referência de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS). Subsequentemente, avaliar em um segundo artigo, os fatores sociais associados, principalmente rede e apoio social, aos transtornos mentais graves com situações de risco. **Método:** Inicialmente foi realizado um estudo descritivo de portadores de transtornos mentais (que apresentam ou não situações de risco), das situações de risco no grupo de transtornos mentais graves e de equipamentos sociais disponíveis. Após levantamento de 853 prontuários em quatro UBS, fez-se estatística descritiva, qui-quadrado e mapeamento da área estudada. Posteriormente, fez-se um estudo descritivo e comparativo entre os grupos que apresentam situações de risco (transtornos mentais graves – TMG) ou não (outros transtornos mentais – OTM), em relação aos fatores sociais: rede, apoio, estilo, condições de vida e variáveis socio-demográficas. Foram aplicados questionários, em uma amostra de 240 usuários atendidos pela saúde mental, nas quatro UBS. Fez-se estatística descritiva, análise univariada e regressão logística binária. **Resultados:** Encontrou-se 72% da amostra são de OTM, com predomínio do sexo feminino e de transtornos de ansiedade. Por outro lado, nos 28% de TMG, predominam as psicoses funcionais e orgânicas, embora com elevada proporção de transtornos neuróticos graves. As situações de risco de maior proporção foram: co-morbididade neurológica (42%) e internação psiquiátrica (33%). A rede apresenta 37 projetos sociais, distribuídos por 31 equipamentos, em sete tipos de atividades. No estudo comparativo, os fatores que permaneceram associados na regressão logística binária foram: “ser do sexo masculino”, “ter somente até um parente confidente” (rede social), “não conseguir retornar para casa” quando sai do espaço onde vive (condições de vida) e redução na dimensão afetivo da escala utilizada para medir o apoio social. **Conclusões:** A presença de TMG na atenção primária de saúde é importante e o fato de distingui-los por meio de “situações de risco” permite a inclusão, no planejamento, de transtornos neuróticos graves. A rede social é vulnerável, devido à expressiva proporção de TMG, ao número escasso de equipamentos e sua distância em relação à moradia dos usuários. Conclui-se que há urgência de políticas que visem o aumento do número de equipamentos da rede social e projetos de apoio social com participação das famílias, particularmente para os TMG com situações de risco.

Palavras chaves: transtornos mentais, rede, apoio social, atenção primária de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Severe mental disorders, particularly those with risk situations, have a complex clinical evolution. This complexity is related to social factors in the primary health care. Social factors, mainly social network and support, play an important role in the strategy to treat severe mental disorders. Thus, it is important to know mental disorders and social factors in the primary health care. This dissertation has the purpose, in this first paper, of describing the epidemiological clinical profile of mental disorders, prioritizing the severe ones with risk situations, and the social equipments available in the referral area of four Primary Health Care Centers - PHCC. Subsequently, in a second paper, social factors, mainly social network and support, associated to severe mental disorders with risk situations. **Method:** First, a descriptive study of mental disorder carriers (having or not risk situations), of risk situations in groups of severe mental disorders and of social equipment available. After the survey of 853 medical charts from four PHCCs, a descriptive statistical analysis was performed, as well as chi-square and mapping of the studied area. Then, a descriptive and comparative study was carried out between the groups which presented risk situations (severe mental disorders – SMD) or not (other mental disorders – OMD), regarding social factors: network, support, life style, and socio-demographic variables. Questionnaires were applied to a sample of 240 users of health mental care in the four PHCCs. Descriptive statistical analysis, as well as univariate analysis and binary logistic regression was performed. **Results:** Seventy-two percent of the sample was OMD, predominantly females and with anxiety disorders. On the other hand, out of the 28% of SMD, functional and organic psychoses have predominated, although with a large number of severe neurotic disorders. Risk situations with a larger proportion were: neurological comorbidity (42%) and psychiatric hospitalization (33%). Social network presents 37 social projects, distributed by 31 equipments, in seven types of activities. In the comparative study, factors which remained associated in the binary logistic regression were: “being a male”, “having up to one confidant relative” (social network), “not being able to go back home” when leaving the place where they live (life conditions) and decreased affective dimension in the scale used to measure the social support. **Conclusions:** The presence of SMD in primary health care is important and the fact of distinguishing them by means of “risk situations”, allows including severe neurotic disorders in the planning. The social network is vulnerable due to the considerable proportion of SMD regarding the scarce number of equipment and the distance between them and the users’ homes. In conclusion, policies are urgently needed in order to increase the number of equipments in social network and social support projects with the participation of the families, particularly for SMDs with risk situations.

Keywords: mental disorders, network, social support, primary health care.

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
2. OBJETIVOS.....	17
3. ARTIGO 1.....	18
3.1 INTRODUÇÃO.....	21
3.2 MÉTODO.....	23
3.3 RESULTADOS.....	25
3.4 DISCUSSÃO.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
4. ARTIGO 2.....	36
4.1 INTRODUÇÃO.....	39
4.2 MÉTODO.....	43
4.3 RESULTADOS.....	45
4.4 DISCUSSÃO.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
APÊNDICES.....	60
APÊNDICE A – Projeto de Pesquisa.....	61
APÊNDICE B – Planilha (dados secundários).....	84
APÊNDICE C – Mapas da área de referência das UBS e ESF.....	85
APÊNDICE D – Mapas de equipamentos sociais e moradias.....	87
APÊNDICE E – Questionário (dados primários).....	92
ANEXOS.....	105
ANEXO A – Aprovação Comitê de Ética.....	106
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	108
ANEXO C – Aprovação do Projeto pela Câmara Departamental.....	109
ANEXO D – Certificado de Qualificação.....	110
ANEXO E – Histórico Escolar.....	111

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O tema investigado surge como consequência de um trabalho realizado por vinte cinco anos no serviço público, atendendo pessoas que procuram a atenção da saúde mental e que habitam em áreas de vulnerabilidade social.

Sabe-se, a partir do cotidiano da clínica em saúde mental, da importância de estudar as diversas situações que nela se mesclam, ou seja, a constante interferência de fatores sociais, para além da condição psíquica, o que acaba por constituir um processo que envolve limitações consideráveis na evolução clínica dos casos.

Por outro lado, sabe-se também que o estado psíquico define consideravelmente o modo como cada pessoa reage aos acontecimentos da vida, e que tal reação possui um forte lastro na história subjetiva. A condição psíquica varia para cada pessoa, portanto, os fatores sociais ganham um peso diferente para cada uma delas, isto é, cada qual reage conforme o estado psíquico em que se encontra. Assim, enquanto uns reagem com angústia, pânico, náuseas, tonteira e paralisias em partes do corpo; outros deliram, escutam vozes, têm enorme medo.

O tratamento clínico na saúde mental é realizado a partir de uma diversidade técnica, advinda de trabalho interdisciplinar, que inclui, dentre outras, a psicologia, a psiquiatria e a psicanálise. O esforço conjunto visa contribuir para que esses sujeitos possam encontrar melhor qualidade de vida.

Contudo, nos casos de pessoas inseridas em contexto de vulnerabilidade social, observa-se que a intromissão de fatores relativos a uma condição social precária gera graves problemas, o que complica, ainda mais, a condução do tratamento. Poder-se-ia dizer que a tonalidade do processo patológico, que por si só já implicaria em limitações na vida do sujeito, muda. Pode-se pensar também que isso vale não só para aquele diagnosticado com transtorno mental, mas para tantos outros que vivem em contexto de vulnerabilidade social.

Cabe perguntar: O que estamos denominando de graves problemas sociais?

A resposta pode ser encontrada em alguns relatos de pacientes no atendimento clínico da saúde mental, na atenção primária de saúde. São relatadas situações como: acordar com barulho de tiro de revólver ao lado da “parede de meio” (divisão que serve a duas casas) onde a pessoa dorme; ter medo de transitar na proximidade de sua moradia, devido à guerra entre grupos locais; presenciar a agonia e falecimento de pessoas no entorno; não conseguir repousar, em virtude de algum ruído muito alto; dormir ou pousar a cada dia em um lugar diferente, por dificuldade de organizar um canto familiar seguro; receio de transitar para além do entorno de sua moradia, devido à incapacidade de localizar-se na cidade, e por desconhecer os direitos e princípios de cidadania.

Também são freqüentes as co-morbidades relacionadas à precária condição da moradia: mofo, poeira, friagem, insetos, mosquitos, etc. Há relatos que acentuam a dificuldade em preservar a intimidade e o corpo, pela condição aglomerada das habitações e a turvação do espaço público-privado. Por outro lado, é relevante a insegurança jurídica quanto à garantia do já reduzido espaço privado, devido à ineficiência do estado para agir nesse território, o que acaba por gerar migrações frequentes.

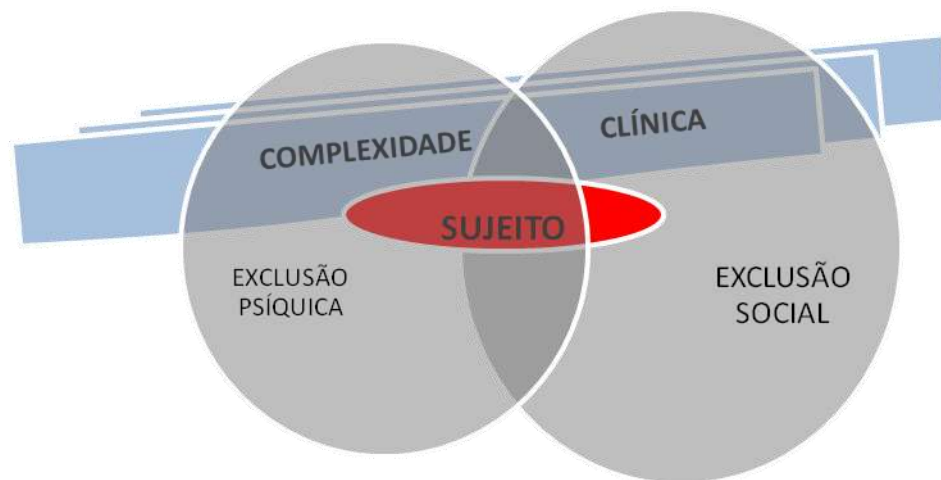
Evidentemente, verifica-se a dificuldade em organizar uma alimentação sadia, não só por razões advindas da condição psíquica, mas, de fato, pela indisponibilidade do alimento. Alguns relatos demonstram a insegurança do sujeito em conseguir apoio do outro para seu tratamento, justamente porque este também sofre com a precariedade. Afora esse problema, o sujeito ainda possui sérias dificuldades de acessar os dispositivos da rede social, por desconhecimento ou incapacidade de definir aonde endereçar sua demanda. Finalmente, escuta-se a dor de conviver, continuamente, com o sofrimento do outro, do familiar ou do vizinho, e a pouquíssima opção de sossego, descanso, repouso e/ou lazer.

Não é difícil perceber, então, que tais situações, além de dificultar a condução do tratamento daqueles que já apresentam algum problema psíquico, geram uma “Complexidade Clínica”. Diante disso, torna-se relevante estudar os fatores sociais em questão, preferencialmente, no próprio local habitado por esses sujeitos - os usuários do serviço -, a fim de conhecer os elementos que concorrem para tal “Complexidade”.

Iniciamos, pois, o estudo da Complexidade Clínica na evolução do tratamento. Trata-se de uma estrutura lacunar que se abre no amálgama da saúde mental, constituído por uma dupla

exclusão: psíquica e social (figura 1). É importante ressaltar que, como o próprio nome indica a Complexidade Clínica, ainda em estudo, exige a presença de outros conhecimentos e saberes, para além da saúde pública.

Figura 1: Modelo sobre a complexidade clínica, no amálgama da saúde mental.



Os casos graves são aqueles que contribuem para a complexidade clínica, na atenção primária de saúde. Para estudá-los é preciso primeiro caracterizá-los. No entanto, há impasse no conteúdo do conceito sobre o que sejam os casos graves, em geral, denominados de transtornos mentais severos e persistentes.

Diante dessa lacuna, este estudo teve início com uma ampla pesquisa a respeito das diretrizes e situações de risco estabelecidas pela política pública de saúde mental, na intenção de construir critérios que priorizem os “casos graves”, na Atenção Primária de Saúde.

Após identificar tais prioridades, elaborou-se um constructo a partir das “situações de risco”. As situações de risco, denominadas neste constructo de “marcadores clínicos”, são discriminadas pela política de saúde mental e demarcadas pela experiência clínica.

Na região do Aglomerado da Serra em Belo Horizonte não há estudos sobre saúde mental. Deste modo, priorizando os casos graves com situações de risco, fez-se primeira uma descrição sobre: A) a demanda feita à Saúde Mental em quatro Unidades Básicas de Saúde;

B) os equipamentos da rede social local e sua distribuição em relação às moradias das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Conhecendo melhor o perfil epidemiológico dos transtornos mentais e a rede social disponível na região, decidimos estudar os fatores sociais com a intenção de melhor caracterizar os casos graves, já que há importante imprecisão no conteúdo do conceito de casos graves.

Iniciamos, então, um estudo analítico com sujeitos incluídos na amostra retirada da população descrita, entendendo que conhecendo os principais fatores sociais associadas aos casos graves, é possível uma assistência com maior integralidade, na atenção primária de saúde.

A política pública de saúde mental tem se esforçado nesse sentido, produzindo, nas últimas décadas, conhecimento sobre o processo de reabilitação, algumas vezes, com inclusão social. Tal empenho vem possibilitando o reconhecimento desses sujeitos enquanto cidadãos.

Entretanto, a política pública de saúde mental ainda não desenvolveu uma micro-política local, ou seja, na localidade onde mora o cidadão, o que limita ações efetivas de reabilitação e inclusão social. Estamos convencidos de que tal processo não se dará sem a efetiva participação daqueles que produzem o trabalho clínico da saúde mental junto à comunidade. É um processo espiral de “mão-dupla”, entre os que executam a política pública de saúde mental e os que produzem a clínica de saúde mental.

Portanto, diante da complexidade clínica e conceitual acima exposta, este estudo visa enfatizar as prioridades da política pública de saúde mental e os fatores sociais em detrimento de dimensões unicamente psicopatológicas, a fim de melhor conhecer o grupo de transtornos mentais graves. Trata-se de um desafio que será justificado na medida em que seja possível produzir uma efetiva aproximação com o cotidiano da clínica em saúde mental, na Atenção Primária de Saúde.

OBJETIVOS

Geral

Avaliar a importância dos fatores sociais para portadores de transtornos mentais, priorizando os transtornos mentais graves com situações de risco, em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Aglomerado da Serra em Belo Horizonte.

Específicos

1. Descrever o perfil clínico epidemiológico dos portadores de transtornos mentais, priorizando os transtornos mentais graves com “situações de risco” e os equipamentos sociais disponíveis na área de referência das UBS estudadas. (artigo I).
2. Avaliar a importância de fatores sociais em portadores de transtornos mentais graves com situações de risco, em quatro UBS na atenção primária de saúde (artigo II).

Artigo 1

TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES E A REDE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
DE SAÚDE

Este artigo foi submetido ao Jornal Brasileiro de
Psiquiatria

Páginas: 19 a 35

TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES E A REDE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Bruno Lopes da Costa Drummond. 1,2

Antônio Leite Alves Radicchi.3

Eliane Dias Gontijo.3

1. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Políticas de Saúde e Planejamento. Escola de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.
2. Médico Psiquiatra – Prefeitura de Belo Horizonte e Unimed-bh.
3. Professores associados - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – Departamento de Medicina Preventiva e Social: Programa de Pós-graduação em Saúde Pública.

Correspondência:

Bruno Drummond. Rua Domingos Vieira 273, sala 905. Bairro: Santa Efigênia, Belo Horizonte, Minas Gerais. CEP: 30 150-240; E-mail: drummond.bruno@ig.com.br

Resumo:

Objetivos: Descrever os transtornos mentais, priorizando os casos graves com situações de risco e a rede social em região de elevada vulnerabilidade à saúde - Belo Horizonte. **Métodos:** Estudo descritivo com levantamento de 853 prontuários atendidos pela saúde mental em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), estudando variáveis: biológica, tipo psicopatológico, diagnóstico (CID) e “situações de risco”, que distinguem dois grupos – transtornos mentais graves (TMG) e outros transtornos mentais (OTM). Estatística descritiva, qui-quadrado e mapeamento das áreas das UBS e rede social. **Resultados:** Os TMG são 28% com predomínio do sexo feminino, psicoses funcionais e orgânicas; os OTM são 72% com predomínio do sexo feminino e transtornos de ansiedade. As “situações de risco” de maior relevância são: co-morbidade neurológica (42%) e internações psiquiátricas (33%). A rede apresenta 37 projetos sociais distribuídos em sete grupos, não sendo exclusivos para saúde mental. **Conclusões:** Os TMG, quando distinguidos por “situações de risco”, permitem a inclusão, no planejamento, de transtornos neuróticos graves. Na Atenção Primária de Saúde, a rede social é vulnerável, devido à expressiva proporção de TMG, ao número escasso de equipamentos e sua distância em relação à moradia dos usuários.

Palavras chaves: transtornos mentais, rede, atenção primária de saúde.

SEVERE MENTAL DISORDERS AND THE SOCIAL NETWORK IN PRIMARY HEALTH CARE

Abstract:

Objectives: describing mental disorders, prioritizing severe cases with risk situations and social network in a highly vulnerable region regarding health in Belo Horizonte. **Methods:** Descriptive study with the survey of 853 mental health charts from four Primary Health Care Centers (PHCC), studying the following variables: biological, psychopathological type, diagnostic (ICD) and risk situations which distinguish two groups – severe mental disorders (SMD) and other mental disorders (OMD). Descriptive statistics, chi-square and mapping PHCC regions and social network. **Results:** SMD occur 28% predominantly in females, being functional and organic psychoses, whereas OMD comprise 72% predominantly in females and anxiety disorders. The most relevant “risk situations” are: neurological comorbidity (42%) and psychiatric hospitalizations (33%). The social network presents 37 social projects distributed in seven groups, not being exclusive for mental health. **Conclusions:** SMD, distinguished by “risk situations” allows including severe neurotic disorders in the planning. In Primary Health care, the social network is vulnerable, due to the expressive proportion of SMD and the distance between the equipments and the users’ homes.

Keywords: mental disorders, social network, primary health care.

INTRODUÇÃO

A política de saúde mental no Brasil evoluiu consideravelmente nos últimos anos. Belo Horizonte, a partir do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado em 1979 pela Associação Mineira de Psiquiatria, despertou para uma política humanitária em relação aos portadores de sofrimento mental. Tal política vem sendo gerada nas últimas décadas pelo movimento anti-manicomial, marco regulatório, que produz contribuições relevantes para os direitos fundamentais das pessoas usuárias da saúde mental, particularmente para os casos graves. Em 1993, inicia-se o processo de transformação da lógica administrativa dos serviços de saúde mental em BH. Em junho do mesmo ano, implanta-se, na regional Barreiro, o primeiro Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), como estratégia para evitar as internações psiquiátricas desnecessárias e abusivas.

O grande desafio iniciado com o CERSAM fundou, em modo contínuo, uma série de dispositivos que hoje compõe a rede de saúde mental do município¹: 1) 07 CERSAM 24h; 2) 01 CERSAM AD – usuários de álcool e droga; 3) 01 CERSAMi – infância e adolescência 4) 09 Centros de Convivência, onde ocorrem oficinas de música, teatro, pintura, literatura, culinária, marcenaria, passeios, festas, assembléias, exposições e cinema; 5) 22 Serviços Residenciais Terapêuticos ; 6) 01 Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturna; 7) 58 Equipes de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde (UBS), atuando em parceria com as 534 Equipes de Saúde da Família; 8) 09 Equipes Complementares para crianças e adolescentes; 09) 09 núcleos de arte na saúde e 10) Incubadora de Empreendimentos Solidários.²

Portanto, apesar de estratégico, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), denominado Cersam em Belo Horizonte, não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, os clubes de lazer.³

Na Atenção Primária de Saúde (APS), os casos graves da saúde mental apresentam uma complexidade clínica tal que impõe a necessidade de estratégias inter-setoriais, que conjuguem, para além da rede de saúde mental, a integralidade da assistência e a rede social.

Tal complexidade evidencia-se como furo na evolução clínica, expresso tanto no caráter emergencial, quanto contingencial de diversas ocorrências sociais, constituindo risco para o próprio sujeito.⁴ Na Complexidade Clínica, é expressiva a carência de recursos sociais básicos, que produz rastros, escreve circuitos. Estes se intercomunicam em um sistema traduzido por um cotidiano precário, que priva o sujeito do que necessita para sobreviver. Essa privação se repete e vai configurando a vulnerabilidade social. Tal situação, aos poucos, mina a capacidade de reação daqueles que, para conviver com transtornos mentais graves (TMG), já têm que se esforçar intensamente.

Além da complexidade clínica, há complexidade conceitual sobre o que são os TMG. Sabe-se que, em sua maioria, os casos graves são aqueles definidos como transtornos mentais severos e persistentes (TMSP). Entretanto, há imprecisão no conteúdo do conceito de TMSP, assinalado por diversos autores, como: 1) várias definições; 2) definições imprecisas e não operacionais⁵; 3) falta de consenso para definição; 4) TMSP, não como diagnóstico, mas como categoria inter-diagnóstica⁶. Essa situação gera: a) variadas nomenclaturas; b) falta de consenso entre os CIDs incluídos como transtornos mentais graves, em diversos documentos oficiais da política de saúde mental; c) exclusão dos transtornos neuróticos graves no planejamento, conforme a definição aplicada e d) limitações para estudos de base populacional, devido à ausência de questionários que definam a variável resposta: TMSP.

Tais limitações, encontradas na literatura, dificultam identificar e, por conseguinte, caracterizar e quantificar o grupo de transtornos mentais graves. A fim de estudar esse grupo, esta pesquisa baseou-se em um constructo elaborado aqui a partir das situações de risco, referenciadas em documentos oficiais das diretrizes prioritárias da política de saúde mental. O constructo visa, ao identificar os TMG a partir do risco, incluir no circuito de rede social todos os necessitados de reabilitação, reinserção e inclusão social.

A vulnerabilidade social dos TMG, expressa na complexidade clínica, constitui o novo desafio para a política de saúde mental na APS. Entre o hospital psiquiátrico e o CAPS há uma lacuna, onde o trabalho da saúde mental na APS deve fazer-se presente. Para além do papel estratégico dos CAPS, é necessário valer-se da malha de saúde mental já enraizada no território de trabalho na APS. Nesse território, o papel estratégico é constituído pelas redes sociais, que se organizam a partir de projetos em equipamentos sociais e formam o alicerce para o tratamento de casos graves da saúde mental. A importância dessa rede é colaborar com

o apoio matricial e com projetos terapêuticos singulares, utilizando os recursos do próprio território. Este estudo pretende contribuir para a construção da rede social na atenção primária de saúde. Para tanto, trata-se de descrever o perfil clínico epidemiológico dos portadores de transtornos mentais, priorizando os transtornos mentais graves com “situações de risco” e os equipamentos sociais disponíveis na área de referência de quatro UBS estudadas.

MÉTODO

Estudo descritivo da população atendida pela saúde mental em quatro UBS e de equipamentos da rede social, localizados na região denominada Aglomerado da Serra, em Belo Horizonte.

População de Estudo

Foram incluídos nesta pesquisa os moradores da área de referência das UBS, com Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) “muito elevado”⁷, idade igual ou superior a 15 anos, que procuraram o serviço de saúde mental por demanda espontânea ou encaminhados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), hospitais psiquiátricos, CAPS (Cersam) e poder judiciário. Foram excluídos os pacientes atendidos pela saúde mental residentes em área de referência das UBS com IVS de “risco baixo”.

Seleção da amostra e Coleta de dados

Foram levantados 853 prontuários de pessoas atendidas pela saúde mental nas UBS: São Miguel Arcanjo (SMA) – Cafezal (CA) – Nossa Senhora de Fátima (NSF) – Nossa Senhora da Conceição (NSC), referente ao período de julho de 2006 a dezembro de 2008. As informações foram organizadas em planilhas (apêndice b) contendo variáveis epidemiológicas: nome, endereço, gênero, idade; UBS, ESF, Agente Comunitário de Saúde e variáveis clínicas de caracterização: 1º) Tipo psicopatológico (CID), que incluiu as Psicoses (F00-F09; F20-F29; F30-F39), as Neuroses (F40-F48), o Uso/abuso de Substâncias Psicoativas (F10-F19), o Retardo Mental (F70-F79) e outros (F50-F59; F90-F98) e 2º) As “situações de risco”. A Tabela 1 descreve as situações de risco, denominadas neste estudo de “marcadores clínicos”, que servem de parâmetro para abordagem desses casos graves, na Atenção Primária de Saúde.

Tabela 1. Descrição dos marcadores clínicos para atenção primária de saúde, referenciados em situações de risco, conforme diretrizes da política de saúde mental no Brasil, 2010.

I	Internação em hospital psiquiátrico maior que quinze dias, nos últimos cinco anos.
II	Passagem pelo Centro de Atenção Psico-Social (CAPS), com hospitalidade integral e maior que cinco dias, nos últimos três anos.
III	Protocolo de questões jurídicas (criminal ou cível), relacionadas à condição psíquica.
IV	Co-morbididades neurológicas (ex: epilepsia e outras), confirmadas pelo especialista.
V	Paciente em crise (urgência) que requer uso injetável de neuroléptico de ação prolongada (NAP), maior que quatro meses seguidos, nos últimos dois anos.
VI	Ato contra o próprio corpo, expresso ou não, com a intenção de interromper a vida.
VII	Morador em situação de rua, relacionada à condição psíquica, confirmada pelos profissionais responsáveis.

Fonte: documentos públicos da política de saúde mental e autor da pesquisa.

Tais situações de risco encontram-se referenciadas nos seguintes documentos oficiais sobre as diretrizes prioritárias da política pública de saúde mental: Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, 2001;⁸ Saúde Mental e Atenção Básica: O Vínculo e o Diálogo Necessários, 2003; Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança no Modelo de Atenção, Gestão 2003-2006;⁹ Política de Saúde Mental de Belo Horizonte, 2006; Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil, 2005;¹⁰ Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança, 2002.¹¹ Deste modo, com os marcadores clínicos, o grupo de casos graves foi discriminado pelas prioridades da política de saúde mental, porém demarcado pela experiência clínica.

Análise de dados

A análise estatística dos dados, utilizando o Software SPSS 17.0, envolveu distribuição de frequências, com medidas de tendência central para variáveis contínuas e proporções nas categóricas. Foi realizado o teste qui-quadrado (proporções), para avaliar possíveis diferenças nos grupos que apresentam ou não as “situações de risco”.

Foram construídos seis mapas da região estudada, utilizando o software AutoCAD 2009, com auxílio de informações locais¹² e arquivos cartográficos cedidos pela Companhia Urbanizadora de Belo Horizonte. Os mapas contêm: a visualização do território de cada UBS, com área de referência das respectivas ESF; a distribuição dos equipamentos sociais e sua relação com a moradia dos portadores de transtornos mentais pesquisados. A rede social é expressão do que se constrói nos equipamentos sociais e é definida neste estudo como: *“grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, que podem ou não oferecer ajuda em diversas situações ao longo da vida”*.¹³

Este estudo foi aprovado pelo CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) da Secretaria Municipal de Saúde da PBH e pelo COEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, sob os respectivos pareceres nº0227.0.203.203-09A e ETIC 0227.0.410.203-09.

RESULTADOS

Classificaram-se os indivíduos estudados em dois grupos, segundo a presença de marcadores clínicos: 1º) grupo de portadores de Transtornos Mentais Graves com situações de risco – presença de um ou mais marcadores clínicos; 2º) grupo com Outros Transtornos Mentais (OTM) – sem marcadores clínicos.

A tabela 2 apresenta os resultados da descrição dos transtornos mentais. O grupo de OTM, composto por 617 indivíduos, corresponde a 72% da amostra estudada. Verifica-se predomínio de mulheres (76,5%), média de idade de 44 anos, 80% de neuroses e 11% de psicoses. Nas neuroses, a maior proporção é de transtornos de ansiedade (42,1%) e transtornos dissociativos/conversivos (24,8%). Nas psicoses, predominam os transtornos do humor (7,0%) e psicoses não orgânicas (2,4%). Observa-se que 31 participantes (5%) relatam o uso de drogas, sendo que quase a metade refere-se à ingestão de bebida alcoólica. Os retardos mentais correspondem a 4 % desse grupo.

No grupo de TMG, composto por 236 casos, sendo 54% mulheres, a média de idade é de 42 anos. Aproximadamente metade dos pacientes apresenta diagnóstico de psicose, com maior proporção das psicoses funcionais (34%). Nestas, há equivalência entre: transtornos do humor (11,3%), esquizofrenia (10,9%) e psicoses não orgânicas (11,4%). Há ainda expressiva

proporção das psicoses orgânicas (13,6%) e poucas demências (1,2%). As neuroses são importantes (36%). O transtorno neurótico grave mais frequente são os transtornos dissociativos/conversivos com 20,3%. O uso de substâncias psicoativas corresponde a 12%, sendo que 7,6% devem-se ao uso de álcool. Os retardos mentais correspondem a 3%, com maior proporção dos retardos moderados (1,3%) diferentemente do grupo de OTM.

Tabela 2. Descrição dos transtornos mentais (OTM e TMG) atendidos pela saúde mental em quatro unidades básicas de saúde. Aglomerado da Serra em Belo Horizonte, MG, 2008-2010.

VARIÁVEL	OTM		TMG		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
SEXO*	617	72,3	236	27,7	853	100
Feminino	472	76,5	128	54	600	70,4
Masculino	145	23,5	108	46	253	29,6
TIPO PSICOPATOLÓGICO / CID						
Psicoses*	66	10,7	115	48,7	181	21,2
F00-F09	4	0,6	35	14,8	39	4,6
F20-F29	19	3,1	53	22,5	72	8,4
F30-F39	43	7,0	27	11,4	70	8,2
Neuroses* (F40-48)	494	80,1	84	35,6	578	67,8
F41	260	42,1	19	8,1	279	32,7
F44	153	24,8	48	20,3	201	23,6
Drogas (F10-F19)	31	5,0	29	12,3	60	7,0
F10	13	2,1	18	7,6	31	3,6
Retardos (F70-79)	22	3,6	7	3,0	29	3,4
F70	19	3,1	4	1,7	23	2,7
F71	3	0,5	3	1,3	6	0,7
Outros	4	0,6	1	0,4	5	0,6
F50-F58	4	0,6	0	0	4	0,5
F90-F98	0	0	1	0,4	1	0,1

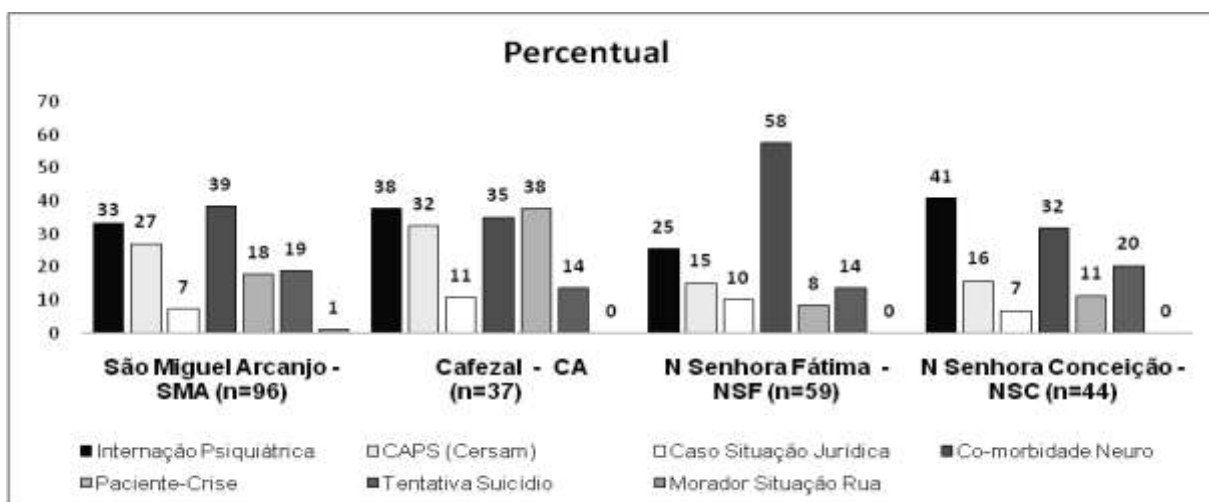
*Valor-p < 0,001

Portanto, há homogeneidade nos grupos, em relação a: origem social e média de idade. Verifica-se que a proporção dos homens duplica do grupo OTM para TMG e que, nos TMG, há relevante percentual de neuroses, próximo às psicoses. Há diferenças entre os grupos em relação ao gênero e em relação aos tipos psicopatológicos: neurose e psicose ($p < 0,001$). Nos dois grupos predomina o uso de álcool, entretanto o uso proporcional de drogas é muito maior nos TMG. Já os retardos mentais moderados predominam nos TMG.

Com os “marcadores clínicos”, é possível observar a proporção de cada situação de risco nos TMG. Considerando as quatro UBS, verifica-se que dentre os 236 TMG, encontram-se 98 casos com co-morbidade neurológica (41,53%), predominando a epilepsia. Sucessivamente, verifica-se a presença de internação psiquiátrica em 79 casos (33,47%), a utilização do CAPS (Cersam) em 54 casos (22,88%), seguido de pacientes em crise e tentativas de suicídio, ambos com 16,95%, casos em situação jurídica (8,47%) e morador em situação de rua (0,42%). Um caso de TMG pode apresentar um ou mais marcadores, por exemplo: um caso de TMG pode ter internação psiquiátrica e utilização do CAPS. O cálculo de cada proporção foi feito levando em conta o total de casos em cada uma das situações de risco em relação ao N total (236) de casos classificados como TMG, nas quatro UBS.

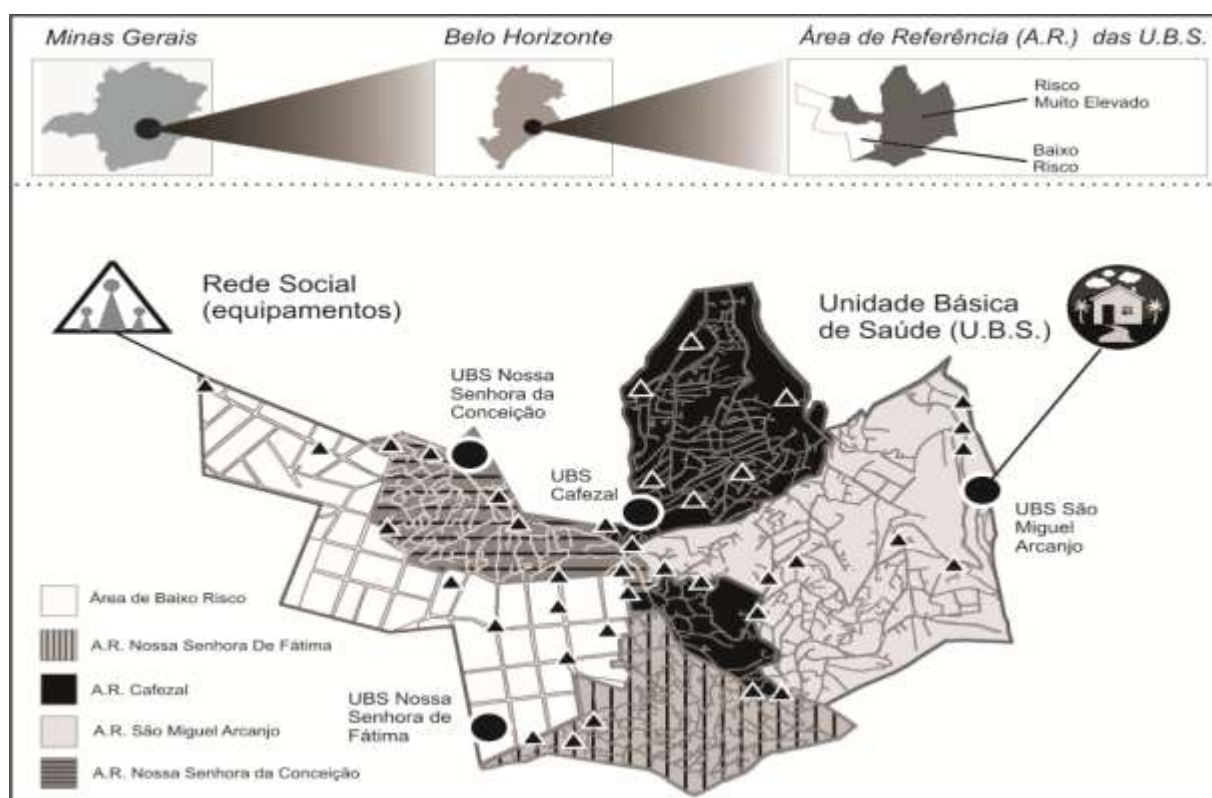
A figura 2 mostra o percentual das situações de risco, no grupo de TMG em cada UBS. Há importante presença de co-morbidades neurológicas: 39%; 35%; 58%; 32%. Avaliou-se a relação entre a utilização do CAPS e internação psiquiátrica. Entre os TMG de duas UBS (SMA e CA) há um paradoxo, com elevada utilização do CAPS e também da internação psiquiátrica, nas outras duas (NSF e NSC) há reduzida utilização do CAPS e elevada internação psiquiátrica. O percentual de tentativas de suicídio varia entre 14% a 20% no grupo de TMG em cada UBS. Já a presença de pacientes-em crise em uso de NAP mantém-se abaixo de 20%, à exceção do grupo de TMG na UBS CA (38%). Os casos em situação jurídica variam de 7% a 11%, entre os TMG de cada UBS. A presença de morador em situação de rua, entre os TMG, é pequena, embora baste um caso para demandar ações de grande complexidade na APS.

Figura 2. Proporção dos marcadores clínicos (situações de risco) no grupo de TMG em cada UBS. Aglomerado da Serra em Belo Horizonte, MG, 2008-2010



A figura 3 mostra a área de atuação das UBS e equipamento social relacionado. Na região pesquisada, encontrou-se uma rede constituída por trinta e sete projetos de política social (distribuídos em trinta e um equipamentos) organizados em sete grupos: artes (8), esportes (7), direitos e cidadania (6), educação (5), saúde (5), informática (3), combate à fome (3). Essa rede distribui-se de modo heterogêneo. Percebe-se que há maior concentração em áreas de referência de três UBS. A UBS São Miguel Arcanjo, localizada na extremidade mais afastada da região, é pouco contemplada com rede social.

Figura3. Área de referência das quatro UBS e rede social (equipamentos). Aglomerado da Serra em Belo Horizonte, MG, 2008-2010.



Com o mapeamento, organizou-se: a) a distribuição dos equipamentos sociais nas áreas de referência das UBS e das ESF (apêndice c); b) a relação da proximidade das moradias desses usuários com equipamentos da rede social, identificando o tipo de projeto social (apêndice d). Os TMG distribuem-se por todas as áreas de referência das onze ESF, porém há maior concentração em uma das ESF de cada UBS. A grande maioria das moradias dos usuários está distante dos equipamentos da rede social: de onze áreas, somente em duas há menor distância entre a moradia do usuário e o equipamento. Nestas, predominam projetos de: artes, educação, direitos sociais/cidadania e combate à fome.

DISCUSSÃO

Historicamente, os transtornos mentais, sobretudo aqueles em área de vulnerabilidade social, necessitam de apoio em rede social. Isso porque o tratamento contempla, além da assistência técnica, espaços que permitam ao sujeito buscar sua autonomia e cidadania.

A situação complica diante de casos graves na APS, pois os esforços se duplicam devido à complexidade clínica apresentada na evolução do tratamento. Há, pois, a necessidade de identificá-los com maior precisão, o que evidentemente possibilita um planejamento adequado por parte dos serviços responsáveis.

Efeitos da complexidade conceitual sobre TMG

A maioria dos estudos encontrados trata somente da prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) na APS. Estudos de base populacional para TMSP ficam limitados, provavelmente porque não há consenso sobre o que sejam os mesmos.¹⁴ Na literatura, vários artigos informam sobre a imprecisão no conteúdo do conceito, esforçando-se em demonstrar qual definição seria capaz de agregar o maior número de pessoas com TMSP.¹⁵ Esta situação tem reflexos no planejamento da política de saúde mental. Por exemplo: no relatório do Ministério da Saúde sobre a Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil, estima-se que cinco milhões de pessoas precisam de cuidados permanentes em saúde mental, em virtude de TMSP como: psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação. Já o documento técnico da Agência Nacional de Saúde sobre TMSP relata que estão agrupadas, sob esta designação, pessoas portadoras de alguma psicose funcional (não orgânica) e que, no campo dos diagnósticos, estariam essencialmente compreendidas entre os códigos F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3 e F33.3.¹⁶ Portanto, aqui não se incluem os transtornos neuróticos graves, mencionados pelo Ministério da Saúde. Deste modo, a não uniformidade dos diagnósticos passíveis de apresentar TMSP em documentos oficiais dificulta o planejamento, podendo gerar equívocos estratégicos para a assistência desses casos.

As Situações de Risco em TMG

Estudar o grupo de TMG, distinguindo-o a partir de situações de risco, conforme diretrizes da política de saúde mental, é uma condição de possibilidade para obter maior acesso à complexidade clínica e, por conseguinte, à reabilitação, reinserção e inclusão social.

Há dificuldades para estudar a prevalência de transtornos mentais, principalmente graves, porque muitas vezes os dados são secundários e os estudos de base populacional, em geral, referem-se à TMC. Estudo realizado no Rio de Janeiro, avaliando 1494 indivíduos internados, encontrou como diagnóstico predominante a psicose funcional (esquizofrenia - 53,6%)¹⁷ e outro estudo, na Bahia, avaliando 100 prontuários na APS, encontraram 37% de psicoses.¹⁸ Neste estudo verificam-se um total de 21,2% de psicoses na demanda da saúde mental na APS, dentre as quais 13,5% estão no grupo de TMG, o que confere uma diferença com os dados nacionais, possivelmente por serem dados secundários. Entretanto, encontrou-se também 68% de neuroses na demanda da saúde mental na APS, dentre as quais 10% estão no grupo de TMG, indicando que, neste grupo, onde é pequena a diferença entre a proporção de psicose e neurose, o diagnóstico não é o fator diferencial para atestar a gravidade dos casos. Aqui as situações de risco adquirem relevância para caracterizar os TMG.

Com os marcadores clínicos, sabe-se que se está em um campo de “situações de risco” em transtornos mentais graves. Deste modo, aborda-se o que é prioritário na constituição do grupo de TMG.

A OMS e MS no Brasil têm recomendado somar esforços na atenuação do duplo estigma “transtornos mentais – epilepsia”, na atenção primária de saúde. Estudos internacionais de base populacional demonstram maior prevalência de transtornos mentais associados à epilepsia. E alguns estudos confirmam, inclusive, que a prevalência de pessoas com epilepsia em unidades de tratamento psiquiátrico é maior do que sua prevalência na população geral.¹⁹ No presente estudo, a proporção de co-morbidades neurológicas, em sua maioria epilepsia, no grupo de TMG é de muita relevância, em todas as UBS. Deste modo é importante aperfeiçoar a política de acesso à neurologia, para os TMG atendidos na APS.

Encontrou-se, neste estudo, entre os TMG de duas UBS (SMA e CA): elevada utilização do CAPS (Cersam), juntamente com elevada internação psiquiátrica, indicando que há um

paradoxo entre os dois procedimentos. Entretanto, como a função de um estudo descritivo é justamente levantar hipóteses, é possível supor que os esforços do CAPS não têm sido suficientes para reduzir a internação, ou as mesmas ocorrem sem passar pelo CAPS. Dentre alguns estudos, o realizado em Belo Horizonte afirma a importância do abandono de tratamento (39,2%) no CAPS; ²⁰ o realizado em Resende afirma o não retorno ao tratamento no CAPS, após a primeira consulta (54% dos usuários). ²¹ Há ainda estudos, nos CAPS de Santos, SP, sobre a avaliação das modalidades de atendimento. Nestes centros, onde se supõe necessário o tratamento psicossocial, encontrou-se somente 4,3% da modalidade “reabilitação psicossocial” no atendimento. ²² Todavia, coorte prospectiva, realizada em cidades de porte médio no sul do país, demonstra a efetividade no tratamento realizado pelos CAPS, mas afirma a urgência de qualificação em infra-estrutura para os CAPS e de empoderamento da rede social para saúde mental na APS. ²³

Nas UBS onde o grupo de TMG apresenta elevada utilização do CAPS e internações psiquiátricas, são relevantes as proporções, de tentativas de suicídio e presença de pacientes-em crise em uso de neuroléptico de ação prolongada - NAP. Estudo no RJ indica a presença de transtornos mentais em 71,9% das tentativas de suicídio, sendo que, dentre os cinco principais diagnósticos relacionados a tentativas de suicídio, estão: as psicoses funcionais (transtornos do humor, esquizofrenia) e uso de substâncias psicoativas (álcool). ²⁴ Há também estudo em Ribeirão Preto indicando ser o uso de NAP (haldol decanoato) mais frequente nas psicoses funcionais, como esquizofrenia e transtornos do humor. ²⁵ Encontram-se, no presente estudo, elevada proporção de psicoses funcionais no grupo de TMG, indicando serem esses parâmetros: a “tentativa de suicídio” e o “uso do NAP em paciente-em crise”, adequados para avaliar a gravidade desse grupo na APS.

Após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, a atenção primária passou a responsabilizar-se também por usuários em situações jurídicas e em situação de rua, ampliando a complexidade clínica na APS. Não há estudos sobre casos em situação jurídica na APS. Há estudo, em internos no RJ, que encontram 12,5% de casos em situação jurídica: curatela, medida de segurança e *sub judice*. ²⁶ Neste estudo, entre os TMG, há presença de casos em situação jurídica em todas UBS, em algumas atingindo 11%. Outro estudo realizado em BH confirma a relação entre transtornos mentais e situação de rua, mostrando a presença de depressão grave em adultos jovens nesse grupo de situação de rua ²⁷.

Percebe-se, então, que grupos como OTM e TMG, mesmo tão homogêneos, apresentam importantes diferenças quando avaliados por “situações de risco”, o que confere a esse parâmetro força para distinguir a gravidade desses casos na atenção primária de saúde.

A Rede Social na Atenção Primária de Saúde

A região do Aglomerado da Serra possui 31 equipamentos sociais que estão disponíveis para uma população de 30.000 habitantes. Portanto, eles não são exclusivos para a saúde mental. Como a reabilitação e inclusão social são de alta complexidade, essa rede disponível encontra-se reduzida para o percentual de TMG existente nas áreas de referências das quatro UBS. Além disso, a rede distribui-se de modo heterogêneo, sendo os equipamentos sociais escassos e distantes do local de moradia dos usuários, em diversas áreas de referência das UBS na APS.

Essa característica é importante, pois são expressivos os casos graves de complexidade clínica: muitos pacientes, quando conseguem, circulam com dificuldades no território onde habitam, sendo muito importante não só facilitar o acesso à rede como, em muitos casos, conduzir e transportá-los até o local do equipamento social. Estudos realizados são unânimes em apontar a importância do aumento de serviços, bem como da rede social no tratamento dos transtornos mentais graves na APS.²⁸

CONCLUSÃO

Por fim, conclui-se pela importância de distinguir os casos graves a partir das *situações de risco*, preservando assim as prioridades clínicas e políticas. Tal procedimento permite incluir no planejamento, além das psicoses, os transtornos neuróticos graves. É fundamental que estes sejam contemplados, não só em virtude da reabilitação e inclusão social, mas para iniciar um desenho da rede social, orientada pela caracterização clínica e epidemiológica dos transtornos mentais graves. Além disso, considera-se a relevância da rede social, não para complementar, mas como fator inerente a qualquer ação que se pretenda eficiente na melhora clínica desses casos graves na Atenção Primária de Saúde.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Colaboradores

O autor: B. Drummond elaborou o projeto; coordenou os trabalhos; efetuou o trabalho de campo; realizou a entrada, análise, consistência dos dados e redigiu o manuscrito. Os co-autores: A. Radicchi atuou como orientador da dissertação de mestrado; participou no desenho do estudo; acompanhou todo o processo de trabalho de campo; auxiliou na entrada, análise e consistência dos dados. E. Dias Gontijo atuou como co-orientadora do trabalho; participou também do desenho do estudo; acompanhou todo o processo de trabalho de campo; auxiliou na entrada, análise e consistência dos dados. Todos os autores ajudaram na redação do artigo, aprovando sua versão final.

Agradecimentos

Os autores agradecem o apoio a Gerência de Saúde do Distrito Sanitário Centro-Sul da Secretaria Municipal de Saúde de BH, aos gerentes das UBS pesquisadas, em especial Liliane Grossi da UBS São Miguel Arcanjo, pelo incentivo e apoio. Também agradecem à Dra Vania Baeta, Letras/ UFMG, pela revisão literária do manuscrito e à arquiteta Suéllen Costa, pela confecção digital do mapa.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte, MG, 2006, 6-14. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Saude_mental_BH_02-10.pdf (acesso em 13/09/2010).
2. Coordenação de Saúde Mental de Belo Horizonte. Jornal Sirimim – publicação periódica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Ano IX, No 1, 2010.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Atenção Básica, Saúde Mental e Atenção Básica. O Vínculo e o Diálogo Necessários, 2003. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> (acesso em 13/09/2010).
4. Morin E, Introdução ao Pensamento Complexo. O Paradigma Complexo, Ed Sulina (RS), 2006, Pag. 57-77.
5. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness, Br J Psychiatry, 2000, 177:149-55.
6. Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community – based mental health service interventions, Soc. Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2006; 41(6):457-63.

7. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Territorialização e Diagnóstico Local, 2010, pag.16.
8. Ministério da Saúde. Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, 2001.
http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficia_plano_inclusao_saude_mental_atencao_basica.pdf (acesso em 13/09/2010).
9. Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Atenção a Saúde. Relatório de Gestão, 2003-2006. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção, 2007.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf (acesso em 13/09/2010).
10. Ministério da Saúde do Brasil. Reforma psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil; Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental - 15 anos depois de Caracas. Nov.2005, 42-44.
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf (acesso em 13/09/2010).
11. World Health Organization. The World Health Report, 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope, 2002, 1ª edition: 58-68.
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf (acesso em 13/09/2010).
12. Publicação da Assessoria de Monitoramento e Avaliação e de Comunicação do Projeto Espaço Criança Esperança – ECE. Apoio: PBH, UNESCO, PUC Minas, “Fábrica”. Mapa de Equipamentos Sociais do Aglomerado da Serra/BH. Belo Horizonte, 2004.
13. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de construto de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública, 2005, 21(3): 703-714.
14. Cavalcanti MT, Dahl CM, Carvalho MCA, Valencia E. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial- CAPS, Rio de Janeiro, RJ, Rev. Saúde Pública 2009; 43(Supl. 1): 23-8.
15. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness, Am J Psychiatry, 1990; 147(12):1602-8.
16. Mendes Ribeiro J. A Agência Nacional de Saúde Suplementar e as Políticas de Saúde Mental Direcionadas para Portadores de Enfermidades Mentais Severas. Documento Técnico ANS, Rio de Janeiro, 2003.
http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/2003jun_nov_forum_saude_suplementar.asp (acessado em 14/09/2010).

17. Gomes MPC, Couto MCV, Pepe VLE, De Almeida LM, Delgado PGG, Coutinho ESF. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar do Rio de Janeiro: dados preliminares. *Cad. Saúde Pública*, 2002, 18(6): 1803-1807.
18. Santos DN, Modesto TN. Saúde Mental na Atenção Básica. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, 2007, 31(1): 19-24.
19. Gallucci Neto J, Marchetti RL. Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia, *Rev. Bras. de Psiquiatria*, 2005, 27(4): 323-8.
20. Melo AP, Guimarães MD. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Rev. Bras. Psiquiatria*. 2005; 27(2): 113-8.
21. Pelisoli CL, Moreira AK. Caracterização epidemiológica dos usuários do CAPS Casa Aberta. *Rev. Psiquiatria do RGS* 2005; 27(3): 270-77.
22. Andreoli SB, Ronchetti SSB, Miranda ALP, Bezerra CRM, Magalhães CCPB, Martin D, Pinto RMF. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil, *Cad. Saúde Pública*, 2004, 20(3): 836-844.
23. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Da Silva RA, Gonsalves H et al. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada, *Cad. Saúde Pública*, 2010, 26(4): 807-815.
24. Santos AS, 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, 25(9): 2064-2074.
25. Cardoso L, Galera SAF. Doentes Mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico, *Rev. Escola Enfermagem USP*, 43(1): 161-7.
26. Silva JPL, Coutinho ESF, Amarante PD. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro, *Cad. Saúde Pública*, 1999, 15(3): 505-511.
27. Botti NCL, Castro CG, Silva MF, Silva AK, Oliveira LC, Castro ACHOA, Fonseca LLK. Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte, *J Brasileiro Psiquiatria*, 2010, 59(1):10-16.
28. Mângia, E. F.; Muramoto, M. Redes sociais e Construção de Projetos Terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em Saúde Mental. *Rev. Ter. Ocupacional Universidade de SP*, 2007, V. 18, n. 2, p. 54-62.

Artigo 2

FATORES SOCIAIS ASSOCIADOS A TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES COM
SITUAÇÕES DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Este artigo foi submetido aos Cadernos de
Saúde Pública.

Páginas: 37 a 57

FATORES SOCIAIS ASSOCIADOS A TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES COM SITUAÇÕES DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Bruno Lopes da Costa Drummond.^{1,2}

Antônio Leite Alves Radicchi.³

Eliane Dias Gontijo.³

1. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Políticas de Saúde e Planejamento. Universidade Federal de Minas Gerais.
2. Médico Psiquiatra – Prefeitura de Belo Horizonte e Unimed-BH.
3. Professores associados - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – Departamento de Medicina Preventiva e Social: Programa de Pós-graduação em Saúde Pública.

Correspondência:

Bruno Drummond. Rua Domingos Vieira 273, sala 905. Bairro: Santa Efigênia, Belo Horizonte, Minas Gerais. CEP: 30 150-240; E-mail: drummond.bruno@ig.com.br

Resumo:

O estudo avalia os fatores sociais associados aos transtornos mentais graves com situações de risco na atenção primária de saúde. Participaram 240 usuários atendidos pela saúde mental em quatro Unidades Básicas de Saúde, situadas em região de elevada vulnerabilidade social, em Belo Horizonte. O estudo descreve e compara Transtornos Mentais Graves (TMG) com situações de risco clínico e social e Outros Transtornos Mentais (OTM), em relação a fatores sociais: rede e apoio social, estilo e condições de vida e variáveis sócio-demográficas. Na regressão logística binária, os fatores que permaneceram associados foram gênero Masculino (OR= 3,62; IC95%: 1,84-7,09); ter somente “até um parente confidente” (OR=2,53; IC95%: 1,18-5,42); “não conseguir retornar para casa” quando sai do espaço onde vive (OR= 3,49; IC95%: 1,40-8,71). A redução na dimensão afetivo da escala do *Medical Outcomes Study* aumenta a chance de TMG com situações de risco. Conclui-se que há urgência de políticas, para aumento do número de equipamentos da rede social e projetos de apoio social com participação das famílias.

Palavras-chave: rede, apoio social, transtornos mentais, atenção primária de saúde.

SOCIAL FACTORS ASSOCIATED TO SEVERE MENTAL DISORDERS WITH RISK SITUATIONS IN PRIMARY HEALTH CARE

Abstract:

This study evaluates social factors associated to severe mental disorders with risk situations in primary health care. Two hundred and forty outpatients assisted at four Primary Health Care Centers, located in regions of high social vulnerability, in Belo Horizonte. The study describes and compares Severe Mental Disorders (SMD) with situations of clinical and social risk and Other Mental Disorders, regarding social factors: social network and support, life style and conditions and social socio-demographic variables. In the binary logistic regression, factors which remained associated were male gender (OR= 3.62; 95% CI: 1.84-7.09); having only “up to one reliable relative” (OR=2.53; 95% CI: 1.18-5.42); “not being able to go back home” when leaving the place where they live (OR= 3.49; 95% CI: 1.40-8.71). The decreased affective dimension in the Medical Outcomes Study scale increases the chance of SMD with risk situations. In conclusion, policies are urgently needed in order to increase the number of equipment in social networking and social support projects with the participation of the families.

Keywords: network, social support, mental disorders, primary health care.

Introdução

O tratamento dos transtornos mentais graves na atenção primária de saúde (APS) exige uma posição enfática das políticas de saúde mental, pois é nesse nível que o serviço oferecido encontra-se próximo ao cotidiano do usuário e onde há o maior número de profissionais da saúde mental. Deste modo, o empoderamento da saúde mental na atenção primária pode permitir maior ação nesse tipo de clínica em que impera a complexidade. A complexidade, na clínica de transtornos mentais graves, reclama por presença multiprofissional e articulação intersetorial, principalmente porque, além da carga da doença, somam-se os graves problemas sociais, que se apresentam de modo estrutural e contingencial.

Em relação à evolução clínica, os problemas sociais acabam por estimular um mecanismo de repetição que leva os pacientes a procurar, constantemente, o serviço e, muitas vezes, a regredir nos sintomas psíquicos, fazendo-os voltar a pontos já superados. Essa repetição, observada na clínica da saúde mental, caracteriza uma situação de complexidade. Portanto, quando se trata de avaliar a complexidade em casos atendidos pela saúde mental na atenção primária, os fatores sociais são fundamentais, não porque eles atuem como causa direta de tais transtornos, mas por influírem na evolução clínica.

Dessa forma, a complexidade clínica se expressa na densidade das questões sociais. O amálgama psíquico e social é, então, o objeto com o qual se ocupa a saúde mental. Nesse contexto, torna-se necessário conhecer e avaliar os fatores sociais, que participam do cotidiano de pessoas com TMG na APS.

Transtornos Mentais Graves

Os TMG, prioridade para política pública de saúde mental, em sua maioria, são aqueles encontrados na literatura como transtornos mentais severos e persistentes (TMSP), porém o que realmente os distingue é o fato de apresentarem situações de risco que marcam sua gravidade clínica.

A importância desse grupo é tal que o Ministério da Saúde em 2005 estima, nessa situação, a prevalência de cinco milhões de pessoas no Brasil. Entretanto, a imprecisão no conteúdo do conceito de TMSP dificulta identificar e caracterizar esse grupo, limitando, portanto, a quantificação epidemiológica.

Tal imprecisão é evidenciada por: 1) diversas definições;¹ 2) definições pouco consistentes e não operacionais;² 3) falta de consenso para a caracterização; 4) definição como categoria inter-diagnóstica.³ Isso gera: a) diversas nomenclaturas; b) ausência de uniformidade entre os CIDs incluídos no conjunto de transtornos mentais graves em vários documentos oficiais da política pública de saúde mental; c) não inclusão no planejamento dos transtornos neuróticos graves, dependendo da definição aplicada e d) limitações para estudos de base populacional, devido à ausência de questionários que definam a variável resposta: TMSP.

A fim de estudar esse grupo, esta pesquisa baseou-se em um constructo elaborado aqui a partir das “situações de risco”, que marcam a gravidade desses casos. A tabela 3 mostra essas situações de risco, denominadas neste estudo de “marcadores clínicos”, que servem de parâmetro na abordagem de casos graves, na APS.

Tabela 3

Descrição dos marcadores clínicos para atenção primária de saúde, referenciados em situações de risco, conforme diretrizes da política de saúde mental no Brasil, 2010.	
I	Internação em hospital psiquiátrico maior que quinze dias, nos últimos cinco anos.
II	Passagem pelo Centro de Atenção Psico-Social (CAPS), com hospitalidade integral e maior que cinco dias, nos últimos três anos.
III	Protocolo de questões jurídicas (criminal ou cível), relacionadas à condição psíquica.
IV	Co-morbididades neurológicas (ex: epilepsia e outras), confirmadas pelo especialista.
V	Paciente em crise (urgência) que requer uso injetável de neuroléptico de ação prolongada (NAP), maior que quatro meses seguidos, nos últimos dois anos.
VI	Ato contra o próprio corpo, expresso ou não, com a intenção de interromper a vida.
VII	Morador em situação de rua, relacionada à condição psíquica, confirmada pelos profissionais responsáveis.

Fonte: documentos públicos da política de saúde mental e autor da pesquisa.

Tais situações de risco encontram-se referenciadas nos seguintes documentos oficiais sobre as diretrizes prioritárias da política pública de saúde mental: Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, 2001;⁴ Saúde Mental e Atenção Básica: O Vínculo e o Diálogo Necessários, 2003;⁵ Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança no Modelo de Atenção, Gestão 2003-2006;⁶ Política de Saúde Mental de Belo Horizonte, 2006;⁷ Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil⁸, 2005; Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança, 2002.⁹

Com o estabelecimento dos marcadores, dois grupos foram identificados na APS: 1º) Transtornos Mentais Graves com Situações de Risco (TMG): presença de um ou mais marcadores clínicos e 2º) Outros Transtornos Mentais (OTM): sem marcadores clínicos.

Fatores Sociais

Por fim, procurou-se compará-los em relação aos fatores sociais. Entre os fatores sociais, estudaram-se os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), elaborados pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Essa comissão escolheu o modelo Dahlgren e Whitehead em suas incidências: proximal (vinculados aos estilos de vida), intermediária (relacionado às condições de vida, rede e apoio sociais) e distal (referentes à macro-estrutura econômica, social e cultural).¹⁰ O presente estudo privilegia as incidências: proximal e intermediária, em particular, rede e apoio social.

A importância da rede e apoio social é tal que consistente estudo, 1979, demonstrou ser a associação, entre laços sociais e mortalidade, independente do status socioeconômico e práticas como fumar, beber, obesidade. Deste modo, confirma que pessoas sem laços sociais tiveram maiores chances de falecer no período de seguimento do que aquelas com maiores contatos.¹¹

O campo de pesquisa em saúde mental produziu vários estudos sobre associações entre rede, apoio social e Transtornos Mentais Comuns (TMC). O TMC é uma expressão criada em 1992, para caracterizar sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas.¹² Um estudo realizado em Pernambuco sobre apoio social associado à TMC, demonstra que, pessoas com baixo apoio social apresentam duas vezes mais chances de ter TMC que as que têm alto apoio social.¹³ Há

também outro estudo sobre a validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* (MOS), conduzido no Rio de Janeiro, 2005, confirmando que indivíduos menos solitários, com relato mais frequente de atividades sociais em grupo e sem suspeição para TMC teriam maior percepção de apoio social.¹⁴ O MOS é um estudo sobre paciente crônico, de dois anos de duração, realizado nos EUA. A escala que foi desenvolvida para o MOS é também aplicada no *National Population Health Study* (NPHS), estudo anual sobre as condições de saúde no Canadá.

Nesse estudo, Rio de Janeiro, 2005, (do qual os conceitos foram aqui utilizados), define-se rede social como: “*grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social que podem ou não oferecer ajuda em diversas situações ao longo da vida*”; e apoio social como: “*recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por ex: apoio emocional, material, afetivo)*”.

A revisão da literatura apresenta importantes estudos qualitativos, porém não apontou estudos quantitativos que meçam a associação entre rede social e apoio social com TMSP. Provavelmente, porque os questionários validados, disponíveis no Brasil, não definam a variável resposta: TMSP. Tais questionários avaliam a qualidade de vida para a dimensão “diagnóstico” dos TMSP, como em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.¹⁵ Há ainda estudo internacional, 2002, que avalia a utilização de serviços por pessoas com diagnóstico de transtorno mental e deterioração funcional múltipla. Esse estudo conclui: 1º) Tais pacientes usam de três a sete vezes mais os cuidados primários ou de saúde mental; 2º) As pessoas com baixas percepções de apoio social usam de duas a três vezes mais o serviço.¹⁶ Entretanto, além do “diagnóstico”, os TMSP apresentam também as dimensões: “duração da doença” e “grau de incapacidade”. Esses estudos que medem associação da “qualidade de vida” e “utilização de serviços” não incluem, em sua avaliação, as três dimensões da variável resposta: TMSP. Por conseguinte, há limitação para estudos de base populacional, devido à falta de consenso para caracterizar os TMSP.

Entretanto, os estudos disponíveis, tanto de TMC como de TMSP, sugerem uma relação inversa entre a presença de rede, apoio social e a presença e/ou aumento de sintomas psíquicos, e uma relação direta para a utilização dos serviços de saúde. Esta pesquisa pergunta

se os problemas sociais são maiores para os portadores de TMG e levanta a hipótese de que a disponibilidade de fatores sociais (principalmente rede e apoio) é menor para TMG do que para OTM. Portanto, busca-se conhecer os fatores sociais que participam do cotidiano de pessoas com transtornos mentais e avaliar sua importância em portadores de transtornos mentais graves com situações de risco, em quatro unidades básicas de saúde na atenção primária.

Método

Sujeitos

Participou deste estudo um total de 240 pacientes, incluídos na amostra de acordo com os seguintes critérios: a) ser atendido pela saúde mental, no período de julho de 2006 a dezembro de 2008, em uma de quatro UBS, na região denominada Aglomerado da Serra, em Belo Horizonte; b) estar residindo em área de referência das UBS com índice de vulnerabilidade à saúde (IVS) de “risco muito elevado”;¹⁷ c) procurar o serviço de saúde mental por demanda espontânea, ou encaminhamento das Equipes de Saúde da Família (ESF), hospitais psiquiátricos, CAPS (Cersam) e poder judiciário; d) ter idade igual ou superior a 15 anos completos. Foram excluídos os pacientes atendidos pela saúde mental, que residem em área de referência das UBS com IVS de “risco baixo”.

Procedimento

Trata-se de estudo descritivo e comparativo de fatores sociais em portadores de transtornos mentais, que apresentam ou não “situações de risco”, conforme prioridades da política de saúde mental. Os pacientes foram sorteados nas quatro UBS, mantendo a relação 1TMG: 2OTM, proporcional à contribuição de cada grupo no total atendido, no período citado, nas quatro UBS. Os participantes foram entrevistados por seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais com atuação nas respectivas unidades e indicados pelas gerências. Todos foram treinados e supervisionados pelo autor principal do estudo. Foram aplicados três questionários (apêndice e). Para as informações sobre rede social, foi utilizado o instrumento elaborado por *Berkman & Syme*, 1979. As informações sobre apoio social foram coletadas pelo instrumento elaborado para o MOS por *Sherbourne & Stewart*, 1991. Ambos os instrumentos foram avaliados e validados no Brasil pelo Grupo de Pesquisa Pró-Saúde, RJ.¹⁸ Nas entrevistas foram coletadas também variáveis sócio-demográficas, como: sexo, idade, estado civil, alfabetização, escolaridade, vínculo trabalhista, benefícios sociais, renda per-

capita e variáveis sobre determinantes sociais (como estilo e condições de vida). Para garantir a não mistura dos grupos, no período entre a identificação da presença ou não de marcadores clínicos até o momento das entrevistas, todos os sujeitos classificados como OTM foram reavaliados.

Análise dos dados

Para variáveis categóricas, foram feitas distribuições de frequências e, para variáveis contínuas, foram feitas medidas de tendência central e variabilidade. No questionário de apoio social, utilizou-se escala likert de cinco pontos, com a qual foram pesquisadas cinco dimensões de apoio: afetivo, emocional, informação, interação social positiva e material. Também se avaliou, conjuntamente, as dimensões: afetivo+interação social positiva, emocional+informação, por serem assim consideradas na validação da escala no Brasil. Cálculo: os escores foram padronizados segundo o número de perguntas que fazem parte de cada dimensão; a soma de pontos obtidos pelas perguntas de cada uma das dimensões foi dividida pelo escore máximo possível na mesma dimensão. O resultado da razão (pontos obtidos / pontuação máxima da dimensão) foi multiplicado por 100.

Para comparação entre os grupos, inicialmente, foi realizada análise univariada, sendo que para variáveis categóricas foi feito teste Qui-quadrado de *Pearson* (comparação de proporções) ou o teste exato de *Fisher* (pequenas frequências) e estimado o *odds ratio*, com IC 95%. Para variáveis contínuas, foi feito teste não-paramétrico de *Mann-Whitney* (devido à assimetria de variáveis analisadas). Para controlar possíveis fatores de confusão, foi feita regressão logística binária. Para entrada das variáveis preditoras no modelo logístico, utilizou-se o $p\text{-valor}=0,20$ e para permanência 5% de significância. O ajuste do modelo foi avaliado pelo teste de *Hosmer/Lemeshow*. Em todas as análises foi considerado o nível de 5% de significância. Utilizou-se o *software* SPSS 15.0

Este estudo foi conduzido após aprovação pelo CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte - PBH e pelo COEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, sob os respectivos pareceres nº0227.0.203.203-09A e ETIC 0227.0.410.203-09. Os participantes, depois de informados, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

A qualidade dos dados pode ser considerada boa, quando avaliada pelas perdas de informação de somente 4,6%. Dentre as 240 pessoas, houve 11 recusas, e foram entrevistadas 229, sendo 76,4% mulheres. A idade média foi de 45,6 anos e mediana de 45, sem diferenças entre os grupos. A maioria não tem parceiro (55%). O índice de analfabetos é de 43,3%, com mediana de tempo de estudo de apenas quatro anos. A média de tempo de trabalho foi de 8,3 anos, sendo que 39,8% não recebem nenhum tipo de benefício social e 14,3% recebem aposentadoria por invalidez. A média da renda per capita (reais) foi de 0,4 salários mínimos nacionais/mês (R\$ 184,00) com mínimo de zero e máximo de R\$ 1395,00. Observa-se maior percentual de homens entre os portadores de TMG (37%) do que naqueles com OTM (17%), o inverso ocorre com as mulheres. Há, então, dois grupos com importante homogeneidade: mesma origem social e semelhante média de idade. Tal fato permite comparar esses grupos de transtornos mentais: TMG e OTM. A tabela 4 mostra análise univariada das variáveis sócio-demográficas, apontando que ser do sexo masculino aumenta em três vezes a chance de TMG com situação de risco. Além disso, pessoas com TMG têm em torno de duas vezes mais chance de ser analfabeto e aposentado por invalidez.

Tabela 4

Análise univariada: variáveis sócio-demográficas para TMG e OTM. Aglomerado da Serra em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2008-2010.							
Variável	Tipo	OTM		TMG		Valor-p	OR [IC 95%]
		N	%	N	%		
Sexo							
	Masculino	25	16,7	29	36,7	0,001*	2,90[1,55; 5,43]
	Feminino	125	83,3	50	63,3		1,00
Alfabetização							
	Sabe ler, escrever e fazer contas	84	63,2	34	45,3	0,013*	1,00
	Sabe um ou dois dos itens acima.	49	36,8	41	54,7		2,07[1,16; 3,67]
Benefícios Sociais							
	Nenhum	51	37,2	33	44,6	0,297*	0,74[0,41; 1,31]
	Aposentadoria por invalidez	14	10,7	15	20,8	0,018*	2,27[1,03; 4,99]

*Teste Qui-quadrado de Pearson. OR=odds ratio. IC= Intervalo de confiança.

A tabela 5 mostra análise univariada, relacionadas ao estilo e condições de vida. No *estilo de vida*: algumas variáveis analisadas (como número de pessoas na moradia, hábitos domésticos, alimentares e habilidades manuais) não apresentaram associações significativas. Entretanto, para os TMG, na variável “atividade cotidiana prevalente”, há três categorias significativas ($p=0,001$): 1ª) menor chance de “fazer alguma atividade fora de casa”; 2ª) menor chance de “trabalhar fichado”; 3ª) maior chance de “ficar andando na rua, sem fazer nada”. Há, ainda, valor limítrofe de significância estatística para uso de bebidas alcoólicas.

Nas *condições de Vida*: variáveis relacionadas à segurança para morar, viver e transitar na vila não apresentaram associações significativas. No entanto, os TMG apresentam uma chance maior de “não conseguir retornar para casa sozinho quando sai da vila”, e há um valor limítrofe de significância estatística para variável “quando sai da vila, não conseguir ir sozinho onde precisa”.

Tabela 5

Análise univariada: estilo e condições de vida para TMG e OTM. Aglomerado da Serra em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2008-2010.							
Variável	Tipo	OTM		TMG		Valor-p	OR [IC 95%]
		N	%	N	%		
Relação com álcool e fumo							
	Fuma ou já fumou	61	40,7	41	51,9	0, 104*	1,57 [0,91; 2,72]
	Usou ou usa bebida alcoólica	44	29,5	33	41,8	0, 063*	1,71 [0,97; 3,02]
Ao sair da vila consegue ir sozinho onde precisa							
	Sim	128	85,9	60	75,9	0, 060*	1,00
	Não	21	14,1	19	24,1		1,93[0,97; 3,86]
Ao sair da vila consegue retornar a sua casa							
	Sim	139	92,7	65	82,3	0, 017*	1,00
	Não	11	7,3	14	17,7		2,72[1,17; 6,32]

*Teste Qui-quadrado de Pearson. OR=odds ratio. IC= Intervalo de confiança.

Na *rede social*: variáveis analisadas, como “amigos confidentes”, “participações em atividades esportivas, artísticas, reuniões, trabalho voluntário” e “conhecimento da rede social local”, não apresentaram associações significativas. Entretanto, a variável “parentes confidentes” por apresentar ($p=0,202$) foi incluída no modelo multivariado.

A tabela 6 mostra análise univariada, relacionada ao apoio social. No *apoio social*: a percepção da melhora da saúde e a participação da família no tratamento não apresentaram associação significativa, embora na primeira constata-se importante aprovação dos serviços (OTM=83,2% e TMG=90,8%). Entretanto, das cinco dimensões avaliadas pela escala do MOS, os TMG apresentam redução estatisticamente significativa na dimensão afetiva, e um valor limítrofe na dimensão conjugada afetiva+interação social positiva.

Tabela 6

Análise univariada: apoio social para TMG e OTM. Aglomerado da Serra em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2008-2010.					
Variável	OTM		TMG		Valor-p
Dimensões*	Média	Mediana	Média	Mediana	
1ª Afetivo	84,1	93,3	78,2	80,0	0,024**
2ª Emocional	67,6	65,0	67,7	65,0	0,940**
3ª Informação	72,4	75,0	68,7	65,0	0,103**
4ª Interação Social Positiva	58,0	55,0	54,1	50,0	0,244**
5ª Material	79,3	85,0	79,9	85,0	0,612**
Afetivo + Interação Social Positiva	69,2	65,7	64,4	62,9	0,066**
Emocional + Informação	70,0	67,5	68,2	67,5	0,421**

*Escala *Likert*. **Teste de *Mann-Whitney*.

A tabela 7 mostra modelo multivariado, confirmando que, após a regressão logística binária, ser homem aumenta em quase quatro vezes a chance de TMG com situações de risco. Os portadores de TMG apresentam chance maior que três vezes de “não conseguir retornar para casa quando sai da vila”, e importante carência em: rede social, com maior chance de ter

somente “até um parente confidente”, e apoio social, com maior chance da redução dos escores na dimensão afetiva.

Tabela 7

Modelo multivariado considerando como variável resposta a condição (TMG/OTM), Aglomerado da Serra em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2008-2010				
Variável	Tipo	Valor-p	OR	IC 95%
Sexo				
	Feminino (referência)	<0,001	1,00	
	Masculino		3,62	[1,84; 7,09]
Sai da Vila e consegue retornar para casa				
	Sim (referência)		1,00	
	Não	0,007	3,49	[1,40; 8,71]
Parentes Confidentes				
	Até Um	0,017	2,53	[1,18; 5,42]
	Dois	0,259	1,69	[0,68; 4,23]
	Três ou mais (referência)		1,00	
Dimensão Afetiva (redução de uma unidade no escore)		0,042	1,015	[1,001; 1,030]

O modelo está bem ajustado, conforme estatística de Hosmer & Lemeshow (valor-p=0,680).

A redução na dimensão afetivo na escala MOS está associada a um aumento na chance de ser um caso de TMG. A redução de uma unidade na escala MOS aumenta a chance de ser um caso em 1,015 vezes, podendo variar entre 1,001 e 1,030. Como essa relação é multiplicativa, pode-se afirmar que, a redução de 10 unidades na dimensão afetivo da escala MOS, está associada a uma chance 10,15 vezes maior de ser um caso de TMG.

Discussão

Atenção Primária de Saúde e Saúde Mental

A Atenção Primária de Saúde, espírito da Declaração de Alma-Ata, é o real ponto de encontro entre dois movimentos fundamentais da política nacional de saúde: o sanitarista e a reforma psiquiátrica. Na atenção primária, os laços que conjugam esses dois movimentos são a integralidade, princípio fundamental do SUS e a inter-setorialidade, fator inerente a qualquer

tipo de ação que se pretenda eficaz para o tratamento de pessoas com transtornos mentais graves. Dado a complexidade desses casos, interessante estudo, 2009, nos alerta que, a perspectiva da inter-setorialidade traz consigo a potência da integralidade das ações em saúde, porque extrapola os muros das organizações, problematizando os desafios cotidianos do cuidado e produzindo interações.¹⁹ Os desafios são, em verdade, a cotidianidade de pessoas com TMG, que exigem ação inter-setorial e sobre a qual agem, inexoravelmente, os fatores sociais. Estes, em sua melhor expressão, constituídos pelo apoio e a rede social, são alicerces na atenção primária para os cuidados de pessoas com TMG.

A complexidade conceitual sobre TMG

Os TMG com situações de risco, em sua maioria, são os TMSP. Entretanto, há falta de consenso sobre as categorias que compõem as dimensões que caracterizam os TMSP, como: diagnóstico (psicose não orgânica); duração da doença e do tratamento (dois anos ou mais); e presença de incapacidade (moderada ou severa, medida pela escala do *Global Assessment of Functioning – GAF*)²⁰. Para Cavalcanti *et al*²¹, não há consenso na literatura sobre a definição para paciente com transtorno mental severo e persistente. Portanto, não há sistematização desses critérios e a inclusão da dimensão “diagnóstico” (psicose não orgânica) como critério para caracterizar os TMSP pode limitar a absorção de um contingente importante de pacientes considerados portadores de TMSP. Neste caso, os transtornos neuróticos graves ficariam fora das estratégias de planejamento de saúde para esse grupo. Embora, para o senso comum, pareça óbvio o que seja um caso grave de saúde mental, não há consenso estabelecido pela comunidade científica, o que produz imprecisão no conteúdo do conceito de TMSP. Tal fato limita a identificação e, por conseguinte, a quantificação epidemiológica.

Esta situação apresenta consequências importantes, tanto para o planejamento assistencial, como para as garantias de direitos e cidadania. Primeiro, a não uniformidade dos diagnósticos passíveis de apresentar TMSP em diversos documentos oficiais, pode gerar equívocos estratégicos para o planejamento assistencial desses casos na APS. Segundo, devido à ambiguidade inerente a esse conceito, questiona-se a validade científica, bem como a consistência jurídica do termo TMSP.²² Tal fato pode apresentar um efeito deletério nas estruturas das redes de proteção, sempre necessárias a pessoas com TMSP.

Trata-se aqui de um desafio nosológico: uma tarefa que exige muitos esforços devido à complexidade na conceituação do objeto.

Para estudar os casos graves, este estudo baseou-se em um constructo elaborado aqui a partir das “situações de risco”, conforme diretrizes da política de saúde mental. Assim, o grupo de casos graves é discriminado pelas prioridades da política de saúde mental, porém, demarcado pela experiência clínica, constituindo o que denominamos “marcadores clínicos”. Independente da imprecisão conceitual de TMSP parte-se das situações de risco, para delimitar o universo de casos graves. Essa atitude apóia-se no fato de que o risco, nesse contexto, é uma marca indelével, que permite identificar com maior precisão aqueles que realmente necessitam de reabilitação, reinserção e inclusão social, independente das dimensões: “diagnóstico”, “duração da doença” e “grau da incapacidade”. Ao manter a referência das “situações de risco”, aproxima-se do cotidiano clínico da saúde mental na atenção primária e distancia-se da imprecisão no conteúdo do conceito de TMSP.

Os Determinantes Sociais da Saúde

Há, pois, interessante constatação: a proporção de mulheres é maior nos dois grupos de transtornos mentais. No entanto, o percentual de homens duplica no grupo de TMG com “situações de risco”. Tem sido demonstrado na literatura o fato de que as mulheres apresentam maior associação com TMC, e o de que há maior prevalência de homens com TMG (principalmente esquizofrenia), tanto na atenção primária de saúde, como nas internações em hospitais psiquiátricos.^{23, 24, 25} Este estudo demonstra que há, na atenção primária, associação importante entre ser homem e apresentar TMG com situações de risco. Possivelmente, nesse caso, as mulheres buscam auxílio antes de se encontrarem nas “situações de risco”. Esse aspecto reforça a importância de políticas direcionadas ao gênero masculino, em contraponto à tradição de políticas de saúde geralmente direcionadas ao público feminino, crianças e idosos.

Outro aspecto é a alfabetização. Há importante estudo de base populacional sobre as condições de vida em Pernambuco, que associam TMC com analfabetismo (56,4%) e baixa escolaridade (49,7%).²⁶ Alguns estudos nacionais consideram, em casos graves internados, uma proporção de analfabetos variando de 27,3% na Bahia a 48,4% no Rio de Janeiro.^{27,28} Neste estudo, encontrou-se associação significativa dos TMG com analfabetismo (54,7%).

Além do fraco desempenho educacional, há consequências no trabalho, o que é demonstrado pela associação de “aposentadoria por invalidez” com TMG. Estudo sobre qualidade de vida em pacientes com transtornos mentais crônicos, *Los Angeles*, 1982, afirma que dois terços (64%) sentem-se insatisfeitos com sua situação financeira.²⁹ No entanto, estudo de revisão, afirma que a renda recebida pelos pacientes esquizofrênicos se mostra associada a uma melhor qualidade de vida.³⁰ Considera-se aqui a possibilidade que, com a aposentadoria por invalidez, devido à renda recebida, seja possível alguma redução dos sintomas graves e uma melhor qualidade de vida. Sabe-se ainda que a aposentadoria por invalidez, neste estudo, é fonte preciosa de renda em comparação com a baixa cobertura de outros benefícios sociais, como escasso auxílio LOAS (1,4%) e do programa “de volta para casa” (0%) no grupo de TMG.

Portanto, os efeitos na educação dos portadores de TMG, decorrentes da incapacidade e duração do tratamento, geram maior carga da doença que, somada a diversas carências sociais, dificultam o aprendizado, entrando assim em um processo vicioso realimentado. Operar um corte nesse processo requer esforços no sentido de caracterizar esse grupo levando em conta seus fatores sociais, o que pode possibilitar intervenções inter-setoriais com maior efetividade na integralidade da assistência a esse grupo, na atenção primária de saúde.

Um melhor *estilo de vida* dos TMG pode amenizar a carga da doença. Neste estudo, constata-se uma redução significativa da chance dos TMG (com situações de risco) fazerem alguma atividade fora de casa, inclusive trabalhar “fichado”. Ao contrário, o cotidiano é marcado por ociosidade estatisticamente significativa, como “ficar andando na rua, sem nada fazer”. Há, nesse grupo, fragilidade no desempenho do trabalho, como aponta estudo em São Paulo, 2005, sobre o desajustamento social em TMG, com associação entre “pobre ajustamento” e esquizofrenia.³¹ Há ainda estudo, como o realizado em Pernambuco, 2005, que demonstra associação entre TMC e trabalho informal, fato que indica maior dificuldade do vínculo formal devido à presença do transtorno mental.³² A literatura não apresenta estudos de associação entre presença de vínculo trabalhista e TMG, porém há importante presença de cooperativas contribuindo para o processo de trabalho dessas pessoas. O uso de bebidas alcoólicas, apesar de imprecisão no intervalo de confiança (OR=1,71; IC95%: 0,97; 3,02), é também um fator de relevância clínica no estilo de vida dos pacientes com TMG. Esse fato é agravado, pois se sabe que, em se tratando de pacientes com esquizofrenia, os estudos apontam para a prevalência elevada de Síndrome Metabólica (SM).³³ A SM é caracterizada

por alterações importantes no metabolismo da glicose, triglicérides, peso e pressão arterial. A presença da SM, somada a interações com o álcool e doses maiores de psicofármacos, a que são submetidos pacientes com TMG, exige dos profissionais maiores critérios nas prescrições de psicofármacos e acompanhamento frequente pelas Equipes de Saúde da Família na APS.

Nas *condições de vida* pesquisadas, há associação significativa em “não conseguirem retornar para casa” ao sair da vila. Entretanto, mesmo com a imprecisão no intervalo de confiança para a variável “não conseguir ir sozinho onde precisa” ao sair da vila, há importância, nessas duas variáveis, relacionada à garantia do trânsito dos pacientes na cidade. Alguns estudos apontam, inclusive, para casos de TMG, a possibilidade de desenhos assistenciais de maior complexidade, que incluam em suas estratégias o manejo dos fatores sociais de proteção.³⁴ Esses dados são importantes para a integralidade da assistência na atenção primária, pois se sabe que, neste caso, há necessidade de acesso a diversos serviços fora do espaço onde vivem essas pessoas. Por fim, é preciso garantir, por meio de projetos terapêuticos singulares, o “ir e vir” desses sujeitos, com transporte e acompanhantes terapêuticos, para o acesso a equipamentos e redes sociais, necessárias às estratégias de tratamento.

Quanto à *rede social*, estudo aplicado a uma coorte de trabalhadores de uma universidade do RJ demonstra que a média de parentes e amigos íntimos situou-se em torno de três.³⁵ Diferentemente, neste estudo, constata-se uma média em torno de 1,7 e associação significativa entre ser um caso de TMG com situação de risco e ter somente até um parente confiante (62%). Esses dados anunciam a escassa presença da família, muitas vezes também limitada, na ajuda para com esses casos graves, mas, sobretudo, do possível abandono social, justamente com relação a pessoas que mais necessitam de acolhimento em sua cotidianidade. Além do mais, estudos como o realizado em São Paulo, 2007, alerta para a fragilidade das redes sociais de pessoas com transtornos mentais severos e a importância de incluir estratégias de ativação de redes sociais no contexto de projetos assistenciais.³⁶

Por fim, estudo no Rio de Janeiro, sobre a confiabilidade teste-reteste da escala de *Apoio social* apresenta, no teste, média dos escores de 90,3 para dimensão: afetivo; 82,5 para emocional; 82,0 para informação; 84,3 para interação social positiva; 83,4 para material. O reteste apresentou valores semelhantes.³⁷ O presente estudo apresenta, respectivamente, os valores de 78,2; 67,7; 68,7; 54,1; 79,9 para média dos escores nas mesmas dimensões, para TMG com situações de risco. Esses valores encontrados, com exceção do apoio material, são

inferiores aos do Rio de Janeiro, provavelmente devido à diferença de contexto sócio-econômico e de saúde das duas populações. Entretanto, o presente estudo apresenta valores semelhantes aos escores norte-americanos para dimensão: afetivo (73,7: 78,2) e emocional+informação (69,6: 68,2), provavelmente devido à presença de doenças crônicas nas duas populações.³⁸ Além disso, considerando separadamente a dimensão afetiva, há associação estatisticamente significativa com TMG. Este fato é confirmado pela regressão logística binária, demonstrando que a redução na dimensão afetiva da escala aumenta a chance de TMG com situações de risco. Portanto, há redução na percepção da dimensão afetiva pelo entrevistado com TMG, expressa em demonstrações de amor, abraço e estima (perguntas da dimensão afetiva).

Caracterização dos TMG pelos Fatores Sociais

Distanciando-nos de imprecisões conceituais sobre TMSP, conclui-se pela pertinência e relevância de caracterizar o grupo de TMG com situações de risco, a partir de fatores sociais. Por essa pesquisa, pode-se afirmar que este grupo de TMG com “situações de risco”: é uma condição que se apresenta com maior chance entre os homens; apresentam limitações para circular fora do espaço onde vivem; restrição na relação de confiança com pessoas próximas e redução da expressão de dimensões afetivas em suas relações pessoais.

Essa situação confirma que a disponibilidade de fatores sociais (principalmente rede e apoio social) é menor para os TMG do que para os OTM, o que pode gerar complexidade na evolução do tratamento clínico. Conclui-se que: 1º) há urgência de intervenção em determinantes sociais intermediários, como: aumento do número de equipamentos para rede social e projetos direcionados ao incentivo do apoio social, com participação das famílias e 2º) é necessário incentivar e apostar de modo decisivo na inserção das ações da saúde mental na atenção primária, como instrumento de relevância política, tal qual efetuada pelos CAPS.

Limitações do Estudo

Em virtude de se tratar de uma primeira pesquisa, em uma região com grande demanda, entendeu-se ser estratégica a descrição e quantificação, para organizá-la e, posteriormente, empreender um estudo qualitativo das questões sociais identificadas. Este estudo limita-se por não ser um estudo de base populacional, porém contribui para aumentar o reduzido número de

estudos sobre a avaliação de TMG na APS. Pode-se apontar ainda o fato deste estudo não inferir a respeito da causalidade e, sim, alertar para a importância de fatores sociais na APS. Sendo assim, fica suspensa a condição de causalidade reversa, justamente pelo desenho do estudo não possibilitar inferir causalidade. Os fatores sociais não são causa dos transtornos mentais, mas fatores que complicam tais transtornos, gerando complexidade clínica.

Colaboradores

O autor: B. Drummond; elaborou o projeto, coordenou os trabalhos, efetuou o trabalho de campo, realizou a entrada, análise, consistência dos dados e redigiu o manuscrito. Os co-autores: A. Radicchi; atuou como orientador da dissertação de mestrado participou no desenho do estudo, acompanhou todo o processo de trabalho de campo, auxiliou na entrada, análise e consistência dos dados. E. Dias Gontijo; atuou como co-orientadora do trabalho, participou também do desenho do estudo, acompanhou todo o processo de trabalho de campo, auxiliou na entrada, análise e consistência dos dados. Todos os autores participaram da redação do artigo, aprovando sua versão final.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Gerência de Saúde do Distrito Sanitário Centro-Sul da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, aos gerentes das UBS pesquisadas, em especial Liliane Grossi da UBS São Miguel Arcanjo, pelo incentivo e apoio. A Dra Mery Natali, professora de estatística da faculdade de Enfermagem/UFMG, pela análise estatística e a Dra Vania Baeta, psicanalista, Letras/UFMG, pela revisão literária do manuscrito.

Referências

1. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness, *Am J Psychiatry*, 1990; 147(12):1602-8.
2. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness, *Br J Psychiatry*, 2000, 177:149-55.
3. Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community – based mental health service interventions, *Soc. Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2006; 41(6):457-63.
4. Ministério da Saúde. Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, 2001. Disponível na URL: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina_plano_inclusao_saude_mental_atencao_basica.pdf (acesso em 13/09/2010).
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da

- Atenção Básica, Saúde Mental e Atenção Básica. O Vínculo e o Diálogo Necessários, 2003. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> (acesso em 13/09/2010).
6. Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Atenção a Saúde. Relatório de Gestão, 2003-2006. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção, 2007. Disponível na URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf (acesso em 13/09/2010).
 7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte / MG, 2006. Disponível na URL: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Saude_mental_BH_02-10.pdf (acesso 13/09/2010).
 8. Ministério da Saúde do Brasil. Reforma psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil; Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental - 15 anos depois de Caracas. Nov.2005, 42-44. Disponível na URL: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf (acesso em 13/09/2010).
 9. World Health Organization. The World Health Report, 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope, 2002, 1ª ed.: 58-68. Disponível na URL: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf (acesso em 13/09/2010).
 10. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil, Editora Fiocruz (RJ), 2008, pag.20-21.
 11. Berkman L F, Syme S L. Social network, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am. Journal of Epidemiology*, 1979, 109:186-204.
 12. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model, London: Tavistock, 1992.
 13. Gomes da Costa A, Ludemir A B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2005, 21(1): 73-79.
 14. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de construto de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2005, 21(3): 703-714.
 15. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Cad. Saúde Pública*, 2006, 22(6): 1303-1314.
 16. Have MT, Vollebergh W, BIJL R, Ormel J. Combined effect of mental disorder and low social support on care service use for mental health problems in the Dutch general population. *Psychological Medicine*, 2002, 32:311-323.

17. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Territorialização e Diagnóstico Local, 2010, pag.16.
18. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. Cad. Saúde Pública, 2001, 17(4): 887-896.
19. Caçapava JR, Colvero LA, Pereira IMTB. A Interface entre as Políticas Públicas de saúde Mental e Promoção da Saúde. Saúde Soc. São Paulo, 2009, 18(3): 446-455.
20. Asociación Española de Neuropsiquiatria, Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo – Situación Actual y Recomendaciones, 2002, Cuadernos Técnicos 6: Pág. 5-8.
21. Cavalcanti MT, Dahl CM, Carvalho MCA, Valencia E. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial- CAPS, Rio de Janeiro, RJ, Rev. Saúde Pública 2009; 43(Supl. 1): 23-8.
22. Malmgren H, Radovic S, Thóren H, Haglund B. A philosophical view on concepts in psychiatry. International Journal of Law and Psychiatry, 2010, 33: 66-72.
23. Araújo TM, Pinho OS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características socio-demográficas e o trabalho doméstico, Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, 2005, 5(3): 337-348.
24. Santos DN, Modesto TN. Saúde Mental na Atenção Básica. Rev. Baiana de Saúde Pública, 2007, 31(1): 19-24.
25. Lyra da Silva JP, Coutinho ESF, Amarante PD. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública, 1999, 15(3): 505-511.
26. Ludemir AB, De Melo Filho DA. Condições de Vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns, 2002, Rev. Saúde Pública, 36(2): 213-21.
27. Rabelo AR, Cardoso E, Melo A. Características Socio-demográficas da população psiquiátrica internada nos hospitais do Sistema Único de Saúde da Bahia, Rev. Baiana de Saúde Pública, 2005, 29(1): 43-56.
28. Gomes MPC, Couto MCV, Pepe VLE, De Almeida LM, Delgado PGG, Coutinho ESF. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar do Rio de Janeiro: dados preliminares. Cad. Saúde Pública, 2002, 18(6): 1803-1807.
29. Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue, Am J Psychiatry, 1982, 139(10):1271-6.
30. Araújo de Souza L, Coutinho ESF. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. Rev. Bras. Psiquiatria, 2006, 28(1): 50-8.

31. Gulinelli A, Ratto RLC, Menezes PR. O ajustamento social de pessoas com transtornos mentais graves em São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 2005, 27 (4): 309-14.
32. Ludemir AB. Associação dos Transtornos Mentais Comuns com a informalidade das relações de trabalho, 2005, *J. Brasileiro de Psiquiatria*, 54(3): 198-204.
33. Rocha FL, Teixeira PJR. Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais, 2007, *Rev. Psiq. Clín.* 34(1): 28-38.
34. Mângia EF, Muramoto M. Redes sociais e Construção de Projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. *Rev. Ter. Ocupacional Univ. São Paulo*, 2007, 18 (2): 54-62.
35. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde, *Rev. Saúde Pública*, 2003, 37(3): 379-85.
36. Barros JO, Mângia EF. Rede Social e atenção às pessoas com transtornos mentais: novo desafio para os serviços de saúde mental, *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 2007, 18(3): 135-142.
37. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Apoio Social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2003, 19(2): 625-634.
38. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social support survey, *Social Science and Medicine*, 1991, 32(6):705-14.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi realizada uma pesquisa sobre os casos graves, considerados prioritários para a política pública de saúde mental, na Atenção Primária de Saúde.

Esses casos são, em geral, aqueles que apresentam complexidade clínica e que, portanto, exigem uma ação inter-setorial e multiprofissional durante a condução do tratamento. Trata-se, na complexidade clínica, da dupla exclusão: psíquica e social; amálgama com o qual se ocupa a saúde mental nas políticas públicas.

É importante afirmar que os sujeitos submetidos à dupla exclusão compõem o campo de trabalho da saúde mental, mas não é o objeto de trabalho da saúde mental. O objeto é a dupla exclusão de onde é possível advir o sujeito. Esse objeto, diz sobre o non sense e a pobreza e por isso, provoca, invoca, causa.

Neste estudo, foi necessário fazer um esforço para demonstrar a dimensão complexa desse tipo de clínica da saúde mental, na atenção primária de saúde. Isso exigiu um esforço a mais no sentido de uma revisão conceitual, o que revelou imprecisões no conteúdo do conceito desse grupo de casos graves. Tal lacuna conceitual reflete as dificuldades para o planejamento assistencial de portadores de transtornos mentais graves.

Deste modo, foi considerada com os “marcadores clínicos”, uma possibilidade para estudar esse grupo. Fundamentamos essa construção a partir das “situações de risco”, pelo fato de serem situações onde o sujeito evidencia a real condição de dupla exclusão: psíquica e social. Deste modo, ao avaliar pelo risco, delineiam-se uma assistência distante do imaginário fenomenológico e próximo as necessidades conjunturais desses sujeitos atendidos pela saúde mental na atenção primária de saúde.

As “situações de risco” são sempre acompanhadas na cotidianidade do trabalho clínico psicossocial desenvolvido na comunidade. É o trabalho clínico que demarca o risco discriminado pela política.

Essa pesquisa faz uma descrição e caracterização dos transtornos mentais graves relacionando os fatores sociais, o que pode contribuir para ampliar o acesso ao tratamento e a integralização da assistência desses casos graves.

A política pública de saúde mental evoluiu muito nos últimos anos com a criação dos serviços substitutivos. O desafio contemporâneo é direcionado à manutenção das conquistas desses serviços, bem como à efetivação da inserção das ações da saúde mental na Atenção Primária de Saúde.

Nesse sentido, concebe-se a importância do estudo de fatores sociais nesses casos de complexidade clínica, para formular uma política pública consistente, reflexo da cotidianidade comunitária, no território da atenção primária.

Constatada a carência de determinantes sociais (rede social e apoio social), há que se considerar a necessidade de uma micro-política, que contemple fatores sociais no local e no cotidiano dessas pessoas. Esses são fatores importantes não só para a reabilitação, mas para a inclusão social, desses sujeitos na comunidade.

Conduzir este estudo foi gratificante pela interlocução entre a letra do real no serviço de saúde mental e o real da letra na academia.

Sem dúvida, um desafio para esta escrita.

APÊNDICES

APÊNDICES A – Projeto de Pesquisa

APÊNDICES B – Planilha (dados secundários)

APÊNDICES C – Mapas da área de referência UBS e ESF

APÊNDICES D – Mapas de equipamentos sociais e moradias

APÊNDICES E – Questionário (dados primários)

APÊNDICE A: Projeto de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Bruno Lopes da Costa Drummond

A IMPORTÂNCIA DOS FATORES SOCIAIS EM CASOS DE
COMPLEXIDADE CLÍNICA DA SAÚDE MENTAL ATENDIDOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS

*Projeto apresentado para fins de Qualificação de Mestrado no
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FM. UFMG.*

Área: Política de Saúde e Planejamento

ORIENTADOR: Prof. Dr. Antônio Leite Alves Radicchi.

CO-ORIENTADORA: Profa. Dra. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo.

“A complexidade é um progresso de conhecimento que traz o desconhecido e o mistério. O mistério não é somente privativo; ele nos libera de toda racionalização delirante que pretende reduzir o real á idéia”.
(Edgar Morin)

SUMÁRIO

1.	65
INTRODUÇÃO.....	
Complexidade Clínica.....	65
Descrição da Rede de Saúde Mental em Belo Horizonte.....	68
Prioridades da Política de Saúde Mental.....	69
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	69
Definição de Caso Prioritário.....	70
Transtorno Mental Severo e Persistente e Transtorno Mental Comum.....	70
Fatores Sociais.....	70
Literatura Nacional.....	72
Literatura Internacional.....	72
3. OBJETIVOS.....	73
Objetivo Geral.....	73
Objetivos Específicos.....	73
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	74
5. CRONOGRAMA.....	74

6. METODOLOGIA.....	75
Delineamento do Estudo.....	75
População em Estudo.....	75
Fase I A: Caracterização da População Elegível.....	75
Tipos Psicopatológicos.....	76
Marcadores Clínicos.....	76
Fase I B: Caracterização da Rede Social.....	77
Cartografia I.....	78
Cartografia II.....	78
Fase II: Estudo Comparativo entre Dois Grupos.....	78
Entrevistas.....	78
Instrumentos.....	79
Análise de Dados.....	79
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	80
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81

A Importância dos Fatores Sociais em Casos de Complexidade Clínica da Saúde Mental, Atendidos na Atenção Primária do SUS.

Introdução:

Na Atenção Primária do SUS, o cotidiano clínico da saúde mental demonstra que a abordagem terapêutica de vários casos de transtornos mentais particularmente, aqueles considerados como prioridade para a política pública de saúde mental — chega a um ponto de saturação no tratamento.

Tome-se como exemplo a noção de “clínica ampliada” utilizada no tratamento desses casos. Trata-se de uma assistência que inclui, para além da saúde mental, odontologia, serviço social e equipe de saúde da família. Sabe-se bem que, apesar do acolhimento, da escuta, assistência técnica de saúde, medicação e orientação relativa às questões de saúde, cidadania e direito, fatores externos persistem nesses pacientes como motor que gera a complexidade durante o tratamento. Ou seja, esta exterioridade é confirmada por um mecanismo de repetição que os leva a procurar, constantemente, o serviço e, muitas vezes, a regredir no tratamento, fazendo-os voltar a pontos já superados.

Complexidade Clínica

O problema social, em sua diversidade, apresenta-se tanto de modo estrutural quanto contingencial e, em relação ao tratamento, acaba por alimentar a repetição observada na clínica, configurando uma situação de complexidade. Tal repetição, sustentada por problemas sociais, produz uma falha.

Para Rouquayrol, “... quando não se dispõe de conhecimento suficiente, ou sendo esse lacunar, torna-se evidente a necessidade de se empreender pesquisa para esclarecimento do problema detectado. Nesse caso, o termo problema tem o significado de falha no conhecimento sobre o assunto”. Pois é justamente assim que se configuram os recursos sociais na clínica da saúde mental: como uma falha, demonstrada na repetição dos sintomas psíquicos, sobretudo nos casos de transtornos mentais prioritários para a política pública de saúde mental.

Portanto, quando se trata de avaliar a complexidade em casos da saúde mental, os fatores sociais são fundamentais, não porque eles atuem como causa direta de tais transtornos, mas por influírem na evolução clínica e no tratamento.

A complexidade clínica refere-se a uma situação de saturação no tratamento, indicada por um retrocesso na vida do sujeito, o que, por sua vez, diz respeito a uma reação diante de algo que falha. É, precisamente, entre os fatores sociais (onde o social se apresenta como concretude) e o sintoma psíquico que algo falha, cindindo o sujeito em pontos que sustentavam sua

estabilização psíquica. Pode-se dizer, então, que a complexidade é a carência de recursos sociais complicando o tratamento clínico em transtornos mentais considerados prioritários.

Dessa forma, a complexidade clínica que se expressa na densidade das questões sociais, evidencia o trabalho de perscrutar a condição psíquica, objeto com o qual se ocupa a saúde mental na área pública. Nesse contexto, torna-se necessário conhecer *a priori* os fatores sociais envolvidos, levando em conta que se trata de um processo ordenado do campo social para o sintoma do sujeito.

Algumas correntes da epidemiologia descrevem a importância, no campo da ciência, do paradigma da complexidade, para reelaborar, em algum futuro, o conceito de risco. Tal paradigma ganha importância, justamente, por representar “a natureza simbólica, complexa e singular da relação entre saúde-doença-cuidado e processos sociais”¹.

Na saúde mental desenvolvida na atenção primária do SUS, o paradigma da complexidade pode ajudar a desenvolver o que tem sido denominado de “clínica ampliada”, pois ele inclui tanto o caráter emergencial quanto contingencial dos fenômenos. Quando se trata da saúde mental, a confusão e o inextricável surgem, no cenário clínico, em primeiro plano. E, só depois, com o trabalho, torna-se possível produzir a emergência do sujeito.

Por conseguinte, cunhamos o termo “Complexidade Clínica”. Distinto do que o senso comum entende por complexidade, trata-se aqui especificamente das diversas contingências ocorrentes e recorrentes na clínica em saúde mental, que participam de um circuito na estrutura social.

A complexidade clínica é gerada pela carência de recursos sociais. Essa situação produz uma estrutura recorrente em casos de transtornos mentais prioritários. Tal estrutura assume uma porosidade gerada pela presença de furos frequentes produzidos por graves questões sociais. Portanto essa estrutura não se fixa em uma forma, pois é constituída pela carência frequente de recursos sociais básicos. É moldável conforme a necessidade premente de sobrevivência: um dia a barra que atinge o sujeito é não conseguir circular no território e na cidade onde habita, outro dia é a privação do apoio de pessoas próximas e assim por diante, de modo que surgem múltiplas falhas que funcionam nessa estrutura social. Essa carência se repete e vai configurando a vulnerabilidade social de alguns casos de transtornos mentais considerados prioridades pela política pública de saúde mental.

Contudo, nem todos os casos de transtornos mentais apresentam um quadro de complexidade clínica. Mas é importante esclarecer que aqueles que, geralmente, apresentam complexidade na condução do tratamento são, justamente, os casos eleitos como prioridade pela política pública de saúde mental.

Pode-se dizer que a complexidade clínica é a ocorrência de uma carência, carência de recursos sociais básicos. Ela produz rastros, escreve circuitos. Estes se intercomunicam em um sistema traduzido na clínica por um cotidiano precário, que falha quando o sujeito mais precisa. Essa

¹ Causalidade, Contingência, Complexidade: O Futuro do Conceito de Risco. Naomar de Almeida Filho e Denise Continho. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 95-137, 2007.

situação vai, aos poucos, minando a capacidade daqueles que, para conviver com o transtorno psíquico, já têm que se esforçar intensamente.

A partir dessa problemática, iniciou-se uma pesquisa, a fim de contribuir na elaboração de uma resposta mais adequada às questões impostas pela complexidade clínica, presente no atendimento a esses sujeitos, na atenção primária em saúde (APS) do SUS. Diversos documentos produzidos pela política pública de saúde mental, no Brasil e no mundo, foram consultados com o intuito de buscar referências que permitissem a construção de critérios clínicos, denominados aqui de marcadores clínicos. Parte-se do pressuposto que o trabalho clínico é fundamental e, para que ele se realize, é necessário conseguir o apoio das políticas públicas. E estas, por sua vez, só podem acontecer efetivamente com a colaboração do trabalho clínico cotidiano na APS – SUS.

O presente estudo enfoca, então, os transtornos mentais prioritários para a política pública de saúde mental. Trata-se de pesquisar possíveis fatores sociais geradores de complexidade clínica. Por fim, levanta-se a hipótese de que carências em recursos sociais estão mais presentes em transtornos mentais prioritários para a política pública de saúde mental, do que em outros transtornos mentais.

A fim de verificar a hipótese em questão, esta pesquisa busca conhecer, na região do Aglomerado da Serra/BH, o cenário onde se distribuem os casos de transtorno mental, assim como localizar quais fatores sociais participam do contexto clínico dos pacientes com transtornos mentais prioritários.

A região do Aglomerado da Serra localiza-se na regional centro-sul no município de Belo Horizonte. É considerada pela Secretaria Municipal de Saúde uma área de alta vulnerabilidade social. Nesta pesquisa, serão contempladas quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), que recebem a demanda local de saúde mental. Atualmente, está sendo elaborada uma rede de saúde mental para a região, em articulação com onze Equipes de Saúde da Família. Pode-se observar que a saúde mental tem assumido uma postura “matricial”, contribuindo na condução de projetos terapêuticos singulares em relação aos pacientes das unidades. A intenção deste estudo é colaborar na construção dessa rede, principalmente, com o incremento da inter-setorialidade, através da rede social local.

A política de saúde mental no Brasil evoluiu consideravelmente nos últimos anos, sendo que, no município de Belo Horizonte, houve um avanço importante, principalmente pela criação de serviços alternativos em substituição ao antigo modelo asilar.

Belo Horizonte, a partir do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado em 1979 pela Associação Mineira de Psiquiatria, tem desempenhado um importante papel no cenário brasileiro com o desenvolvimento de vigorosa política pública de saúde mental. Tal política é gerada pelo movimento anti-manicomial, marco regulatório^{II} que produziu contribuições relevantes para os direitos fundamentais das pessoas usuárias da saúde mental,

^{II} Com o movimento denominado de “Luta-antimanicomial”, inspirado no pós-estruturalismo (principalmente M. Foucault) a política de saúde mental do município refere-se também a fontes: italiana, com a experiência proposta pelo psiquiatra Franco Basaglia, em Trieste; e brasileira, com o legado da experiência de desospitalização em Santos/SP.

particularmente para os casos complexos, conduzindo, em âmbito nacional, à promulgação da lei Paulo Delgado, repercutida no Estado de Minas Gerais pela “lei Carlão” ou “lei anti-manicomial”: Lei 11 802, de 18/01/1995.

Em 1993, inicia-se o processo de transformação da lógica administrativa dos serviços de saúde mental e a mudança na abordagem dos casos da saúde mental. Em junho do mesmo ano, implanta-se, na regional Barreiro, o primeiro Centro de Referência de Saúde Mental - CERSAM, como estratégia para evitar as internações psiquiátricas desnecessárias e abusivas.

O grande desafio iniciado com os CERSAM^{III} fundou, em modo contínuo, uma série de dispositivos que hoje sustentam o projeto da saúde mental no município de Belo Horizonte, que conta com:

Descrição da Rede de Saúde Mental/BH

1. 07 Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), para o atendimento intensivo das urgências com oferta de hospitalidade noturna;
2. 01 Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturna, que acolhe e atende os casos novos de urgência psiquiátrica e os encaminha ao CERSAM;
3. 09 Centros de Convivência, onde ocorrem oficinas de música, teatro, pintura, literatura, culinária, marcenaria, passeios, festas, assembléias, exposições e cinema.
4. 65 *Unidades Básicas de Saúde*, com equipes de Saúde Mental, atuando em parceria com as 507 Equipes de Saúde da Família;
5. Além de uma política de fomento ao trabalho, moradias protegidas para ex-internos com laços rompidos, programa “de volta para casa” com bolsa para os egressos hospitalares que retornarem para casa e equipes de atenção à saúde mental da criança e adolescente.

A Atenção Primária de Saúde é o lócus desse estudo e o enfoque atual da saúde mental, em articulação com o Programa de Saúde da Família e a perspectiva da inter-setorialidade. Para que seja possível um modelo mais humano no tratamento é pertinente manter os sujeitos com transtorno mental em sua própria localidade e família. Daí a importância do trabalho realizado nas UBS, onde a proximidade com o cotidiano na comunidade pode permitir uma maior inclusão social dos casos prioritários. Assim, é necessário construir, no espaço da atenção primária em saúde (UBS/Comunidade), uma rede social local sólida, que suporte, efetivamente, a inclusão dos sujeitos com transtorno mental prioritário no roteiro de circulação.

^{III} É a partir dos CERSAM que o movimento Anti-Manicomial “ganha materialidade e consistência: sem filas ou grades, novos recursos são colocados à disposição para os usuários e seus familiares que, em conjunto com as equipes, passam a contar outras histórias da loucura na cidade”. Em documento: Boas práticas de humanização na atenção e gestão do SUS; Política de Saúde mental de Belo Horizonte; Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde.

Prioridades da Política Pública de Saúde Mental

Repercutindo as diretrizes propostas pela Organização Mundial de Saúde - OMS, o documento do Ministério da Saúde sobre A Política de Saúde Mental do Município de Belo Horizonte, afirma que: “o público alvo são os *egressos de hospitais psiquiátricos* e os que, num passado recente, *potencialmente poderiam estar internados*. Trabalhamos, portanto, com o critério de *prioridade aos casos graves* de sofrimento mental...”. Quais são as prioridades da política para esses casos graves? Tais prioridades^{IV} da saúde mental são expressas em diversos documentos de política pública de onde foram extraídos os critérios para construir os *marcadores clínicos* sugeridos aqui e que podem servir de referências para nortear a condução do tratamento e aprofundar no estudo sobre os “casos graves”, que em verdade estão muito próximos ao que a literatura denomina de transtorno mental severo.

Sobre os transtornos mentais severos pode-se afirmar que representam 3% da população brasileira (cinco milhões de pessoas) segundo relatório sobre a Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil (Ministério da Saúde; 2005), onde são descritos como: “psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação”.

Esse dado epidemiológico demonstra o impacto desse grupo na população brasileira e confirma a importância do estudo, pois “na epidemiologia um passo essencial no estudo de uma doença é ‘descrever precisamente sua ocorrência na população’. Essa descrição tem como categorias básicas a distribuição temporal, a distribuição espacial e a distribuição segundo atributos pessoais visando a identificar o padrão geral de ocorrência e os grupos sob risco”^V.

Desse modo esse estudo busca conhecer um contexto onde carências em recursos sociais podem produzir fatores que geram a complexidade na condução clínica do tratamento. Então se tornou necessário desenhar um *projeto* sempre articulado a clínica da saúde mental. Projeto que contemplasse desde as descrições da população, fatores sociais (principalmente rede e apoio social), até um estudo comparativo entre grupos sob risco. Os resultados permitirão trabalhar o planejamento da condução clínica desses casos, com os profissionais das ESF nas UBS.

Revisão de Literatura:

Na revisão de literatura procurou-se trabalhar algumas definições como: o que são casos prioritários para a política pública de saúde mental? O que são transtornos mentais severos? E quais referências serão utilizadas para descrição de fatores sociais?

^{IV} Os transtornos mentais que são prioritários para a política de saúde mental são aqueles que apresentam características *marcantes* em sua evolução, que devem ser evitadas ou reduzidas, como: internações psiquiátricas, passagem pelo CAPS (CERSAM), questões jurídicas relacionadas à condição psíquica, complicações de co-morbidade neurológica associada ao transtorno mental, situações de crise com uso de neurolépticos de ação prolongada, tentativa de suicídio e moradia na rua.

^V Desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva: Barata, R de C. B. R. *Saúde Pública*, 31 (5), 1997.

Definição de Caso Prioritário

Os casos prioritários em sua maioria são aqueles encontrados na literatura como transtorno mental severo e persistente, porém que apresentam eventos que *marcam* a gravidade clínica dos mesmos, tornando-os prioritários para a política pública de saúde mental. São portanto os casos graves. Esses casos são aqui denominados de *transtornos mentais prioritários (TMP)*, para diferenciá-los de outros transtornos mentais (OTM) que não apresentam eventos que marcam a sua gravidade clínica.

Transtorno Mental Severo X Transtorno Mental Comum

Para Cavalcanti ET AL, 2009 “não há consenso na literatura sobre definição para paciente com transtorno mental severo e persistente... Artigo de revisão de Schinnar ET AL, 1990 mostra 17 definições de transtornos mentais severos e persistentes ao longo dos anos 1980. Em 2000, Rugeri ET AL definiram esse grupo de forma “ampla” considerando no conceito somente os critérios de: incapacidade e tempo de evolução do tratamento. Esses autores encontraram que 58% dos pacientes da amostra tinham diagnóstico de psicose e 42% não eram psicóticos.

O Ministério da Saúde trata os Transtornos Mentais Severos como àqueles casos que apresentam CIDs relacionados com psicoses, neuroses graves, esquizofrenia, epilepsia, doença de Alzheimer e atraso mental. Para Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Transtorno mental severo é um conceito que só encontra suporte num conjunto de CIDs, como: F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3 e F33.3.

Em contraponto a esses casos a literatura produziu também o conceito genérico de Transtorno Mental Comum: que são “indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações do DSM-IV e CID-10, mas que apresentam sintomas... que trazem uma incapacidade funcional...”^{VI}.

Portanto tanto os conceitos de transtorno mental severo, como o de Transtorno mental comum não são conceitos desenvolvidos pelas escolas clássicas tradicionais de psicopatologia (França e Alemanha) e, não se encontram na estrutura de organização do DSM-IV e CID-10, fontes válidas de informações internacionais. Assim não há descrição psicopatológica sobre os fenômenos que os compõe e o que se tem como consenso são apenas os critérios de: tempo longo de evolução e a grave incapacidade.

Fatores Sociais

Diante da imprecisão conceitual de casos “graves” ou transtornos mentais severos, procurou-se assim estudar os fatores sociais, pois esses podem contribuir para caracterizar esse grupo de transtornos mentais que são prioritários para a política pública de saúde mental.

^{VI} Maragno, L; Goldbaum et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8): 1639-1648, ago, 2006.

Para Last, J.M, *fator* é definido como “um evento, característica ou *outra entidade definível* que provoca a mudança na condição de saúde ou outro resultado definido”. Nessa esteira, Rouquayrol define *fatores sociais* como o “conjunto de todos os fatores que não podem ser classificados como componentes genéticos ou agressores físicos, químicos e biológicos”^{VII} que comporiam a pré-patogênese como uma categorial residual.

Quais referências da literatura foram utilizadas para descrição dos fatores sociais?

As referências foram os Determinantes Sociais da Saúde-DSS, elaborados pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS, como o segundo grupo de recomendações de políticas e programas baseados em experiências internacionais e nacionais em intervenções sobre os DSS.

A CNDSS escolheu o modelo abaixo “em suas incidências: *proximal* (vinculados aos estilos de vida e comportamentos) *intermediária* (relacionado às condições de vida, trabalho e as redes comunitárias e apoio social) e *distal* (referentes à macro-estrutura econômica, social e cultural)”.

Figura 1: modelo de Dahlgren e Whitehead; Determinantes Sociais da Saúde (DSS)



Esse estudo privilegia as incidências: *proximal* e *intermediária*, principalmente por que constituem o chamado capital social e em particular *Rede Social e Apoio Social*, que é o conjunto das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos. O desgaste do capital social pode produzir as iniquidades socioeconômicas as quais impactam negativamente as condições de saúde.

^{VII} Rouquayrol, MZ e Almeida Filho, N. Epidemiologia e Saúde (capítulo 2). Ed MEDSI e Guanabara Koogan, 6ª edição, Rio de Janeiro, 2003.

Literatura Nacional

A literatura nacional produziu estudos relacionando transtorno mental comum, com apoio social como o de Costa e Ludemir, 2005, em Pernambuco em que os autores concluem que “pessoas que tem baixo apoio social apresentam duas vezes mais chances de ter transtornos mentais comuns dos que tem alto apoio social”.

Há ainda na literatura nacional um importante estudo realizado no Rio de Janeiro pelo grupo Pró-Saúde da UERJ, FIOCRUZ, UFRJ que tem como foco principal a investigação de determinantes sociais da saúde; como rede e apoio social. Esse estudo validou no Brasil o constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study – MOS^{VIII} e também o de rede social, confirmando as “hipóteses de que indivíduos menos solitários, com melhor estado de saúde auto-referido, com relato mais freqüente de atividades sociais em grupo e sem suspeição para transtornos mentais comuns teriam maior percepção de apoio social”.

Literatura Internacional

Na literatura internacional os autores Have; Vollrbergh e Ormel; 2002, em um estudo sobre o “O Efeito combinado de transtorno mental e baixo apoio social no uso de serviços de saúde mental...” nos Países Baixos, concluem que “... pessoas com diagnóstico de transtorno mental no DSM-III-R e com deterioração funcional múltipla usam de três a sete vezes mais os cuidados primários de saúde mental e que pessoas com baixa percepção de apoio social usam de duas a três vezes mais o serviço, sendo que viver sozinho aumenta a probabilidade de 30% para 80%”.

Um importantíssimo estudo de Berkman e Syme, 1979, da relação entre laços sociais e mortalidade, numa amostra aleatória de 6 928 adultos na Califórnia, com seguimento de nove anos, mostrou que “pessoas sem laços sociais tiveram maiores chances de falecer no período de seguimento do que aquelas com maiores contatos... A associação entre laços sociais e mortalidade foi um achado independente do estado de auto-percepção da saúde no ano de realização do survey, do ano do falecimento, do status socioeconômico, e práticas como fumar, beber, obesidade, atividade física e utilização de serviços de prevenção de saúde...”. Sobre transtornos mentais severos, há estudos que concluem que “para programar novas políticas públicas em saúde mental no Brasil, há a necessidade de melhor provisão de serviços aos indivíduos com transtornos mentais graves”^{IX}.

Outros estudos relatam fatores sociais associados à qualidade de vida em pacientes com transtorno mental severo, porém enfoca de modo isolado pacientes com psicoses, em especial

^{VIII} O Medical Outcomes Study é “um estudo que abrangeu 2 987 adultos, usuários de serviços de saúde de Boston, Chicago e Los Angeles, nos Estados Unidos, que apresentavam uma ou mais das seguintes doenças crônicas: hipertensão, diabetes, doença coronariana ou depressão... Os itens utilizados no M.O.S são também aplicados, atualmente, no National Population Health Study (NPHS), estudo anual sobre as condições de saúde da população canadense...e foi o que possibilitou a melhor discriminação de subgrupos da população canadense em relação a desfechos na área de saúde”.

^{IX} Gulinelli, A ET AL. O Ajustamento Social de Pessoas com Transtornos Mentais Graves em São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2005; 27(4): 309-314.

a esquizofrenia, não incluem o conjunto os transtornos mentais severos, como: psicoses graves, neuroses graves, retardos mentais, epilepsia e doença de Alzheimer e nem definem quais são transtornos mentais prioritários para a política pública.

Há também estudo qualitativo sobre rede social e transtornos mentais severos onde concluem que “a análise preliminar dos dados possibilitou: a caracterização das redes sociais de usuários do serviço de saúde mental e de suas necessidades, além de confirmar a importância das redes sociais no percurso assistencial. Para o modelo assistencial, a validação de estratégias de ativação de redes sociais exige mudanças nas culturas técnica e de organização de serviços, e a definição de novos desenhos assistenciais, mais complexos e que incorporem em suas estratégias o manejo dos fatores de proteção, que garantem aos sujeitos a possibilidades de viver a vida fora dos circuitos de institucionalização”^X.

Não foram encontrados na literatura e bases de dados disponíveis, estudos quantitativos que tratassem de transtornos mentais severos e sua relação com fatores sociais particularmente rede e apoio social. Consultou-se membro do grupo de estudos Pró-Saúde (UERJ, FIOCRUZ) no Rio de Janeiro, onde estudam determinantes sociais da saúde, na linha de pesquisa sobre saúde mental e que informam não ter conhecimento de estudos que tenham avaliado o apoio social em transtorno mental severo.

A revisão da literatura mostrou a importância dos *laços sociais* em pacientes com transtorno mental severo, como o *apoio social*: que é a disponibilidade das pessoas para ajudar, idéia muito próxima a do “acolhimento”, proposto pelo Ministério da Saúde e como *rede social*: que é onde se dá os encontros entre pessoas e casos prioritários para a política pública de saúde mental.

Objetivos:

Geral:

Descrever a rede e os portadores de transtornos mentais atendidos na atenção primária do SUS, região do Aglomerado da Serra/BH e avaliar a importância de fatores sociais na clínica de transtornos mentais eleitos prioridade pela política pública de saúde mental.

Específicos:

1. Descrever a rede social disponível no território das UBS.
2. Descrever a distribuição dos casos da saúde mental por micro-área/UBS.
3. Descrever o perfil clínico-epidemiológico da população estudada.
4. Avaliar os fatores sociais principalmente rede e apoio, comparando os portadores de transtornos mentais prioritários com outros transtornos mentais.

^X Mângia, E. F.; Muramoto, M. Redes sociais e construção. Rev. Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo, v. 18, n. 2, p. 54-62, maio/ago., 2007.

Metodologia:

DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo descritivo do perfil clínico-epidemiológico da população elegível e da rede social local em duas fases e comparação de fatores sociais em portadores ou não de transtornos mentais prioritários para a política pública de saúde mental.

POPULAÇÃO EM ESTUDO

Trata-se da população atendida na regional Centro-Sul: Aglomerado da Serra / Belo Horizonte, contabilizando aproximadamente 30.000 habitantes. É distribuída por micro-áreas segundo censo do IBGE, correspondendo às onze áreas de referência das Equipes de Saúde da Família nas quatro Unidades Básicas de Saúde pesquisadas. Essa população apresenta índice de alta vulnerabilidade social, considerada, pois de alto risco segundo classificação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Por demanda espontânea ou encaminhada pelas ESF, neurologia e assistência jurídica foram atendidos 853 casos pelo autor do estudo, psiquiatra do quadro médico do Serviço de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde da PBH, em uma das UBS: *São Miguel Arcanjo (SMA)* – *Cafezal (CA)* – *Nossa Senhora de Fátima (NSF)* – *Nossa Senhora da Conceição (NSC)*.

Fase I

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ELEGÍVEL

- Foi realizada uma coleta nas quatro UBS, onde foram levantados os 853 prontuários referentes ao período de 01/07/2006 a 31/12/2008.
 - Nas UBS São Miguel Arcanjo e Cafezal foi coletado diretamente nos prontuários de família do serviço de arquivo. Nas UBS Nossa Senhora de Fátima e Nossa Senhora da Conceição a coleta de dados do período de 01/07/2006 a 31/12/2007 (18 meses) foi realizada diretamente nos prontuários de família no serviço de arquivo e após janeiro de 2008, com a informatização dessas UBS, de 01/01/2008 a 31/12/2008 (12 meses) os dados puderam ser coletados diretamente do prontuário informatizado.
- Nessa fase foram coletados dados referentes ao gênero, idade, CID-10 (convertido em somente cinco tipos psicopatológicos) e a presença ou não de marcadores clínicos.

Tipo Psicopatológico: é o resultado da reunião dos 98 tipos de CID de transtornos mentais condensados em um conjunto de somente cinco tipos, para facilitar a descrição psicopatológica encontrada no grupo.

P = *Psicoses* = CID: F00-F09; F20-F29; F30-F39.

N = *Neuroses* = CID: F40-F48.

D = *Uso/abuso de Drogas* = CID: F10-F19.

R = *Retardo Mental* = CID: F70-F79.

O = *Outros* = CID: F50-F59; F60-F69; F80-F89; F90-F98.

Marcadores Clínicos: é um conjunto de sete eventos na vida dessas pessoas:

- I. Internação confirmada em hospital psiquiátrico maior que quinze dias, nos últimos cinco anos.
- II. Presença nos CAPS (CERSAM) com permanência dia e/ou noite, nos últimos três anos.
- III. Protocolo de questões jurídicas (criminais ou civis), relacionadas à condição psíquica.
- IV. Co-morbidades neurológicas confirmadas e efeitos farmacológicos colaterais do tratamento dessas co-morbidades, complicando o transtorno mental.
- V. Situações de urgência (crise) que, por requerer uso de neuroléptico injetável de ação prolongada maior que quatro meses seguidos, por dois anos, indica iminente internação psiquiátrica.
- VI. Ato contra o próprio corpo, expresso ou não, com a intenção de interromper a vida.
- VII. Moradia na rua relacionada à condição psíquica e confirmada pelas ESM e/ou ESF.

▪ Obs.: Há transtornos mentais severos que não apresentam marcador clínico. Entretanto todos que apresentam marcador clínico são transtornos mentais prioritários (TMP), sendo em sua grande maioria transtornos severos.

▪ Os marcadores clínicos são um *constructo desse texto*, referenciado nas prioridades estabelecidas pela política de saúde mental no Brasil e no mundo; nos seguintes documentos:

1. *Documento Um* = Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, 2001 (MS);
2. *Documento Dois* = Saúde Mental e Atenção Básica: O Vínculo e o Diálogo Necessários – Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, 2003 (MS);
3. *Documento Três* = Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança no Modelo de Atenção - Relatório sobre Saúde Mental - Atenção Básica, Gestão 2003-2006 (MS);
4. *Documento Quatro* = Política de Saúde Mental de Belo Horizonte, 2006 (MS)
5. *Documento Cinco* = Texto de referência política de saúde mental: A cidade e a Loucura – Entrelaces; Sistema Único de Saúde / Belo Horizonte, 1998.
6. *Documento Seis* = Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. OMS, 2002.

Tabela I: Correspondência entre o tipo de marcador clínico e o documento de política pública de saúde mental, encontrado em sites oficiais e utilizado como referência.

Marcadores Clínicos	Documentos: Política Pública de Saúde Mental					
	<i>Um</i>	<i>Dois</i>	<i>Três</i>	<i>Quatro</i>	<i>Cinco</i>	<i>Seis</i>
I				*	*	*
II		*		*	*	
III			*			*
IV			*			*
V			*	*		
VI	*	*	*			*
VII	*	*				

Após a coleta foi caracterizado a formação de *dois grupos* a partir da presença ou não desses marcadores clínicos:

- **Grupo I** = Transtornos Mentais Prioritários (TMP) apresentam um ou mais dos sete marcadores clínicos relacionados.
- **Grupo II** = Outros Transtornos Mentais (OTM) não apresentam marcadores clínicos relacionados.

A justificativa para caracterizar um dos grupos estudados como transtornos mentais prioritários, a partir de eventos marcantes identificados no atendimento clínico como prioridades pela política pública; reside no entendimento de aproximação do real cotidiano clínico da saúde mental na atenção primária e distanciamento da imprecisão conceitual da categoria de transtornos mentais severos. Esse fato pode nos permitir maior articulação com as questões clínicas e o conseqüente planejamento dos serviços, a partir desses casos da saúde mental.

Fez-se então um estudo estatístico descritivo da população elegível (média e desvio padrão para variáveis contínuas e proporções nas categóricas) nos dois grupos (TMP e OTM) estudando características como: idade, sexo e tipo psicopatológico e um estudo descritivo (proporções) do impacto dos marcadores clínicos no grupo I (TMP), utilizando o software SPSS 17.0.

CARACTERIZAÇÃO DA REDE SOCIAL

A emergente implantação do PSF, em 2000, exigiu uma garimpagem na área de referência das UBS no Aglomerado da Serra, para desenho do território e identificação da rede social. A caracterização da rede social inicia-se com um grupo de assessores da Secretaria Municipal de Saúde que juntamente com enfermeiras do PSF desbravou o território

para localização de traçados e identificação de equipamentos comunitários, dados repassados ao IBGE. Paralelamente ONG da região do tipo Espaço Criança Esperança, foi confeccionando, aperfeiçoando e atualizando a cartografia da área, através de visitas aos locais com coleta de informações úteis a comunidade.

Cartografia I

- Esse material foi então captado e trabalhado pela saúde mental com a colaboração de profissional da arquitetura, em arquivos de base territorial do Aglomerado da Serra, com a intenção de melhorar a visibilidade do traçado territorial e a localização da rede social disponível.
- Com a autorização da URBEL/PBH que cedeu arquivos do território de base, em DWG do software AutoCAD, foram então construídos *dois mapas gerais*, para visualização do território, rede social e área de atuação da saúde mental com as ESF nas UBS.

Cartografia II

- Com a coleta de endereços residenciais, realizou-se a construção de *quatro mapas específicos* da área de referência de cada UBS, priorizando a distribuição de casos de TMP (grupo I) e OTM (grupo II) por micro-área e a distribuição da rede social em relação à moradia do usuário.

Fase II:

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DOIS GRUPOS

- Para entender se os casos de TMP (grupo I) apresentam carência de recursos sociais, procurou-se avaliar os grupos: I (TMP) e II (OTM), comparando-os com relação aos fatores sociais: principalmente à rede e apoio social.
- Colheu-se uma amostra de 240 casos, na qual foi aplicado questionários (validados e direcionados a realidade local) para avaliar a presença de fatores sociais.

Entrevistas:

Foram entrevistadas 240 pessoas, sorteadas em extratos correspondentes à população original das quatro UBS.

As variáveis explicativas referentes ao acesso e uso de rede social e apoio social, foram identificadas por meio de entrevistas realizadas por seis ACS (duas da UBS São Miguel Arcanjo, uma do Cafezal, duas da Nossa Senhora de Fátima e uma da Nossa Senhora Conceição) conforme distribuição da população de saúde mental por UBS.

Essas ACS foram identificadas pelas gerências das UBS, como sendo capazes para a aplicação de questionários propostos. Elas foram treinadas para aplicação dos questionários pelo autor do estudo.

Num primeiro encontro foi explicada a importância da pesquisa no Aglomerado da Serra, a localização de território de todas as ACS e realizada leitura criteriosa dos itens do questionário e do manual de instruções para condução das entrevistas e aplicação dos questionários.

Todo o trabalho foi supervisionado pelo autor, em encontros semanais na UBS São Miguel Arcanjo, para revisão da execução e dúvidas pertinentes até o final da aplicação dos questionários. O trabalho conta ainda com uma ACS, entre as seis, que foi a responsável local pelo trabalho, comunicando ao autor qualquer dificuldade surgida no decorrer das entrevistas. Caso o paciente não tenha condições de responder alguma pergunta, a informação será obtida do familiar, responsável pelo paciente.

Instrumentos:

Para as informações sobre Rede Social foi utilizado o Instrumento elaborado por Berkman & Syme, 1979. O instrumento foi validado no Brasil pelo estudo pró-saúde realizado no Rio de Janeiro. Neste estudo define-se Rede Social (social network) como: “grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, que podem ou não oferecer ajuda em diversas situações ao longo da vida”.

As questões sobre Apoio Social foram coletadas pelo Instrumento elaborado por Sherbourne & Stewart, 1991 para o Medical Outcomes Social Study- MOSS, que utiliza escala Likert e foram validadas no Brasil pelo estudo Pró-Saúde realizado no Rio de Janeiro. Nesse estudo definiu-se Apoio Social (social support) como: “recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções como: apoio emocional, material, afetivo”.

Juntamente com a aplicação dos instrumentos citados, foram coletadas variáveis sócio-demográficas clássicas.

Validação dos casos OTM (grupo II): será realizada a validação dos casos de OTM (grupo II) com entrevista pela mesma agente comunitária de saúde (ACS), perguntando se ocorreu a presença de um ou mais dos sete marcadores clínicos, no período de 01/01/2009 até o momento da primeira entrevista realizada em outubro/novembro de 2009. Essa intervenção garantirá o número de pessoas que permaneceram no grupo II (OTM) e não passaram para o grupo I (TMP), no período citado.

Análise de dados:

Inicialmente será feita uma análise descritiva das variáveis utilizadas no estudo. Para as variáveis categóricas serão feitas tabelas de distribuição de frequências e para as variáveis contínuas serão calculadas medidas de tendência central e variabilidade.

Devido à baixa frequência em algumas categorias de determinadas variáveis optou-se por categorizá-las para facilitar as análises:

- As variáveis relacionadas a frequências de atividades esportivas, artísticas, reunião de conselho de saúde ou trabalho voluntário foram categorizadas em “uma vez por semana ou menos” e “mais de uma vez por semana”
- A variável, estado civil foi categorizada em “sem parceiro” (solteiro, separado ou divorciado, viúvo) e “com parceiro” (casado e concubinato)
- As variáveis “relacionamento com os parentes” e “relacionamento com os amigos” foram categorizados utilizando como pontos de corte os tercís.
- A variável número de refeições por dia foi categorizada: “1 a 2”, “3 ou 4” e “5 ou 6”.

Criação dos escores da escala de Apoio Social

Serão construídos escores para cada uma das cinco dimensões de apoio social: afetivo, emocional, informação, interação social e material. Esses escores serão padronizados segundo o número de perguntas que fazem parte de cada dimensão. Assim, a soma de pontos obtidos pelas perguntas de cada uma das dimensões será dividida pelo escore máximo possível na mesma dimensão (que varia de acordo com o número de perguntas). O resultado da razão (total de pontos obtidos / pontuação máxima da dimensão) será multiplicado por 100. Também serão construídos os escores de forma análoga considerando apenas três dimensões.

Comparação entre os grupos I (TMP) e II (OTM)

Para comparar os grupos, na análise univariada, para as variáveis categóricas, será utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson, apropriado para comparação de proporções ou o teste exato de Fisher, quando serão consideradas variáveis com pequenas frequências. Para comparação dos dois grupos quando da presença de variáveis contínuas será utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Optou-se por utilizar um teste não-paramétrico, devido ao caráter assimétrico das variáveis analisadas, depois será calculado o poder de identificar diferenças.

Em todas as análises será considerado um nível de 5% de significância e será utilizado o software SPSS 15.0.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

Esse estudo por ser descritivo e comparativo entre dois grupos não pretende inferir causalidade.

Esse estudo apresenta importantes limitações qualitativas por ser um estudo inicial na região do Aglomerado da Serra/BH, no entanto será possível em momento posterior um maior aprofundamento de avaliação qualitativa, principalmente com relação aos transtornos mentais que são prioridades para política pública de saúde mental.

Referências Bibliográficas:

1. Aguiar, N. Desigualdades Sociais, Redes de Sociabilidade e Participação Política. Ed UFMG, 1ª Ed, 2007.
2. Almeida Filho, N; Coutinho, D; Causalidade, Contingência, Complexidade: O Futuro do Conceito de Risco, PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 95-137, 2007.
3. Barata, R de C. B; O Desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. Rev. Saúde Pública, 31 (5), 1997
4. Bercherie, P., Os Fundamentos da Clínica – História e estrutura do saber psiquiátrico. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1980.
5. Berkman, L. F. & Syme, S. L., 1979. Social network s, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. American Journal of Epidemiology, 109:186-204.
6. Cavalcanti M.T ET AL; Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial - CAPS, Rio de Janeiro, RJ. Revista de Saúde Pública 2009; 43(Supl. 1): 23-8.
7. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Editora Fiocruz, 2008.
8. Chor,D; Griep, R.H; Lopes, C.S; Faerstein, E – Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17 (4): 887-896 jul-ago, 2001.
9. Chor,D; Griep, R.H; Lopes, C.S; Faerstein, E – Apoio Social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (2): 625-634 mar-abr, 2003.
10. Chor,D; Griep, R.H; Lopes, C.S; Faerstein, E – Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. Rev. Saúde Pública, 37 (3): 379-85 2003.
11. Chor,D; Griep, R.H; Lopes, C.S; Faerstein, E – Estudo Pró-Saúde: características Gerais e aspectos metodológicos. Ver. Bras. Epidemiologia, 8 (4): 454-66; 2005.
12. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. World Health Organization, Geneva. Ed Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.
13. Gomes da Costa, A.;Ludemir, A.B – Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1): 73-79, jan-fev, 2005 (texto referência para cálculo da amostra).
14. Griep, R.H; Chor, D; Faerstein, E; Werneck, G.L; Lopes, C.S – Validade de construto de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3): 703-714 mai-jun, 2005 (texto referência para cálculo da amostra).
15. Gordis, L; Epidemiologia, 2ª Edição, Ed. Revinte.
16. Gulinelli, A ET AL. O Ajustamento Social de Pessoas com Transtornos Mentais Graves em São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2005; 27(4):309-314.
17. Hanson, B. S. & Ostergren, P. O., 1987. Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: Theoretical and methodological aspects on some results from population study “Men born in 1914” Malmö, Sweden. Social Science and Medicine, 25:849-859.

18. Lobosque, A.M; Abou-Yd, M – A cidade e a loucura – Entrelaces. In: Reis, A.T. et AL. Sistema Único de Saúde Belo Horizonte – Reescrevendo o publico, São Paulo: Xamã, 1998. 378p, cap.3, p.243-64.
19. Last, J.M – A Dictionary of Epidemiology. Fourth Edition. Oxford University Press, 2001.
20. Mapa de Equipamentos Sociais do Aglomerado da Serra/BH. Assessoria de Monitoramento e Avaliação, e Assessoria de Comunicação do Projeto Criança Esperança, Belo Horizonte (2004).
21. Maragno, L; Goldbaum at al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8): 1639-1648, ago, 2006.
22. M.Ten Have; W.Vollebergh; R.BVijl and J. Ormel - Combined effect of mental disorder and low social support on care service use for mental health problems in the Dutch general population. From the Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Utrecht; and Department of Psychiatry, University of Groningen, the Netherlands. Psychological Medicine, 2002, 32, 311-323. Cambridge University Press, Printed in the United Kingdom.
23. Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Atenção a Saúde. Relatório de Gestão, 2003-2006. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção, Brasília, DF, 2007.
24. Ministério da Saúde do Brasil: Reforma psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil; Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental - 15 anos depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de Novembro de 2005.
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte / MG. Brasília, DF, 2006.
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Atenção Básica, Saúde Mental e Atenção Básica. O Vínculo e o Diálogo Necessários, 2003.
27. Morin, E. Introdução ao Pensamento Complexo, Ed Sulina, 1ª Edição, setembro/2006.
28. Morin, E. O Método: A natureza da natureza, Ed Sulina, 2ª Ed, 2005.
29. Minayo, M.C.S; Deslandes, S.F – Caminhos do Pensamento – Epistemologia e Método – Coleção Criança, Mulher e Saúde. Ed. Fiocruz, 1ª edição (2ª reimpressão), 2008.
30. Motta, V.T; Oliveira Filho, P.F – SPSS, Análise de Dados Biomédicos. Medbook – Editora Científica Ltda, RJ, 2009.
31. Mângia, E. F.; Muramoto, M. Redes sociais e construção. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 54-62, maio/ago., 2007.
32. Östergren, P. O.; Hanson, B. S.; Isacsson, S. O. & Tejler, L., 1991. Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in emergency department– A case-control study. Social Science and Medicine 33:257-267.
33. Osman, R – Saúde Mental: Os Direitos Fundamentais, Coleção Direito e Saúde Mental I. Ed. Espaço Artaud, maio 2008.
34. Pagano, M & Gauvreau, K. Princípios de Bioestatística. Ed Thomson, 2006
35. Rodriguez, Abelardo & Bravo, Maria Fé, 2003. La Atención Integral en la Comunidad a las Personas con Trastorno Mental Grave. In Rehabilitación Psicosocial

- y Tratamiento Integral del Transtorno Mental Severo. Asociación Espanola de Neuropsiquiatria.
36. Souto Melo, A.P – Fatores determinantes do abandono do tratamento psiquiátrico em um centro de referência de saúde mental (Cersam Pampulha), Belo Horizonte (MG), 1997-1998. Dissertação de Mestrado de Saúde Pública, UFMG. Orientador Prof. Dr. Mark Drew Crosland Guimarães.
 37. Siqueira, A. L & Soares, J. F. Introdução a Estatística Médica. Ed Coopmed, 2ª Edição, 2002.
 38. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am Psychiatry*, 1990; 147(12):1602-8.
 39. Schramm, J. M. A. et al. Transição Epidemiológica e Estudo de Carga de Doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):897-908, 2004
 40. Schramm, F.R; Castiel, L.D. Processo Saúde/Doença e complexidade em epidemiologia. *Cad Saúde Pública*, Vol.8,No.4,Rio de Janeiro, Out/Dec.1992.
 41. Sherbourne C.D, & Stewart A.L, 1991. The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*; 38:705-14.
 42. Souza Campos, G.W; Pires Guerrero, A.V – Manual de Práticas de Atenção Básica – Saúde Ampliada e Compartilhada, Editora Hucitec, São Paulo, 2008.
 43. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Copyright © Direção-Geral da Saúde/OMS 1.ª edição, Lisboa, Abril de 2002.
 44. Vasconcelos, E.M – Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar - Epistemologia e Metodologia Operativa, Editora Vozes, 3ª Edição, 2007.
 45. Wagner, G. Clínica, Saúde Coletiva Compartilhada: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho de saúde. Em: *Tratado de Saúde Coletiva*, Ed Fiocruz, Hucitec, 2006.

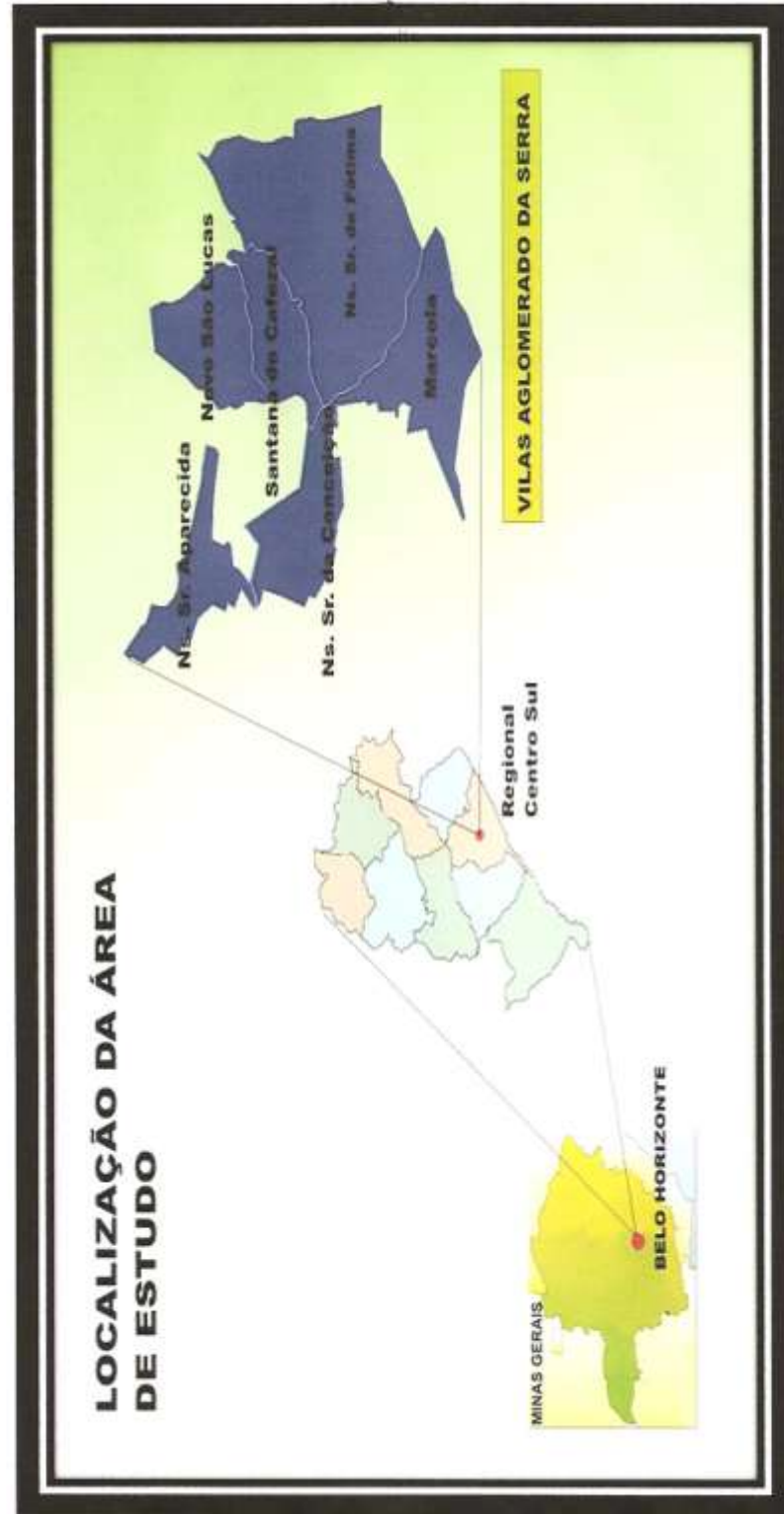
APÊNDICE B: Instrumento 1 – Planilha (dados secundários)

APÊNDICE B: Instrumento para coleta de dados secundários nas quatro UBS.

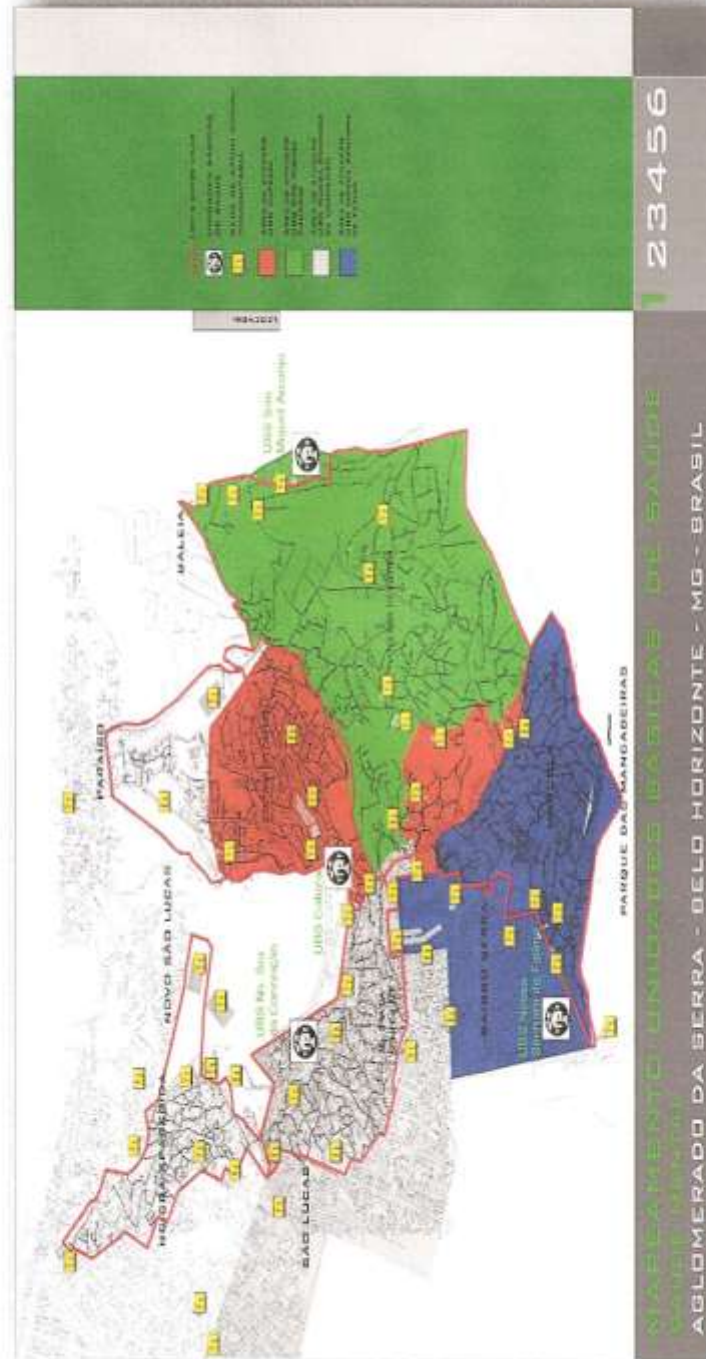
PLANILHA (DADOS SECUNDÁRIOS) - UBS SÃO MIGUEL ARCANJO (SMA) - ESF VERMELHA																	
IDENTIFICAÇÃO							CID	SITUAÇÃO RISCO						RESPONSABILIDADE TÉCNICA			
Nome do Paciente	Prontuário	Grupos	Idade	Sexo	Endereço (Rua / Beco)	No		I	C	J	N	U	S	R	UBS	ESF	ACS
A R S S	834	OTM	31	f	Gomes - b	70	F41	0	0	0	0	0	0	0	SMA	Vermelha	Suely
	A L	464	OTM	29	f	São Tomaz - r	150	F44	0	0	0	0	0	0	SMA	Vermelha	Andréia
A F	405	OTM	49	m	Xisto - b	95	F10	0	0	0	0	0	0	0	SMA	Vermelha	Valdirene
A de S S	4896	OTM	52	f	Liberdade - r	30	F41	0	0	0	0	0	0	0	SMA	Vermelha	Michelli
A F S	2492	OTM	53	f	Liberdade - r	115	F41	0	0	0	0	0	0	0	SMA	Vermelha	Michelli
A M	822	TMG	67	f	Joana D'arc - b	65	F25	*	0	0	0	0	0	0	SMA	Vermelha	Juliana
A S C	67	OTM	52	f	Gomes - b	127	F70	0	0	0	0	0	0	0	SMA	Vermelha	Suely
A S A	426	OTM	30	m	José Perpétuo - b	30	F14	0	0	0	0	0	0	0	SMA	Vermelha	Marleide
A L P dos R	2793	TMG	22	m	José Perpétuo - b	32A	F18	0	0	0	0	0	0	*	SMA	Vermelha	Marleide
	A A	1101	OTM	38	f	Oscar (Sr) - b	90	F41	0	0	0	0	0	0	SMA	Vermelha	Valdirene
A D S	943	OTM	21	m	Joana D'arc - b	746	F23	0	0	0	0	0	0	0	SMA	Vermelha	Andréia
A J J	468	TMG	43	m	Liberdade - r	754	F42	*	0	0	0	0	0	0	SMA	Vermelha	Valdirene
C A A	2999	TMG	39	f	Joana D'arc - b	65	F29	*	*	0	*	*	0	0	SMA	Vermelha	Juliana
C F N	3348	TMG	33	m	Gomes - b	1050	F71	0	*	0	0	0	0	0	SMA	Vermelha	Valdirene

LEGENDA: I = Internação Psiquiátrica; C = CAPS (Cersam); J = Situação Jurídica; N = Co-morbidade Neurológica;

U= Urgência (crise); S = Tentativa Suicídio; R = Situação Rua.

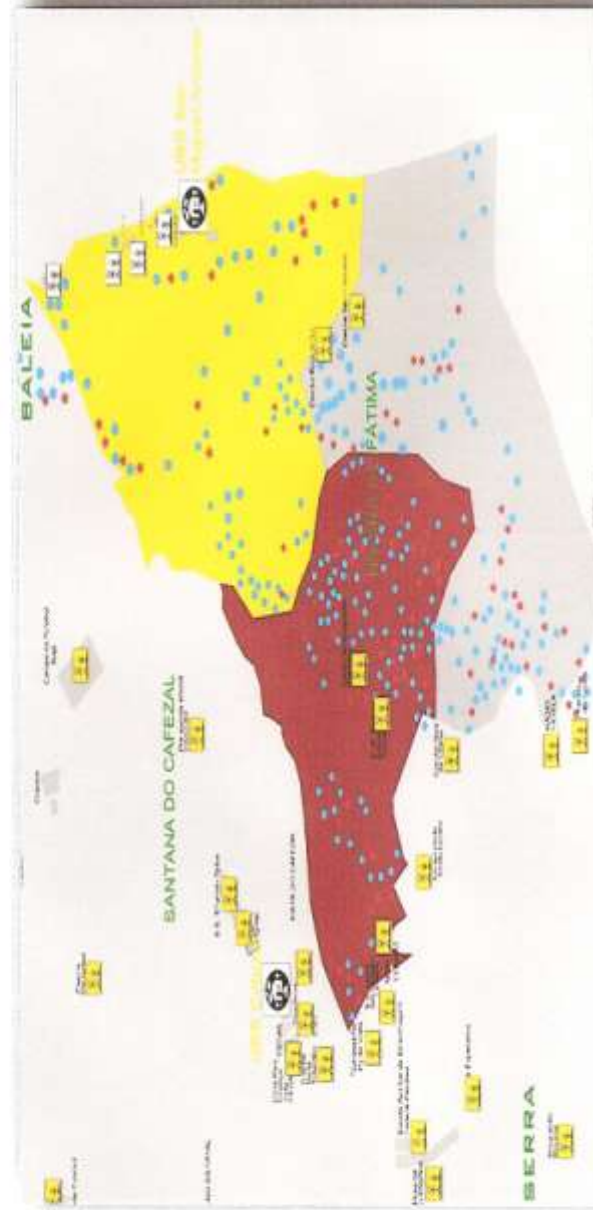
APÊNDICE C: Mapas da Área de referência UBS e ESF**APÊNDICE C.1: Localização da Área de Estudo**

APÊNDICE C.2: Área de referência das quatro UBS.



APÊNDICE D: Mapas de Equipamentos Sociais e Moradias.

APÊNDICE D.1: UBS São Miguel Arcanjo (Equipamentos Sociais e Moradias)



LEGENDA: Casinha = UBS; Ícone Amarelo = Equipamentos Sociais

Estrela Vermelha = Moradias TMG; Bola Azul = Moradia OTM

APÊNDICE D. 4: UBS Nossa Senhora da Conceição (Equipamentos Sociais e Moradias).



LEGENDA: Casinha = UBS; Ícone Amarelo = Equipamentos Sociais

Estrela Vermelha = Moradias TMG; Bola Azul = Moradia OTM

APÊNDICE D.5:

RELAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS SOCIAIS – AGLOMERADO DA SERRA - BELO HORIZONTE

Na região pesquisada encontrou-se uma rede constituída por trinta e sete projetos de política social, distribuídos por trinta um equipamentos, em sete grupos de atividades: artes (8), esportes (7), direitos e cidadania (6), educação (5), saúde (5), informática (3), combate à fome (3).

1. **ARTES:** ONG Laço (convivência, diversas oficinas de artes), CONART (conviver com arte), Associação Cultural Terra dos Sonhos (artes plásticas, música), Sambalelê (dança de rua e contemporâneas), Centro de Integração Martin Lutero (dança, teatro, música), Espaço União Periferia (danças, teatro, vivências), CECAS - Centro esportivo e cultural do Aglomerado da Serra (teatro, dança do ventre, forró, violão, dança de rua), Viva a Vida (oficinas de tapetes, tricô).
2. **ESPORTES:** Casa de Maria (ginástica), Campo de Futebol Bola de Ouro (esportes), Campo de Futebol Najá, Espaço União Periferia (esportes), Criança Esperança (esportes, futebol), Favela do Futuro (futebol), Igreja N Sra. Rosário (ginástica e alongamento).
3. **DIREITOS E CIDADANIA:** CRC - Centro de Referência do Cidadão, Núcleo dos Sem Casa (reuniões para organização e acesso a moradia), Rizoma (grupos de democracia e vivência), Conselho Local de Saúde (PBH), União dos Sem Casa, Serra do Cafezal (reuniões periódicas), Projeto Providência (formação social e política).
4. **INFORMÁTICA:** Centro de Integração Martin Lutero, COLUS-Inclusão Digital, ONG Laço.
5. **COMBATE À FOME:** Casa de Maria (fornecimento de alimentação), Fraternidade Irmão Lázaro (cesta básica), São Vicente de Paulo (cesta básica).
6. **EDUCAÇÃO:** Escolas Estaduais (Efigênio Sales, Eng. José Mendes Júnior, Laura da Chagas); Escolas Municipais (Edson Pisani), Casa de Maria (alfabetização para terceira idade).
7. **SAÚDE:** UBS São Miguel Arcanjo, UBS Cafezal, UBS N Senhora de Fátima, UBS N Senhora da Conceição e Hospital Evangélico.

APÊNDICE E: Questionário (dados primários)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Pesquisa Saúde Mental – Aglomerado da Serra / BH

A IMPORTÂNCIA DOS FATORES SOCIAIS EM CASOS DE COMPLEXIDADE CLÍNICA DA SAÚDE
MENTAL, ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO

CADERNO NÚMERO: _____

Identificação do pesquisador:

UBS: _____

ESF: _____

ACS (nome / assinatura): _____

Entrevistado: Número: _____

OTM: P _ N _ D _ R _ O _

TMG: P _ N _ D _ R _ O _

Endereço: _____

Belo Horizonte: dia _____ de _____ de 20 ____

Horas: ____: ____

Responsáveis pela pesquisa:

Mestrando UFMG: Bruno Lopes da Costa Drummond / Tels: 31-33788666 e 31-99459014

ORIENTADOR UFMG: PROF. ANTÔNIO LEITE ALVES RADICCHI / TELS: 31-34461626 E 31-96116559

COEP/UFMG: AV. PRES. ANTÔNIO CARLOS, 6627 – U. ADMINISTRATIVA II – 2 A – SL 2005/ TEL 34094592

CEP/PBH: AV. AFONSO PENA, 2336 – 9 ANDAR, BAIRRO: FUNCIONÁRIOS/ TEL. 32775309

QUESTIONÁRIO - 1**REDE SOCIAL & APOIO SOCIAL****BLOCO – I: REDE SOCIAL (Berkman & Syme)**

1. Com quantos **parentes**, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?
(Se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta).

_____ parentes; _____ nenhum (zero = 0)

2. Com quantos **amigos** você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?
(Não inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta).

_____ amigos; _____ nenhum (zero = 0)

3. Nos últimos 12 meses (último ano/2008), você participou de atividades **esportivas em grupo**?

✓ Orientação para a pergunta:

- Futebol, vôlei, basquete, caminhadas, corridas, alongamento, ginástica.
- Projetos Sociais locais, com esportes: Casa de Maria (ginástica), Campo de futebol Bola de Ouro (esportes), Campo de Futebol Najá, Espaço União Periferia (esportes), Criança Esperança (esportes, futebol), Favela do Futuro (futebol), Igreja N Sra. Rosário (ginástica e alongamento), Obra social São Lucas (ginástica rítmica).

1 () SIM 2 () NÃO

- 3.1 Se SIM, com que frequência?

1 () uma vez por semana. 5 () algumas vezes no ano

2 () mais de uma vez por semana. 8 () não se aplica

3 () 2 a 3 vezes por mês 9 () sem informação

4 () uma vez no ano

4. Nos últimos 12 meses (último ano/2008), você participou de atividades **artísticas em grupo**?

✓ Orientação para a pergunta:

- Grupo musical, coral, artes plásticas (pintar, desenhar, modelar), danças, teatro, cinema.
- Projetos sociais locais, com artes: Centros de Convivência Cezar Campos (bordado, costura), ONG Laço no parque das Mangabeiras (oficinas de arte), Luzes de Minas (dança, capoeira), CONART (Conviver com arte), Associação Cultural Terra dos Sonhos (artes plásticas, música), Paternon (Oficinas figurino, cenário, marcenaria, carpintaria, informática), Sambalelê (dança de rua e contemporâneas), Centro de Integração Martim Lutero (dança, teatro, instrumentos musicais), Espaço União Periferia (danças, capoeira, teatro, vivências), CECAS - Centro esportivo e cultural do Aglomerado da serra (teatro, dança do ventre, forró, violão, dança de rua), Viva a Vida (oficinas de tapetes, tricô, bordados, crochê).

1 () SIM. 2 () NÃO

4.1 Se SIM, com que frequência?

- 1 () uma vez por semana. 5 () algumas vezes no ano
 2 () mais de uma vez por semana. 8 () não se aplica
 3 () 2 a 3 vezes por mês 9 () sem informação
 4 () uma vez no ano

5. Nos últimos 12 meses (último ano/2008), você participou de **reuniões** de associações de moradores, funcionários, sindicatos, partidos políticos, conselho local de saúde, reuniões sociais ou cultos em Igrejas?

✓ Orientação para pergunta:

- Projetos sociais locais, com reuniões: Conselho Local de Saúde (PBH), União dos sem casa Serra do Cafezal (reuniões periódicas), Sociedade Beneficente Rizoma (grupos de democracia e vivência), Projeto Providência (formação social e política), Núcleo dos Sem Casa (reuniões para organização e acesso a moradia), CDR - Centro de Referência Cidadão (orientação sócio-jurídica, mediação de conflitos).

1 () SIM 2 () NÃO

5.1 Se SIM, com que frequência?

- 1 () uma vez por semana. 5 () algumas vezes no ano
 2 () mais de uma vez por semana. 8 () não se aplica
 3 () 2 a 3 vezes por mês 9 () sem informação
 4 () uma vez no ano

6. Nos últimos 12 meses (último ano/2008), você participou de **trabalho voluntário não remunerado**, em organizações não governamentais (ONGs), de caridade ou em obras da Igreja?

✓ Orientação para a pergunta:

- Trabalho voluntário não remunerado é trabalho para ajudar alguém (crianças, idosos, doentes), por exemplo: projetos sociais diversos (citados acima), em ONG tipo a Laço no parque das Mangabeiras, obras sociais (atividades) em Igrejas Católica, Evangélica ou outras crenças.

1 () SIM 2 () NÃO

☐

6.1 Se SIM, com que frequência?

- 1 () uma vez por semana. 5 () algumas vezes no ano
 2 () mais de uma vez por semana. 8 () não se aplica
 3 () 2 a 3 vezes por mês 9 () sem informação
 4 () uma vez no ano

☐

Bloco - II: APOIO SOCIAL (Sherbourne & Stewart - MOS)

- Esse questionário é composto por 19 itens, contendo cinco dimensões de apoio:
- * **Material** = 4 perguntas = provisão de recursos e ajuda material.
 - * **Afetivo** = 3 perguntas = demonstrações físicas de amor e afeto para com o entrevistado (carinho).
 - * **Emocional** = 4 perguntas = disponibilidade das pessoas para o entrevistado expressar sentimentos de confiança (confidentes).
 - * **Interação Social Positiva** = 4 perguntas = disponibilidade das pessoas para se divertirem com o entrevistado.
 - * **Informação** = 4 perguntas = disponibilidade das pessoas para que o entrevistado obtenha orientações.

- Todas as perguntas são precedidas da expressão:

Se você precisar de alguém... com que frequência voce pode contar ?

1. Que o ajude, se ficar de cama. (material)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre	
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------	--

2. Para lhe ouvir, quando você precisa falar. (emocional)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre	
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------	--

3. Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise. (informação)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre	
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------	--

4. Para levá-lo ao médico. (material)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre	
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------	--

5. Que demonstre amor e afeto por você. (afetivo)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre	
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------	--

6. Para se divertir junto com voce. (interação social positiva)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre	
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------	--

7. Para lhe dar informação que o (a) ajude a compreender uma determinada situação. (Informação)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre	
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------	--

8. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas. (emocional)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre	
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------	--

9. Que lhe dê um abraço. (afetivo)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre	
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------	--

Se você precisar de alguém... com que frequência voce pode contar ?

10. Com quem relaxar. (interação social positiva)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------

11. Para preparar suas refeições, se você não puder preparar. (material)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------

12. De quem você realmente quer conselhos. (informação)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------

13. Com quem distrair a cabeça. (interação social positiva)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------

14. Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente. (material)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------

15. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos. (emocional)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------

16. Para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal. (informação)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------

17. Com quem fazer coisas agradáveis. (interação social positiva)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------

18. Que compreenda seus problemas. (emocional)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------

19. Que você ame e que faça você se sentir querido. (afetivo)

1- Nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre
----------	--------------	-------------	-----------------	-----------

Questionário - 2 VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1. Sexo:

1 () Masculino 2 () Feminino

2. Idade:

- Quantos anos voce têm?

_____anos

3. Estado Civil:

- 1 () Solteiro 2 () Casado
- 3 () Separado judicialmente e/ou divorciado
- 4 () “concubinato” (união estável a mais de cinco anos)
- 5 () Viúvo

4. Alfabetização:

- Voce sabe ler (1), escrever (2) e fazer contas (3)?

- 1 () SIM = se sabe os três itens.
- 2 () NÃO = se sabe um ou dois, dos três itens.
- 9 () sem informação.

5. Escolaridade:

- Voce estudou quantos anos?

_____anos

✓ Orientação para pergunta:

- Preencher com 0 (zero), se nunca estudou.
- Preencher com 99, se sem informação

6. Trabalho:

- Voce trabalhou “fichado” quantos anos?

_____ anos

✓ Orientação para pergunta:

- Preencher com 0 (zero), se nunca trabalhou “fichado”.
- Preencher com 99, se sem informação.

7. Seguridade Social:

- Voce recebe algum tipo de direito social?

7.1 Não recebe nenhum tipo de direito (benefício): 1 () SIM 2 () NÃO

7.2 Aposentadoria por Invalidez (INSS): 1 () SIM 2 () NÃO

7.3 Auxílio Doença (INSS): 1 () SIM 2 () NÃO

7.4 Pensão por morte (INSS): 1 () SIM 2 () NÃO

7.5 LOAS (Amparo Social): 1 () SIM 2 () NÃO

7.6 Passe Livre para coletivo urbano (BH trans): 1 () SIM 2 () NÃO

7.7 Auxílio “de volta para casa”: 1 () SIM 2 () NÃO

7.8 Bolsa Família: 1 () SIM 2 () NÃO

7.9 Sem informação: 1 () SIM (assinalar com 9)

8. Renda Per Capita:

- Quanto voce recebe só para voce/mês?

R\$ _____

✓ Orientação para pergunta:

- Até 1 salário mínimo = até R\$ 465,00
- Até 2 salários mínimos = até R\$ 930,00
- Até 3 salários mínimos = até R\$ 1 395,00
- Até 4 salários mínimos = até R\$ 1 860,00
- Mais que 4 salários mínimos = mais que R\$ 1 860,00

Questionário-3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE / COMPLEMENTO

Bloco - I Estilo de Vida – Comportamento

1. Moradia:

- Contando com voce, quantas pessoas moram na sua casa?

1 () Mora (o) sozinha (o). 2 () pessoas. 9 () sem informação.

2. Atividade cotidiana prevalente:

- No momento, o que é mais comum voce fazer, durante o dia?

✓ Orientação: considere somente de segunda a sexta feira.

1 () Trabalhar “fichado” 2 () Fazer um “bico”

3 () Fazer alguma atividade, fora de casa 4 () Ficar em casa.

5 () Ficar andando na rua, ir a lugares, sem nada fazer.

9 () Sem informação.

3. Hábito Doméstico:

- Quando voce fica em casa o que é mais comum voce fazer?

✓ Orientação: assinale o que é mais freqüente.

1 () Ficar arrumando a casa. 2 () Ficar no terreiro.

3 () Ficar na laje da sua casa. 4 () Ficar conversando com alguém.

5 () Ficar deitado na cama. 6 () Escutar rádio/som.

7 () Ver televisão. 8 () Ler, estudar (Bíblia, revistas, outros).

9 () Sem informação.

4. Hábitos Alimentares-1:

- Quantas refeições, voce faz por dia?

1 () Uma. 2 () Duas. 3 () Três. 4 () Quatro

5 () Cinco. 6 () Seis 9 () Sem informação.

5. Hábitos Alimentares -2:

- Quais alimentos que voce mais come no dia?

Orientação: assinale os dois mais freqüentes.

1 () Carne. 2 () Feijão. 3 () Arroz. 4 () Verduras.

5 () Frutas. 6 () Pão. 7 () Doces. 9 () Sem informação.

6. Habilidades manuais:

- Voce faz alguma atividade manual?

Orientação: assinale a melhor habilidade do entrevistado.

1 () Não faço nenhuma atividade manual. 2 () Bordado.

3 () Costura. 4 () Desenhar. 5 () Pintar. 6 () Escrever

7 () Carpintaria. 8 () Plantar. 9 () Sem informação.

--

7. Relação com fumo:

- Voce fuma ou já fumou?

1 () SIM. 2 () NÃO. 9 () sem informação.

--

8. Relação com álcool:

- Voce já usou ou usa bebida alcoólica com freqüência?

1 () SIM. 2 () NÃO. 9 () sem informação.

--

Bloco - II: Condições de Vida e Trabalho

- Capacidade de transitar no local e fora do local onde mora:*

1. O que é mais comum voce fazer quando precisa resolver algo?

1 () Sair da vila. 2 () Resolver na própria Vila. 9 () sem informação

--

2. Quando sai da Vila, voce consegue sozinho (a) ir onde precisa?

1 () SIM. 2 () NÃO. 9 () Sem informação.

--

3. Quando sai da vila, ao retornar voce sabe chegar à sua casa?

1 () SIM. 2 () NÃO. 9 () Sem informação.

4. Estando dentro da vila, quando sai de casa, voce consegue sozinho (a) ir onde precisa?

1 () SIM. 2 () NÃO. 9 () Sem informação.

5. Estando dentro da Vila, quando retorna, voce sabe chegar à sua casa?

1 () SIM. 2 () NÃO. 9 () Sem informação.

• *Segurança:*

6. Voce sente segurança para sair de casa e andar pela vila para ir onde precisa?

1 () SIM. 2 () NÃO. 9 () sem informação.

7. Voce se sente seguro em morar perto dos seus vizinhos?

1 () SIM. 2 () NÃO. 9 () sem informação.

8. Voce se sente tranqüilo em sua casa, quando vai dormir a noite?

1 () SIM. 2 () NÃO. 9 () sem informação.

Bloco - III: Rede Social e Apoio social - *complemento*

1. Como a sua família tem participado do seu tratamento nos últimos 12 meses (último ano/2008)?

(apoio social)

1 () Não participa de nenhum modo.

2 () Está sempre disposta ajudar voce no dia-a-dia quando precisa.

3 () Só ajuda voce quando ocorre uma crise emocional.

9 () Sem informação.

2. Você conhece projetos sociais na vila onde mora? (rede social)

- ✓ Orientação: assinale todos os grupos do total de cinco, em que o entrevistado conheça pelo menos um equipamento social.

1 () Não conhece nenhum projeto social.

2 () Conhece Projetos sociais relacionados com artes, como: Luzes de Minas (dança, capoeira), CONART (Conviver com arte), Associação Cultural Terra dos Sonhos (artes plásticas, música), Paternon (Oficinas figurino, cenário, marcenaria, carpintaria, informática), Sambalelê (dança de rua e contemporâneas), Centro de Integração Martin Lutero (dança, teatro, instrumentos musicais), Espaço União Periferia (danças, capoeira, teatro, vivências), CECAS - Centro esportivo e cultural do Aglomerado da serra (teatro, dança do ventre, forró, violão, dança de rua), Viva a Vida (oficinas de tapetes, tricô, bordados, crochê).

3 () Conhece Projetos sociais relacionados com esportes, como: Casa de Maria (ginástica), Campo de futebol Bola de Ouro (esportes), Campo de Futebol Najá, Espaço União Periferia (esportes), Criança Esperança (esportes, futebol), Favela do Futuro (futebol), Igreja N Sra. Rosário (ginástica e alongamento), Obra social São Lucas (ginástica rítmica).

4 () Conhece Projetos sociais relacionados com informática, como: Sociedade Beneficente “Laura das Chagas”, Paternon – Oficinas, Centro de Integração Martin Lutero, Inclusão Digital.

5 () Conhece Projetos sociais relacionados a direitos e cidadania, como: CRC- Centro de Referência do Cidadão, Núcleo dos Sem Casa (reuniões para organização e acesso a moradia) Rizoma (grupos de democracia e vivência), Conselho Local de Saúde (PBH), Rizoma (grupos de democracia e vivência), União dos sem casa Serra do Cafezal (reuniões periódicas), Núcleo dos Sem Casa (reuniões para organização e acesso a moradia).

6 () Conhece Projetos sociais relacionados ao combate a fome, como: Casa de Maria (fornecimento de alimentação), Fraternidade Irmão Lázaro (cesta básica), São Vicente de Paulo (cesta básica).

9 () sem informação.

3. Voce conhece os recursos da área de saúde do local, relacionados abaixo?
(rede social)

1 () SIM. 2 () NÃO. 9 () Sem informação.

✓ Orientação:

- SIM = só se conhece todos. NÃO = se não conhece todos
- Conhece Projetos sociais relacionados com a saúde, como: Centro de saúde São Miguel Arcanjo, C.S Cafezal, C.S N Sra. de Fátima, C.S N Sra. da Conceição, C.S N Sra. Aparecida, Hospital Evangélico.

4. Voce conhece os recursos da área de educação do local, relacionados abaixo?
(rede social)

1 () SIM. 2 () NÃO. 9 () Sem informação

✓ Orientação:

- SIM = só se conhece todos. NÃO = se não conhece todos
- Conhece Projetos sociais relacionados à educação, como: Escola Estaduais Efigênio Sales, E.E José Mendes Júnior, E.E Laura da Chagas. Escolas Municipais Edson Pisani, E.M Maria das Neves, E.M Padre Guilherme Peters, Sociedade Beneficente “Laura das Chagas” (alfabetização adultos), Casa de Maria (alfabetização para terceira idade).

5. Voce participa de algum projeto social (citado na questão 2) que tem lhe
ajudado no seu tratamento nos últimos 12 meses (último ano/2008)? (rede
social)

1 () SIM. 2 () NÃO. 9 () Sem informação.

6. Voce acha que sua saúde melhorou depois que começou a freqüentar o posto de
saúde? (apoio social)

1 () SIM. 2 () NÃO. 9 () Sem informação.

ANEXOS

ANEXOS A – Aprovação do Comitê de Ética.

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

ANEXO C – Aprovação do projeto pela Câmara Departamental.

ANEXO D – Certificado de Qualificação.

ANEXOS E – Histórico Escolar.

ANEXOS A: Aprovação pelos Comitês de ÉticaCOEP – UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0227.0.410.203-09

Interessado(a): Prof. Antonio Leite Alves Radicchi
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 14 de outubro de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Os determinantes sociais da saúde em casos de complexidade clínica da saúde mental na Vila do Aglomerado da Serra/BH"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

CEP - PBH

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0227.0.203.203-09A

Pesquisador Responsável: Antônio Leite Alves Radicchi

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 02 de setembro de 2009, após solução de pendências, o projeto de pesquisa intitulado "OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM CASOS DE COMPLEXIDADE CLÍNICA DA SAÚDE MENTAL NA VILA DO AGLOMERADO DA SERRA/BH", bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



ANEXO B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos através deste documento, convidar voce (usuário do serviço de saúde) a participar da pesquisa científica sobre saúde mental e problemas sociais.

O objetivo principal da pesquisa é estudar os problemas sociais de casos complexos que procuram o serviço de saúde mental, entre outros: a segurança para morar na vila, os hábitos cotidianos, condições da alimentação, etc e a participação da família e lugares como: centro de saúde, escolas, para ajudar no tratamento.

Para obter essas informações utilizamos um método que será realizar com voce perguntas em questionários organizados e que estão orientados por entrevistadores treinados para ajudar. Perguntas relacionadas a esses problemas sociais, nas quais as respostas dadas por voce serão registradas com anotações escritas. A privacidade das respostas que voce der são sigilosas e invioláveis e serão utilizadas por nós exclusivamente para a pesquisa.

Essa pesquisa não utiliza qualquer tipo de intervenção no seu corpo de modo que não há possibilidade de quaisquer danos diretos à sua saúde corporal. Porém, além de precisarmos contar com a sua disponibilidade de tempo para responder as questões, há o risco de atingir a sua liberdade individual e privativa se as questões feitas forem mal colocadas pelo entrevistador.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são principalmente para quem usa o serviço. Assim com um maior conhecimento sobre os problemas sociais dos casos atendidos pela saúde mental, é possível a melhora desse atendimento no serviço dessas UBS (Centro de Saúde).

Contamos com a sua participação que deve ser voluntária e esclarecemos que não há previsão de qualquer espécie de ressarcimento a voce ou seu representante, e também que voce tem a total liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento de participação, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização e sem qualquer tipo de prejuízo do seu cuidado de saúde no serviço dessas UBS (Centro de Saúde).

Assim solicitamos sua concordância em participar dessa pesquisa, assinando abaixo:

Assinatura do pesquisado (p) ou seu representante (r)

Responsáveis pela pesquisa:

Mestrando UFMG: Bruno Lopes da Costa Drummond / Tels: 31-33788666 e 31-99459014

ORIENTADOR UFMG: PROF ANTÔNIO LEITE ALVES RADICCHI / TELS: 31-34461626 E 31-96116559

COEP/UFMG: AV PRES ANTÔNIO CARLOS, 6627 – U. ADMINISTRATIVA II – 2 A – SL 2005/ TEL 34094592

CEP/PBH: AV AFONSO PENA, 2336 – 9 ANDAR, BAIRRO: FUNCIONÁRIOS/ TEL 32775309

ANEXO C: Aprovação do Projeto pela Câmara Departamental



Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina

Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, 23 de março de 2009

DMPS/FM/MEMO 22/09

Senhor Professor

Informo que a Câmara Departamental reunida em 23 de março de 2009 aprovou o Projeto **Os determinantes sociais da saúde em casos de complexidade clínica da saúde em quatro UBS, na Vila aglomerado da Serra/BH**, do mestrando em Saúde Pública Bruno Lopes da Costa Drummond e orientado por V. Sa.

Atenciosamente

Mª Conceição J. Werneck Côrtes
Chefe do
Depº de Medicina Preventiva e Social

Profª Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

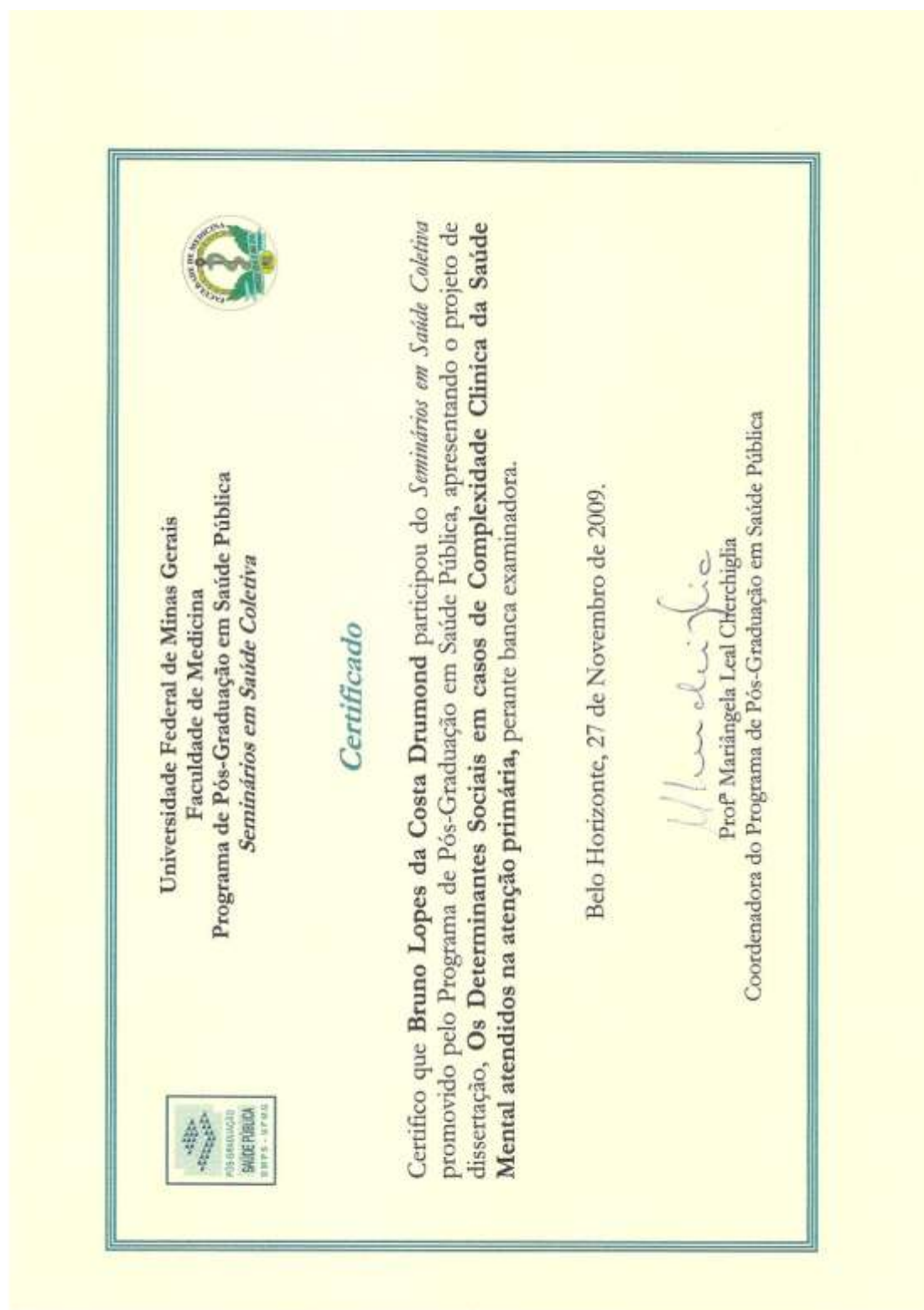
Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FM/UFMG

Exmo. Sr.

Professor Antônio Leite Alves Radicchi

DMPS/FM/UFMG

ANEXO D: Certificado de Qualificação.



ANEXO E: Histórico Escolar.

		Universidade Federal de Minas Gerais Pós-Graduação Stricto Sensu Histórico Escolar				Emissão 23/08/2010 Página 1 de 2		
Nome do Aluno BRUNO LOPES DA COSTA DRUMMOND			Número de Registro 2009655499		Forma de Admissão EXAME SELEÇÃO		Data de Início 2009/1 01/03/2009	
Nome do Pai José Alencar Drummond Filho			Exame de Língua Estrangeira 17/11/2008 INGLÊS		CPF 27622860697			
Nome da Mãe Terezinha Lopes da Costa Drummond			Identidade M-752.361		Órgão Emissor SECRETARIA SEGURANÇA PÚBLICA		UF MG	
Curso 2557 - SAÚDE PÚBLICA			Doc. Militar 994547		R.M. 04		Circunscrição 11	
			Data de Nascimento 18/01/1959		Título de Eleitor 028241690213		Zona 172	
Nível MESTRADO			Data Criação 06/05/1993		Resolução 0693		Seção 034	
Data de Nascimento 18/01/1959			Cidade de Nascimento Belo Horizonte		UF MG			
Área de Concentração 02 - POLÍTICAS DE SAÚDE E PLANEJAMENTO			País Nascimento BRASIL		Nacionalidade BRASIL			
Linha de Pesquisa			Curso de Graduação BACHARELADO 2500 - MEDICINA		Estabelecimento UFMG		Término 1984/2	
Orientador ANTÔNIO LEITE ALVES RADICCHI			Cidade/País BELO HORIZONTE BRASIL		UF MG			
Coordenador ELIANE COSTA DIAS MACEDO GONTIJO								

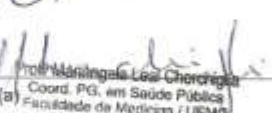
Atividades Acadêmicas Cursadas										
Ano/Sem.	Descrição	TUR	NAT	CR	CH	FR	NOTA	CONC	SF	
2009/1	DIP EST814 PRINCÍPIOS DE BIOESTATÍSTICA	A	OP	04	60	S	90,0	A	A	
2009/1	DIP MPS890 POLÍTICAS DE SAÚDE	A	OB	05	75	S	100,0	A	A	
2009/1	DIP MPS898 TÓPICOS ESPECIAIS EM POLÍTICAS DE SAÚDE Introdução à redação de artigos científicos	A	OP	02	30	S	92,0	A	A	
2009/2	DIP MPS893 SEMINÁRIOS EM SAÚDE COLETIVA Perspectivas e desafios da saúde pública na atualidade	A	OB	02	30	S	95,0	A	A	
2009/2	DIP MPS893 SEMINÁRIOS EM SAÚDE COLETIVA Qualificação mestrado/doutorado	B	OB	02	30	S	100,0	A	A	
2009/2	EQP SPUD05 EXAME DE QUALIFICAÇÃO	001	OB						A	
2010/1	DIP CAE839 METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA I	A	EL	03	45	S	95,0	A	A	
2010/1	DIP CAE840 METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA II	A	EL	02	30	S	95,0	A	A	
2010/1	DIP MPS814 TÓPICOS ESPECIAIS EM EPIDEMIOLOGIA Condições sociais como causas fundamentais de doença	D	OP	02	30	S	97,0	A	A	
2010/2	ETF GER000 ELABORAÇÃO DE TRABALHO FINAL									

** Atividades utilizadas como origem de dispensa

Aproveitamento de Créditos			
Ano/Sem.	Créditos	Origem (Tipo, Ano/Sem, Ativ. Acadêmica, Turma)	Data de Aprovação
2009/1	05	AE - 2008/1 EST MPS908	03/03/2009
2009/2	02	AE - 2007/2 EST MPS893	11/01/2010

Belo Horizonte 3 de agosto de 2010

Secretário(a) 

Coordenador(a) 
 Prof. Márcia Lúcia Chacrinha
 Coord. PG em Saúde Pública
 Faculdade de Medicina / UFMG

(Este documento é válido somente com carimbo e assinatura do(a) coordenador(a) do curso ou do DRCA, em todas as páginas)

Legenda:

NAT = Natureza (OP=Optativa, OB=Obrigatória, EL=Eleitiva, (*)=extracurricular)
 CH = Carga Horária CR = Créditos TUR = Turma
 FR = Frequência (S=Suficiente, I=Insuficiente) CONC = Conceito
 SF = Situação Final (A=Aprovado, R=Reprovado, T=Trancado, D=Dispensado)

Tipo da Origem da Dispensa ou do Aproveitamento de Créditos
 AE = Aproveitamento de Estudo
 AM = Aproveitamento de Créditos de Pós-Graduação
 EQ = Equivalência

(Até 30/07/1990) A - Excelente (90 a 100) B - Ótimo (75 a 89) C - Regular (60 a 74) D - Insuficiente (40 a 59) E - Rendimento Nulo (0 a 39)	(Após 30/07/1990) A - Excelente (90 a 100) B - Ótimo (80 a 89) C - Bom (70 a 79) D - Regular (60 a 69) E - Fraco (40 a 59) F - Rendimento Insuficiente (0 a 39)
--	---